

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Mateja Tatarević

POVEZANOST SOCIO-EMOCIONALNOG ODNOSA I SIMPTOMA ADHD-A

DIPLOMSKI RAD

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni učiteljski studij

POVEZANOST SOCIO-EMOCIONALNOG ODNOSA I SIMPTOMA ADHD-A

DIPLOMSKI RAD

Predmet: Zlostavljana i zanemarena djeca

Mentorica: doc.dr.sc. Tena Velki

Sumentorica: doc.dr.sc. Ksenija Romstein

Studentica: Mateja Tatarević

Matični broj: 1311

Modul: A (razvojni modul)

Osijek, studeni 2017.

Dječji život je poput komada papira na koji svatko ostavlja bilješku

SADRŽAJ

1	UVOD	1
1.1	Definiranje, prevalencija i etiologija ADHD-a.....	1
1.1.1	Oblici ADHD-a	4
1.1.2	Simptomi ADHD-a	5
1.2	Emocionalna inteligencija/kompetencija.....	7
1.3	Socijalna kompetencija.....	8
1.4	ADHD kao rizik za sniženo socio-emocionalno funkcioniranje	9
2	CILJ, POBLEMI I HIPOTEZE.....	12
2.1	Cilj	12
2.2	Problemi i hipoteze	12
3	METODA	13
3.1	Sudionici.....	13
3.2	Mjerni instrumenti	13
3.3	Postupak prikupljanja podataka.....	16
4	REZULTATI.....	17
4.1	Deskriptivna statistika	17
4.2	Povezanost simptoma ADHD-a s dimenzijama socijalne prilagodbe	18
4.3	Povezanost simptoma ADHD-a s dimenzijama emocionalne prilagodbe.....	18
5	RASPRAVA	20
6	ZAKLJUČAK	28
7	LITERATURA	29

SAŽETAK:

Prijašnja istraživanja pokazala su poteškoće u socio-emocionalnoj prilagodbi djece s ADHD-om, što se očituje u nedostatku empatije, poteškoćama u samoregulaciji i samovrednovanju, anksioznosti te opozicijskim i agresivnim ponašanjem. Kako bi se saznalo više o ovoj problematici provedeno je istraživanje s ciljem provjere postojanja povezanosti simptoma deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja sa socio-emocionalnom prilagodbom. Socijalna prilagodba mjerena je varijablama: broj prijatelja, osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka i socijalna samoeфикаsnost, a varijable emocionalne prilagodbe su: emocionalna empatija, emocionalna kompetentnost te emocionalna samoeфикаsnost. U istraživanju je sudjelovao 501 učenik četvrtih (20,8 %), šestih (36,9 %) i osmih (42,3 %) razreda. Uzorak se sastojao od 50,7 % dječaka i 49,3 % djevojčica u rasponu dobi od 10 do 16 godina, s prosječnom dobi $M=12,72$ godina ($sd=1,62$). Učenici su tijekom jednog školskog sata ispunili Upitnik emocionalne kompetentnosti (UEK-45; Takšić, 2002), Skalu emocionalne empatije (E-upitnik; Raboteg-Šarić, 2002), Skalu hiperaktivnosti-impulzivnosti-nepažnje (HIP; Vulić-Prtorić, 2006) te Upitnik samoeфикаsnosti za djecu (SEQ-C; Vulić-Prtorić i Sorić, 2006). Kako bi se utvrdio stupanj povezanosti osnovnih simptoma ADHD-a sa socijalnom i emocionalnom prilagodbom, izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije. Nepažnja, kao simptom ADHD-a statistički je značajno, iako prilično slabo, negativno povezana s osjećajem prihvaćenosti od strane vršnjaka i socijalnom samoeфикаsnošću; porastom nepažnje smanjuje se socijalna samoeфикаsnost i osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka. Nepažnja je i u negativnoj korelaciji sa svim dimenzijama emocionalne prilagodbe; empatijom, emocionalnom kompetentnošću i emocionalnom samoeфикаsnošću. Iako slabe, dobivene su i statistički značajne negativne povezanosti ostalih simptoma ADHD-a s dimenzijama emocionalne prilagodbe. Porastom hiperaktivnosti smanjuju se empatija i emocionalna samoeфикаsnost, a s empatijom i emocionalnom samoeфикаsnošću negativno je povezan i treći simptom ADHD-a, odnosno impulzivnost.

Ključne riječi: ADHD, simptomi, socijalna prilagodba, emocionalna prilagodba, osnovnoškolska dob

Title: The connection between the socio-emotional relationship and ADHD symptoms

SUMMARY:

Previous researches have shown the difficulties associated with the socio-emotional adjustment of children with ADHD, which include lack of empathy, difficulties in self-regulation and self-evaluation, anxiety, as well as oppositional and aggressive behavior. In order to find out more about this issue, a research has been conducted with the aim of checking whether there is a connection between the attention deficit/hyperactivity disorder and the socio-emotional adjustment. The social adjustment was measured with the means of the following variables: number of friends, feeling of peer acceptance, and social self-efficacy. On the other hand, the variables of emotional adjustment used were: emotional empathy, emotional competence, and emotional self-efficacy. The research is based on 501 student of the fourth (20.8%), sixth (36.9%) and eight (42.3%) grades. The sample consists of 50.7% of boys and 49.3% of girls, aging 10-16, the average age being $M=12.72$ ($sd=1.62$). The students have taken a school hour to fill in the Emotional Competence Questionnaire (UEK-45; Takšić, 2002), the Emotional Empathy Scale (E-upitnik; Raboteg-Šarić, 2002), the Hyperactivity-Impulsivity-Attention Scale (HIP; Vulić-Prtorić, 2006) and Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C; Vulić-Prtorić and Sorić, 2006). In order to determine the connection level between the basic ADHD symptoms with the social and emotional adjustment, the Pearson correlation coefficient has been calculated. Inattention, regarded as an ADHD symptom, is statistically significantly, even though relatively loosely, negatively connected with the peer acceptance feeling and social self-efficacy, i.e. the social self-efficacy and peer acceptance feeling decline as the inattention level grows. There is also a negative correlation between inattention and all the dimensions of emotional adjustment, or, in other words, empathy, emotional competence, and emotional self-efficacy. Despite being weak, negative connections of other ADHD symptoms with dimensions of emotional adjustment are statistically significant. As hyperactivity level grows, empathy and emotional self-efficacy decline. Furthermore, the third ADHD symptom, i.e. impulsivity, is also negatively connected with the abovementioned dimensions of emotional adjustment.

Key words: ADHD, symptoms, social adjustment, emotional adjustment, primary school age

1 UVOD

U posljednjih 15-ak godina u Republici Hrvatskoj se zamjećuje trend povećanja broja djece koja manifestiraju kliničku sliku ADHD-a. Iako se ne zna točan razlog tomu, kao ni stvaran broj djece koja imaju ADHD, jasno je kako učinkovito funkcioniranje djece koja imaju ADHD ili su u riziku od njegove pojave, trebaju sveobuhvatnu podršku. To uključuje i veći angažman stručnjaka različitih profila, ponajprije učitelja koji su u svakodnevnom izravnom radu s učenicima.

1.1 Definiranje, prevalencija i etiologija ADHD-a

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (engl. *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) je razvojni poremećaj samokontrole (Velki, 2012), a kao poremećaj očituje se u 8 do 12% djece širom svijeta u teškoćama pažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti (Faraone i sur., 2003). To je poremećaj o kojemu ovisi kvaliteta života, točnije, riječ je o heterogenom sindromu u smislu etiologije, komorbiditeta, spolnih razlika, tijeka i ishoda (Banaschewski, 2010; prema Bartolac, 2013). Brojni stručnjaci smatraju da su u središtu sindroma dvije značajke: teškoće u izvršnim funkcijama te teškoće u emocionalnoj, kognitivnoj, motoričkoj i bihevioralnoj inhibiciji (samoregulaciji) (Barkley, 2006, Brown, 2006, Stevens i sur., 2002; prema Bartolac, 2013). Barkley (2006) smatra da zbog nerazvijenosti izvršnih funkcija sam naziv deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj nije prikladan te predlaže nazive koji u potpunosti opisuju teškoću: *razvojni poremećaj samoregulacije* ili *razvojni poremećaj izvršnih funkcija*. ADHD se očituje u ponašanjima koja nisu sukladna životnoj dobi i koja su nespojiva s društvenim normama kao što su poslušnost, samokontrola i sposobnost rješavanja problema (Vukojević i sur., 2012). Prilagodba na obrazovni sustav izrazito je teška za djecu s ADHD-om, posebice kada dijete iz predškolskog prelazi u školsko okruženje. Zbog teškoća samoga poremećaja, učenik s ADHD-om ne može razviti očekivanu samostalnost u korištenju radnih navika. U takvim situacijama smanjuje se tolerantnost socijalne okoline na djetetovo ponašanje, a dijete nailazi na različita ograničenja i teškoće (Bartolac, 2013). Poremećaj se najčešće javlja u fazi djetinjstva. Osnovni simptomi i prateći obrasci ponašanja zadržavaju se godinama, iako kod približno 50 % djece s tim poremećajem simptomi u velikoj mjeri nestaju kako se približavaju odrasloj dobi (Velki, 2012). Većina djece je u jednom razdoblju nepažljiva, nemirna ili čak i impulzivna, ali to ne mora značiti da dijete ima poremećaj hiperaktivnosti. U svojem istraživanju, Romstein (2011) pronalazi kako učitelji motorički nemir, nemogućnost izvođenja aktivnosti u cjelini (od početka do kraja), kratkotrajnu pozornost, čitanje „napamet“ i

govorenje „unaprijed“ te odupiranje odraslima u visokom postotku vide kao tipična, uobičajena i očekivana ponašanja kod djece niže osnovnoškolske dobi. Slično tomu, a u odnosu na kronološku dob djece, Velki (2012) pronalazi kako se dijagnoza najčešće postavlja prelaskom u peti razred osnovne škole jer rastu socijalna očekivanja te zahtjevi za primjerenom prilagodbom učenika. Djeca s ADHD-om imaju teškoće u adaptivnim sposobnostima što se očituje u ponašanjima kao što su agresija, neregulirano ponašanje, nesposobnost da se odgodi zadovoljenje, razuzdanost, teškoće u učenju, slaba kontrola i niska motivacija (Houck i sur., 2011). Dosadašnja istraživanja pokazala su da djevojčice iskazuju više internalizirana ponašanja i manje eksternalizirana ponašanja nego dječaci te su zbog toga osjetljivije na samopoimanje (Houck i sur., 2011). Utvrđeno je i da je kod dječaka prisutna hiperaktivnost i impulzivnost, dok djevojčice imaju teškoće u održavanju pozornosti (Velki, 2012,; Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004,; Biondić, 1993; prema Vukojević i sur., 2012). Velki (2012) navodi da je odnos djevojčica prema dječacima 1:3 – 1:4, što znači da je poremećaj ADHD tri do četiri puta češći u dječaka nego u djevojčica. Zbog navedenoga, teškoće djevojčica se prepoznaju kasnije što im uskraćuje odgovarajući pravodobni tretman (Gaub, 1997, Biederman, 1998; prema Sekušak-Galešev, Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak, 2015). Istraživanja pokazuju da prevalencija deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja u svijetu ima raspon od 1% do 20% kod djece školske dobi (Polanczyk i sur., 2007) te 3% do 5% u adolescenata (Vukojević i sur., 2012). Prevalencija ovisi i o dijagnostičkim kriterijima koji se koriste pri postavljanju dijagnoze, a postoje razlike u dijagnostici među stručnjacima. Primjerice europske zemlje u dijagnostici koriste MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema) čija je dijagnostika uža i uključuje djecu kod kojih su prisutne i nepažnja i hiperaktivnost, dok SAD koristi DSM-V (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), pri čemu se dijagnoza postavlja kod djeteta koje samo ima hiperaktivnost/impulzivnost ili samo oštećenje pažnje. Još uvijek je nepoznato što točno uzrokuje ADHD, ali mnoga istraživanja pokazuju da deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ima svoju biološku osnovu, odnosno da geni imaju veliku ulogu. Istraživanjima Barkley (2006) zaključuje da je većina varijance (70-95%) ADHD simptoma rezultat genetskih faktora, odnosno prosječna nasljednost je 0,80 za simptome toga poremećaja. Velki (2012) navodi da se deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj češće pojavljuje kod djece koja odrastaju u biološkoj obitelji gdje netko od bliskih članova također ima ADHD (25%) nego u adoptivnoj obitelji u kojoj postoje bliski srodnici (ali ne biološki srodnici djeteta) koji imaju ADHD, gdje se ADHD pojavljuje u vrlo malome postotku, odnosno 3%. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj se više pojavljuje kod jednojajčanih nego kod

dvojajčanih blizanaca te je češća pojava među djecom koji su biološki srodnici nego među posvojenom djecom. Znanstvenici traže uzroke i u ekološkim čimbenicima te istražuju pridonose li ozljede mozga, socijalna okolina i prehrana pojavi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja. Lloyd, Stead i Cohen (2006) navode da bi uzrok ADHD-a mogao biti u prehrani i/ili socijalnoj okolini. Suprotno tome, Velki (2012) navodi da uzrok pojave poremećaja nisu ni djetetova obitelj, ni vršnjaci, ni škola, a nikako nije krivo ni samo dijete. Okolina, odnosno ponašanje osoba koje su često u kontaktu s djetetom (roditelji, nastavnici i vršnjaci) i njihov odnos sa samim djetetom mogu moderirati jačinu simptoma i neželjenih ponašanja, ali nikako nisu uzrok ADHD-u. Nadalje, ne postoje znanstveni dokazi koji potvrđuju da je ADHD isključivo uzrokovan gledanjem televizora, roditeljskim postupcima, konzumiranjem šećera (Wolraich, Wilson i White, 1995) ili pak drugim socijalnim faktorima. Brojna istraživanja usmjerila su se na funkcioniranje mozga djece s ADHD-om. Tako se kao mogući uzrok navode razlike u strukturi mozga, moždanoj povezanosti između dviju hemisfera, električnoj aktivnosti mozga te manjak neuroprijenosnika u putovima u mozgu koji povezuju bazalne ganglije i prefrontalno područje kore velikog mozga (Comings i sur., 2000, Robbins, 2000; prema Sekušak-Galešev, Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak, 2015, Rothenberger, 1995, Filipek i sur., 1995, Pliszka i sur., 1996; prema Barkley, 2006). Krajnji ishod je nemogućnost održavanja pažnje i slaba kontrola impulzivnosti. Neki stručnjaci se slažu da u uzrokovanju deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja važnu ulogu imaju psihosocijalni faktori (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004), poneki smatraju da su djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem bili izloženi raznim kemikalijama (Taylor, 2008), a jedan dio istraživača se usmjerio na toksine u hrani te na različite dijete kao moguće uzročnike pojave (Conners, 1990; prema Velki 2012). Etiologija deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je još uvijek složena i nema jednoznačnoga odgovora na pitanje što ga uzrokuje. ADHD je vrlo ozbiljan poremećaj koji zahtijeva dugotrajan tretman. Stoga je važno otkriti radi li se o nekim emocionalnim ili drugim problemima i poteškoćama ili zaista o ADHD-u (Delić, 2001). Prema klasifikacijama MKB-10 i DMS-V jasno je utvrđeno kada će se za neko dijete postaviti dijagnoza ADHD-a. Iako navedene klasifikacije obvezuju zdravstvene djelatnike da ih primjenjuju, one nisu obvezatne za druge stručnjake, a rezultat toga su česti nesporazumi (Kadum-Bošnjak, 2006). Unatoč neujednačenosti kriterija za dijagnosticiranje deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, prilikom dijagnosticiranja moraju biti zadovoljeni kriteriji: pojavljivanje simptoma prije 7. godine života i trajanje najmanje 6 mjeseci, simptomi moraju biti mnogo jači nego kod ostale djece iste dobi i iste razvojne razine, moraju značajno

ometati sposobnost funkcioniranja u svakodnevnome životu te moraju biti prisutni u više situacija (u obitelji, u školi i sl.) (Velki, 2012).

1.1.1 Oblici ADHD-a

Prema *Dijagnostičko-statističkom priručniku mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske udruge (DMSV-V)* iz 2014. godine, deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj može se pojaviti u tri oblika:

➤ Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – kombinirani tip

To je oblik poremećaja koji se pojavljuje kod najvećega broja djece i adolescenata. O ovom obliku poremećaja može se govoriti ukoliko šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti traje najmanje šest mjeseci. Neki simptomi mogu se potvrđivati i procjenjivati tek od sedme godine života u okviru okoline u kojoj se dijete živi i kreće (obitelj, škola). Nema lijeka koji će zauvijek ukloniti poremećaj, ali tretmani koji uključuju dijete s takvim poremećajima vrlo su kvalitetna.

➤ Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno nepažljivi tip

Poremećaj ovoga tipa dijagnosticira se ako šest ili više simptoma nepažnje, a manje od šest simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti traje najmanje šest mjeseci.

➤ Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno hiperaktivno-impulzivni tip

Podtip poremećaja dijagnosticira se ako šest ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti, a manje od šest simptoma nepažnje traje šest mjeseci.

Učenici s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem u redovnom školovanju imaju velike probleme kao što su vremenska ograničenja, količina pisanog i čitanog teksta, niže ocjene, a oko 40 do 60% djece s ADHD-om ima teškoće s učenjem u školi (Sekušak-Galešev, Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak, 2015). ADHD ima dugoročan utjecaj na školovanje djeteta, njegov uspjeh i društveno-emocionalni razvoj (Velki, 2012). Sukladno tome, Barkley (2006) navodi da 32 do 40% djece napušta svoje školovanje, a samo 5 do 10% završi fakultet. Razlog tome mogu biti i nepravilni odgojni postupci prema djetetu s ADHD-om koji se grupiraju u dva segmenta: 1.) pretjerano kažnjavanje, stalno kritiziranje i odbacivanje, izoliranje ili 2.) pretjerana popustljivost, neustrajnost, odustajanje te priklanjanje „liniji manjeg otpora“ (Kadum-Bošnjak, 2006). Navedeni postupci mogu uzrokovati niz emocionalnih poteškoća,

kao što su agresivnost, nisko samopoštovanje, negativan odnos prema učenju, vršnjačko neprihvatanje i devijantno ponašanje (Velki, 2012). Zbog toga je važno razumjeti i na odgovarajući način reagirati na djetetove potrebe. Učenici s ADHD-om često su zahtjevni, puno pričaju, zapitkuju i očekuju da će im učitelj posvetiti potpunu pažnju, zanemarujući ostale učenike u razredu. Imaju oskudnu kontrolu fine motorike što rezultira sporim pisanjem i često lošim rukopisom. Zbog nepažnje često zaboravljaju zadaću ili preskaču zadano, a računanje u matematici prateći određene korake i učenje pjesmica napamet izrazito je teško pa često odustaju i prije nego što su pokušali riješiti zadatak. Velki (2012) navodi da su djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem uspješna u zadacima koji su brzi, intenzivni ili kratkog trajanja, a posebno su motivirani ukoliko je rezultat vidljiv odmah po završetku njihova rada. Djeca s ADHD-om teško se prilagođavaju rasporedu i teško podnose dug boravak u školi, prateći cjelodnevnu nastavu, a dodatno ih frustrira školski uspjeh koji je često slabiji od njihova intelektualnog potencijala (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004).

1.1.2 Simptomi ADHD-a

Prepoznavanje znakova ovog sindroma važno je svim stručnjacima koji rade s djecom kako bi razumjeli uzroke djetetovog ponašanja te pružili primjerene informacije roditeljima o mogućnostima i preporukama vezanim uz daljnju procjenu djeteta te mogućim intervencijama (Bartolac, 2013). Simptomi za dijagnosticiranje ADHD-a moraju biti znatno izraženiji od uobičajenoga ponašanja djece bez ikakvoga poremećaja, pri čemu se treba uzeti u obzir razvojni stupanj djeteta. U djece kojoj je dijagnosticiran taj poremećaj narušeno je funkcioniranje kod kuće, u školi i s vršnjacima (Velki, 2012). Osim akademskih problema i problema u ponašanju, ta djeca često imaju i značajne socijalne probleme (Smitha i sur., 2014), a u odrasloj dobi veći je rizik za samoubojstvo, rizično ponašanje, depresija, ovisnosti, interpersonalni problemi te obiteljski poremećaji (Barkley, 2006). Neki istraživači smatraju da su u središtu ADHD-a teškoće u izvršnim funkcijama, a koje omogućuju integraciju, određivanje prioriteta, osiguravaju samoregulaciju te reguliraju ostale kognitivne funkcije (Vohs i Baumeister, 2004; prema Bartolac 2013).

1.1.2.1 Hiperaktivnost

Hiperaktivno ponašanje razlikuje se ovisno o dobi i razvojnome stupnju, a očituje se u visokoj razini energije, neumornosti, nemogućnosti mirnog sjedenja, glasnom i prekomjernom govorenju (Delić, 2001). Hiperaktivna djeca često tresu rukama ili nogama, vrpolje se na stolici, ustaju sa stolice u razredu, često pretjerano trče ili se penju u situacijama kada je to

neprikladno, imaju teškoća ukoliko se trebaju mirno i tiho igrati, pretjerano pričaju i često su „u pogonu“ ili u stanju „kao da ih pokreće motor“ (Velki, 2012, Barkley, 2000). Sazrijevanjem, simptomi hiperaktivnosti pretvaraju se u osjećaj nemira, lupkanje prstima po stolu ili tresenje nogom te poteškoća s obavljanjem tih aktivnosti koja zahtijevaju sjedenje.

1.1.2.2 Impulzivnost

Impulzivnost se pojavljuje zbog teškoća u inhibiciji, odnosno kočenju reakcija, a očituje se u teškoćama koje imaju u socijalnim situacijama; prekidaju ili ometaju druge, imaju teškoće s odgađanjem odgovora te odgovaraju na pitanje i prije nego što je ono dovršeno. Impulzivna djeca su često nestrpljiva te imaju poteškoća sa čekanjem u redu, ali i teško čekaju neki događaj zbog nedovoljne mogućnosti planiranja. Teško se odupiru trenutnom iskušenju te se bave potencijalno opasnim aktivnostima, ne razmišljajući o mogućim posljedicama. Ne slušaju upute i razgovor započinju u neprikladno vrijeme. Kod djece s impulzivnim i hiperaktivnim poremećajem unutarnji govor nije razvijen sukladno razvojnoj dobi te zbog toga djeca s takvim oblikom poremećaja ne mogu kontrolirati i usmjeravati vlastito ponašanje (Barkley, 2000).

1.1.2.3 Deficit pažnje

Simptomi deficita pažnje mogu se pripisati drugim uzrocima jer se ne uočavaju lako, a posebice ako dijete nije hiperaktivno i impulzivno. Kod predškolske djece simptomi nepažnje mogu se uočiti funkcionalnom opservacijom. Zbog toga neki roditelji vide znakove pomanjkanja pažnje i mnogo prije polaska u školu (npr. dijete ima problem zadržavanja koncentracije i u najjednostavnijim igrama, poput bacanja loptice). Kod školske djece simptomi nepažnje utječu na školski uspjeh i rad u razredu. Oni mogu mirno sjediti, ali se ne mogu koncentrirati na ono što rade. Zato dijete tijekom rada može previdjeti detalje, a roditelji i učitelji mogu ne primijetiti da ono ima ADHD (Opić i Kudek Mirošević, 2010). Djeca često imaju teškoća s održavanjem pažnje pri obavljanju zadataka i organiziranjem zadataka i aktivnosti. Ne prate upute i ne dovršavaju školski uradak ili dužnosti i često se čini da ne slušaju, čak i kada im se izravno obraća. Ne posvećuju pažnju detaljima, pa ostavljaju dojam da pogreške rade zbog nemara, izbjegavaju i odbijaju zadatke koji zahtijevaju trajniji mentalni napor, a pri radu ih ometaju vanjski podražaji. Često zaboravljaju dnevne aktivnosti i gube stvari i pribor koji su im potrebni za rad ili aktivnost.

Učitelji djecu s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem često doživljavaju kao djecu s kojima se ulaže najviše truda, a učinci su minimalni (Kadum-Bošnjak, 2006). Učitelji

moгу djelovati na više područja kako bi djetetu osigurali maksimalnu pomoć (Velki, 2012). Prije svega, učitelj treba prilagoditi metode i tehnike poučavanja; razdijeliti gradivo na manje cjeline, pojednostaviti upute pri rješavanju zadataka, ne davati kratke vremenske rokove, omogućiti učeniku da se istakne. Disciplina i prihvatljivo ponašanje djeteta s ADHD-om u razredu, mogu se ostvariti dobrom organizacijom razreda; urediti prostor za izvođenje različitih aktivnosti, dogovoriti razredna pravila, objaviti raspored razrednih aktivnosti, nagraditi učenike za poštovanje razrednih pravila. U komunikacijskom procesu, učitelj treba pravilno upotrebljavati komunikacijske vještine u radu s djecom te uspostaviti pozitivan i podupirući odnos s učenikom (Velki, 2012, Kadum-Bošnjak, 2006).

1.2 Emocionalna inteligencija/kompetencija

Emocionalna inteligencija je relativno novo područje u psihologiji i u znanstvenoj literaturi se javlja u ranim devedesetima, za što su zaslužni autori Peter Salovey i John D. Mayer (1997). Emocionalnu inteligenciju definiraju kao sposobnost uočavanja i izražavanja emocija, asimiliranja emocija u mišljenju te kao sposobnost razumijevanja i upravljanja tuđim i vlastitim emocijama (Takšić, 1998). Stoga emocionalna inteligencija označava inteligenciju koja uključuje sposobnost procesiranja emocionalnih informacija (Roberts, Zeidner i Matthews, 2001). Daniel Goelman (2000; prema Brebrić 2008) tvrdi da je emocionalna inteligencija važna jer se na temelju njenih elemenata mogu predvidjeti buduća ponašanja te da se dio životne uspješnosti ne može pripisati kognitivnoj inteligenciji već emocionalnoj. Emocionalna inteligencija sadrži sposobnosti koje se moraju međusobno povezati kako bi se emocionalna inteligencija razvijala sukladno sazrijevanju i iskustvu. Iako emocionalna inteligencija mora biti povezana s kognitivnom inteligencijom, mora biti dovoljno samostalna jer uključuje upravljanje emocijama, sposobnost razumijevanja sebe i drugih te odnosa s ljudima (Matešić, 2015). Zbog pretpostavke da se emocionalna inteligencija može razviti, mnogi autori u literaturi pojam *inteligencije* zamjenjuju pojmovima poput *emocionalni kvocijent*, *emocionalna pismenost*, *emocionalna kompetentnost* (Munjas Samarin i Takšić, 2009). Suprotno navedenome, autori Takšić, Mohorić i Munjas (2006) navode da je potrebno razlikovati emocionalnu kompetenciju od emocionalne inteligencije. Emocionalna kompetencija je osobina ličnosti, a emocionalna inteligencija jest sposobnost, pri čemu emocionalna kompetencija ne mora nužno preslikavati razinu emocionalne inteligencije pojedinca. Emocionalna kompetencija se razvija u funkciji dobi i iskustva (Takšić i sur., 2006) i ona predstavlja sposobnost ulaženja u transakcije s promjenjivim i izazovnim društveno-fizičkim okolišem (Salovey i Sluyter, 1999). Sindik (2010) navodi da se

emocionalna inteligencija sastoji od pet elemenata: samosvijesti, motivacije, samoregulacije, empatije i posvećenosti u odnosima. Bar-On i sur. (2000) navode da emocionalna inteligencija uključuje niz personalnih, emocionalnih i socijalnih kompetencija i vještina koje utječu na sposobnost pojedinca da uspije u suočavanju sa zahtjevima okoline. Prema tome, emocionalna inteligencija uključuje: intrapersonalne komponente (emocionalna samosvijest, upornost, samopoštovanje, samoaktualizacija, nezavisnost), interpersonalne komponente (empatija, interpersonalni odnos, socijalna odgovornost), komponente prilagodljivosti (rješavanje problema, objektivnost u procjeni, fleksibilnost), komponente upravljanja stresom (tolerancija na stres, kontrola poriva) i komponente općeg raspoloženja (sreća, optimizam) (Lozovina i sur., 2011). Slijedom navedenoga, vidljivo je da se pri utvrđivanju emocionalne inteligencije utvrđuje razina prepoznavanja emocija i razina upravljanja emocijama kroz odgodu impulsa ili trenutačnog zadovoljenja ili odgodu reakcije koja će omogućiti povoljne dobiti u određenoj situaciji (Brebrić, 2008).

1.3 Socijalna kompetencija

Zwaans, Dam i Volman (2006; prema Markuš 2010) socijalnu kompetenciju definiraju kao razvojni konstrukt koji svoje korijene nalazi u razvojnoj psihologiji. Socijalno kompetentnom osobom smatra se osoba koja je upućena u društvo, koja ima osjećaj za zajednicu i društvena je. Goleman (1995; prema Markuš, 2010) socijalnu kompetenciju smatra dijelom emocionalne inteligencije te je njome obuhvaćeno znanje i promišljanje o vlastitim osjećajima pri donošenju dobrih odluka u životu. Autori različito imenuju isti pojam. Tako se uvidom u znanstvenu literaturu uz pojam *socijalne kompetencije*, javljaju i pojmovi *interpersonalna kompetencija*, *socijalna sposobnost* i *socijalna inteligencija*. Prema Mužiću (2009) socijalna kompetentnost podrazumijeva socijalnu spretnost, prilagođeno ponašanje i socijalnu prihvaćenost. Budući da su navedeni elementi međusobno isprepleteni i međusobno ovisni, teško ih je razlikovati. Socijalna kompetencija se poistovjećuje sa socijalnim vještinama, no potrebno ih je razlikovati jer vještine obuhvaćaju specifična ponašanja pojedinca, a kompetencija određuje kako će pojedinac koristiti vještine u socijalnoj okolini. Socijalne vještine su opisane kao ponašanja i vještine koje su potrebne pojedincu za razvoj i održavanje konstruktivnih društvenih odnosa (Smitha i sur., 2014). One su sklop međusobno povezanih ponašanja usmjerenih prema cilju, mogu se naučiti i kontrolirati (Hargie, Saunders i Dickson, 1981; prema Brdar, 1993). Pojedinac je socijalno kompetentan ukoliko koristi socijalne vještine na prikladan način i istovremeno postiže ključne osobne ciljeve (Markuš, 2010). Socijalna kompetencija se može opisati i kao sposobnost izgradnje dobrog odnosa s

drugim ljudima, sposobnost suradnje i sposobnost upravljanja sukobima i njihovog rješavanja (Markuš, 2010). Za zdrav socijalni razvitak, odnosno za razvitak prosocijalnoga ponašanja i socijalne prilagođenosti, važne su socijalne vještine suradnje, empatije, tolerancije te kontrole emocija (Brebrić, 2008). Empatija se općenito može definirati kao sposobnost emocionalnog uživanja i razumijevanja osjećaja i stanja drugih osoba (Špelić i Zuliani, 2011).

1.4 ADHD kao rizik za sniženo socio-emocionalno funkcioniranje

Emocionalna zrelost označava sposobnost pojedinca da kontrolira svoje emocije, umjesto da emocije kontroliraju pojedincem, što ne znači da se emocije trebaju skrivati ili potiskivati (Jogsan, 2013). Emocije utječu na cjelokupno funkcioniranje pojedinca, a posebno važnu ulogu imaju u interpersonalnom životu jer uključuju: odnos pojedinca s objektom ili događajem, prepoznatljivo mentalno stanje i emocionalno izražavanje (LaFreniere, 2000). Društvene i emocionalne poteškoće su posebno česte i problematične u djece s ADHD-om (Classi i sur., 2012). Opisujući individualne karakteristike djece i adolescenata s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem, rezultati upućuju na nedostatak empatije, vanjski lokus kontrole, anksioznost, pomanjkanje pozitivnog raspoloženja i provale bijesa te slabije psihosocijalno funkcioniranje (Velki, 2012). Ozdemir (2010; prema Bartolac, 2013.) navodi da djeca koja doživljavaju jake negativističke emocije nisu u stanju modulirati ih, a te emocije izražavaju kroz ponašanje koje je intenzivnije i silovitije nego što to sama situacija zahtijeva. Takvo ponašanje negativno utječe na njihovu sposobnost učinkovite interakcije s vršnjacima, članovima obitelji i drugima. Stoga je djeci potrebno razumijevanje okoline o teškoćama pri samoregulaciji. Upravo se nedostatak samoregulacije ogleda u sindromu ADHD-a, a njezin nedostatak uključuje probleme u kontroli impulsa, smirivanju samoga sebe, inicijativi, upornosti, strpljivosti i inhibiciji (Velki, 2012, Takács i sur., 2014). Djeca s hiperaktivnim poremećajem/deficitom pažnje imaju izrazite emocionalne probleme, oslabljena emocionalna kompetencija odražava se u niskom samopoštovanju, slaboj regulaciji emocija, sklonosti emocionalnoj uznemirenosti ili hysteriji te demoraliziranim postupcima (Barkley, 2006). Utvrđene su i značajne razlike između djece s ADHD-om i kontrolnom skupinom na gotovo svim dimenzijama emocionalne samoefikasnosti, a rezultati pokazuju da su djeca s ADHD-om emocionalno nestabilna što se odražava u poteškoćama kontroliranja vlastitih emocija te izrazitim osjećajima manje vrijednosti, nemira, neprijateljstva i agresivnosti (Jogsan, 2013). Istraživanja pokazuju i da djeca s ADHD-om imaju sniženu empatiju u odnosu na svoje vršnjake (Gumustas i surd., 2017), a neurološki istraživači tvrde da je razlog u deficitu područja mozga koja su odgovorna za samoregulaciju i empatiju (Honigsbaum, 2013; prema

Conway, 2015). Brojna istraživanja analizirala su empatiju u djece s ADHD-om, uspoređujući ih s vršnjacima. Rezultati jednoga istraživanja pokazuju da su djeca s ADHD-om imala manju empatiju u odnosu na kontrolnu skupinu, dok procjene djece od strane roditelja nisu pokazale značajne razlike djece iz kontrolne skupine i djece s ADHD-om (Gumustas i sur., 2017). Drugo pak istraživanje pokazuje da nema razlike prilikom samoprocjene empatije djece s ADHD-om i kontrolne skupine, ali su značajne razlike u procjenama roditelja, pri čemu su djeca s ADHD-om procijenjena s manje empatije (Marton i sur., 2009). Stoga, istraživači zaključuju da postoji mogućnost da sva djeca jednako osjećaju empatiju, ali djeca s ADHD-om nemaju sposobnosti kvalitetno ju izraziti (Marton i sur., 2009). Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj može dovesti do raznih poteškoća koje se odražavaju na školski uspjeh, obiteljski život i društvene interakcije (Kloo i Kain, 2016). Ukoliko se ADHD ne liječi, predstavlja rizik za razvoj dodatnih poteškoća u socijalnom funkcioniranju kao što su obiteljski odnosi, funkcioniranja na radnom mjestu, ozljede, prometni prekršaji i prometne nesreće te antisocijalno ponašanje (Wehmeier i sur., 2010). Obitelj je važan kontekst u kojemu djeca nauče odnositi se prema drugima, održavati veze, rješavati probleme, postavljati ciljeve i svladati tenzije između vlastitih želja i socijalnih očekivanja (Kendall, 2000; prema Velki, 2012). Socijalno funkcioniranje djece s ADHD-om unutar obiteljskih odnosa i obiteljskih aktivnosti može biti umanjeno, a u nekim slučajevima obiteljski odnosi mogu biti „razbijeni“ što rezultira dodatnim socijalnim i financijskim troškovima (Johnston i Mash, 2001; prema Wehmeier i sur., 2010). Djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ne nalaze razumijevanje niti unutar vlastitih obitelji (Vukojević i sur., 2012) te se zbog toga često osjećaju tužno i prikazuju opozicijsko ili agresivno ponašanje (Harpin 2005; prema Wehmeier i sur., 2010). Osnovne značajke ADHD-a (nepažnja, impulzivnost, hiperaktivnost) utječu na komunikacijske vještine koje su potrebne za uspostavu i konsolidaciju svih društvenih odnosa, a ponajviše prijateljstva (Normand i sur., 2007). U kojoj situaciji i na koji način, te kojim intenzitetom primijeniti naučenu socijalnu vještinu predstavlja pravi izazov ovoj djeci (Bartolac, 2013, Smitha i sur., 2014), a izrazite deficite pokazuju u socijalnim vještinama kao što su samokontrola i samovrednovanje (Kloo i Kain, 2016). Socijalna samoefikasnost u djece s hiperaktivnim poremećajem/deficitom pažnje izrazito je niska, što se posebice odražava u percipiranju sebe i drugih osoba, lošim održavanjem prijateljstva, impulzivnim komentarima o drugim osobama, ali i verbalnim uvredama (Barkley, 2006). Rief (2008) navodi da su za polovinu djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem društveni odnosi ozbiljno narušeni. Iako u literaturi ne postoji konkretan podatak o broju prijatelja djece s ADHD-om, istraživanja jasno pokazuju da se zbog loših odnosa s vršnjacima, impulzivna djeca često

povlače i osamljuju (Velki, 2012). Djeca s ADHD-om često su ocijenjena niže na društvenim ljestvicama od svojih vršnjaka te u usporedbi s vršnjacima, imaju manje prijatelja (Wehmeier i sur., 2010). Ukoliko djeca s ADHD-om imaju bliska prijateljstva, ona se mogu sažeti kao „gotovo ništa“ (Blachman i Hinshaw, 2002; prema Normand i sur., 2007). Takva prijateljstva, djeca s ADHD-om, opisuju kao prijateljstva koja nisu intimna, prijateljstva su bez podrške i nedostataka druženja, a među prijateljima je prisutna i agresija (Normand i sur., 2007). Kriteriji koje djeca obično koriste u odabiru prijatelja predstavljaju izazove za djecu s ADHD-om u svim dobnim skupinama (Normand i sur., 2007). Zbog toga su djeca s ADHD-om često bez prijatelja, imaju niske kvalitete prijateljstva ili kratkotrajna i nestabilna prijateljstva. Velki (2012) tvrdi da se odnos djece s ADHD-om i vršnjaka može opisati kroz aspekte poput: prihvaćenosti ili odbijanja od strane vršnjaka, dijadička prijateljstva, odabiranje negativno nominiranih vršnjaka. Dok neka istraživanja pokazuju da dominacija, agresivno ponašanje, nepažnja i kršenje pravila uzrokuju odbacivanje od strane vršnjaka te čine rizik za pojačavanje simptoma ADHD-a, druga istraživanja tvrde da upravo odbijanje od strane vršnjaka povećava razinu agresivnoga ponašanja (Velki, 2012). Sukladno tome, Jogsan (2013) ističe da djeca s kombiniranim tipom ADHD-a imaju najveće poteškoće u odnosima s vršnjacima, a do 80% djece s ADHD-om doživljava odbacivanje od strane vršnjaka (Hoza, 2007; prema Kloo i Kain, 2016). Uzrok toga je, navode stručnjaci (Jogsan, 2013, Kloo i Kain, 2016) to što je ponašanje djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem često agresivno, neugodno i nametljivo drugima. Wehmeier i sur. (2010) navode da je uzrok odbacivanja od strane vršnjaka u tome što djeca i adolescenti s ADHD-om nisu u mogućnosti učinkovito sudjelovati u društvenim razmjenama kao što su dijeljenje, suradnja i razumijevanje za druge. Može se pretpostaviti i da će se vršnjak koji nema ADHD radije odlučiti za manje zahtjevan prijateljski odnos s drugom djecom, odnosno odnos u koji ne treba ulagati toliko energije koja je potrebna za nošenje s impulzivnim stilom ponašanja djeteta s ADHD-om (Bartolac, 2013). Osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka u djece s ADHD-om je izrazito slab, a istraživanja pokazuju da zbog iskustva u odbacivanju od strane vršnjaka, djeca s ADHD-om ograničavaju svoje izlaganje vršnjacima te odbijaju verbalne interakcije (Barkley, 2006, Semrud-Clikeman i Schafer, 2000). Velki (2012) navodi da je slabo socijalno funkcioniranje i funkcioniranje s vršnjacima jednako prisutno i kod dječaka i kod djevojčica, a ono se može protegnuti i do adolescentske dobi. Takav način funkcioniranja ubraja se u rizične čimbenike razvoja jer može najaviti nastanak poremećaja ophođenja te konzumiranje droga i alkohola u daljnjem životu.

2 CILJ, POBLEMI I HIPOTEZE

2.1 Cilj

Ovim istraživanjem željelo se provjeriti postoji li povezanost između simptoma deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja sa socio-emocionalnom prilagodbom. Simptomi ADHD-a se nalaze na popisu DSM-V: hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Socijalna prilagodba mjerena je varijablama: broj prijatelja, osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka i socijalna samoefikasnost, a emocionalna prilagodba mjerena je varijablama: emocionalna empatija, emocionalna kompetentnost i emocionalna samoefikasnost.

2.2 Problemi i hipoteze

Sukladno cilju istraživanja, određena su dva istraživačka problema:

1. Utvrditi postoji li povezanost simptoma ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnja) sa socijalnom prilagodbom učenika (broj prijatelja, osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka, socijalna samoefikasnost).

Hipoteza 1: Postoji statistički značajna negativna povezanost osnovnih simptoma ADHD-a (hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje) s različitim dimenzijama socijalne prilagodbe (brojem prijatelja, osjećajem prihvaćenosti od strane vršnjaka te socijalnom samoefikasnosti). Točnije, djeca koja procjenjuju da imaju izraženije simptome ADHD-a imat će manji broj prijatelja, slabiji osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka te nižu procjenu socijalne samoefikasnosti.

2. Utvrditi postoji li povezanost simptoma ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnja) s emocionalnom prilagodbom učenika (emocionalna empatija, emocionalna kompetentnost, emocionalna samoefikasnost).

Hipoteza 2: Postoji statistički značajna negativna povezanost osnovnih simptoma ADHD-a (hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje) s različitim dimenzijama emocionalne prilagodbe (emocionalnom empatijom, kompetentnosti i samoefikasnosti).

3 METODA

3.1 Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 6 osnovnih škola, a sudionici su bili učenici četvrtih, šestih i osmih razreda. Broj učenika koji su pitani za sudjelovanje je 896, a na sudjelovanje u istraživanju pristalo je 501 (55,92%). Uzorak se sastojao od 254 učenika (50,7%) i 247 učenica (49,3%) u rasponu dobi od 10 do 16 godina, s prosječnom dobi $M=12,72$ godine ($SD=1,62$). Prema mjestu stanovanja, 368 sudionika (73,4%) živi u gradu, dok 133 (26,6%) sudionika žive u selu.

3.2 Mjerni instrumenti

UEK-45 – Upitnik emocionalne kompetentnosti

U ovome istraživanju primijenjen je Upitnik emocionalne kompetentnosti (Takšić, 2002) koji je mjera emocionalne inteligencije kao osobine ličnosti. UEK-45 je skraćena verzija Upitnika emocionalne inteligencije koji je nastao na temelju Mayera i Saloveya (1997). Upitnik se sastoji od tri subskale s ukupno 45 čestica. Skala Sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija (UR) se sastoji od 15 čestica, primjer čestice: *Kada vidim kako se netko osjeća, obično znam što mu se dogodilo*. Sposobnost izražavanja i imenovanja emocija (II) se sastoji od 14 čestica, a primjer čestice je: *Gotovo uvijek mogu riječima opisati svoje osjećaje i emocije*. Skala Sposobnosti upravljanja i reguliranja emocija (RU) sastoji se od 16 čestica: *I kada je moja okolina loše raspoložena, mogu zadržati dobro raspoloženje*. Zadatak sudionika je na skali 5 stupnjeva od 1 (uopće NE) do 5 (u potpunosti DA) procijeniti koliko se svaka od tvrdnji, prema subjektivnom sudu, odnosi na njega. Pouzdanost Upitnika emocionalne kompetencije u provedenom istraživanju iznosi Cronbach $\alpha=0,92$.

E-upitnik

Skala emocionalne empatije autorice Raboteg-Šarić (1993) je najčešće korišteni instrument za samoprocjenu empatije. Sastoji se od 19 čestica koje opisuju doživljavanje emocija sukladno čuvstvenom stanju druge osobe te brigu za osobe koje su u nepovoljnoj

situaciji. Primjer čestice koja opisuje doživljavanje emocija kao reakcije na emocionalno stanje druge osobe je: „*Osjećam se sretno ako su drugi oko mene veseli.*“, a primjer čestice koja opisuje brigu za osobe u nepovoljnoj situaciji je: „*Bude mi žao jako stidljivih ljudi kad se nađu u novom društvu.*“. Zadatak sudionika je uz svaku tvrdnju zaokružiti odgovarajući broj na skali Likertovog tipa s 5 stupnjeva, od 1 (uopće se ne odnosi na mene) do 5 (u potpunosti se odnosi na mene) koliko ga navedena tvrdnja opisuje, a ukupan rezultat dobiva se na temelju aritmetičke sredine svih čestica. Pouzdanost skale emocionalne empatije u ovome istraživanju iznosi Cronbach $\alpha=0,92$.

HIP – Skala hiperaktivnost-impulzivnost-pažnja

Skala HIP (Vulić-Prtorić, 2006) procjenjuje hiperaktivno i impulzivno ponašanje te poteškoće u usmjeravanju pažnje. Skala se sastoji od ukupno 19 čestica koje su podijeljene na tri subskale: hiperaktivnost (6 čestica), impulzivnost (4 čestice) i pažnja (9 čestica). Primjer čestice: hiperaktivnosti je „*Nisam imao strpljenja za aktivnosti i obaveze koje se moraju obavljati polako i tiho.*“, impulzivnosti je „*Davao sam odgovore i prije nego što sam čuo pitanje do kraja.*“, a pažnje je „*Zaboravljao sam i svakodnevne obveze.*“. Skala HIP je konstruirana na temelju popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije, tvrdnji koje se koriste za mjerenje simptoma poremećaja s deficitom pažnje i hiperaktivnošću te teorijskih tumačenja simptomatologije navedenih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Zadatak sudionika je zaokružiti svoje odgovore na ljestvici od 5 stupnjeva, procjenjujući koliko često su im se ponašanja opisana u tvrdnjama javljala u posljednjih 6 mjeseci; 1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = često, 5 = vrlo često. Skala HIP predstavlja objektivan mjerni instrument koji isključuje utjecaj ispitivača na obradu rezultata, a rezultat se dobiva aritmetičkom sredinom odabranih čestica. Pouzdanost za subskalu hiperaktivnosti Cronbach $\alpha=0,86$, za subskalu impulzivnosti $\alpha=0,80$, a za subskalu pažnje $\alpha=0,88$.

SEQ-C – Upitnik samoefikasnosti za djecu

Upitnik samoefikasnosti za djecu (*Self-efficacy Questionnaire for Children*) za ispitivanje dječjega osjećaja samoefikasnosti u tri područja; akademskom, emocionalnom i socijalnom, konstruirao je Peter Muris (2001, prema Vulić-Prtorić i Sorić, 2006). Upitnik sadržava 24 čestice koje su podijeljene po domenama efikasnosti. Domena socijalne samoefikasnosti (k=8) odnosi se na asertivnost te percipiranu sposobnost za odnose s vršnjacima, domena emocionalne samoefikasnosti (k=8) odnosi se na sposobnost suočavanja s negativnim emocijama, a akademska samoefikasnost (k=8) odnosi se na percipiranu mogućnost snalaženja u školskome gradivu, učenju te ispunjavanju školskih očekivanja. Uputa za ispunjavanje upitnika je kratka i vrlo jasna, a zadatak ispitanika jest procijeniti koliko se ponašanje opisano u tvrdnji odnosi na njih te pri tome zabilježiti vlastite odgovore na ljestvici koja se sastoji od 5 stupnjeva: 1 – uopće NE, 2 – uglavnom NE, 3 – nisam siguran, 4 – uglavnom DA, 5 – u potpunosti DA. Ocjenjivanje odgovora sudionika je objektivno jer se rezultat dobiva aritmetičkom sredinom određenih čestica. Pouzdanost skale SEQ-C u našem istraživanju za subskalu socijalne samoefikasnosti iznosi Cronbach $\alpha=0,80$, a za subskalu emocionalnu samoefikasnosti $\alpha=0,79$.

3.3 Postupak prikupljanja podataka

Istraživanje se provodilo u osnovnim školama te je bilo potrebno dobiti odobrenje za primjenu upitnika, a zatim su tijekom ožujka 2015. godine prikupljene suglasnosti roditelja. Istraživanje se provodilo tijekom travnja i svibnja 2015. godine, u sklopu sata razrednika.¹ Provedeno je grupno, a ukupna primjena je trajala približno 45 minuta.

Na samome početku sata razrednika, učenici su bili upoznati s istraživačicama, općim uputama istraživanja, što je obuhvaćalo sami cilj istraživanja te zadatke sudionika. Naglašeno je da uvid u podatke imaju samo istraživačice te da će se podatci koristiti isključivo u znanstvene svrhe. Istaknuto je da je istraživanje anonimno te da se odgovori daju po subjektivnome sudu, što znači da je važna iskrenost ispitanika jer ne postoje točni i netočni odgovori. Učenici su upućeni da je istraživanje dobrovoljno te da sudionici u bilo kojem trenutku mogli odustati od ispitivanja. Prije početka ispunjavanja svakog upitnika, učenicima je dana detaljna uputa, a ukoliko je tijekom ispunjavanja upitnika bilo nejasnoća, istraživačice su pružile dodatna pojašnjenja.

¹ Rezultati ovoga rada dio su sveučilišnog istraživačkog projekta „Konstrukcija interakcijskog modela ADHD-a: identifikacija čimbenika prilagodbe na školsko okruženje učenika osnovnoškolske dobi suspektnih na ADHD“, odobrenog od strane Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku 2015. godine, voditeljice doc.dr.sc. Tene Velki

4 REZULTATI

4.1 Deskriptivna statistika

Prije same statističke obrade, izračunati su deskriptivni podaci za sve varijable koje su bile predmet istraživanja – hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnju, broj prijatelja, osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka, socijalnu samoefikasnost te emocionalnu empatiju, kompetentnost i samoefikasnost. U Tablici 1 prikazane su minimalna i maksimalna vrijednost, aritmetička sredina i standardna devijacija navedenih varijabli. Za većinu korištenih varijabli prikupljene su samoprocjene svih sudionika (N=501), osim za varijable impulzivnost i nepažnja, pri čemu jedan sudionik nije procijenio koliko često su mu se ponašanja vezana uz navedene simptome javljala tijekom posljednjih šest mjeseci.

Tablica 1: Prikaz deskriptivnih podataka za mjerene varijable

VARIJABLA	N	Min	Max	M	sd
hiperaktivnost	501	1,00	5,00	2,28	1,02
impulzivnost	500	1,00	5,00	2,15	,95
nepažnja	500	1,00	4,78	2,14	,89
emocionalna empatija	501	1,00	5,00	3,76	,79
emocionalna kompetentnost	501	1,76	5,00	3,74	,54
emocionalna samoefikasnost	501	1,00	5,00	3,38	,83
broj prijatelja	501	0,00	4,00	1,77	1,06
vršnjačka prihvaćenost	501	1,00	3,00	2,62	,50
socijalna samoefikasnost	501	1,00	5,00	3,74	,74

Napomena: teorijski rasponi varijabli kreću se od 1 do 5, izuzev varijable „broj prijatelja“

4.2 Povezanost simptoma ADHD-a s dimenzijama socijalne prilagodbe

Kako bi se utvrdio stupanj povezanosti osnovnih simptoma ADHD-a (hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje) s različitim dimenzijama socijalne prilagodbe (brojem prijatelja, osjećajem prihvaćenosti od strane vršnjaka i socijalnom samoeфикасношću), izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije. Rezultati su pokazali kako je samo jedan od simptoma ADHD-a – *nepažnja* - statistički značajno (iako prilično slabo) povezan ($p < .01$) s određenim dimenzijama socijalne prilagodbe - *osjećajem prihvaćenosti od strane vršnjaka* te *socijalnom samoeфикасношću*. Obje korelacije su negativne, što znači da se s porastom nepažnje smanjuje osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka te socijalna samoeфикасност kod učenika. Rezultati, odnosno, Pearsonovi koeficijenti korelacije između navedenih varijabli, prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2: Pearsonovi koeficijenti korelacije simptoma ADHD-a s dimenzijama socijalne prilagodbe

	broj prijatelja	osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka	socijalna samoeфикасност
hiperaktivnost	,093	-,078	-,071
impulzivnost	-,024	-,100	-,032
nepažnja	,006	-,200**	-,172**

Napomena: ** $p < .01$

4.3 Povezanost simptoma ADHD-a s dimenzijama emocionalne prilagodbe

Kako bi se utvrdio stupanj povezanosti osnovnih simptoma ADHD-a (hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje) s različitim dimenzijama emocionalne prilagodbe (emocionalnom empatijom, emocionalnom kompetentnoшću i emocionalnom samoeфикасношću), također je izračunat Pearsonov koeficijent korelacije. Rezultati su pokazali statistički značajnu ($p < .01$), negativnu povezanost sva tri simptoma ADHD-a s pojedinim (ili svim) dimenzijama emocionalne prilagodbe. Utvrđena je slaba, ali statistički značajna negativna povezanost *hiperaktivnosti* s dvjema dimenzijama emocionalne prilagodbe - *emocionalnom empatijom* i *emocionalnom samoeфикасношću* (s porastom hiperaktivnosti smanjuju se emocionalna empatija i samoeфикасност). Slaba, ali također statistički značajna, negativna povezanost gore

navedenih varijabli emocionalne prilagodbe (*emocionalne empatije i samoefikasnosti*) potvrđena je i za drugi simptom ADHD-a – *impulzivnost* (s porastom impulzivnosti, smanjuju se emocionalna empatija i emocionalna samoefikasnost kod učenika). *Nepažnja*, kao treći simptom ADHD-a, statistički je značajno, negativno povezana sa sve tri dimenzije emocionalne prilagodbe – *emocionalnom empatijom, kompetentnošću i samoefikasnošću* (s porastom nepažnje, smanjuje se emocionalna empatija, kompetentnost i samoefikasnost kod učenika). Povezanost *nepažnje s emocionalnom empatijom i kompetentnošću* prilično je slaba, dok je s *emocionalnom samoefikasnošću* nešto viša (slaba do umjerena). Rezultati korelacijske analize, odnosno, Pearsonovi koeficijenti korelacije, prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3: Pearsonovi koeficijenti korelacije simptoma ADHD-a s dimenzijama emocionalne prilagodbe

	emocionalna empatija	emocionalna kompetentnost	emocionalna samoefikasnost
hiperaktivnost	-,167**	-,125	-,277**
impulzivnost	-,179**	-,110	-,217**
nepažnja	-,200**	-,199**	-,315**

*Napomena: ** $p < .01$*

5 RASPRAVA

U ovome istraživanju zanimalo nas je postoji li povezanost simptoma ADHD-a sa socijalnom i emocionalnom prilagodbom u djece rizične za razvoj ADHD-a.

Cilj istraživanja bio je provjeriti postoji li povezanost između simptoma deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja sa socio-emocionalnom prilagodbom. Socijalna prilagodba mjerena je varijablama: broj prijatelja, osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka i socijalna samoeфикаsnost, dok je emocionalna prilagodba mjerena varijablama: emocionalna empatija, emocionalna kompetentnost i emocionalna samoeфикаsnost. Sukladno navedenome cilju, određena su dva problema.

Povezanost simptoma ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnja) sa socijalnom prilagodbom učenika

Rezultati istraživanja pokazuju da je nepažnja, kao simptom ADHD-a, statistički značajno, iako prilično slabo, povezana s dimenzijama socijalne prilagodbe; osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka (-,200) i socijalna samoeфикаsnost (-,172), pri čemu se porastom nepažnje, smanjuju dimenzije socijalne prilagodbe. Navedene dimenzije socijalne prilagodbe, odnosno socijalna samoeфикаsnost i prihvaćenost od strane vršnjaka nisu u korelaciji s hiperaktivnosti i impulzivnosti, kao simptomima ADHD-a. U provedenom istraživanju simptomi ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnja) nisu u korelaciji s količinom djetetovih prijatelja. Žic Ralić i Šifner (2014) ističu da je bitno razlikovati prijateljstvo od prihvaćenosti među vršnjacima jer visoko prihvaćena djeca nemaju nužno prijatelje, dok mnoga slabo prihvaćena djeca doista imaju prijatelje. Neka djeca s ADHD-om imaju normalne odnose sa svojim vršnjacima, ali odbačenost od strane vršnjaka s negativnom ravnotežom između svidanja drugima te da se njima drugi sviđaju, rezultira upravo diskriminiranju djece s ADHD-om (Mrug i sur., 2009; prema Velki, 2012). Procjenjuje se i da više od 50% djece s ADHD-om imaju značajne probleme u socijalnim odnosima s drugom djecom (Pelham i Bender, 1982; prema Barkley, 2006). Odbijanje djece s ADHD-om od strane vršnjaka može se pripisati i stigmati s kojom se djeca s ADHD-om svakodnevno susreću; *neodgojeni, lijeni, zločesti*, što posljedično dovodi do odbacivanja ili izbjegavanja „etiketirane“ osobe (Bartolac, 2013). U istraživanju Hoze i sur. (2005; prema Žic Ralić i Šifner, 2014) sudjelovalo je 165 djece s ADHD-om, od čega se 52% sudionika izjasnilo da se

osjeća odbačeno od strane vršnjaka. Rezultati su dokazali da su djeca s ADHD-om manje socijalno poželjna, češće su se osjećala odbačeno te su imala manje prijatelja u odnosu na vršnjake. Istraživanje iz 2007. godine, provedeno na uzorku od 5 896 djece u dobi od 6 do 17 godina, dokazalo je da 42,7 % djece ima bolji odnos s odraslim osobama nego s vršnjacima i ostalom djecom (Classi i sur., 2012). Bartolac (2013) navodi da bi se odbijanje od strane druge djece moglo objasniti teorijom socijalne razmjene. Prema navedenoj teoriji ljudi održavaju socijalne odnose na temelju odvagivanja kvalitete razmjene s drugima, a zatim procjene koliko taj odnos zadovoljava njihove potrebe. Iako za navedenu pretpostavku nema dokazanih istraživanja, Bartolac (2013) smatra da će se vršnjak, koji nema ADHD, radije odlučiti za odnos s drugom djecom koji je manje zahtjevan, predvidljiv te odnos u koji ne treba ulagati puno energije za nošenje s impulzivnim ponašanjem djeteta s ADHD-om. Brojna istraživanja koja su promatrala vršnjačke odnose zaključuju da su djeca s ADHD-om u takvim interakcijama dosta nepažljiva, nezrela, provokativna, narušavaju rad u zajedničkim aktivnostima. Zbog toga se provode različiti treninzi socijalnih vještina. Kroz trening socijalnih vještina zabilježen je značajan napredak u emocionalnoj regulaciji i prosocijalnom ponašanju u djece s ADHD-om, a problemi s vršnjacima smanjeni su sa 4,10% , prije provedbe treninga, na 2,03% nakon provedenih aktivnosti. (Smitha i sur., 2014). Unatoč tome, rezultati drugog istraživanja pokazuju da 40-50% djece s ADHD-om nakon intervencija treninga socijalnih vještina nisu poboljšala socijalni status te su i dalje prisutna odbijanja od strane vršnjaka (Asher, 1985; prema Mrug, Hoza i Gerdes, 2001). Mikami i Hinshaw (2003; prema Velki, 2012) smatraju da upravo odbijanje od strane vršnjaka kod djece s ADHD-om uzrokuje povećanu razinu agresivnosti i depresivnog/anksioznog ponašanja. U našem istraživanju dokazano je da djeca koja samoprocjenjuju izraženije simptome ADHD poremećaja imaju nižu procjenu socijalne samoefikasnosti. Sukladno tome, Barkley (2006) ističe da djeca s ADHD-om imaju manje znanja o socijalnim vještinama te zbog toga nisu u mogućnosti uskladiti ponašanja sa situacijom u kojoj se nalaze, odnosno imaju tendenciju slabije vrednovati socijalne vještine koje nemaju izravnu korist za dijete; dijeljenje, suradnja, izražavanje interesa za drugu osobu, dijadička prijateljstva. Upravo su komunikacijski problemi i sukobi u odnosima, rezultati odbacivanja djece s ADHD-om. Dovoljno je samo 20-30 minuta razgovora djece s ADHD-om i djece bez poremećaja da se dijete s poremećajem odbaci, kritizira te okarakterizira kao agresivno, nepredvidljivo i razorno (Barkley, 2006). S obzirom da su odbijena od vršnjaka zbog vanjskih, vidljivih znakova ponašanja, djeca s ADHD-om nemaju priliku iskazati svoje dobre osobine (Bartolac, 2013). Ukoliko dijete pokazuje prosocijalno i primjereno ponašanje, ono može biti izrazito naglašeno (ulazak u

osobni prostor, glasan govor) te se doživljava nametljivo, odbojno ili pretjerano (Barkley, 2006). Dijadička prijateljstva su pravi izazov za djecu s ADHD-om, a Ralić i Ljubas (2013; prema Žic Ralić i Šifner, 2014), utvrdili su da oko 50% djece s ADHD-om ne uspijeva uspostaviti i održati uzajamno i blisko prijateljstvo, njihova prijateljstva su manje stabilna te su ispunjena sukobima u većoj mjeri nego što je utvrđeno kod tipičnih vršnjaka. Istraživanje Opić i Kudek Mirošević (2010) pokazalo je da ipak određena rizična ponašanja svojstvena učenicima s ADHD-om nisu samo karakteristična za njih, već su takva ponašanja svojstvena i drugim učenicima. Carter i sur. (2000) su istraživanjem dokazali da djeca s Touretteovim sindromom i ADHD poremećajem imaju više eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju te lošiju socijalnu prilagodbu u odnosu na ostalu djecu iz kontrolne skupine. Istraživanja provedena u Hrvatskoj upućuju na slabu prihvaćenost i učestali neuspjeh pri formiranju pozitivnih odnosa s vršnjacima (Sekušak-Galešev, Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak, 2015). U uzorku od ukupnog broja djece s ADHD poremećajem, 1,2% predškolske djece ima poremećaj ponašanja te 3,5% djece školske dobi imaju poremećaj u ponašanju. U navedenome istraživanju zaključeno je da stručni suradnici u odgojnim ustanovama provode brojne aktivnosti koje su usmjerene na uključivanje djeteta s ADHD-om u skupinu, ali se ne provode aktivnosti koje pripremaju vršnjake za prihvaćanje djeteta s ADHD poremećajem (Sekušak-Galešev, Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak, 2015).

Povezanost simptoma ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost, nepažnja) s emocionalnom prilagodbom učenika

U ovome istraživanju provjerilo se postoji li statistički značajna povezanost osnovnih simptoma ADHD-a s različitim dimenzijama emocionalne prilagodbe. Rezultati su pokazali negativnu povezanost sva tri simptoma s pojedinim dimenzijama te je potvrđena naša pretpostavka da se porastom osnovnih simptoma ADHD-a smanjuju dimenzije emocionalne prilagodbe. Iako je utvrđena slaba negativna povezanost simptoma hiperaktivnosti s emocionalnom empatijom i emocionalnom samoeфикасношću, statistički je značajna. Točnije, porastom hiperaktivnosti smanjuju se navedene dimenzije emocionalne prilagodbe. Negativna povezanost empatije i emocionalne samoeфикасности utvrđena je i s impulzivnosti, kao drugim simptomom ADHD-a. Najznačajnija statistička povezanost, slaba do umjerena, utvrđena je između simptoma nepažnje i emocionalne samoeфикасности (-,315), dok je negativna povezanost između nepažnje s empatijom (-,200) i emocionalnom kompetentnošću (-,199) prilično slaba, ali i statistički značajna. Analizom rezultata utvrđuje se da se porastom simptoma ADHD-a (hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja) smanjuju dimenzije emocionalne prilagodbe (empatija, emocionalna kompetentnost i emocionalna samoeфикасноst). Velki (2012) ističe kako nedostatak empatije, agresivnost, anksioznost, depresija, pomanjkanje pozitivnog raspoloženja i česte provale bijesa čine rizik za razvoj ADHD-a. Emocionalna reaktivnost djeteta najistaknutija je u socijalnim interakcijama (Barkley, 2006). Rezultati ovoga istraživanja, ali i prijašnja istraživanja, ukazuju kako simptomi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja negativno utječu na emocionalnu prilagodbu djece. Keltner, Moffitt i Stouthamer-Loeber (1995; prema Barkley, 2006) svojim istraživanjem ukazali su da nedostatak emocionalne samoregulacije, barem djelomično, uzrokuje prkosno i neprijateljsko ponašanje u djece s ADHD-om. Antisocijalna ponašanja, slaba socijalizacija, tjeskoba te problemi prilagodbe u većoj mjeri su prisutni kod ljudi s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem nego u kontrolnoj skupini (Young i Gudjonsson, 2007). Iako je navedeno istraživanje provedeno na odraslim osobama, González Gatica i sur. (2013) zaključili su da je vanjska manifestacija, odnosno ponašanje, u adolescenata uzrokovana zbog nemogućnosti identificiranja emocija i emocionalnih sadržaja. Nedostatak planiranoga ponašanja, interne kontrole i racionalnoga djelovanja rezultira ponašanjem koje je često ometeno tjeskobom i ljutnjom. Analizom rezultata istraživanja, Houck i sur. (2011) zaključuju da dob i internalizirano ponašanje djece s ADHD-om negativno utječu na samopoimanje, starija ispitana djeca imala su niže rezultate

samopoimanja, što sugerira da trajanje ADHD-a može imati negativan kumulativni učinak na samopoimanje. Rezultati istraživanja provedenoga na dječacima s ADHD-om i njihovim vršnjacima, kao kontrolnom skupinom, potvrđuju pretpostavke da simptomi ADHD-a negativno utječu na dimenzije emocionalne prilagodbe. Zadatak sudionika bio je sakrivanje vlastitih emocija, a pri izvršavanju zadataka dječaci s ADHD-om nisu bili u mogućnosti sakriti emocije, posebice uznemirenost, što je rezultiralo manjom učinkovitosti dječaka s ADHD-om od dječaka iz kontrolne skupine (Walcott i Landau, 2004; prema Barkley, 2006). Macuka (2012) je u istraživanju provedenome na 562 učenika, s prosječnom dobi od 13 godina, utvrdila da su djeca koja imaju jaču samokontrolu manje sklona negativnim emocijama te bolje reguliraju vlastite emocije. Sukladno tome dokazano je i da dječaci s ADHD-om koji posjeduju nižu razinu empatije pokazuju veću tugu, osjećaj krivnje i ljutnju (Braaten i Rosen, 2000; prema Barkley, 2006). Poteškoće emocionalne prilagodbe osim u socijalizaciji, manifestiraju se i u obavljanju svakodnevnih zadataka. Dokazalo se da djeca s ADHD-om koja imaju poteškoće u emocionalnoj prilagodbi češće izostaju iz škole, pri tome je u navedenome uzorku 32,2% sudionika osjećalo stres i anksioznost, 16,5% depresiju te 7,2% djece imalo je različite fobije i strahove u posljednjih 12 mjeseci (Classi i sur., 2012). Razlog izostajanja iz škole te izostanak uključivanja u aktivnosti učenici s ADHD-om argumentiraju određenim diskriminacijama i segregacijama; uspoređivanje s ostalim učenicima, izostanak razumijevanja djetetovih potreba i pružanje pomoći (Opić i Kudek Mirošević, 2010). Nadalje, učenici u čije su razrede bili uključeni učenici s poteškoćama imaju značajno nižu empatiju u odnosu na učenike koji nisu doživjeli takvo iskustvo, a djeca s poteškoćama okarakterizirana su kao „zvijezde odbijanja“ (Špelić i Zuliani, 2011). Navedeni stavovi izrazito utječu na djecu s poteškoćama emocionalne prilagodbe jer upravo školovanje djece s ADHD-om potiče njihov osobni razvoj i društveni život (Opić i Kudek Mirošević, 2010). Komorbiditetni poremećaj ADHD-a povezan s teškoćama učenja mogu uzrokovati svađe s bliskim prijateljima te rezultirati niskim samopoštovanjem (Karande i sur., 2009; prema Wehmeier, Schacht i Barkley, 2010). Ovi rezultati sugeriraju da će djeca s poteškoćama emocionalne prilagodbe nastojati izbjegavati situacije u kojima se ističe njihova nemogućnost kontrole emocija u interakcijama s ostalim osobama. U interakcijama s nepoznatim osobama, neophodno je samopredstavljanje. Prilikom samopredstavljanja, pojedinci koriste različite strategije; samopromociju (engl. *self-promotion*), dodvoravanje sugovorniku (engl. *ingratiation*) ili omalovažavanje sugovornika (engl. *blasting*). U istraživanju Kloo i Kain (2016) dokazano je da prilikom predstavljanja drugim osobama, djeca s ADHD-om kao najizravniju i najočitiju strategiju koriste samopromociju,

najjednostavniju strategiju, zbog svoje radne memorije i inhibicije oštećenja. Razlog odabira navedene strategije je nemogućnost razumijevanja suptilnije strategije kao što je dodvoravanje sugovorniku. Istraživači smatraju da je upravo odabir samopromocije kao strategije uzrok problema u društvenim interakcijama djece s ADHD-om. Smitha i sur. (2014) dokazali su da se specifičnim vježbama razgovora, igranjem uloga te vizualnim poticajima djece s ADHD-om može razviti empatija i smanjiti impulzivnost, pri čemu se smanjuje intenzitet simptoma ADHD-a na dimenzije emocionalne prilagodbe.

Metodološki nedostaci istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Rezultate provedenoga istraživanja potrebno je razmotriti s obzirom na pojedine metodološke nedostatke. Primjerice, nedostatak istraživanja je mali odaziv sudionika, odnosno 55,92%. Za sudjelovanje u istraživanju, bila je potrebna roditeljska suglasnost. Iako je istraživanje bilo anonimno, nisu svi roditelji dali suglasnost za sudjelovanje djeteta u istraživanju. Otvara se pitanje što je uzrok odbijanju sudjelovanja. Postoji mogućnost da određena djeca uistinu pokazuju simptome ADHD-a ili imaju poteškoća u socio-emocionalnoj prilagodbi te su zbog toga roditelji odbili sudjelovanje njihovoga djeteta u istraživanju. Sudionici istraživanja bili su učenici četvrtih (20,8%), šestih (36,9%) i osmih (42,3%) razreda, a iz navedenih podataka primjećujemo da je upravo najmanje najmlađih sudionika te najviše najstarijih sudionika. Stoga se stvara pretpostavka da roditelji djece koja pohađaju četvrte razrede smatraju da su njihova djeca premlada za sudjelovanje u ovakvom načinu istraživanja te da će navedeno istraživanje kod djece stvoriti nervozu ili opterećenje. Postoji mogućnost i stvaranja straha kod roditelja da će stručni suradnici i nastavnici uvidjeti rezultate pojedinoga djeteta te da će se prema djetetu stvoriti stigma. Prema istraživanjima u Hrvatskoj 3-5% djece školske dobi ima ADHD (Velki, 2012), u većini kultura riječ je oko 20%, uključujući i djecu suspektnu na ADHD (APA, 2014). Generalizirajući podatke istraživanja, u provedenom istraživanju sudjelovalo je 24,6% djece koja prema samoprocjeni imaju ADHD i djeca koja su prema samoprocjeni suspektna na ADHD.

Pri određivanju svih varijabla u istraživanju korištena je metoda samoprocjene, prema tome podatci nisu prikupljeni iz više izvora, vršnjaka, učitelja i roditelja. Unatoč tome što je istraživanje bilo anonimno, postoji mogućnost da su neka djeca davala odgovore za koje

smatraju da su socijalno poželjna, da im je cjelokupno istraživanje bilo dosadno te nisu iskreno odgovorili na njih ili su namjerno davala krive odgovore.

Stoga se za buduća istraživanja preporučuje korištenje drugih mjera; osim samoprocjene, trebale bi biti zastupljene i procjene iz više izvora, vršnjaka, učitelja i roditelja, kako bi dobiveni rezultati bili objektivniji. Buduća istraživanja bi trebala obuhvatiti sudionike različite životne dobi, od predškolske do srednjoškolske dobi. Razlog tome je što se ADHD kod dječaka i djevojčica identificira u različitim životnim razdobljima, a s promjenom dobi razlikuje se i socio-emocionalna prilagodba.

Implikacija dobivenih rezultata u školskome okruženju

Škola, a posebice učitelj, za djeteta imaju veliku ulogu u životu. U svome djetinjstvu djeca u školi provode mnogo vremena te je za dijete škola i njeno okruženje od izrazitoga značaja u obrazovnom i odgojnom smislu. Učitelji u suradnji s roditeljima izgrađuju i oblikuju dijete, zbog toga je iznimno važna kvalitetna komunikacija i suradnja između učitelja i roditelja. Učitelj treba roditeljima slati dnevne ili tjedne izvještaje o napretku djeteta. Budući da postoji mogućnost da učitelj tijekom svoga rada zamijeti dijete koje pokazuje simptome ADHD-a, a da to nije zamijećeno do početka školovanja, od izuzetne je važnosti suradnja između učitelja, roditelja i stručnih suradnika. Ukoliko ne postoji mogućnost da dijete ima pomoćnika u nastavi, vrlo je važno da učitelj ima iskustva u poučavanju učenika s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem.

Učitelji su model prema kojemu djeca formiraju vlastite stavove i ponašanja. Stoga učiteljev odnos prema djetetu s ADHD-om treba biti primjer za razvoj tolerancije i empatije. Emocije upravljaju ponašanjima, što je izrazito kod djece s ADHD-om; negativne emocije često uzrokuju agresivna ponašanja i impulzivnost. Zbog toga je potrebno poučavati djecu nenasilnom rješavanju sukoba, osigurati pozitivnu atmosferu u razredu kako bi se svako dijete osjećalo prihvaćeno. Svaki učenik je vrijedan član razreda, zbog toga je potrebno razvijati suradnju među učenicima. Suradnja se može i izgraditi poticanjem učenika da si međusobno pomažu u svladavanju nastavnih sadržaja. Budući da sva djeca imaju jednaka prava, važno je naglasiti i da svi imaju jednake obaveze te je potrebno odrediti razredna pravila, koja također jednako vrijede za sve učenike u razredu. Za učenike s ADHD-om je važna dosljednost,

učitelj treba postaviti jasne ciljeve poželjnoga ponašanja te nagraditi učenika pri izvršenju istih.

Kako bi se u razredu izbjeglo odbijanje djeteta s ADHD-om od strane vršnjaka, potrebno je pripremiti vršnjake te ih upoznati sa simptomima samoga poremećaja. Ukoliko vršnjaci ne poštuju dijete s ADHD-om, zadajte mu posebne odgovornosti u prisutnosti vršnjaka poput asistiranja učitelju. Izvršavanje aktivnosti u malim skupinama potaknut će razvoj socijalnih vještina. Ukoliko učenik ima problema s ponašanjem, neka sjedi u klupi s učenikom koji će mu biti model ispravnoga ponašanja. Kako bi se kod djeteta s ADHD-om smanjili problemi u prepoznavanju i izražavanju emocija, provodite aktivnosti s kockom emocija, u kojoj će učenici povezivati boje i emocije koje ih asociraju na određenu boju. Empatija se kod učenika može razviti kroz radionice ili aktivnosti koje sagledavaju određene situacije iz drugoga kuta, a pri organiziranju takvih radionica mogu se iskoristiti stvarne situacije koje su učenici već proživjeli. U razredu postavite sandučić povjerenja, u sandučić učenici mogu zapisati svoje probleme, opisati konflikte u razredu za koje učitelj ne zna ili situacije koje kod učenika uzrokuju nelagodu. Razgovarajte s učenicima o navedenim situacijama, ali i o njihovim osjećajima, tražite od učenika prijedloge za rješavanje problema u razredu. Svojim postupcima budite oslonac učenicima, a posebice djetetu s ADHD-om.

6 ZAKLJUČAK

Zbog neprilagođenoga ponašanja, nedostatka samoregulacije, neugodnih emocija i agresije, oslabljena je socijalizacija djeteta s ADHD-om, a što u konačnici rezultira odbacivanjem od strane vršnjaka, smanjenim brojem prijatelja te slabom socijalnom samoeфикасноšću. Uz to se nadovezuje i slaba empatija te emocionalna kompetentnost i samoeфикаsnost. Analizirajući povezanost simptoma ADHD-a i dimenzija socijalne prilagodbe zaključujemo da se porastom nepažnje, kao simptomom ADHD-a, smanjuje socijalna samoeфикаsnost i osjećaj prihvaćenosti od strane vršnjaka. Nadalje, nepažnja je i u negativnoj korelaciji sa svim dimenzijama emocionalne prilagodbe; empatijom, emocionalnom kompetentnošću i emocionalnom samoeфикасноšću. Porastom hiperaktivnosti smanjuju se empatija i emocionalna samoeфикаsnost, a s empatijom i emocionalnom samoeфикасноsti negativno je povezan i treći simptom ADHD-a, odnosno impulzivnost.

Ponašanje djeteta s ADHD-om ne može se promijeniti u kratkome vremenu, stoga je potrebna ustrajnost i dosljednost kako bi se zamijetile promjene u socijalnom i emocionalnom razvoju djeteta. Kako bi se djetetu s ADHD-om olakšala njegova socio-emocionalna prilagodba važno je provoditi programe i radionice, koji će osim djeteta pripremiti i djetetove vršnjake. Aktivnosti trebaju biti usmjerene na razvoj sposobnosti upravljanja i prepoznavanja emocija, razvoju empatije, samopoštovanja, socijalnih vještina te snalaženju u konfliktnim situacijama. Zbog toga je važna suradnja učitelja, roditelja i stručnih suradnika. Iako nije moguće uspostaviti jedinstveni profil djeteta s ADHD-om, važno je prepoznati djetetove potrebe te prema tome prilagoditi pristup djetetu kako bi ono ostvarilo svoje potencijale.

7 LITERATURA

- Američka Psihijatrijska Udruga (APA) (2014). DSM-V Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Barkley, R.A. (2000). Taking charge of ADHD. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R.A. (2006). Attention Deficit-Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment, New York, Guilford.
- Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D. i Thomé, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28 (2000), 1107-1118.
- Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(2), 269-300.
- Brdar, I. (1993). Što je socijalna kompetencija?. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*. Rijeka. 2(1), 13-21.
- Brebrić, Z. (2008). Neke kompetencije emocionalne inteligencije, školski uspjeh, prosocijalno i agresivno ponašanje učenika u primarnom obrazovanju. *Napredak*, 149(3), 296-311.
- Brebrić, Z. (2008). Neke komponente emocionalne inteligencije, školski uspjeh, prosocijalno i agresivno ponašanje učenika u primarnom obrazovanju. *Napredak*, 149(3), 296-311.
- Carter, A. S., O'Donnell, D. A., Schultz, R. T., Scahill, L., Leckman, J. F. i Pauls, D. L. (2000). Social and Emotional Adjustment in Children Affected with Gilles de la Tourette's Syndrome: Associations with ADHD and Family Functioning. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 41, No. 2, pp. 215-223.
- Classi, P., Milton, D., Ward, S., Sarsour, K. i Johnston, J. (2012). Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(33).
- Comings, D. E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., Dietz, G., Saucier, G. i MacMurray, J.P. (2000). Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder: Multivariate regression analysis od 20 genes. *Clin Genet*, 57:178-196.

- Conway, F. (2015). Current Research and Future Directions in Psychodynamic Treatment of ADHD: Is Empathy the Missing Link?. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14: 280-287.
- Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna intergracija*. Vol. 9. Br. 1-2, 1-10.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Mennin, D. i Russell R. (2003). Bipolar and Antisocial Disorders Among Relatives of ADHD Children: Parsing Familial Subtypes of Illness
- Goelman, D. (1997). Emocionalna inteligencija – zašto je važnija od kvocijenta inteligencije?. Zagreb: Mozaik knjiga.
- González Gatica, F., Concha Iriarte, R. i Reparaz Abaitua, C. (2013). Emotional and Cognitive Profile of Adolescents With ADHD: Effects of Learning Mediated Interaction. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 84(2013), 1704-1711.
- Gumustas, F., Imren, S.g., Yulaf, Y. i Sabuncuoglu, O. (2017). Empathy and Facial Expression Recognition in Children With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Effects of Stimulant Medication on Empathic Skills in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J- Child Adolesc Psychopharmacol*, (2017), 27(5), 433-439.
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., i Wiebe, G. (2011). Self concept in Children and Adolescents with ADHD. *J Pediatr Nurs.*; 26(3): 239-247.
- Jogsan, Y.A. (2013). Emotional Maturity and Adjustment in ADHD Children. *J Psychol Psychother*, 3(2).
- Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori* 1(2), 114-121.
- Kloo, D. i Kain, W. (2016). The direct way may not be the best way: Children with ADHD and their understanding of self-presentation in social interactions. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(1), 40-51.
- Kocijan-Hercigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (2004). Hiperaktivno dijete, Jastrebarsko: Naklada Slap.
- LaFreniere, P.J. (2000). *Emotional Development: A Biosocial Perspective*. Belmont, CA, US: Wadsworth Thomson Learning.
- Lloyd, G., Stead, J. i Cohen, D. (2006). *Critical New Perspectives on ADHD*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.

- Lozovina, M., Bonacin, D. i Lozovina, V. (2011). Emocionalna inteligencija i određivanje sociometrijskog statusa u sportu. *Sport science* 5(2), 66-74.
- Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mladih adolescenata. *Psihologijske teme* 21(2012), 1, 61-82.
- Markuš, M. (2010). Socijalna kompetentnost – jedna od ključnih kompetencija. *Napredak*, 151(3-4), 432-444.
- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C. i Tannock, R. (2009). Empathy and Social Perspective Taking in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Abnom Child Psychol* (2009), 37: 107-118.
- Matešić, K. (2015). Kognitivna i emocionalna inteligencija kao prediktori uspjeha u višim razredima osnovne škole. *Suvremena psihologija* 18 (1):79-90.
- Mrug, S., Hoza, B. i Gerdes, A. C. (2001). Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders: Peer Relationship and Peer-Oriented Interventions. *New Directions for Children and Adolescent Development*, No. 91, Spring 2001.
- Munjas Samarin, R. i Takšić, V. (2009). Program za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata. *Suvremena psihologija* 12(2): 355-371.
- Mužić, V. (2009). Socijalna kompetentnost – što zapravo znači. *Zrno: časopis za obitelj, vrtić i školu*, br. 83-84 (109-110), 42-43.
- Normand, S., Schneider, B.H. i Robaey, P. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders and the Challenges of Close Friendship. *J Can Acad Adolesc Psychiatry*. 16(2), 67-73.
- Opić, S. i Kudek Mirošević, J.(2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti* 12(1), 167-183.
- Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. i Rohde, L.A. (2007), The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-redression Analysis. *Am J Psychiatry*, 164:942-948.
- Rief, S.F. (2008). *The ADD/ADHD Ckecklist. A Practical Reference for Parents & Teachers*, 2nd Edition. Jossey-Bass: San Francisco.
- Roberts, R. D., Zeidner, M. i Matthews, G. (2001). Does Emotional Intelligence Meet Traditional Standards for an Intelligence?. *Some New Data and Conslusions*, 1(3), 196-231.
- Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristup interpretaciji simptoma ADHD-a: Implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola*, 26(2), 101-113.

- Salovey, P. i Sluyter, D.J. (1999). Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija: pedagoške implikacije. Zagreb: Educa.
- Sekušak-Galešev, S., Frey Škrinjar i Fulgosi Masnjak. (2015). Ispitivanje socijalne uključenosti i kvalitete podrške u sustavima predškolskog, osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja za djecu i učenike s poremećajem iz autističnog spektra (PAS) i deficitom pažnje i hiperaktivnim poremećajem (ADHD).
- Semrud-Clikeman M. i Schafer, V. (2000). Social and Emotional Competence in Children with ADHD and/or Learning Disabilities. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, Vol. 1(4) 2000, 3-19.
- Sindik, J. (2010). Povezanost emocionalne kompetencije te mašte i empatije odgojitelja sa stavovima o darovitoj djeci. *Život i škola*, br. 24(2), 56.: 65-90.
- Smitha, V.S., Varghese, P.K., Dennis, D., Vinayan, K.P. (2014). Effect of social skill group training in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Amrita Journal of Medicine*. Vol. 10, No:2, 1-44.
- Špelić, A. i Zuliani, Đ. (2011). Uloga empatije u socijalizaciji djece s teškoćama u razrednim sredinama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47(2), 96-108.
- Takács, Á., Kóbor, A., Tárnok, Z. i Vargha, A. (2014). Neuropsychological Profiles and Behavioral Ratings in ADHD Overlap Only in the Dimension of Syndrome Severity. *Hindawi Publishing Corporation: Advances in Psychiatry*.
- Takšić, V. (1998). Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska dizertacija. Filozofski fakultet Zagreb.
- Takšić, V. (2003). Skala emocionalne regulacije i kontrole (ERIK): provjera faktorske strukture. *Psihologijske teme*, No 12:43-54.
- Takšić, V., Mohorić, T. i Munjas, R. (2006). Emocionalna inteligencija: Teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. *Društvena istraživanja*, 4-5, 729-752.
- Taylor, J.F. (2008). Djeca s ADD i ADHD sindromom. Zagreb: Veble commerce.
- Velki, T. (2012). Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vukojević, M., Dizdarević, A. i Novaković, D. (2012). Early Detection and Recognition of Children with ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) Symptoms. *Coll. Antropol.* 36 (2012) 4: 1183-1188.

- Wehmeier, P.M., Schacht, A. i Barkley, R.A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health* 46, 209-217.
- Wolraich, M., Wilson, D. i White, J. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 274(20), 1617-1621.
- Young, S. i Gudjonsson, G. H. (2006). ADHD symptomatology and its relationship with emotional, social and delinquency problems. *Psychology, Crime & Law*, 12:5, 463-471.
- Žic Ralić, A. i Šifner, E. (2014). Obilježja vršnjačke interakcije i iskustvo vršnjačkog nasilja kod djece i mladih s ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada* 2014., 21 (3), 453-484.