

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
DELOVNA TERAPIJA, 1. STOPNJA**

Eva Rojko

**OBRAVNAVA OTROK Z MOTNJO POZORNOSTI IN
HIPERAKTIVNOSTI Z VIDIKA DELOVNE TERAPIJE**
diplomsko delo

**OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION FOR
CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND
HYPERACTIVITY DISORDER**
diploma work

Mentorica: viš. pred. dr. Alenka Oven

Recenzentka: viš. pred. mag. Nevenka Gričar

Ljubljana, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici viš. pred. dr. Alenki Oven za pomoč, svetovanje in usmerjanje skozi proces nastajanja diplomskega dela ter viš. pred. mag. Nevenki Gričar za recenzijo.

Zahvala gre tudi vsem intervjuvankam – delovnim terapevtkam, ki so mi bile v veliko pomoč pri izvedbi raziskave. Brez njih izvedba ne bi bila mogoča.

Rada bi se zahvalila tudi moji družini in fantu, ki so me ves čas vzpodbujali in mi stali ob strani.

IZVLEČEK

Uvod: Motnja pozornosti in hiperaktivnosti spada v skupino vedenjskih in čustvenih motenj. Najpogostejši simptomi so slaba pozornost, hiperaktivno vedenje, impulzivnost ali slaba organiziranost, kar negativno vpliva na reševanje vsakodnevnih problemov in uravnavanje čustev. Posledično vpliva na slabše socialno-interakcijsko delovanje, izobraževanje in izvajanje okupacij na področju skrbi zase, v prostem času in produktivnosti. Delovni terapevti želijo otroku z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti omogočiti samostojno in učinkovito izvajanje dnevnih aktivnosti ter pomagajo pri participaciji v okolje. Za doseganje ciljev obravnave je na voljo več pristopov. **Namen:** Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere pristope uporabljajo slovenski delovni terapevti pri obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti, kakšne so prednosti oziroma slabosti uporabljenih pristopov in kateri je najbolj uveljavljen ter najbolj učinkovit. **Metode dela:** V kvalitativni raziskavi smo izvedli pet intervjujev z delovnimi terapevtkami iz različnih razvojnih ambulant po Sloveniji, ki obravnavajo otroke z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. **Rezultati:** Delovne terapevtke predstavijo značilnosti obravnave otroka z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti od sprejema v ambulanto, opravljenih ocenjevanj, same obravnave in uporabe pripomočkov ter njihove participacije v okolje. Pri obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti navajajo več pristopov, pri čemer sta najpogosteje uporabljena kognitivno-vedenjski pristop in pristop senzorne integracije. Izbira pristopa je odvisna od trenutnih težav uporabnika in/ali zastavljenih ciljev. Izbiro pogojujejo tudi prednosti določenega pristopa, pri čemer je pomembna možnost prenosa naučenega znanja v domače okolje. Izpostavljajo tudi druge pristope, ki jih v tujini uporabljajo za obravnavo omenjene populacije, težave, s katerimi se pri obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti soočajo, in predloge izboljšav, med katerimi izstopa potreba po obravnavi staršev. **Razprava in zaključek:** Za obravnavo otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti je najboljša kombinacija različnih pristopov, ki dajejo pozitivne rezultate pri izvajanju dnevnih ali prostočasnih aktivnosti, pri organizaciji aktivnosti in pri participaciji otrok v okolje. Vključevanje staršev in njihova angažiranost za prenos informacij s terapije v domače okolje je bistvenega pomena za uspešno rehabilitacijo.

Ključne besede: pediatrična obravnava, delovna terapija, kognitivno-vedenjski pristop, senzorna integracija

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit and hyperactivity disorder belongs to a group of behavioural and emotional disorders. Most common symptoms include low concentration levels, hyperactive behaviour, impulsiveness and bad organization, which reflects on everyday problem-solving and emotion regulation. Subsequently it worsens social-interactive functioning, education and carrying out occupations, regarding taking care of themselves in free time and productivity. As occupational therapists we work towards enabling independent and efficient daily activities in kids with attention deficit and hyperactivity disorder, while also helping them engage with the environment around them. There are many different approaches for reaching set goals. **Purpose:** The goal of this research was finding out which approaches Slovenian occupational therapists most commonly use for dealing with patients suffering of attention deficit and hyperactivity disorder, what advantages each of them brings and which one proves to be the most established and effective. **Methods:** During the qualitative research we conducted 5 interviews with occupational therapists from different pediatric clinics from Slovenia. **Results:** Occupational therapists mentioned and talked about many different approaches while dealing with patients suffering of attention deficit and hyperactivity disorder, which mostly consist of cognitive-behavioural approach, and sensory integration approach. Choosing which approach to go with depends on patient's current condition and set goals. Pros and cons play a part in choosing as well, where the knowledge obtained through therapy can be transferred to home environment. They also presented some of the characteristics of dealing with patients from all stages – accepting a patient, evaluation, therapy itself and usage of tools to help with participating in their everyday environment. They mention some other approaches, which are commonly used abroad for treating population with attention deficit and hyperactivity disorder, problems they face and ideas for improvement, from which parent inclusion strikes as most important. **Discussion and conclusion:** For therapy of patients with attention deficit and hyperactivity disorder the most effective proves to be a combination of different approaches, which give positive results with improving the quality of everyday activities, spare time activities, organising activities and participating in children's environment. Involving parents and their engagement in transferring progress from therapy to home environment, proves to be crucial for achieving successful rehabilitation.

Keywords: pediatric intervention, occupational therapy, cognitive-behavioral approach, sensory integration approach

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Teoretična izhodišča	2
1.1.1	Klasifikacija in značilnosti motnje pozornosti in hiperaktivnosti	3
1.1.2	Pristopi k obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti	5
1.1.3	Delovnoterapevtska obravnava otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti	6
2	NAMEN	9
3	METODE DELA.....	10
4	REZULTATI.....	12
5	RAZPRAVA	13
5.1	Značilnosti in potek obravnave otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti	13
5.1.1	Napotitev in pogostost delovnoterapevtskih obravnav.....	13
5.1.2	Najpogostejša ocenjevanja	14
5.1.3	Uporaba pripomočkov	15
5.1.4	Povezanost z okoljem	17
5.2	Uporaba pristopov pri obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti... ..	20
5.2.1	Kriteriji za izbiro pristopa.....	20
5.2.2	Najučinkovitejši in najpogosteje uporabljeni pristopa	21
5.2.3	Prednosti in slabosti pristopov.....	23
5.2.4	Cilji obravnave	24
5.2.5	Dodatni pristopi za obravnavo otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti.....	26
5.3	Opažanja glede obravnave	27
5.3.1	Težave pri izvedbi obravnave.....	27
5.3.2	Predlogi izboljšav	29
6	ZAKLJUČEK.....	32
7	LITERATURA.....	33
8	PRILOGE	
8.1	Informirano soglasje	
8.2	Vodilo za intervju	

Kazalo tabel

Tabela 1: Podatki o sodelujočih 11

Tabela 2: Kategorije, podkategorije, kode..... 12

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

ABC gibanja	Movement Assessment Battery for Children
ADHD	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
AOTA	American Occupational Therapy Association
ASI	Senzorna integracija po Ayresovi
COPM	Canadian occupational performance measure
DA	Dnevne aktivnosti
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT	Delovna terapija
DTh	Delovni terapevt
IT	Informacijska tehnologija
MKB-10	Mednarodna klasifikacija bolezni
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ODA	Ožje dnevne aktivnosti
RNO	Razvojno nevrološka obravnava
SI	Senzorna integracija
SPM	Sensory Processing Measure
WHO	World Health Organisation
VKP	Vedenjsko-kognitivni pristop

1 UVOD

»Med poukom pogleduje naokrog, zeha, je žejen, hodi na stranišče ter leži na mizi.« (INT. 4) Tako ena izmed intervjuvank v raziskavi opiše otroka z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti med poukom. Tudi številni starši povedo, da so otroci nemirni, sanjavi in samo begajo od ene stvari k drugi. Čeprav se izraz motnja pozornosti in hiperaktivnosti uporablja šele pol stoletja, pa so lastnosti te motnje poznali že prej (Smith, 2017). Že leta 1863 je dr. Heinrich Hoffman v svojem delu *Skuštrani Peter* opisal nekaj otrok, za katere bi danes ugotovili, da so imeli motnje pozornosti in so bili hiperaktivni, a takrat niso bili diagnosticirani in so jih obravnavali kot nemirne otroke. Skoraj sto let po tem, leta 1960, je bil prvi otrok diagnosticiran s sindromom minimalne cerebralne disfunkcije, kar danes po 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni – MKB-10 imenujemo motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder – ADHD). Na začetku so ji pripisovali več simptomov, kot so motnje pozornosti, gibanja, zaznavanja, motnje pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti in motnje razpoloženja, med katerimi so danes nekatera kvalificirana kot samostojne diagnoze (Bergey, Conrad, 2018).

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti je najbolj razširjena psihiatrična in razvojno-nevrološka motnja med otroci. Natančen podatek razširjenosti je težko podati, saj se številke razlikujejo glede na kriterije klasifikacije motenj, spol, starost ali geografsko območje, ki ga zajemajo. Stopnja razširjenosti ADHD med otroci naj bi po MKB-10 znašala od 1 do 2 %, medtem ko naj bi po manj strogih merilih 5. izdaje Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5) znašala od 3 do 9 % (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, 2019). Pri tem je potrebno poudariti, da je med diagnosticiranimi 3-krat več dečkov kot deklic. Slednje pripisujejo dejstvu, da je diagnozo pri deklicah bistveno težje prepoznati, saj se motnja ponavadi pojavlja v bolj »umirjeni« obliki; deklice so manj moteče, odmaknjene, nikomur v napoto, zatekajo se v svoj domišljjski svet, kar je v splošnem bolj družbeno sprejemljivo (Kesič Dimic, 2009). Glede na socialno-ekonomski status in geografsko lego ni opaziti pomembnih razlik v pojavu simptomov (Danielson et al., 2018).

Pri otrocih z ADHD ni opaziti posebnih fizičnih lastnosti, po katerih bi se razlikovali od sovrstnikov. Diagnosticirati jih je mogoče le na podlagi vedenjskih vzorcev pri izvajanju dnevnih aktivnosti (npr. pozabi umiti zobe ali narediti nalogo, odklanja hrano, je trmoglav,

med aktivnostjo se hitro začne dolgočasiti), v šoli (npr. težave pri izvajanju šolskih nalog, težko sledi navodilom in zato ne ve, kaj so njegove zadolžitve) ali pri druženju s prijatelji (npr. ne zna se vključiti, slabo sodeluje v skupini). Vendar pa je ADHD pogosto možno obvladati z zgodnjim odkrivanjem in intervencijami pri pediatru (Rotvejn Pajič, 2009). V obravnavo otroka z ADHD so vključeni tudi delovni terapevti (Chu, Reynolds, 2007). Ti pri svojem delu uporabljajo različne pristope.

Povod za nastanek diplomskega dela je bilo avtoričino študentsko delo z otrokom z ADHD in želja po podrobnejšem poznavanju tako diagnoze kot tudi delovnoterapevtske obravnave omenjene populacije. V ta namen je bila zbrana literatura in kvalitativni podatki iz razvojnih ambulant po Sloveniji na temo uporabe delovnoterapevtskih pristopov pri otrocih z ADHD.

1.1 Teoretična izhodišča

Za motnjo pozornosti in hiperaktivnosti se uporablja več izrazov. V strokovni literaturi je možno zaslediti izraz motnja pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo ali izraz hiperkinetična motnja. Vedno pogosteje se uporablja tudi kratico ADHD, ki izhaja iz angleškega poimenovanja za to motnjo – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Rotvejn Pajič, 2009). Ker je uporaba kratice ADHD zelo pogosta tudi v Sloveniji, bo uporabljena v nadaljevanju diplomskega dela.

ADHD je heterogena motnja, z značilnimi osnovnimi simptomi hiperaktivnosti, impulzivnosti in nepazljivosti, za katere se oceni, da so pretirani glede na starost ali stopnjo celotnega razvoja osebe (NICE, 2019).

Vzroki za pojav ADHD niso popolnoma jasni. Šlo naj bi za kombinacijo nevroloških, genetskih in okoljskih faktorjev. Zgradba in funkcioniranje možganov (prefrontalnega režnja, bazalnih ganglijev in malih možganov) je pri otrocih z ADHD lahko drugačno kot pri tipični populaciji otrok, zaradi česar prihaja tudi do motenj v zgodnjem razvoju možganov. Vzrok za ADHD so lahko tudi zapleti pri rojstvu, nizka poporodna teža, prisotnost alkohola ali drog med nosečnostjo, možganske poškodbe ali epileptični napadi. Tudi izpostavljenost toksinom, zlasti svincu in določenim pesticidom, lahko povzroča nastanek motnje (Belanger et al., 2018). Motnja se velikokrat tudi deduje. Akutagava-

Martins in sodelavci (2016) ugotavljajo, da se ADHD v kar 75 % pojavlja pri otrocih, katerih starši imajo že diagnosticirano motnjo.

1.1.1 Klasifikacija in značilnosti motnje pozornosti in hiperaktivnosti

Diagnoza ADHD se postavi na podlagi opaženih vedenjskih vzorcev, ki se skladajo z vedenjskimi vzorci, navedenimi v diagnostičnih priročnikih za diagnosticiranje motenj. Trenutno se uporabljata dva glavna diagnostična sistema, MKB-10 in DSM-5. Oba sistema zahtevata, da so simptomi prisotni v več okoljih, kot so šola/delo, ožje in širše domače okolje in prosti čas. Prvi simptomi naj bi bili opazni že v zgodnjem otroštvu; za MKB-10 do 7. leta starosti in za DSM-5 do 12. leta starosti (NICE, 2019). Štuhec (2016) dodaja, da se kar v 50 % simptomi ADHD iz otroštva prenesejo v odraslo dobo.

Po MKB-10 spada ADHD v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se pogosto pojavijo že v otroštvu in adolescenci. S klasifikacijo F90 so označene (World Health Organization – WHO, 2020):

- motnja aktivnosti in pozornosti (motnja s hiperaktivnostjo, hiperaktivnostna motnja in sindrom hiperaktivnosti),
- hiperkinetična motnja, povezana z vedenjsko motnjo,
- druge vrste hiperkinetične motnje,
- neopredeljena hiperkinetična motnja (hiperkinetična reakcija v otroštvu in adolescenci – neopredeljena, hiperkinetični sindrom – neopredeljen).

Skupne značilnosti hiperkinetične motnje so težave pri ohranjanju pozornosti, vztrajanje v aktivnostih, dezorientiranost, pretirano in impulzivno vedenje. Osebe pogosto zapadajo v konflikte zaradi socialne neprilagojenosti. V določenih primerih se lahko zaradi slabše kognitivne funkcije pojavljajo tudi motorični in govorni zaostanki. Značilno je, da se simptomi začnejo kazati do petega leta starosti (Canela et al., 2017; Rotvejn Pajič, 2009).

ADHD lahko definiramo tudi po DSM-5, ki ga je leta 2013 izdala Ameriška psihiatrična zveza – APA. Slednja deli motnjo v tri podtipe in določa kriterije za določanje posameznega podtipa (APA, 2013):

- tip s pomanjkljivo pozornostjo, katerega kriteriji so:
 - težave pri osredotočanju na detajle ali napake pri delu v šoli oz. pri drugih aktivnostih,
 - težave pri aktivnostih, kjer je potrebno veliko pozornosti,
 - pogosto se zdi, da ne sliši, kadar mu kdo kaj govori,
 - težko sledi navodilom in dela napake pri nalogah, hišnih opravilih ali zadolžitvah v šoli (ampak ne zaradi nerazumevanja ali želje po nasprotovanju),
 - ima težave pri načrtovanju in organizaciji nalog in aktivnosti,
 - ponavadi se izogiba sodelovanja pri nalogah, ki zahtevajo mentalni napor,
 - pogosto izgublja stvari, ki so potrebne za izvedbo naloge ali igre (igračice, šolske potrebščine, orodje, pisala itd.),
 - pogosto ga zmotijo dražljaji iz okolja,
 - je pozabljiv.
- hiperaktivno – impulzivni tip, katerega kriteriji so:
 - pogosto ima nemirne roke in noge, s težavo mirno sedi na stolu,
 - pogosto vstaja med poukom ali kadar je od njega pričakovano mirno sedenje,
 - pogosto teka, skače, pleza, kadar to ni primerno (v adolescenci je lahko to omejeno na subjektivne občutke nemira),
 - ima težave z vključevanjem v aktivnosti, ki zahtevajo mentalni napor,
 - vedno je v gibanju,
 - pogosto preveč govori,
 - pogosto odgovori še preden je vprašanje zastavljeno do konca,
 - težko počaka, da pride na vrsto,
 - pogosto moti ali nadleguje druge.
- kombinirani tip – določi se ga, kadar je oseba v vsaj šestih neprekinjenih mesecih kazala lastnosti hiperaktivno-impulzivnega tipa in tipa s pomanjkljivo pozornostjo, pri čemer to ovira njeno funkcioniranje.

Diagnozo ADHD postavijo zdravniki, če je prisotnih vsaj 6 od navedenih kriterijev pri osebi s pomanjkljivo pozornostjo oziroma vsaj 5 kriterijev pri osebi s hiperaktivnostjo in impulzivnostjo. Navedeni kriteriji se morajo pojavljati vsaj šest mesecev in v vsaj dveh okoljih, pri čemer posameznikovo vedenje negativno vpliva na njegovo delovanje v družbi,

šoli ter na samostojnost in učinkovitost pri izvedbi okupacij (Owens et al., 2017; Willcutt et al., 2012; Rotvejn Pajič, 2009).

MKB-10 in DSM-5 zahtevata prisotnost funkcionalne okvare zaradi simptomov ADHD, ki negativno vplivajo na psihološko, socialno in/ali izobraževalno/poklicno delovanje. Vpliv ADHD se lahko močno razlikuje po resnosti, kar najbolje ocenimo glede na stopnjo okvare, razširjenost ter družinski in socialni kontekst. Pri nekaterih so simptomi lahko omejeni na določene okoliščine in povzročijo minimalno okvaro na omejenem številu domen (na primer zmožnost opravljanja šolskih nalog, delovnih nalog, izogibanje skupnim nevarnostim in oblikovanje pozitivnih medosebnih odnosov). Pri drugih se pojavlja več simptomov (hiperaktivnost, nepazljivost in impulzivnost), kar povzroča znatne okvare na več področjih. V določenih primerih se lahko simptomi in stopnja prizadetosti zmanjšajo s prilagoditvijo okoljskih dejavnikov, kot je prilagoditev šolskega programa ali izbira primerne zaposlitve (NICE, 2019).

1.1.2 Pristopi k obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti

Obstaja več različnih načinov obravnave otrok z ADHD. V grobem jih delimo na farmakološke in nefarmakološke pristope. Med farmakološke spada zdravljenje z zdravili. V Sloveniji se uporabljata dve skupini zdravil: psihostimulansi in selektivni inhibitorji, ki so po delovanju podobni antidepresivom. Za otroke in mladostnike se pri nas večinoma uporabljajo stimulansi, zaradi njihovega hitrega delovanja in boljše učinkovitosti (Štuhec, 2016). Čeprav zdravila pozitivno vplivajo na otrokove procesne in socialne spretnosti, pa hkrati povzročajo neželene stranske učinke kot so izguba teka, tiki, nespečnost ali razdražljivost (Konikowska et al., 2012).

Med nefarmakološke pristope prištevamo vse ostale oblike zdravljenja, kamor spadajo različni terapevtski pristopi in prehrambne diete. Med slednjimi prevladujejo omejevalne diete kot so Feingoldova dieta, brezglutenska dieta, dodajanje prehranskih dopolnil ali izogibanje alergenov (Babić, Pandel Mikuš, 2015). Uporabljajo se tudi alternativni pristopi zdravljenja z nevrofeedbackom in akupunkturo (Janssen et al., 2016). Nekateri se poslužujejo svetovanja in pogovora pri psihologu, vedenjske terapije, družinske terapije, treninga starševskih veščin, saj je dokazano, da povečanje kompetentnosti staršev pozitivno

vpliva na otrokovo vedenje. Zelo redko se kot rešitev uporabljajo operativni posegi (Rotvejn Pajič, 2009).

Najboljše rezultate zdravljenja dosegajo pri osebah z ADHD, ki so deležne tako farmatološkega kot nefarmatološkega pristopa (NICE, 2019; Manos et al., 2017; Chu, Reynolds, 2007). Z uporabo zdravil se izboljšajo simptomi ADHD, vendar imajo le-ti kratkotrajen učinek in ne vplivajo na izboljšanje otrokovega vedenja ali boljše izvedbo aktivnosti (Manos et al., 2017). Uporaba medikamentov se zato kombinira s terapevtskimi pristopi (npr. vedenjsko-kognitivno terapijo), s katerimi se spodbuja spretnosti za spopadanje s simptomi ADHD, zagotavlja večjo funkcionalnost osebe pri izvedbi aktivnosti in zmanjša možnosti za pojav pridruženih diagnoz (npr. depresija, anksioznost) (Rostain, Ramsay, 2016).

Pomembno vlogo pri obravnavi otrok z ADHD ima tudi njihovo socialno okolje – starši, učitelji in zdravstveni delavci. Izredno pomemben je odnos med otrokom in starši, ki prispevajo k njegovemu boljšemu psihološkemu, izobraževalnemu in socialnemu funkcioniranju (Tarver et al., 2014). Boljše rezultate terapij dosegajo otroci, katerih starši so bolj poučeni o ADHD. V ta namen so za starše otrok z ADHD na voljo programi, ki nudijo psihološko podporo in nasvete za vzgojo (Weissenberger et al., 2017).

Multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo pediatri, psihologi, fizioterapevti, delovni terapevti, logopedi in medicinske sestre, je pomemben pri zdravljenju ADHD. Multidisciplinarni pristop k obravnavi ADHD ne blaži le simptomov motnje, ampak obravnava tudi pridružene motnje in zagotavlja, da je oseba ustrezno ter celostno obravnavana (Coghill, 2017). Kadar je obravnavana oseba otrok, so v obravnavo vključeni tudi starši in izobraževalni delavci. Zdravstveni delavci jim predajajo znanje o simptomih ADHD in načinih zdravljenja, diagnosticirajo otroke, ocenjujejo napredek, pomagajo pri pridobitvi potrebnih pripomočkov in dajejo nasvete za lažje soočanje s simptomi (Smith et al., 2015).

1.1.3 Delvnoterapevtska obravnava otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti

Delovni terapevti (v nadaljevanju DTh) so zdravstveni delavci, ki želijo uporabniku, kljub (trenutnemu) primanjkljaju, omogočiti polno in kakovostno življenje ter mu omogočiti

ponovno izvajanje njemu pomembnih in smiselnih aktivnosti, t.i. okupacij (American Occupational Therapy Association – AOTA, 2020).

Delovnoterapevtska obravnava otrok z ADHD mora biti celostna in usmerjena na uporabnika. DTh otroku z ADHD pomaga k učinkovitejšem izvajanju ožjih dnevnih aktivnosti (ODA), kot so hranjenje, oblačenje, skrb za osebno higieno itd., širših dnevnih aktivnosti, kamor prištevamo pripravo hrane, komuniciranje z okoljem, nakupovanje, pri izvajanju šolskih aktivnosti, pri prostočasnih aktivnostih in participaciji v okolje (Chu, Reynolds, 2007). Delovnoterapevtska obravnava vključuje začetno evalvacijo, kjer DTh pridobijo informacije o osebi in njenih trenutnih zmožnostih, načrt obravnave, kjer si skupaj s starši zastavijo cilje, izvedejo terapijo, spremljajo in beležijo napredek, ter izid obravnave, ki jim pove, ali so potrebne še kakšne prilagoditve (AOTA, 2020). Za delovnoterapevtsko obravnavo otrok z ADHD je na voljo več pristopov.

Terapija senzorne integracije po Ayresovi (ASI) je pristop, ki temelji na teoretičnih in praktičnih ugotovitvah delovne terapevtke dr. A. Jean Ayres. Slednja je senzorno integracijo (SI) definirala kot nevrološki proces, ki združuje zmožnosti občutenja, razumevanja in organizacije senzornih inputov iz telesa ali iz okolja (Bundy, Lane, 2019). Kadar so čutne informacije v ravnovesju, so telesni gibi dobro usklajeni, učenje je lažje in ne prihaja do odstopanj v vedenju (Smith et al., 2015). Motnje SI niso prisotne zmeraj, vendar pogosto sovpadajo z diagnozo ADHD. Motnja SI se v povezavi z ADHD pojavlja v 46 % (Lane et al., 2010) do 69 % (Parush et al., 2007) primerov. Vsak šesti otrok z ADHD ima hude senzorne težave, ki negativno vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje (Ben-Sasson et al., 2009). Prisotnost težav SI vpliva na otrokov razvoj, učenje in občutenje samega sebe. Ne sme se zanemariti povezave med SI in socialnim ter emocionalnim razvojem otroka (Pfeiffer et al., 2015). Posameznikova realnost – njegovo razumevanje sveta – je odvisna od njegovega zaznavanja (Smith et al., 2015).

Za natančno in zanesljivo izvajanje ASI je potrebno slediti Merilom za izvajanje (Fidelity Measure). Slednja vsebujejo procesne in strukturne elemente izvedbe ASI. Med procesne elemente prištevamo: zagotavljanje varnosti med obravnavo, možnost pridobivanja senzornih dražljajev, samostojnost pri izbiri aktivnosti, podpiranje otrokove notranje motivacije, kreiranje ravno prav zahtevnih izzivov, oblikovanje optimalnega odziva na dražljaj, samoorganiziranje vedenja, povečanje uspešnosti pri igri in ustvarjanje terapevtskega zavezništva. Strukturni elementi pa zajemajo urejenost prostora in

pripomočkov, terapevtske kvalifikacije (formalna izobrazba, certifikat ASI, izkušnje s tega področja itd.), sestavne dele delovnoterapevtskega ocenjevnega poročila in komunikacijo terapevta z okoljem (Parham et al., 2011).

Za motnjo SI se v novejši literaturi pogosto uporablja izraz motnja senzornega procesiranja, česar pa ne moremo popolnoma enačiti. Senzorično procesiranje je skupek senzorične registracije, modulacije in integracije. Integracija je zadnji korak procesiranja – kot odgovor na senzorične dražljaje (Shimizu et al., 2014). Pri otrocih z ADHD lahko težave v procesiranju senzornih dražljajev ovirajo izvajanje aktivnosti na vseh področjih (tako ODA, širših dnevnih aktivnostih, prostočasnih aktivnosti, počitku, izobraževanju, igri), saj so lahko povezane s slabim zaznavanjem, preobčutljivostjo na dražljaje, iskanjem dražljajev ali izogibanjem dražljajem ter mešanico vseh različic (Pfeiffer et al., 2018; Chu, Reynolds, 2007).

Vedenjsko-kognitivni pristop (VKP) je usmerjen na obnavljanje in izboljševanje vedenjskih vzorcev, naučenih v preteklosti, vzpostavljanju novih vzorcev vedenja in mišljenja, oblikovanju zunanjih nadomestnih mehanizmov ter prilagajanju na kognitivne ovire. Za spreminjanje vedenja je potreben uvid v posledice dejanj, sposobnost načrtovanja in organizacije ter nadzorovanja in prilagajanje vedenja (Curwen et al., 2018; Čuš in sod., 2010). Za vse naštetu so odgovorne izvršilne funkcije. Pri rehabilitaciji izvršilnih sposobnosti gre pogosto za učenje novega načina vedenja, z uvajanjem postopnih korakov v mišljenju, pri čemer sta samonadzor in samouravnavanje bistvenega pomena. S VKP je mogoče vplivati na njun razvoj. Samonadzor oziroma samoregulacija je ena od izvršilnih funkcij, ki pomaga uravnavati kognicijo, čustva in vedenje (Hannesdottir et al., 2016). ADHD, je po besedah psihologov Barkley in Eme-a (2019), ena od motenj, kjer je delovanje izvršilnih funkcij najbolj prizadeto, kar se kaže kot slaba samoučinkovitost, nezadovoljstvo in zaskrbljenost pri izvedbi dnevnih aktivnosti (v nadaljevanju DA). Delovnoterapevtska obravnava se osredotoča na izboljšanje kognicije (pozornosti in izvršilnih funkcij), volje in okoljskih ovir (npr. stigma, slaba ozaveščenost o ADHD v družbi) pri participaciji v okolje. Glavni delovnoterapevtski cilji VKP pri otroku z ADHD so vzpodbujanje družbeno sprejemljivega vedenja, izboljšanje izvršilnih funkcij in samoučinkovitost pri izvedbi okupacij (Hahn-Markowitz et al., 2018).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je raziskati pristope, ki jih delovni terapevti uporabljajo pri delu z otroci z ADHD, in ugotoviti, katere pristope uporabljajo delovni terapevti v Sloveniji, kaj menijo o njihovi učinkovitosti ter prednostih in slabostih uporabe. Z diplomskim delom želimo pridobiti vpogled v trenutno uporabljene pristope, njihove prednosti in slabosti ter možnosti izboljšav.

Oblikovali smo raziskovalno vprašanje:

Kakšne so izkušnje delovnih terapevtov v Sloveniji z uporabo pristopov pri obravnavi otrok z ADHD?

3 METODE DELA

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, v okviru katerega so bili izvedeni poglobljeni intervjuji s petimi delovnimi terapevtkami, zaposlenimi v razvojnih ambulantah po Sloveniji. Kriterij za sodelovanje je bila obravnava otrok z ADHD v določeni razvojni ambulanti. Potencialne sodelujoče smo k sodelovanju povabili preko e-pošte. Na povabilo se je odzvalo 5 delovnih terapevtk iz različnih razvojnih ambulant po vsej Sloveniji. Podatki o sodelujočih so prikazani v Tabeli 1.

Ugotovitve, pridobljene s tovrstno metodo, prikazujemo opisno; opis je bolj poglobljen in večplasten. Podatki, pridobljeni na tak način, so skupek besed, podob, opazovanj in zapisov zvočnih posnetkov. Na koncu sledi poglobljena vsebinska analiza. Za takšno raziskavo je značilen majhen vzorec; enote v vzorcu so skrbno izbrane (Lamut, Macur, 2012).

Pred začetkom izvedbe intervjujev je bilo izdelano vodilo za intervju (Priloga 2). Sestavljajo ga osnovna vprašanja, ki jim izvajalec sledi, in po potrebi postavlja podvprašanja (Kordeš, Smrdu, 2015). Vodilna vprašanja so se nanašala na lastnosti obravnavane populacije, otroke z ADHD, značilnosti obravnave, uporabljene pristope, sodelovanje z okoljem in problematiko, ki jo terapevti zaznavajo in izpostavljajo pri obravnavi omenjene populacije.

Vsak intervju je bil posnet, dobessedno zapisan po posnetku in kodiran. Kodiranje je postopek kategoriziranja enot kvalitativnega gradiva. Z uporabo kod lahko tako hitreje združimo pomensko sorodne dele (Kordeš, Smrdu, 2015). Pri postopku kvalitativne analize v grobem ločimo šest korakov: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, odprto kodiranje, izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij, odnosno kodiranje in oblikovanje končne teoretične formulacije (Mesec, 1998).

Izvedeni intervjuji so v povprečju trajali 45 minut. Izvajali so se v mesecu maju in juniju 2020 v razvojnih ambulantah intervjuvank ali (zaradi epidemioloških ukrepov v povezavi s COVID-19) preko videokonference. Pred pričetkom so bile vse udeleženske raziskave seznanjene s temo in namenom raziskave ter potekom intervjuja. Podpisale so izjavo o prostovoljnem sodelovanju pri raziskavi (Priloga 1), na podlagi katere so dovolile snemanje pogovora in objavo rezultatov za raziskovalne namene. Posnetki intervjujev so bili po prepisu uničeni. Upoštevali smo etična načela Kodeksa etike delovnih terapevtov (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2017).

Tabela 1: Podatki o sodelujočih

Intervjuvanka	Spol	Izkušnje v pediatriji	Populacija otrok v obravnavi
1	Ž	25	Nedonošenčki, cerebralna paraliza (CP), motnje senzorne integracije, genetske motnje (predvsem Downov sindrom), ADHD
2	Ž	25	Aspergerjev sindrom, razvojni zaostanki, CP, vedenjske motnje, ADHD
3	Ž	17	Motnje avtističnega spektra, ADHD, razvojni zaostanki
4	Ž	20	Genetske motnje in sindromi, ADHD
5	Ž	15	Motnje avtističnega spektra, genetske motnje, CP, poškodba brahialnega pleteža, ADHD

4 REZULTATI

Na osnovi kvalitativne analize smo izluščili tri kategorije, od katerih ima vsaka pripadajoče podkategorije in kode (Tabela 2).

Tabela 2: Kategorije, podkategorije, kode

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	KODE
Značilnosti in potek obravnave otrok z ADHD	Napotitev in pogostost DT obravnav	Pediater Drugi člani tima Odvisno od zasedenosti ambulante in staršev Vsakih 14 dni
	Najpogostejša ocenjevanja	Intervju ABC test Ocena senzoričnega procesiranja
	Uporaba pripomočkov	Naravni materiali Igrala Namenski pripomočki
	Povezanost z okoljem	Sodelovanje s starši Vključevanje staršev v podporne skupine Sodelovanje vrstnikov otrok z ADHD Sodelovanje z izobraževalnimi ustanovami
Uporaba pristopov pri obravnavi otrok z ADHD	Kriterij za izbiro pristopa	Starost in spol Zastavljeni cilji Zdravstvena dokumentacija Rezultati ocenjevanj
	Najučinkovitejši in najpogostejše uporabljeni pristopi	VKP – različne tehnike Pristop ASI Edukacijski pristop Adaptacijski pristop RNO Pristop usmerjen na uporabnika Kombinacija pristopov
	Prednosti in slabosti pristopov	Uporaben na široki populaciji Uporaba ni vedno možna Omogoča sprostitev in užitek Prenosljiv v domače okolje Negativni učinki
	Cilji obravnave	Sodelovanje pri izvajanju dnevnih akt. in igri Organizacija aktivnosti Preventiva Krepitev pozitivne samopodobe
	Dodatni pristopi za obravnavo otrok z ADHD	SI za dojenčke Joga za otroke Terapija s pomočjo psa
Opažanja glede obravnav	Težave pri izvedbi obravnav	Časovno zamudna izvedba ocenjevanj Nesprejemanje simptomov motnje Težave pri prenosu v vsakdan Odvisnost od informacijske tehnologije
	Predlogi izboljšav	Bolj celostna obravnava Obravnava staršev Vodnik za terapevte in starše o ADHD Obnovitev izobraževanj

5 RAZPRAVA

V nadaljevanju so rezultati interpretirani in podprti s strokovno in znanstveno literaturo ter citati sodelujočih. Navedeni so določeni citati sodelujočih, ki zaradi varstva osebnih podatkov niso imensko poimenovani, so pa zato označeni s kratico INT. in številko posameznika (1–5).

5.1 Značilnosti in potek obravnave otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti

Za izvedbo delovnoterapevtske obravnave otrok z ADHD je potrebna predhodna napotitev pristojnega zdravnika. Pred začetkom se določi količina obravnav in njihova pogostost. DTh v začetku izvedejo ustrezna ocenjevanja, s katerimi beležijo napredek in učinkovitost obravnav. Uporabnika obravnavajo celostno, zato je bistvenega pomena njegovo okolje – predmeti in ljudje, s katerimi prihaja v stik in kvaliteta izvedbe določene aktivnosti (Gentry et al., 2018).

5.1.1 Napotitev in pogostost delovnoterapevtskih obravnav

Napotitev na delovnoterapevtsko obravnavo izda pediater razvojne ambulante, pedopsihiater ali klinični psiholog. Slednji obravnavajo otroka po napotitvi osebnega zdravnika ali na željo staršev (NICE, 2019). INT. 5 pojasni: *»Napoti jih naš pediater iz razvojne ambulante s pridruženim centrom za zgodnjo obravnavo, ker je pogoj, da jih on napoti, drugače do nas ne morejo.«* INT. 3 omeni tudi možnost napotitve s strani pedopsihiatra ali kliničnega psihologa: *»Pri nas jih napoti pediater ali razvojni pediater ali pa psihologinja, včasih tudi pedopsihiater.«* Otroci z motnjo pozornosti, ki so napoteni na delovno terapijo (DT), so stari povprečno 3 leta. Nekateri pridejo tudi prej, okrog 1,5 leta. Večina le-teh je že predhodno vodena v nevrofizioterapevtski ambulanti in jih razvojni pediater, zaradi odstopanj v razvoju, napoti še na delovno terapijo. INT. 2 dodaja, da lahko napotitev predlagajo tudi drugi člani tima: *»Drugače pa je velik takih, ki jih recmo logopedinja predlaga na timskem sestanku.«*

Pogostost obravnav otrok z ADHD je po mnenju intervjuvanih DTh preredka, zaradi prevelike zasedenosti ambulante in staršev. INT. 2 pojasni: *»Trudimo se, da pridejo otroci*

1x na 14 dni, odvisno je tut od tega kolk jih imamo.» Zakonsko ni določeno koliko obravnav pripada določenemu uporabniku. Literatura ne navaja količine ali frekvence obravnav pri obravnavi otrok z ADHD. Avtorji poudarjajo pomembnost zgodnje intervencije tako otrok z ADHD kot tudi njihovih staršev (Smith et al., 2014). Pogostost delovnoterapevtske obravnave je odvisna tudi od uporabe ostalih oblik zdravljenja (npr. medikamentozna terapija); tako se na primer VKP pogosto kombinira z jemanjem stimulansov, zaradi česar je pogostost VKP manjša, kot v primeru zdravljenja zgolj z VKP (Pelham et al., 2016). Intervjuvanke se trudijo, da so uporabniki naročeni vsaj 1x na 14 dni, vendar to zmeraj ni mogoče. INT. 3 razloži: »Otroci hodijo v šole, starši v službe, jaz delam še v razvojnem vrtcu, zato včasih ne moremo uskladiti terminov.«

5.1.2 Najpogostejša ocenjevanja

Ocenjevanje in načrtovanje obravnave je prvi korak v procesu DT. Ocenjevanje v smislu vrednotenja poteka ves čas in služi kot vodilo za izvedbo terapije (Švajger et al., 2016). Ker so uporabniki v razvojnih ambulantah otroci do 18. leta starosti, so določeni standardizirani ocenjevalni instrumenti prilagojeni, oziroma se izvajajo v sodelovanju s starši ali skrbniki. Pri ocenjevanju otrok z ADHD je vključevanje staršev nujno pri začetnem pridobivanju informacij, saj ima omenjena populacija velikokrat težave pri prepoznavanju lastnih problemov in prioritet obravnave (Wennberg et al., 2020). DTh gleda na uporabnika celostno, zato je otrokovo voljo vseeno potrebno upoštevati (Király-Alvarez, 2015). Ocenjevanje otrok z ADHD je lahko težavno zaradi prevelikega vzburjenja, ki nastane zaradi spremembe rutin, nezmožnosti sledenja navodil ali pomanjkanja interesa za sodelovanje (Taylor et al., 2020).

Rezultati intervjujev kažejo, da DTh pri otrocih z ADHD najpogosteje izvedejo začetni intervju oziroma izpolnijo interni vprašalnik, ki vsebuje: informacije o nosečnosti in porodu, informacije o diagnozi in pridruženih motnjah, razvojno zgodovino z razvojnimi mejnimi motorike, govora, samostojnosti v DA. V vprašalniku starši izpostavijo tudi težave, ki jih opažajo pri otroku in cilje, ki bi jih radi dosegli. Wennberg in sodelavci (2020) navajajo uporabo standardiziranega testa Kanadska metoda ocenjevanja izvajanja dejavnosti (Canadian occupational performance measure – COPM) na začetku vsake obravnave otrok z ADHD, ker je osredotočen na uporabnika in uporaben pri prepoznavi najpomembnejših

problemov, ki vplivajo na izvedbo DA. Kljub njegovi pogosti uporabi pa intervjuvane DTh zaznavajo nekaj težav. INT.1: *»Za odrasle sem ga naredila, pri njih se mi zdi izredno uporaben. Pri otrocih pa niti ne, ker so tut pričakovanja staršev malo imaginarna.«* INT. 3 pri tem dodaja: *»COPM lahko delamo z otroci, če so že starejši. To je tak prilagojen COPM, kjer so sličice...«*

Pogosto uporabljen je tudi standardiziran ABC test gibanja 2 (Movement assessment battery for children 2). Namenjen je prepoznavanju gibalne sposobnosti otrok med 3. in 16. letom starosti. Glede na starost je razdeljen v tri starostne skupine. Sestavljen je iz standardiziranega testa, vprašalnika za starše ali učitelje in priročnika s pristopi obravnave otroka z odstopanji v gibanju. Standardizirani test vsebuje osem nalog, ki zajemajo tri področja: spretnost rok, ciljanje in lovljenje ter ravnotežje. Rezultat naloge se označi po tribarvni lestvici po vzoru semaforja; zelena predstavlja gibanje brez odstopanj, rumena nakazuje na odstopanja v gibalnem razvoju, rdeča pa označuje prepoznane gibalne težave. (Henderson et al., 2014). Uporabo ABC testa gibanja 2 je navedlo vseh 5 sodelujočih terapevtk. INT. 5 pojasni: *»ABC test delamo, ampak ne še na začetku. Tam se vidijo bolj motnje koordinacije gibanja...«*

Pri otrocih z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti je zaradi številnih senzoričnih težav uporabna tudi Ocena senzoričnega procesiranja (sensory processing measure – SPM). Gre za standardiziran ocenjevalni obrazec, ki omogoča vpogled v težave pri otrokovem senzoričnem delovanju v šoli in doma. Primeren je za otroke od 5. do 12. leta starosti. Delovni terapevti ali starši ocenjujejo senzorno procesiranje v petih senzornih sistemih: vidno, slušno, taktilno, propioceptivno in vestibularno procesiranje (Parham et al., 2007). Ocena senzornega procesiranja se je izkazala za zelo zaželen ocenjevalni obrazec, zaradi dobre zaznave odstopanj senzornega procesiranja, ne pa tudi izvršilnih funkcij na področju motoričnega planiranja aktivnosti ali pri socialnem vedenju (Pfeiffer et al., 2015). INT. 2 glede tega pove: *»Pri vsakem otroku naredimo SPM vprašalnik za senzorno procesiranje.«*

5.1.3 Uporaba pripomočkov

Otrokova okupacija je igra, ki je spontana, notranje motivirana aktivnost, katere vzrok ni poznan (Cornell et al., 2018). AOTA (2020) definira igro kot katerokoli spontano ali organizirano dejavnost, ki prinaša užitek, zabavo ali služi kot sredstvo za odvratanje

pozornosti. Igra lahko služi tudi kot (delovnoterapevtski) medij za doseg ciljev. Na igri temelječe intervencije pomagajo otroku zmanjšati razliko med realnim in abstraktnim mišljenjem. Preko igre otrok razvija motorične, procesne in socialne spretnosti, ki vplivajo na njegov socialni, čustveni in vedenjski razvoj (Cornell et al., 2018). Del igre so tudi igrače in igrala. Oba pojma definiramo kot predmete, ki jih uporabljamo med igro, pri čemer so igrala navadno večje in pritrjene konstrukcije.

Intervjuvanke so izpostavile več igrač (pripomočkov), ki jih uporabljajo pri obravnavi otrok z ADHD. V igro vključujejo različne dele telesa. Bregant (2015) poudari, da je telo prva otrokova »igrača«. INT. 1 razloži: *»Če zazna lastno telo, če ve kje ga nekdo prime, kje ima kaj dano, se lažje osredotoči še na druge stvari.«* Šele ko otrok zaznava sebe, lahko začne z zaznavanjem bližnjih predmetov in bolj kompleksnih igrač. Intervjuvanke uporabljajo naravne materiale, kot so sol, riž, testenine, slano testo ali vsakodnevno uporabljen potrošni material (plastenke, milo, gumice itd.). Sol in riž uporabljajo kot del senzorne igre (za sproščanje, razpoznavo s tipom) ali kot utežni material. Prav tako je riž uporaben za krepitev pincetnega prijema in vidno-motorične koordinacije. Testenine so odlične za igro z razvrščanjem, saj obstaja veliko različnih oblik in barv. Slano testo lahko služi kot nadomestek plastelina. Uporabno je tako pri senzorni igri, kot tudi za krepitev različnih prijemov ali pa služi le kot ustvarjalni pripomoček za krepitev domišljije (Černe, 2015). Brady in sodelavci (2012) navajajo pester izbor vsakodnevnih pripomočkov (lepilo, zelja, semena, slamice, pripomočke za kuhanje itd.), uporabnih v DT ali drugih terapevtskih strokah za krepitev vzdržljivosti, motorične kontrole, kooordinacije roke, organiziranja predmetov in sensorike otrok z ADHD. Podobno pojasni INT. 4: *»Jaz velikokrat uporabljam naravne materiale – fižol, makarone, riž... Večino improviziram. Izdelujemo tudi iz testa, ki je zelo uporabno.«*

Uporaba igral je v DT mogoča le v večjih prostorih, ki so navadno urejeni v senzorne sobe. Intervjuvane terapevtke, ki imajo možnost take sobe, uporabljajo gugalnice, plezala, tobogane ali trampoline. Vse od naštetega daje možnost izboljšanja prilagoditvenega odziva na senzorne prilive (predvsem proprioceptivnih in vestibularnih). Proprioceptivni sistem je odgovoren za zaznavanje telesa – njegove drže, položaja in gibanja. Zaznavanje tega je pomembno pri aktivnostih oblačenja, hranjenja, pisanja ali plezanja. Vestibularni sistem nam daje informacije o hitrosti in smeri našega gibanja. Razvoj vestibularnega sistema je ključnega pomena za uspešno hojo, kolesarjenje ali izvajanje prevalov (Gričar et al., 2020).

INT. 4 pojasni: *»Imam tobogan, pa več vrst gugalnic. Včasih jim naredim kakšen poligon za čim več taktilnih, proprioperceptivnih dražljajev, čim več sensorike, različnih materialov.«*

Posebna skupina so namenski pripomočki, ki jih DTh uporabljajo z namenom doseganja točno določenega cilja. Intervjuvane terapevtke najpogosteje omenjajo pripomočke za razvoj organizacijskih spretnosti. INT. 3 pojasni: *»Recimo, zadnjič sem poslala eni mami za organizacijo, da si naredijo slikovni urnik, po katerem bo otrok delal. Ko opravi, sličico odlepi in pospravi v škatlo.«* Intervjuvanke uporabljajo slikovne urnike, ki prikazujejo aktivnosti, ki jih bodo obravnavani otroci izvajali tekom terapije, služijo pa tudi kot organizacijski pripomoček, ki kaže, kaj je že opravljeno in kaj bo še potrebno narediti. Slikovni urniki jim služijo le kot zunanji opomnik. INT. 3 razloži: *»Pri otrocih z ADHD si zapišemo ali pa narišemo, kake aktivnosti bomo tisti dan počeli. Za vsako aktivnost si zaslužijo rdeč žeton in ko 3 aktivnosti izpolnijo, je nagrada.«* Sohlberg in Mateer (2001) poudarjata, da je organizacija dela mogoča le, kadar je otrok že zmožen biti dovolj pozoren in skoncentriran, da si lahko stvari zapomni in na podlagi tega organizira svoje vedenje/delo.

INT. 3 pove, da se veliko poslužuje tudi slikovnih znamenj, s katerimi daje otrokom jasna navodila, kaj od njih pričakuje: *»Uporabljamo piktograme: tiho, stop, rdečo piko, kjer mora (otrok) vedno počakat.«* Wennberg in sodelavci (2020) pri otrocih z ADHD opažajo slabšo časovno orientiranost in slabše sposobnosti upravljanja s časom. Svetujejo uporabo koledarjev, ur, opomnikov, tedenskih urnikov itd. Tudi intervjuvane delovne terapevtke si pomagajo s podobnimi pripomočki. INT. 2 pove: *»Uporabljam časovnik, kako uro, kjer označimo, kako dolgo more nekaj počet, oziroma kak dolgo bo trajala terapija, da ima občutek za čas.«*

5.1.4 Povezanost z okoljem

Obravnava otrok je vedno povezana z njegovim socialnim okoljem (Chu, Reynolds, 2007). To so njegovi starši, sovrstniki ali delavci v izobraževalnih ustanovah. Vključevanje staršev otrok z ADHD v obravnavo je zato pglavitnega pomena za kvalitetno izvedbo dnevnih aktivnosti. Smith in sodelavci (2015) ugotavljajo, da starši od terapevtov pričakujejo: informacije o diagnozi in vrste možnih terapij, pomoč pri pridobitvi pripomočka in nasvete, kako se soočiti s problemi. Vseh pet intervjuvank je povedalo, da s starši sodelujejo tako, da jim večinoma svetujejo. INT. 5 to razloži: *»Damo jim priporočila, kako se tega lotijo, kako*

jim bo lažje, kakšna naj bo struktura dneva, da jim omejijo sladkor...». DTh povedo, da staršem svetujejo tudi glede izbire pripomočkov in strategij, ki naj jih uporabijo doma za lažje izvajanje DA; npr. naj med učenjem uporabljajo gibalne odmore, slikovne urnike in časovnike. Intervjuvane DTh dajo staršem »domačo nalogo«, kar pomeni, da doma izvajajo podobne aktivnosti, kot so jih na terapiji. Tudi Baker in sodelavci (2012) ugotavljajo, da z vključevanjem strašev v obravnavo (usposabljanjem in podajanjem navodil o izvajanju programa doma) in kasnejšim pridobivanjem povratnih informacij z njihove strani, omogočajo večjo uspešnost terapije. Zato je pomembno, da DTh staršem podajajo natančna navodila kako ravnati z otrokom. INT. 2 razloži: *»Fajn je, da ti staršem točno poveš, na kak način z njimi (otroci), pa da te (negativne) kritike niso fajn za otroka...Pa tudi na kak način se igrat, sploh zdaj, ko so ti pametni telefoni, da to omejijo, ker to se straši sploh ne zavedajo...«* Novak in Honan (2019) še dodajata, da se starši otrok z ADHD večinoma držijo navodil terapevtov in jih upoštevajo.

Terapevtke hkrati povedo, da so starši teh otrok velikokrat izčrpani in s strani okolice označeni kot slabi starši, kar se lahko prenaša tudi na otroke. Po besedah INT. 2 so takšni otroci zamorjeni: *»Ti otroci so tarča negativnih kritik in potem ta otrok postane zamorjen zaradi vsega, ker ves čas doživlja to, da je neuspešen, češ daj se bolj potruji, daj se usedi, a spet noriš...Otrok je bolj zadovoljen, če je razumevajoče okolje.«* INT. 5 pa razloži starševski vidik: *»Poudariti moram, da pridejo starši otrok z ADHD sem izmozgani. Damo jim vedet, da niso oni krivi, zato ker so dostikrat ti starši označeni kot slabi straši, nesposobni, imajo že toliko etiket na sebi, da so zelo izčrpani.«* Zato je pomembno opolnomočenje staršev z vzpodbudnimi besedami in usmerjenim vedenjem (Dauman et al., 2019).

V Sloveniji se starši otrok z vedenjskimi težavami lahko vključijo v podporno skupino Neverjetna leta. Namen podpornih skupin je povečati samoučinkovitost staršev, ki je po mnenju avtorjev nižja pri starših, katerih otrok ima ADHD, kot pri starših, katerih otrok je tipično razvit. Samoučinkovitost je posameznikovo prepričanje o lastnih sposobnostih pri izvedbi naloge (npr. kako dobro se spopadam z izzivi starševstva) (Heath et al., 2015). Vključenost staršev v otrokovo rehabilitacijo in podporne skupine ima pozitiven vpliv na samoučinkovitost pri vzgoji otrok z ADHD in na otroke same (Hahn-Markowitz et al., 2018). Terapevtke poudarjajo, da je sodelovanje v podpornih skupinah odvisno od samoangažiranosti staršev in ni obvezno, se jim pa zdi zelo koristno. INT. 5: *»Dostikrat jim*

ponudimo to, kar mi poznamo. Mi jim nismo dolžni podati te informacije. Vem, da je ena od takih (podpornih skupin) Neverjetna leta... Včasih imajo kakšne aktivnosti tudi naši centri tukaj v okolici, pa jim (staršem) svetujemo njihovo izobraževanje.»

Intervjuvane DTh se vključujejo tudi v izobraževalne ustanove kot so vrtci in šole, ki jih obiskujejo obravnavani otroci. Njihova vloga je večinoma opazovanje otroka v drugem okolju in izvajanje prilagoditev za lažje osvajanje dnevnih rutin, vključevanje v vrtec oziroma šolo ter lažje delo v šoli. Tudi Rens in Joosten (2014) poudarjata, da sodelovanje DTh v šoli daje možnost podajanja bolj konkretnih nasvetov za učitelja in realnih prilagoditev okolja ali aktivnosti. INT. 4 pojasni primer njene prilagoditve v vrtcu: *»Enmu so dal na sedež to okroglo blazino s čepki in ga je umirilo... ga je dejansko toliko umiril, da je zdru kosil in ga je dejansko uspel pojest.»* Šuc in sod. (2017) še ugotavljajo, da v Sloveniji prihaja do številnih sistemskih in organizacijskih ovir, ki bi DTh in učiteljem onemogočilo bolj pogosto interdisciplinarno sodelovanje.

Otroci z ADHD imajo težave pri vzpostavljanju in ohranjanju medsebojnih odnosov, zaradi težav pri sodelovanju v igri, uravnavanje samoregulacije (kognicije, čustev, vedenja) ter odzivanju na namige sovrstnikov (Hannesdottir et al., 2016). Vključevanje vrstnikov v delovnoterapevtske obravnave otrok z ADHD motivira slednje za sodelovanje in izvajanje terapije. Otroci z ADHD so v skupini izpostavljeni socialnemu okolju in imajo več priložnosti za izboljšanje socialnih spretnosti (deljenja, nudenja pomoči, spodbujanja sovrstnika, poučevanja ali izražanja pohval), zaradi česar so izidi terapije pogosteje boljši (Cordier et al., 2018). Temu pritrjujejo tudi intervjuvanje DTh, ki dodajajo, da je sodelovanje vrstnikov otrok z ADHD v DT prisotno le v izobraževalnih ustanovah ali kadar sta na obravnavo v ambulanto istočasno naročena dva otroka, pri katerih je hkratna obravnava mogoča. Cordier in sod. (2018) predlagajo vključevanje otrok s podobnimi diagnozami. INT. 2 pojasni primer terapije dveh vrstnikov: *»Otrok čisto drugače deluje, če je še prisoten en otrok, potrebno se je prilagajati, potrebno je poslušati dvojna navodila, ker sva 2 terapevtki. Potem je zelo zanimiv ta socialni vidik, relacije, kako se otroci med sabo gledajo, ker niso drugače navajeni tega. Potem morajo nekaj skupaj narediti, si dajati navodila, jih upoštevati, ker drugače niso uspešni.»*

5.2 Uporaba pristopov pri obravnavi otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti

Pri obravnavi otrok z ADHD imajo DTh na izbiro več pristopov. Kriterij za izbiro pristopa je odvisen od vsakega uporabnika posebej in od ciljev, ki jih želimo doseči (Novak, Honan, 2019). Terapevtke ugotavljajo, da imajo določeni pristopi več pozitivnih učinkov na omenjeno populacijo, kot drugi, kar navaja tudi Nielsen s sodelavci (2017). V tujini obstajajo še drugi pristopi, ki v Sloveniji v okviru delovnoterapevtskih storitev še niso uporabljeni (Chimiklis et al., 2018).

5.2.1 Kriteriji za izbiro pristopa

Obstajajo različni delovnoterapevtski pristopi za obravnavo otrok z ADHD, s katerimi se lahko dosežejo zastavljeni cilji. V sodelovanju s starši je terapevtova naloga, da izbere in oblikuje obravnavo tako, da doseže cilje otroka in staršev ter največje izboljšanje v otrokovem funkcioniranju (Novak, Honan, 2019). INT. 1 navede podobno: *»Vedno se odločim glede na potrebe otroka«*. Tudi INT. 2 potrjuje, da so zastavljeni cilji kriterij za izbiro pristopa, pri čemer dodaja, da sta pomembna tudi otrokova starost in spol: *»Od ciljev, ki si jih zadamo, pa tudi starost in spol sta ful pomembna«*. Tudi Novak in Honan (2019) navajata, da je izbira pristopa odvisna od stopnje razvoja, ki temelji na starosti in spolu. Ne more se enačiti obravnave 2-letnika z najstnikom, ki je kognitivno, emocionalno in socialno bolj razvit. Najstnikove želje so drugačne, kot želje dvoletnika, drugačni pa so tudi zastavljeni cilji terapije. Posledično je tudi izbira pristopa (kljub isti diagnozi) drugačna. Znano je, da so deklice z ADHD praviloma bolj introvertirane kot dečki, se težje spopadajo s težavami in so pogosteje tesnobne, zato je za obravnavo potrebno izbrati pristope, ki pri deklicah ne povzročajo tesnobe in dati več poudarka krepitvi izvršilnih funkcij (Rucklidge, 2014; Levy et al., 2005).

Pri izbiri pristopa obravnave so po mnenju intervjuvanih DTh pomembni tudi zbrana zdravstvena dokumentacija, rezultati ocenjevalnih obrazcev in želje otrok/staršev. INT. 2: *»Na podlagi teh zbranih informacij... se pravi zdravstvene dokumentacije, ki jo dobimo od logopeda, zdravnika, psihologa, specialnega pedagoga. Na podlagi vprašalnika, se pravi ta, ki ga izpolnijo vzgojitelji/ učitelji in starši izpostavijo želje in cilje, kaj bi si zadali. Glede na oceno, ki jo dobimo s testi, ugotovimo, kje so težave in potem se odločim na podlagi tega.*

Skupek vsega tega nam pove, kateri pristop uporabiti.» INT. 4 dodaja podobno: »Gledam, kaj si otrok želi, pa če starši kdaj omenijo, kaj bi radi dosegli... Potem pa si zastavim plan, ampak nekak prepletam iz en'ga pristopa v drugega... pa tut rezultati testov so mi v veliko pomoč« Tudi avtorji nacionalnega inštituta za zdravje in kakovost – NICE (2019) v smernicah ravnanja z osebami z ADHD poudarijo pomen upoštevanja anamneze uporabnika pri izbiri pristopa in prilagajanje obravnave glede na stopnjo napredka, ki je razvidna iz ocenjevanj.

5.2.2 Najučinkovitejši in najpogosteje uporabljeni pristopa

DTh naj bi izvajali obravnavo, ki je na dokazih temelječa, usmerjena na uporabnika in okupacijsko naravnana. Poteka po načelu »top-down«, kar pomeni, da je usmerjena na uporabnikove sposobnosti in oblike izvedbe, ne pa na nezmožnosti (AOTA, 2020). Kljub temu se v praksi včasih uporabljajo tudi »bottom-up« pristopi, vezani na odstopanja v funkcioniranju (npr. pristop SI ali razvojno-nevrološki pristop – RNO). Terapevt mora pri izbiri pristopa upoštevati lastno znanje, vrednote uporabnika in dokaze o trenutno najkvalitetnejši obravnavi za določeno populacijo (Taylor et al., 2020).

Otroci z ADHD imajo kljub skupni diagnozi različne težave. Pri nekaterih je potrebnih več prilagoditev okolja ali pripomočkov, drugi morajo osvojiti še določene gibalne vzorce, spet tretje pa je potrebno le podučiti o načinih izvedbe, oziroma jih usmeriti (Taylor et al., 2020). Na podlagi informacij, pridobljenih iz intervjujev, je razvidno, da je obravnavo otrok z ADHD kompleksna, saj vsebuje uporabo več različnih pristopov. Po mnenju večine terapevtk ni možno določiti pristopa, ki ga uporabljajo najpogosteje. INT. 1 pojasni: *»Ne morem reči, da katerega uporablam pogosteje kot druge, prepletajo se... Vse je odvisno od tega, kaj otrok potrebuje.«*

Vse intervjuvane DTh so omenile uporabo VKP (Toglia, 2011). VKP je usmerjen na razvoj izvršilnih funkcij, ki so pomembne za obnavljanje in izboljševanje starih vedenjskih vzorcev, naučenih v preteklosti. Namen uporabe pri otroku z ADHD je osvojiti drugačno vedenje ali mišljenje, ga bolj organizirati in doseči določen nivo samoregulacije (Curwen et al., 2018). INT. 3 pojasni uporabo VKP: *»Pri otrocih, ki imajo pridružene gibalne težave uporablam tudi kognitivni pristop. Ta je uporaben v učenju DA.«*

Uporaba ASI (Ayres, 1995) je prav tako zelo pogosta pri delovnoterapevtski obravnavi otrok z ADHD. Omenilo ga je vseh 5 intervjuvanih DTh. Poudariti je potrebno, da gre v določenih primerih le za uporabo elementov ASI ali le za senzorno edukacijo, kar INT. 5 razloži tako: *»Mi imamo veliko elementov senzorne integracije, ne izvajamo pa prav senzorne terapije, ker zahteva sama terapija svoj protokol... (za ASI) bi morali biti cilji samo senzorno postavljeni.«*

Pri otrocih z ADHD se lahko pojavijo težave v procesiranju senzornih inputov s slabim zaznavanjem, preobčutljivostjo na dražljaje, iskanjem ali izogibanjem dražljajev ter mešane variante (Chu, Reynolds, 2007). To potrjuje tudi INT. 1, ki dodaja, da lahko težave s pozornostjo izboljšamo z vplivanjem na senzorno zaznavanje: *»Zelo velike težave s pozornostjo imajo otroci, ki imajo senzorne težave. Ko te prilive senzornih informacij se naučimo zregulirat, oziroma jim odvzamemo, naredimo bolj vzpodbudno okolje, se tudi pozornost izboljša.«*

Intervjuvanke so navedle tudi uporabo edukacijskega pristopa, adaptacijskega pristopa, RNO in pristopa, usmerjenega na uporabnika. Uporabo slednjega INT. 5 argumentira: *»RNO, drugače pa se prepletajo različni pristopi. Imamo timsko delo, ker imamo še ostale strokovnjake v timu in se povezujemo z vrtci in šolami. Sicer pa je res odvisno od posameznega otroka, ker je usmerjeno na uporabnika... Prepletajo se vedenjski pristop, edukacijski pristop, adaptacijski pristop.«*

Pogostost uporabe in učinkovitost pristopa sicer nista enaka pojma, vendar sta velikokrat povezana. Tiste intervjuvane DTh, ki trdijo, da ni možno izpostaviti najpogosteje uporabljenega pristopa, dodajo tudi, da je obravnava najbolj učinkovita, kadar se pristopi med seboj prepletajo. INT. 2: *»Jaz ne bi rekla, da je samo 1 tisti najboljši. Najboljša je kombinacija, zato, ker sam z enim pristopom težko vse to dosežeš.«* Tudi številni avtorji potrjujejo, da se je kombinacija pristopov izkazala kot najbolj učinkovit način za doseg ciljev intervencije (NICE, 2019; Manos et al., 2017; Chu, Reynolds, 2007) in da »top-down« intervencije, ki temeljijo na stopnji izvedbe aktivnosti, dajejo boljše rezultate kot »bottom-up« intervencije (Novak, Honan, 2019). Schaaf in sodelavci (2014) ugotavljajo, da je ASI učinkovit pristop pri obravnavi otrok s težavami v procesiranju in integraciji senzornih dražljajev, ki vplivajo na njihovo vedenje, tako kot pri otrocih z ADHD. V terapiji ASI preko ravno prav zahtevnih senzomotoričnih aktivnosti vpliva na funkcionalnost otrokovega vedenje in izvajanja aktivnosti. Ugotovitve kažejo, da so otroci, ki sodelujejo v ASI terapiji,

bistveno bolj samostojni pri skrbi zase (pri oblačenju, hranjenju, toaletnih aktivnostih), v igri in pri udeležbi v aktivnostih.

5.2.3 Prednosti in slabosti pristopov

Intervjuvane terapevtke navajajo uporabo različnih pristopov, med katerimi izpostavljajo prednosti ali slabosti najpogosteje uporabljenih – VKP in ASI. Prednost uporabe VKP vidijo v tem, da je uporaben na široki populaciji na različne načine (preko različnih tehnik) npr. pri vedenjskih težavah, ki jih populacija otrok z ADHD zagotovo ima. VKP je zelo uporaben pri organiziranju aktivnosti, s katerimi otrok posledično krepi pozornost. Kadar je aktivnost organizirana, otrok *»vidi luč na koncu tunela«* (INT. 2), lažje vztraja v aktivnosti in se pripravi na naslednjo. Tudi INT. 3 dodaja podobno: *»Otrok, če bo to napisano, bo tudi lažje zdržal, če so gibalni odmori, bo to vplivalo na to, da se bo lažje organiziral za naslednjo stvar.«* To potrjujejo tudi Solanto in sodelavci (2010), ki so ugotovili, da se s pomočjo kognitivne terapije pri osebah z ADHD izboljša pozornost, ki se odraža preko boljše organizacije in načrtovanja časa ali aktivnosti.

Slabost VKP je v tem, da ga ni možno vedno uporabiti na omenjeni populaciji, ravno zaradi različnosti otrok (Levanon-Erez et al., 2019). Veliko otrok ima tudi motorna odstopanja (npr. motnje koordinacije), kjer uporaba VKP ni primerna (Nielsen et al., 2017). Podobno pojasni tudi INT. 1: *»Ampak se pojavljajo motnje koordinacije, kjer mi sam VKP ne koristi, potem je bolj SI pristop.«* Levanon-Erez in sodelavci (2019) poudarjajo tudi pomembnost terapevtskega odnosa pri uporabi VKP. Terapevtsko zaščitništvo z ustvarjanjem spodbudnega okolja vodi k večjemu zadovoljstvu in prinaša boljše rezultate. Tudi intervjuvanke pri obravnavi otrok z ADHD ugotavljajo podobno, kot pomembno izpostavijo, da pristop omogoča sprostitev in užitek otroka. INT. 3 razloži: *»Da je otroku vseč v terapiji, da uživajo, se sprostito. Ker včasih na začetku ne moreš dobit otroka, noče sodelovat. Potem raje začnem z SI, ker si mi zdi da je bolj prijazna do otrok.«*

Veliko otrok z ADHD ima pridružene senzorične težave, kjer je smiselna uporaba ASI pristopa (Pfeiffer et al., 2018). Po mnenju INT. 2 je prednost uporabe ASI v tem, da je prenosljiva v domače okolje: *»je bolj učinkovita in tudi starši lahko delajo po tem pristopu, oziroma lahko uporabijo določene strategije tudi doma.«* Ostale terapevtke dodajajo, da SI pozitivno vpliva na otroka, da mu občutek, da zmore in je za nekaj pohvaljen, kar krepi

njegovo samopodobo, kar razloži INT. 2: *»Pri teh otrocih je velikokrat problem tudi ta negativna samopodoba, tak da je zelo pomembno, da ima občutek, da končno nekaj zmorejo, da delajo prav, da so pohvaljeni... To pri senzorni dosežemo.«* Tudi Hedlund Lindberg in sodelavci (2019) poudarjajo prednosti ASI pristopa, ki temeljijo na povečanju samoučinkovitosti in izboljšanju samopodobe. Dodajajo, da je ASI prilagodljiva uporabniku in okolju, v katerem se izvaja, saj je vedno možno najti aktivnost, ki daje otroku močne senzorne dražljaje in mu je hkrati všečna.

Smith in drugi (2015) dodajajo, da je ASI velikokrat uporabljena tudi z utemeljitvijo *»saj ne more škoditi«* in ji pripisujejo rezultate, za katere je težko reči, da so produkt zgolj senzorne terapije. INT. 4 pojasni prepletenost pristopov: *»Mami pokažeš pravilno nošenje, potem jo pa zraven podučiš, da ga lahko umiri tako, da se zraven guga levo na desno ali pa gor pa dol.. to pa je senzorna. Je pa Bobath tudi tako, da otrok ko se giba, obremeni z lastno težo in z lastno težo senzorno integrira sebe. Te stvari se tako prepletajo... Težko rečem, da smo samo zaradi senzorne dosegli cilj.«*

Opremljenost prostora za izvedbo ASI, po Merilih za izvajanje, mora omogočati pridobivanje senzorično-motoričnih izkušenj in gibanje v prostoru. Fizični prostor je zasnovan tako za izvajanje zahtevnejših fizičnih aktivnosti, kot tudi za umirjene aktivnosti. Vsebovati mora viseče predmete (npr. gugalnice), (ne)elastične vrvi, vrteče naprave in veliko manjšega senzornega materiala (Parham et al., 2011). Opremljenost prostora za ASI določene terapevtke vidijo kot prednost, druge pa kot slabost za izvedbo uspešne terapije. INT. 4 razloži, da lahko terapevtska soba, opremljena po merilih ASI, otroka z ADHD preveč stimulira, zaradi česar težko sodeluje s terapevtom: *»Ta prostor je prevelik, da jim nudi preveč dražljajev in ga težko potem umiriš. Vse se mu zdi tko zabavno, da kr zbežlja.«* INT. 2 pa na to odgovarja s proti argumentom: *»Otroci se morajo to naučit v vsakem prostoru. Boljše je začeti v varnem okolju. V šoli tudi, čeprav ga motijo določeni dejavniki, se bo mogel znat obvladat.«*

5.2.4 Cilji obravnave

DTh si cilje obravnave postavijo s pomočjo ocenjevalnih obrazcev, na podlagi želja staršev (in otrok) in v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi ali izobraževalnimi delavci (Novak, Honan, 2019). Glavni cilj DT pri obravnavi otrok z ADHD je vzpostaviti sposobnost

vzdrževanja pozornosti pri določeni nalogi in s tem samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Za doseglo glavnega cilja je v procesu potrebno najprej osvojiti postopne cilje. Kot postopne cilje avtorji navajajo sodelovanje pri izvajanju DA, kot so osebna nega – umivanje zob, prhanje, česanje, šola – pripomočki za lažje učenje, organizacija domače naloge in igra ter prosti čas – socializacija, hobiji (Hahn-Markowitz et al., 2018). Tudi intervjuvane DTh kot cilje terapije navajajo sodelovanje v DA in igri. INT. 5 razloži: *»Strmimo k čim večji samostojnosti. Cilji so postopni in odvisni od otroka. Predvsem je pomembno to, da se umiri, da lahko sedi in postopno napreduje. Tudi da zna obvladovati svoje vedenje, potrebujejo umiritev, da dosežejo fokus, da lahko tu gradimo naprej.«* INT. 2 dodaja tudi pomembnost pozornosti pri igri: *»Pri ADHD je pa to, da zdrži več časa pri eni igri, da dokonča neko aktivnost brez nekega pretiranega vodenja, je skoncentriran na to, kaj dela.«*

Cilj DT je velikokrat tudi organizacija aktivnosti. INT. 3 razloži na praktičnem primeru: *»Zadnjič sem poslala eni mami za organizacijo, da si naredijo slikovni urnik, po katerem bo otrok delal. Ko opravi, sličico odlepi in pospravi v škatlo. Recimo opravljeno umivanje zob, naslednja sličica hranjenje, opravljeno, pospravi.«* Navedeno omenja Garland (2014), ki navaja, da je za uspešnost izvajanja dnevnih rutin, šolskih nalog in domačih opravil potrebno strukturirati čas in prostor otrok z ADHD.

Pozitivna samopodoba in družbena participacija sta pomembna dolgotrajna cilja v terapiji otrok z ADHD. Negativna samopodoba je povezana z izogibanjem negativnih prepričanj o sebi, medtem ko je slaba družbena participacija produkt slabih odnosov s prijatelji, družino in ustrahovanja (Harpin et al., 2016). Tudi DTh omenjajo pomen krepitve pozitivne samopodobe pri otrocih z ADHD. Po njihovem mnenju so velikokrat označeni kot poredni otroci, ki jih je potrebno vedno znova kregati. Zaradi tega želijo naučiti predvsem starše, da svojega otroka za dobre stvari pohvalijo in mu omogočijo situacije, kjer je (lahko) uspešen. S tem otroci dobijo občutek *»da so koristni, da tudi oni zmorejo«* (INT. 2), kar pripomore k boljši samopodobi. Hoza in sodelavci (2010) navajajo, da otroci z ADHD z grobim verbalnim ali fizičnim vedenjem želijo zgolj zaščititi svojo samopodobo. V svoji raziskavi ugotavljajo, da je s pozitivnim pristopom mogoče zmanjšati samozaščitniško držo teh otrok.

Vplivanje na samopodobo je preventivni pristop, s katerim se želi preprečiti, da bi otrok razvil destruktivno vedenje, ki po besedah INT. 2: *»... v najstniških letih ali kasneje vodi v odvisnost, nasilje, depresijo.«* Večinoma ga intervjuvane DTh uporabljajo pri mlajših

otrocih. V ambulantah je tudi veliko otrok, ki nimajo diagnoze ADHD ali pa so mlajši od 1 leta, zato diagnoze še ni mogoče določiti, kljub temu pa DTh opažajo določene motnje pozornosti in hiperaktivnosti. Pri njih je cilj obravnave tudi preventiva in terapije v ta namen izvajajo pristope za normalen razvoj otroka. AOTA (2020) definira preventivo kot skupek strategij, ki zmanjšajo pojav simptomov, še preden so ti identificirani. Preventivna vloga DTh je zato zastavljanje ciljev, ki vzpodbujajo zgodnjo intervencijo široke populacije otrok (tudi tiste z blagimi simptomi), edukacijo staršev in učiteljev ter vzpostavitev zdravega odnosa starši-otrok (Blackwell, Bilics, 2018).

5.2.5 Dodatni pristopi za obravnavo otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti

Le dve od petih intervjuvanih delovnih terapevtk sta omenili pristope, za katere vesta, da jih še dodatno uporabljajo za delo z otroci z ADHD, vendar jih nobena od intervjuvanih DTh ne izvaja. To so: ASI za dojenčke, jogo za otroke in terapijo s pomočjo psov.

ASI za dojenčke, se večinoma uporablja za populacijo nedonošenčkov, pri katerih se pogosto pojavijo težave v integraciji senzornih dražljajev, saj njihov nevrološki sistem še ni pripravljen na procesiranje (pre)številnih senzornih dražljajev iz okolja. Pri ASI se od otroka pričakuje aktivna participacija s senzornimi dražljaji, ki pa lahko pri populaciji dojenčkih predstavlja velik izziv (Pekcetin et al., 2016). V okviru ASI za dojenčke poteka obravnava senzoričnega procesiranja, samoregulacije in dojenčkovega vedenja. Staršem pomagajo razumeti otrokovo stanje in napredek v terapiji, cilj pa je tudi izboljšanje ugodaja med otrokom in njegovim (senzoričnim) okoljem. Že kratkotrajne obravnave z ASI opazno vplivajo na senzorično procesiranje dojenčkov – boljše zaznavanje, prilagajanje in razlikovanje senzornih dražljajev. Zgodnja intervencija z ASI prispeva k boljšemu kognitivnemu, motoričnemu, socialno-emocionalnemu in govornemu razvoju dojenčka (Lecuona et al., 2017). INT. 4 izkaže navdušenje nad pristopom: *»V Zagrebu pa imajo SI za dojenčke, baje je super!«* O terapiji ASI za dojenčke kot delovnoterapevtski obravnavi v Sloveniji nismo zasledili informacij. Glede na opisane učinke je kot podporna tehnika za omenjeno populacijo zagotovo dobrodošla.

V zahodni kulturi se krepi pomen joge, ki pozitivno vpliva na gibčnost, zbranost in pozornost. Joga naj bi pomagala izboljšati rezultate na področju vedenja in čustvovanja ter

hiperaktivnosti/impulzivnosti otrok z ADHD (Chimiklis et al., 2018). INT. 2 razloži: *»Jogo uporabljajo v tujini. Sem iskala nekaj člankov, pa povezovala sem se z enimi inštruktorji joge, ampak potem to v zdravstvu, v ambulanti ne gre. Smo pač to pustili. Staršem pa lahko svetujemo, da se povežejo s kom.«* Izvedba gibov pri jogi stimulira center za ravnotežje in koordinacijo (Pascoe et al., 2015). Tudi INT. 3 pove, da obstaja povezava med ADHD ter ravnotežjem pri motoriki: *»Lahko ti pokažem statistiko, kolk otrok z ADHD ima težave na področju motorike, kar ne zgleda. Predvsem včasih imajo težave z ravnotežjem, ker je to povezano po tej teoriji SI z ravnotežnostnim sistemom.«* Tudi Hariprasad in sodelavci (2013) so prišli do podobnih ugotovitev. V Sloveniji, v sklopu delovnoterapevtske obravnave otrok z ADHD, ni možno zaslediti dokazov o izvajanju joge. Omenjena je le v sklopu športnih aktivnosti v šoli ali prostem času (Kovač et al., 2012).

Terapija s pomočjo živali (animal assisted therapy) je ciljno usmerjena intervencija, v kateri je žival bistveni člen terapevtskega procesa. Uporablja se tudi pri obravnavi otrok z ADHD, saj izboljšuje simptome, vpliva na vedenjske, psihološke in fizične simptome ADHD, pri čemer naj bi se izboljšala koncentracija, in/ali komunikacija z okoljem (White et al., 2020). INT. 3 pojasni: *»Vem, da uporabljajo terapijo s psi v tujini. Pri nas pa vem, da deluje tudi društvo Tačke pomagačke.«* Tudi Rupnik Mihelič in Robida (2018) navajata primer terapije s pomočjo živali, ki jo v Sloveniji izvajajo delovni terapevti in predstavlja učinkovit pristop k višji kakovosti posameznikovega življenja.

5.3 Opažanja glede obravnav

Pri izvedbi obravnav se DTh soočajo tudi z nekaterimi težavami, ki se nanašajo tako na izvedbo ocenjevanj, kot tudi na dejavnike, ki vplivajo na kakovostno obravnavo. Intervjuvanke ponudijo tudi nekaj predlogov za boljšo izvedbo obravnav.

5.3.1 Težave pri izvedbi obravnav

Glavne težave, s katerimi se DTh srečujejo pri izvedbi obravnav, so časovno zamudna izvedba ocenjevanj, zavračanje oz. nesprijemanje simptomov ADHD s strani staršev, težave pri prenosu v vsakdan in pogosta odvisnost otrok od informacijske tehnologije (v nadaljevanju IT).

Ocenjevanja so potrebna za ugotavljanje trenutnega stanja in opazovanje napredka, vendar lahko pri otrocih z ADHD trajajo dalj časa kot (predvidenih) 20–40 minut (Coghill, 2017; Henderson et al., 2014). Tudi intervjuvane DTh ugotavljajo, da je izvedba testov pri omenjeni populaciji časovno zamudna in jih tudi prepuščajo drugim zdravstvenim delavcem, učiteljem ali kar staršem. INT. 5 razloži: *»ABC test, na primer, vzame veliko časa in z otrokom, ki ima te motnje, težje izvedemo ta test, tako da prepuščam to drugim, ko je možnost.«*

Seznanitev staršev s tem, da ima njihov otrok simptome ADHD in bi ga bilo smiselno diagnosticirati, predstavlja velik izziv za zdravstvene delavce. Odzivi staršev so povezani s strahom in zavračanjem simptomov motnje. Kljub temu, da postavitve diagnoze ponuja možnost nujenja primerne obravnave in pomoči, po drugi strani pomeni stigmatizacijo celotne družine (Muñoz-Silva et al., 2017). Tudi DTh opažajo podobno težavo, kar razloži INT. 3: *»Včasih se starši tudi ne odločajo za sistematiko, ker je to tudi neka taka stigmatizacija, sploh, če morejo do pedopsihiatra, ker misli, da bo takoj dobil zdravila.«* Po besedah INT. 2 je v tem primeru naloga DTH, da zna: *»pripraviti starša do tega, da da otroka na nadaljnje preiskave«*. Nesprejemanje simptomov s strani staršev lahko vpliva tudi na kakovost obravnave otroka. Starši igrajo pomembno vlogo pri obravnavi otroka. Kadar niso pripravljeni sodelovati in pridobljenega znanja z obravnav ne prenašajo v domače okolje, je najbolj oškodovan otrok, ki zaradi redkosti obravnav ne kaže napredka. Povezava količine obravnav, sodelovanja staršev in prenos znanja v domače okolje je zato bistvenega pomena pri kvaliteti obravnav (Novak, Honan, 2019).

Pojav težav pri prenosu pridobljenih znanj s terapije v vsakdan je odvisen tako od sprejemanja simptomov motnje kot tudi od samoangažiranosti staršev (Novak, Honan, 2019). Tudi DTh povedo, da je napredek bistveno hitrejši, če je sodelovanje staršev večje, kar pa ni vedno mogoče. Po besedah INT. 1 se številni starši srečujejo s prezasedenostjo in utrujenostjo: *»Eni imajo dva otroka, pa obvezujočo službo, pa potem še te terapije... od vsega tega so utrujeni, da je nekaterim težko prenašat te veščine/informacije v vsakdanjik.«* Zato v nadaljevanju INT. 1 omeni smiselnost priročnika, ki bi staršem olajšal prenos informacij v domače okolje: *»Mi je v zelo veliko pomoč, da lahko dam staršem tale vodnik Senzorne strategije za vsakdan (Gričar in študentke). Staršem svetujem tudi od Branke Juršič Prehodi tečejo kot pesek kot pomoč, kaj potrebujejo otroci nasploh.«* Uporabo priročnika v pisni obliki vzpodbuja tudi NICE (2019). Vseboval bi naj osnovne informacije

o ADHD, vlogo DTh pri obravnavi in primere aktivnosti, z navodili izvedbe. DTh bi s pomočjo priročnika znanje lažje predajali staršem, ki bi jim želene informacije bile dostopne kadarkoli.

»Pri teh otrocih se dostikrat zgodi, da imajo starši mir, se otroci zamotijo s pametnimi telefoni in potem se pojavijo že tiste prve odvisnosti pri otrocih« razlaga INT. 1, ki ni edina, ki v zadnjih letih opaža vedno večjo odvisnost otrok od IT. Tudi druge DTh dodajajo, da je ta vrsta odvisnosti pri populaciji otrok z ADHD velik problem. Temu pritrjujejo tudi številni avtorji, ki dodajajo, da je prevalenca zasvojenosti od IT največja v povezavi z ADHD, depresijo in drugimi vedenjskimi motnjami (Pluhar et al., 2019; Kietglaiwansiri et al., 2018). Simptomi odvisnosti od IT vplivajo na slabši razvoj izvršilnih funkcij (odločanje, reševanje problemov, sprejemanje odločitev), ki so pri otroku z ADHD že tako slabše razvite (Pluhar et al., 2019). Videi ali igrice popolnoma prevzamejo njihovo pozornost in jih umirijo. Dolgoročno vodi to v zmanjšanje socialnih spretnosti, koordinacijo ali slabše izvajanje šolskih obveznosti (Kietglaiwansiri et al., 2018). Tudi INT. 2 doda, da se zaradi zasvojenosti z IT pojavljajo težave na drugih področjih: *»Kar se kaže kot nemotivacija za kakšne igre. Pri manjših otrocih opažamo slabšo spretnost rok, težave pri komunikaciji, slabše razvit govor.«*

5.3.2 Predlogi izboljšav

Intervjuvane DTh razvojnih ambulant po Sloveniji predlagajo nekaj izboljšav, ki so vezane na celostno obravnavo ne samo otrok z ADHD, ampak tudi staršev, izdajo vodnika za starše in/ali terapevte z napotki o obravnavi otrok z ADHD in možnost novih ali ponovnih izobraževanj za DTh.

Smernice obravnave otrok z ADHD, ki temeljijo na dokazih temelječi praksi, poudarjajo pomen celostna obravnave, ki vsebuje tako fizične, psihične, socialne ter duhovne potrebe posameznika, in multidisciplinarno obravnavo v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi (fizioterapevti, logopedi, dietetiki, medicinske sestre) in izobraževalnimi profili (NICE, 2019). Po mnenju Coghill (2017) bi bilo smiselno tudi spremljati starše in otroka v domačem okolju, kjer pogosto veljajo drugačna načela kot v ambulanti ter preko intervencije na domu takoj odpraviti konkretno težavo. Tudi intervjuvanke predlagajo podobno: *»Da so obravnavani tam, kjer so največje težave, torej da bi bila možnost tudi na domu ali v*

vrtcu/šoli z učitelji. Ker v tujini so delovni terapevti tudi v šolah in v vrtcih in je potem tista obravnava bolj celostna, na licu mesta » (INT. 5). Tudi INT. 4 temu pritrди: *»Tukaj jaz vidim veliki manko družinam v domačem okolju. Da bi tam pomagali družinam/staršem, da bi delovni terapevt prišel na dom in pomagal tam, v točni situaciji. Enkrat, ko je ta vedenjski vzorec med mamo in otrokom vzpostavljen, se ga ne da spremenit oziroma zelo težko«.*

Kot del celostne obravnave otroka je po mnenju intervjuvank pomembna tudi obravnava njihovih staršev, saj so pomemben dejavnik za hitrejši napredek terapije, kar poudarja tudi Dauman s sodelavci (2019). Oni so tisti, ki naučeno znanje vsakodnevno prenašajo v otrokovo življenje. Zaradi pomembnosti prenosa pravih informacij, je starše potrebno natančno naučiti, katere aktivnosti izvajati doma in na kakšen način (Novak, Honan, 2019). INT. 5 razloži kako v okviru obravnave otroka obravnava tudi starše: *»Jaz delam vzporedno s starši, medtem ko delam z otrokom. Ampak dostikrat bi bilo potrebno določene stvari starše naučit posebej. Za to bi potreboval čas in otroci tudi ne morejo biti vedno zraven.«*

Kot predlog izboljšave DTh navedejo tudi oblikovanje vodnika s praktičnimi informacijami za starše ali terapevte otrok z ADHD. *»Vi imate možnost, da bi izdali vodilo po zgledu vodnika Senzornih strategij za vsak dan. To bi koristilo nam delovnim terapevtkam kot tudi staršem«* navede INT. 1. Kot že omenjeno tudi smernice NICE (2019) navajajo oblikovanje vodnika z osnovnimi informacijami o ADHD, vlogi DTh pri obravnavi in primere aktivnosti, z navodili izvedbe.

DTh za kakovostnejšo obravnavo otrok z ADHD predlagajo tudi obnovitev že opravljenih izobraževanj, vključevanje v nova izobraževanja in strokovno pomoč v primeru dilem oz. težav. Pomembnost vseživljenjskega učenja je bistvena za izvedbo kvalitetne obravnave, ki temelji na dokazih (evidence-based therapy) in razvoju stroke (Hallé et al., 2018). Kot razlaga INT. 4 so ta izobraževanje velikokrat enkratni dogodek, ki predstavlja finančni zalogaj, ne pa tudi možnosti kasnejšega obnavljanja ali podpore: *»Zdi se mi, da ko narediš izobraževanje, ne dobiš dovolj podpore potem, da bi se lahko na koga obrnil in vprašal.«* Tudi druge terapevtke si želijo novih izobraževanj, predvsem o pristopih, ki jih za otroke z ADHD izvajajo v tujini ali izven delovnoterapevtske prakse (npr. SI za dojenčke ali terapija s pomočjo živali). Želijo si tudi več delovnoterapevtsko obarvanih izobraževanj na temo obravnave otrok z ADHD. Po njihovih besedah je večina teh izobraževanj pedagoško usmerjenih. *»Jaz sem si plačala tečaj, ki ga vodijo psihologi in pedagogi preko e-delavnic.*

Tudi delovna terapija bi lahko kaj takega organizirala na temo otrok z motnjo pozornosti...«
dodaja INT. 1.

Opravljena raziskava ima nekatere pomanjkljivosti, ki bi jih v prihodnje lahko odpravili. Za večjo verodostojnost bi v prihodnje lahko raziskavo razširili v vse razvojne ambulante delovne terapije, saj vzorec petih delovnih terapevtk ne predstavlja dovolj velikega vzorca, da bi izsledke posploševali. Kljub temu pa nam raziskava daje vpogled v trenutno obravnavo otrok ADHD v razvojnih ambulantah v Sloveniji in pripomore k nadaljnjim raziskavam oziroma pri načrtovanju delovnoterapevtske obravnave.

6 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo ugotavljali, katere pristope pri obravnavi otrok ADHD uporabljajo delovne terapevtke razvojnih ambulant v Sloveniji. V kvalitativni raziskavi smo izvedli poglobljene intervjuje z DTh, jih vsebinsko analizirali in iskali odgovore na raziskovalna vprašanja. Ugotovili smo, da intervjuvane DTh pri obravnavi otrok z ADHD uporabljajo različne pristope: VKP, ASI ali le elemente ASI, edukacijski pristop, adaptacijski pristop, RNO, pristop usmerjen na uporabnika. Med njimi sta najbolj uveljavljena VKP in pristop ASI. Prednost VKP se po mnenju intervjuvank kaže v odpravi večine vedenjskih težav in krepitvi pozornosti preko načrtovanja in organizacije aktivnosti. Slabost pristopa, ki so jo navedle, so težave pri uporabi pristopa na celotni populaciji, pestrost simptomov ADHD (senzorična in motorična odstopanja), ki jih zgolj z VKP ni mogoče odpraviti. Kot prednost ASI so izpostavile enostaven prenos znanj in veščin v domače okolje zaradi uporabe vsakodnevnih pripomočkov pri pristopu (npr. sestavine za pripravo hrane, naravni materiali). Pristop ASI so intervjuvanke opisale tudi kot dober pristop, ki daje otroku pozitiven občutek, da nekaj zmore in posledično zvišuje njegovo samopodobo ter prispeva k večji samoučinkovitosti. Slabost ASI je povezana z uporabo prostora, kjer se izvaja, saj pri določenih uporabnikih vzpodbudi pretirano reakcijo na dražljaje in ga je težko umiriti. Kot najbolj učinkovit pristop se je po mnenju intervjuvanih izkazala kombinacija različnih pristopov, kar se sklada tudi z ugotovitvami iz literature. Izpostavljenih je bilo tudi nekaj predlogov izboljšav pri izvedbi obravnave otrok z ADHD, kot so usmerjanje k bolj celostni obravnavi, povezovanju staršev-šole-DTh na različnih področjih otrokovega delovanja.

Kot že omenjeno, bi bilo na podlagi te raziskave smiselno oblikovati vodnik z nasveti za obravnavo otrok z ADHD tako za starše kot tudi za zdravstvene delavce. Raziskava omogoča vpogled v trenutno obravnavo in uporabo pristopov DTh pri otrocih z ADHD v razvojnih ambulantah v Sloveniji, pomaga pri načrtovanju delovnoterapevtske obravnave, hkrati pa lahko spodbudi k nadaljnjim raziskavam delovnoterapevtske obravnave ADHD.

7 LITERATURA

Akutagava-Martins GC, Rohde LA, Hutz MH (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert Rev Neurother* 16(2): 145–56. doi: [10.1586/14737175.2016.1130626](https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626).

AOTA – American Occupational Therapy Association (2020). What is occupational therapy?

Dostopno na: <https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx> <8.3.2020>.

APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.

Dostopno na: https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_ADHD.pdf <26.3.2020>.

Ayres J (1995). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Babić B, Pandel Mikuš R (2015). Sindrom ADHD in vloga prehrane. In: Kaučič BM, Presker Planko A, Plank D, Esih K, eds. *Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo*. 7. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Celje, 8. 5. 2015. Celje: Visoka zdravstvena šola, 204–14.

Baker T, Haines S, Yost J, DiClaudio S, Braun C, Holt S (2012). The role of family-centered therapy when used with physical or occupational therapy in children with congenital oracquired disorders. *Phys Ther Rev* 17(1): 29–36. doi: [10.1179/1743288X11Y.0000000049](https://doi.org/10.1179/1743288X11Y.0000000049).

Barkley RA, Eme R (2019). *Is neuropsychological testing useful for any reason in the evaluation of ADHD?* New York: Guilford Press.

Belanger AS, Andrews D, Gray C, Korczak D (2018). ADHD in children and youth: part 1 - etiology, diagnosis, and comorbidity. *J Paediatr Child Health* 23(7): 447–53. doi: [10.1093/pch/pxy109](https://doi.org/10.1093/pch/pxy109).

Ben-Sasson A, Carter AS, Briggs-Gowen MJ (2009). Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *J Abnorm Psychol* 37(5): 705–16. doi: [10.1007/s10802-008-9295-8](https://doi.org/10.1007/s10802-008-9295-8).

Bergey MR, Conrad P (2018). The rise and transformation of ADHD in the United States. In: Bergey MR, Filipe AM, Conrad P, Singh I, eds. *Global perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries*. Baltimor: Johns Hopkins University Press, 9–33.

Blackwell CDR, Bilics A (2018). Preparing occupational therapy students to address mental health promotion, prevention, and intervention in school-based practice. *J Occup Ther Sch Early Interv* 11(1): 77–86. doi: [10.1080/19411243.2017.1386605](https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1386605).

Brady LJ, Gonzalez AX, Presley C, Zawadzki M (2012). Activities to boost communication skills, sensory integration and coordination using simple ideas from speech and language pathology and occupational therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, 50–103.

Dostopno na: <http://search.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=578274&lang=sl&site=eds-live> <21.1.2021>.

Bregant T (2015). Pomen igre za otrokov razvoj. *Didakta* 25(183): 25–8.

Bundy AC, Lane SJL (2019). *Sensory integration: theory and practice*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis company.

Canela C, Buadze A, Dube A, Eich D, Liebrezn M (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD: a qualitative study. *PLoS One* 12(9): e0184964. doi: [10.1371/journal.pone.0184964](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184964).

Chimiklis AL, Dahl V, Spears AP, Goss K, Fogarty K, Chacko A (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: systematic review and meta-analysis. *J Child Fam Stud* 27(10): 3155–68. doi: [10.1007/s10826-018-1148-7](https://doi.org/10.1007/s10826-018-1148-7).

- Chu S, Reynolds F (2007). Occupational therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder: a multicentre evaluation of an assessment and treatment package. *Br J Occup Ther* 70(10): 439–48. doi: [10.1177/030802260707001005](https://doi.org/10.1177/030802260707001005).
- Cornell HR, Lin TT, Anderson JA (2018). A systematic review of play-based interventions for students with ADHD: implications for school-based occupational therapists. *J Occup Ther Sch Early Interv* 11(2): 192–211. doi: [10.1080/19411243.2018.1432446](https://doi.org/10.1080/19411243.2018.1432446).
- Coghill DR (2017) Organisation of services for managing ADHD. *Epidemiol Psychiatr Sci* 26(5): 453–58. doi: [10.1017/S2045796016000937](https://doi.org/10.1017/S2045796016000937).
- Cordier R, Vilaysack B, Doma K, Wilkes-Gillan S, Speyer R (2018). Peer inclusion in interventions for children with ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int* (article ID 7693479): 1–51. doi: [10.1155/2018/7693479](https://doi.org/10.1155/2018/7693479).
- Curwen B, Palmer S, Ruddell P (2018). *Brief cognitive behaviour therapy*, 2nd ed. London: Sage Publications.
- Černe T (2015). Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti. In: Pavlović Z, ed. 60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju: zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra, Ljubljana, 26.–27. 3. 2015. Ljubljana: SCOMS, 287–97.
- Čuš A, Vodusek DB, Repovš G (2010). Kognitivna rehabilitacija: pristopi in učinki. *Rehabilitacija* 9(1): 53–7.
- Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 47(2): 199–212. doi: [10.1080/15374416.2017.1417860](https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860).
- Dauman N, Haza M, Erlandsson S (2019). Liberating parents from guilt: a grounded theory study of parents' internet communities for the recognition of ADHD. *Int J Qual Stud Health Well-being* 14(1): 1–12. doi: [10.1080/17482631.2018.1564520](https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1564520).

Garland T (2014). Self-regulation interventions and strategies: keeping the body, mind & emotions on task in children with autism, ADHD or sensory disorders. Wisconsin: Pes Publishing & Media: 133–65.

Gentry K, Snyder K, Barstow B, Hamson-Utley J (2018). The biopsychosocial model: application to occupational therapy practice. *Open J Occup Ther* 6(4). doi: [10.15453/2168-6408.1412](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1412).

Gričar N, Rabič Por Š, Bizilj B (2020). *Senzorne strategije za vsak dan: vodnik za starše predšolskih otrok*. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno združenje.

Hahn-Markowitz J, Berger I, Manor I, Maeir A (2018). Cognitive-functional (cog-fun) dyadic intervention for children with ADHD and their parents: impact on parenting self-efficacy. *Phys Occup Ther Pediatr* 38(4): 444–56. doi: [10.1080/01942638.2018.1441939](https://doi.org/10.1080/01942638.2018.1441939).

Hallé MC, Mylopoulos M, Rochette A et al. (2018). Attributes of evidence-based occupational therapists in stroke rehabilitation. *Can J Occup Ther* 85(5): 351–64. doi: [10.1177/0008417418802600](https://doi.org/10.1177/0008417418802600).

Hannesdottir DK, Ingvarsdottir E, Bjornsson A (2016). The OutSMARTers program for children with ADHD: a pilot study on the effects of social skills, self-regulation, and executive function training. *J Atten Disord* 21(4): 353–64. doi: [10.1177/1087054713520617](https://doi.org/10.1177/1087054713520617).

Hariprasad VR, Arasappa R, Varambally S, Srinath S, Gangadhar BN (2013). Feasibility and efficacy of yoga as an add-on intervention in attention deficit-hyperactivity disorder: an exploratory study. *Indian J Psychiatry* 55(3): 379–84. doi: [10.4103%2F0019-5545.116317](https://doi.org/10.4103%2F0019-5545.116317).

Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, Kahle J, Hodgkins P (2016). Long-term outcomes of adhd: a systematic review of self-esteem and social function. *J Atten Disord* 22(4): 295–305. doi: [10.1177/1087054713486516](https://doi.org/10.1177/1087054713486516).

Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Hum Dev* 46(1): 118–29. doi: [10.1007/s10578-014-0458-2](https://doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2).

Henderson SE, Sugden DA, Barnett AL (2014). Baterija za oceno otrokovega gibanja 2: priročnik za izvajalce ABC gibanja 2. Ljubljana: center za psihodiagnostična sredstva. Dostopno na: <https://www.center-pds.si/Katalogtestov/Testispecifi%C4%8Dnihsposobnosti/Baterijazaocenootrokovegagibanja-ABCgibanja2.aspx><6.10.2020> .

Hedlund Lindberg, M, Samuelsson, M, Perseus KI, Björkdahl A (2019) The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs* 28(4): 930–9. doi: [10.1111/inm.12593](https://doi.org/10.1111/inm.12593).

Hoza B, Murray Close D, Arnold LE, Hinshaw SP, Hechtman L (2010). Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with ADHD: a developmental psychopathology perspective. *Dev Psychopathol* 22(2): 375–90. doi: [10.1017/S095457941000012X](https://doi.org/10.1017/S095457941000012X).

Janssen TWP, Bink M, Weeda WD et al. (2016). Learning curves of theta/beta neurofeedback in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26: 573–82. doi: [10.1007/s00787-016-0920-8](https://doi.org/10.1007/s00787-016-0920-8).

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

Kietglaiwansiri T, Chonchaiya W (2018). Pattern of video game use in children with ADHD and typical development. *Pediatr Int* 60(6): 523–8. doi: [10.1111/ped.13564](https://doi.org/10.1111/ped.13564).

Kiraly-Alvarez A (2015). Assessing volition in pediatrics: using the volitional questionnaire and the pediatric volitional questionnaire. *Open J Occup Ther* 3(3):1–19. doi: [10.15453/2168-6408.1176](https://doi.org/10.15453/2168-6408.1176).

Konikowska K, Regulska Iłow B, Rožanska D (2012). The influence of components of diet on the symptoms of ADHD in children. *Rocz Panstw Zakł Hig* 63(2): 127–34.

Dostopno na:

https://www.researchgate.net/publication/230754514_The_influence_of_components_of_diet_on_the_symptoms_of_ADHD_in_children <1.12.2020>.

Kordeš U, Smrdu M (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Kovač M, Jurak G, Burnik S, Novak D (2012). *Izpeljava športne vzgoje: didaktični pojavi, športni programi in učno okolje*. Ljubljana: Fakulteta za šport.

Lamut U, Macur M (2012). *Metodologija družboslovnega raziskovanja: od zasnove do izvedbe*. Ljubljana: Vega.

Lane SJ, Reynolds S, Thacker L (2010). Sensory over-responsivity and ADHD: differentiating using electrodermal responses, cortisol, and anxiety. *Front Integr Neurosci* 4(8). doi: [10.3389/fnint.2010.00008](https://doi.org/10.3389/fnint.2010.00008).

Lecuona E, Van Jaarsveld A, Raubenheimer J, Van Heerden R (2017). Sensory integration intervention and the development of the premature infant: A controlled trial. *S Afr Med J* 107(11): 976–82. doi: [10.7196/SAMJ.2017.v107i11.12393](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i11.12393).

Levanon-Erez N, Kampf-Sherf O, Maeir A (2019). Occupational therapy metacognitive intervention for adolescents with ADHD: teen Cognitive-Functional (Cog-Fun) feasibility study. *Br J Occup Ther* 82(10): 618–29. doi: [10.1177/0308022619860978](https://doi.org/10.1177/0308022619860978).

Levy F, Hay DA, Bennett KS, McStephen M (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Psy* 44(4): 368–76. doi: [10.1097/01.chi.0000153232.64968.c1](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000153232.64968.c1).

Manos MJ, Giuliano K, Geyer E (2017). Overdiagnosed and overtreated or misdiagnosed and mistreated? *Cleve Clin J Med Title* 84(11): 873–80. doi: [10.3949/ccjm.84a.15051](https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.15051).

Mesec B (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Muñoz-Silva A, Lago-Urbano R, Sanchez-Garcia M (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *J Child Fam Stud* 26(10): 2810–23. doi: [10.1007/s10826-017-0798-1](https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1).

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2019). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.

Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87> <27.5.2020>.

Nielsen SK, Kelsch K, Miller K (2017). Occupational therapy interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Occup Ther Ment Health* 33(1): 70–80. doi: [10.1080/0164212X.2016.1211060](https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1211060).

Novak I, Honan I (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: a systematic review. *Aust Occup Ther J* 66(3): 258–73. doi: [10.1111/1440-1630.12573](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573).

Owens EB, Zalecki C, Gillette P, Hinshaw SP (2017). Girls with childhood ADHD as adults: cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *J Consult Clin Psychol* 85(7): 723–36. doi: [10.1037/ccp0000217](https://doi.org/10.1037/ccp0000217).

Parham LD, Ecker C, Miller-Kuhananek H, Henry DA, Glennon T (2007). Sensory Processing Measure (SPM) manual. Los Angeles: Western psychological services.

Parham LD, Roley SS, May-Benson TA et al. (2011). Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration® Intervention. *Am J Occup Ther* 65(2): 133–42. doi: [10.5014/ajot.2011.000745](https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000745).

Parush S, Sohmer H, Steinberg A, Kaitz M (2007). Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness. *Physiol Behav* 90(4): 553–8. doi: [10.1016/j.physbeh.2006.11.004](https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.11.004).

- Pascoe MC, Bauer IE (2015). A systematic review of randomized control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *J Psychiatr Res* 68: 270–82. doi: [10.1016/j.jpsychires.2015.07.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.013).
- Pelham WE, Fabiano GA, Waxmonsky JG et al. (2016). Treatment sequencing for childhood ADHD: a multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol* 45(4): 396–415. doi: [10.1080/15374416.2015.1105138](https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1105138).
- Pekcetin S, Aki E, Ustunyurt Z, Kayihan H (2016). The efficiency of sensory integration interventions in preterm infants. *Percept Mot Skills* 123(2): 411–23. doi: [10.1177/0031512516662895](https://doi.org/10.1177/0031512516662895).
- Pfeiffer B, Daly BP, Nicholls EG, Gullo DF (2015). Assessing sensory processing problems in children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Phys Occup Ther Pediatr* 35(1): 1–12. doi: [10.3109/01942638.2014.904471](https://doi.org/10.3109/01942638.2014.904471).
- Pfeiffer B, May-Benson TA, Bodison SC (2018). State of the science of sensory integration research with children and youth. *Am J Occup Ther* 72(1): 1–4. doi: [10.5014/ajot.2018.721003](https://doi.org/10.5014/ajot.2018.721003).
- Pluhar E, Kavanaugh, JR, Levinson JA, Rich M (2019). Problematic interactive media use in teens: comorbidities, assessment, and treatment. *Psychol Res Behav Manag* 12: 447–55. doi: [10.2147%2FPRBM.S208968](https://doi.org/10.2147%2FPRBM.S208968).
- Rens L, Joosten A (2014). Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Aust Occup Ther J* 61(3): 148–58. doi: [10.1111/1440-1630.12093](https://doi.org/10.1111/1440-1630.12093).
- Rostain AL, Ramsay JR (2016). A combined treatment approach for adults with ADHD—results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 10(2): 150–9. doi: [10.1177/1087054706288110](https://doi.org/10.1177/1087054706288110).

Rotvejn Pajič L (2009). Vedenjsko-kognitivni principi v terapiji otrok s hiperkinetično motnjo. In: Anič N, ed. Prisp evki iz vedenjsko kognitivne terapije 2009: zbornik 1. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, 130–40.

Rucklidge JJ (2014). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother* 8(4): 643–55. doi: [10.1586/14737175.8.4.643](https://doi.org/10.1586/14737175.8.4.643).

Rupnik Mihelič S, Robida T (2018). Pozitivni vplivi terapije s pomočjo živali na življenje posameznika. In: Katarina Galof, ed. Iz teorije v prakso: zbornik prispevkov 9. kongresa delovnih terapevtov Slovenije z recenzijo, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 105–9.

Schaaf RC, Benevides T, Mailloux Z et al. (2014). An intervention for sensory difficulties in children with autism: a randomized trial. *J Autism Dev Disord* 44(7): 1493–1506. doi: [10.1007/s10803-013-1983-8](https://doi.org/10.1007/s10803-013-1983-8).

Shimizu VT, Bueno OF, Miranda MC (2014). Sensory processing abilities of children with ADHD. *Braz J Phys Ther* 18(4): 343–52. doi: [10.1590/bjpt-rbf.2014.0043](https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0043).

Smith E, Koerting J, Latter S et al. (2014). Overcoming barriers to effective early parenting interventions for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): parent and practitioner views. *Child Care Health Dev* 41(1): 93–102. doi: [10.1111/cch.12146](https://doi.org/10.1111/cch.12146).

Smith T, Mruzek DW, Mozingo D (2015). Sensory integration therapy. In: Foxx RM, Mulick JA, eds. *Controversial therapies for autism and intellectual disabilities: fad, fashion, and science in professional practice*. 2nd ed. NY: Routledge, 247–70. doi: [10.4324/9781315754345](https://doi.org/10.4324/9781315754345).

Smith M (2017). Hyperactive around the world? The history of ADHD in global perspective. *Soc Hist Med* 30(4): 767–87. doi: [10.1093/shm/hkw127](https://doi.org/10.1093/shm/hkw127).

Sohlberg MM, Mateer CA (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.

Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J et al. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry* 167(8): 958–68. doi: [10.1176/appi.ajp.2009.09081123](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081123).

Štuhec M (2016). Epidemiologija, farmakoepidemiologija ter primerjalna učinkovitost in sprejemljivost zdravil za zdravljenje hiperkinetične motnje otrok in mladostnikov. *Anali PAZU* (6): 37–43.

Dostopno na: <http://www.anali-pazu.si/?q=sl/vsebina/epidemiologija-farmakoepidemiologija-ter-primerjalna-u%C4%8Dinkovitost-sprejemljivost-zdravil-z-0>
<1.12.2020>.

Šuc L, Bukovec B, Karpljuk D (2017). The role of inter-professional collaboration in developing inclusive education: experiences of teachers and occupational therapists in Slovenia. *Int J Incl Educ* 21(9): 938–55. doi: [10.1080/13603116.2017.1325073](https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1325073).

Švajger A, Pihlar Z, Šuc L (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 15(1): 33–43.

Tarver J, Daley D, Sayal K (2014). Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): what can parents do to improve outcomes? *Child Care Health Dev* 41(1): 1–14. doi: [10.1111/cch.12159](https://doi.org/10.1111/cch.12159).

Taylor S, Fowler B, Watters S et al. (2020). Promoting the use of quality assessments in a paediatric occupational therapy department: a quality improvement initiative. *New Zealand J Occup Ther* 67(1): 31–7.

Dostopno na:

<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=163075783078218;res=IELNZC>
<10.12.2020>.

Toglia J (2011). The dynamic interaction model of cognition in cognitive rehabilitation. In: Katz N, ed. *Cognition and occupation across the lifespan: Models for intervention in occupational therapy*. 3rd ed. Bethesda: AOTA Press, 161–202.

Weissenberger S, Ptacek R, Klicperova-Baker M et al. (2017). ADHD, lifestyles and comorbidities: a call for an holistic perspective – from medical to societal intervening factors. *Front Psychol* 8: 454. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00454](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00454).

Wennberg B, Janeslatt G, Gustafsson PA, Kjellberg A (2020). Occupational performance goals and outcomes of time-related interventions for children with ADHD. *Scand J Occup Ther* 21: 1–13. doi: [10.1080/11038128.2020.1820570](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1820570).

White E, Zippel J, Kumar S (2020). The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 39: 101101. doi: [10.1016/j.ctcp.2020.101101](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101101).

WHO – World Health Organization (2020). Classifications: ICD-10 online version. Dostopno na: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases> <21.3.2020>.

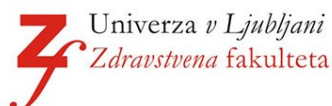
Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF et al. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol* 121(4): 991–1010. doi: <https://doi.org/10.1037/a0027347>.

Zbornica delovnih terapevtov Slovenije (2017). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije.

Dostopno na: <http://www.zdts.si/index.php/dokument/download/8-splosni-dokumenti/13-kodeks-etike-delovnih-terapevtov-slovenije> <12. 6. 2020>.

8 PRILOGE

8.1 Informirano soglasje



Soglasje o prostovoljnem sodelovanju pri raziskavi v okviru diplomskega dela z naslovom

»Obravnava otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti z vidika delovne terapije«

Diplomsko delo študentke delovne terapije Eve Rojko bo napisano pod mentorstvom viš. pred. dr. Alenke Oven.

Prosimo, da besedilo soglasja pred podpisom natančno preberete. V primeru vprašanj, lahko vzpostavite stik z vodjo raziskave preko e-pošte: alenka.oven@zf.uni-lj.si ali telefona: 01/300 11 45.

_____ s podpisom potrjujem, da:
(ime in priimek)

- sem izjavo prebral(a),
- sem seznanjen(a) s temo diplomskega dela in namenom raziskave,
- sodelujem prostovoljno in za udeležbo ne prejmem nobenega nadomestila,
- je moje soglasje veljavno samo za omenjeno delo/raziskavo,
- dovoljujem snemanje pogovora,
- sem seznanjen(a), da bo glasovni posnetek po zapisu uničen,
- se strinjam z javno objavo rezultatov za raziskovalne namene pod pogojem, da bo to storjeno po etičnih načelih in v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov,
- sem seznanjen(a), da imam pravico kadarkoli odstopiti od raziskave in v tem primeru ne nosim nobene odgovornosti ali posledic.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

8.2 Vodilo za intervju

1. Se lahko prosim za začetek predstavite?
2. Kaj lahko poveste o populaciji otrok, ki jih obravnavate?
3. Kako poteka obravnava posameznega otroka z ADHD?
4. Kateri/-e pristop/-e uporabljate pri obravnavi otrok z ADHD?
5. Kakšna so vaša opažanja glede obravnav otrok z ADHD in uporabljenih pristopov?