

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

NINA SMONIG

Ljubljana 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA ŠPORT

Specialna športna vzgoja
Elementarna športna vzgoja

**DELO ŠPORTNEGA PEDAGOGA NA OSNOVNIH ŠOLAH Z
UČENCI S HIPERKINETIČNO MOTNJO**

DIPLOMSKO DELO

MENTORICA:

doc. dr. Tanja Kajtna

RECENZENT:

izr. prof. dr. Mateja Videmšek

KONZULTANT:

Tjaša Dimec univ. dipl. psih

Avtorica dela:

NINA SMONIG

Ljubljana, 2009

ZAHVALA:

*Zahvaljujem se svoji mentorici doc. dr. Tanji Kajtna za pomoč in vodenje pri izdelavi tega diplomskega dela. Hvala tudi vsem, ki vas imam rada, za spodbudo in pomoč.
Hvala, ker ste verjeli vame.*

Ključne besede: hiperkinetična motnja, športni pedagog, usposobljenost, pomoč.

DELO ŠPORTNEGA PEDAGOGA NA OSNOVNIH ŠOLA Z UČENCI S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Nina Smonig

IZVLEČEK

Ko govorimo o otrocih s hiperkinetično motnjo, mislimo na otroke z vedenjskimi posebnostmi. Hiperkinetična motnja je v današnjem času najpogostejša razvojna motnja med otroki. Ker ti otroci v šolah ne dosegajo predpisanih norm, v predšolskem obdobju pa je motnja komaj opazna se postavlja vprašanje ali je ta motnja družbeno pogojena.

Dokazano je, da cilji, ki jih imamo v šolskih programih glede otrokovega gibalnega razvoja, pozitivno vplivajo na razvoj motoričnih sposobnosti, blaženje motenj ter na prilagajanje otroka na okolje. Da bi se ti otroci skladno in celostno razvijali, je zato pomembno, da jim je omogočena vključitev v redne šole in s tem v redni pouk športne vzgoje. Za uresničitev teh ciljev pa se moramo pri organizaciji športne vzgoje držati posebnih priporočil in metodičnih navodil.

Glavni namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšna je usposobljenost učiteljev športne vzgoje za delo z učenci s hiperkinetično motnjo. Zanimalo nas je, kakšno je znanje športnih pedagogov o hiperkinetični motnji in ali se počutijo usposobljene za delo z otroci z motnjo. V teoretičnem delu je podrobneje opisana hiperkinetična motnja metodična načela, strategije in gibalni program, s katerimi lahko športni pedagog pomaga in doseže umiritev in samonadzor otroka. Tako postane pouk za hiperkinetične otroke bolj učinkovit, otroci pa so uspešnejši.

Drugi del diplomskega dela je namenjen analizi raziskave, ki smo jo izvedli med športnimi pedagogi na osnovnih šolah. Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da učitelji nimajo dovolj znanja o hiperkinetični motnji, da se ne počutijo dovolj usposobljene za delo z otroci s to vrsto motnje, ter da se na tem področju premalo izobražujejo. Izboljšanje stanja bi bilo mogoče doseči z bolj premišljeno integracijo otrok in pripravljenostjo športnih pedagogov za izobraževanje. Uvod v izobraževanje bi lahko predstavljala brošura (priloga 2) z osnovnimi informacijami, načeli, strategijami in postopki za poučevanje otroka s hiperkinetično motnjo.

Key words: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), physical education teacher, qualification, help.

PHYSICAL EDUCATION TEACHERS WORK IN PRIMARY SCHOOLS WITH CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Nina Smonig

ABSTRACT

Nowadays ADHD is the most commonly diagnosed disorder among children. When talking about children with attention deficit/hyperactivity disorder, we are targeting children with specific behavior problems. These children do not meet the required criteria in regular schools, but as before schooling the disorder is barely recognizable, the question is, whether the disorder is socially defined.

It has been proven that regular school program objectives about children's motor development have positive impact on their motor skill development, with easing the disorder and child's adaptation to the environment. It is important for children with ADHD to integrate into regular schools, as with integration they will develop consistently, they will be a part of the regular physical education program and will therefore be improving their motor skills.

The main purpose of this study was to examine physical education teachers' qualifications to teach children with ADHD. We wanted to find out what is the level of teachers' knowledge about ADHD and how qualified they are. In the theoretical part of the study there is an introduction to the disorder with the main definitions, methods, strategies to cope with children with ADHD. At the end we describe a motor skill development program, designed to help physical education teachers to stabilize the child and teach him self control. This way teaching a child with ADHD can be more effective and children can be more successful.

The second part of this study focuses on analysis of the research made on physical education teachers in primary schools. The results show that teachers do not have enough knowledge about ADHD, they do not feel qualified enough to teach children with ADHD, and they do not receive enough additional education in this field. Improvement in this area is possible with better integration of children with the disorder into regular schools and more extra educational programs focusing on ADHD for physical education teachers. The first step towards better knowledge of the disorder is to publish a brochure with basic information, principles, strategies and procedures for teaching a child with ADHD.

KAZALO

1. UVOD	8
1.1. HIPERKINETIČNA MOTNJA	10
1.2. KLASIFIKACIJA HIPERKINETIČNE MOTNJE	11
1.3. PODOBA HIPERKINETIČNEGA OTROKA	12
1.4. SIMPTOMATIKA HIPERKINETIČNE MOTNJE	13
1.4.1. PRIMARNI SIMPTOMI	14
1.4.1.1. Prekomerna motorična aktivnost	14
1.4.1.2. Motnja pozornosti	14
1.4.1.3. Impulzivnost	15
1.4.1.4. Posebnosti v čustvovanju	16
1.4.2. SEKUNDARNI SIMPTOMI	16
1.4.2.1. Učne težave	16
1.4.2.2. Težave v socialnih odnosih	16
1.4.2.3. Slaba samopodoba	16
1.5. POJAVNOST IN VZROKI HIPERKINETIČNE MOTNJE	17
1.5.1. GENETSKI DEJAVNIKI	17
1.5.2. MOŽGANSKE POŠKODBE	17
1.5.3. EKOLOŠKI DEJAVNIKI	18
1.5.4. VPLIVI OKOLJA	19
1.6. POMOČ OTROKU S HIPERKINETIČNO MOTNJO	20
1.6.1. GIBALNA AKTIVNOST HIPERAKTIVNIH OTROK	21
1.6.1.1. Športna vzgoja in otrok s hiperkinetično motnjo	21
1.6.2. GIBALNI PROGRAM	23
1.6.3. IGRE ZA POVEČANJE KONCENTRACIJE	25
1.6.3.1. Žoganje	26
1.6.3.2. Igre z baloni	27
1.6.3.3. Poskočne igre	27
1.6.3.4. Odzivne igre	28
1.6.3.5. Plesne igre ob glasbi	28
1.7. PROBLEM, CILJI IN HIPOTEZE	29
2. METODA	30
2.1. PREIZKUŠANCI	30
2.2. PRIPOMOČKI	31

2.3. POSTOPEK.....	31
3. REZULTATI Z RAZPRAVO.....	32
3.1. SEZNANJENOST ŠPORTNIH PEDAGOGOVS HIPERKINETIČNO MOTNJO ..	32
3.2. USPOSOBLJENOST ŠPORTNEGA PEDAGOGA ZA DELO Z OTROKOM S HIPERKINETIČNO MOTNJO	36
3.3. PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI TER USMERITVE RAZISKAVE.....	46
4. SKLEP	48
5. VIRI	50
6. PRILOGE	53

1. UVOD

Hiperkinetična motnja je motnja pozornosti, ki je danes najpogostejša razvojna motnja otrok. »Pogost navedek je, da v vsakem splošnem razredu najdemo vsaj enega učenca, ki je diagnosticiran s hiperkinetično motnjo« (Zidar, 2005, str.43). Po nekaterih ocenah naj bi imelo hiperkinetično motnjo kar 10 do 19 odstotkov otrok (Zidar, 2005).

Nemirnega, hiperaktivnega otroka najpogosteje ocenjujejo kot pretirano aktivnega, motečega za druge otroke, ki težko sedi pri miru, ne dokonča začete zaposlitve, je nestanovit, živčen, nezrel, njegove zahteve morajo biti takoj izpolnjene, pogosto in zlahka joka, pogosto ima izbruhe jeze, njegovo vedenje je nepredvidljivo, je eksploziven, trmast, z naglimi spremembami v razpoloženju. Hitro se utruja in ima specifične učne težave (Mikuš Kos, Žerdin in Stojin, 1990).

Težave otrok s hiperkinetično motnjo so posledica večje potrebe po gibanju, ki je neredko nevrofiziološkega značaja in izvira iz upočasnjene razvoja sposobnosti obvladovanja gibanja. Že zelo zgodaj so znanstveniki, ki so se ukvarjali s problemom hiperkinetične motnje, kot obliko pomoči otrokom priporočali gibanje, šport, vzgojo k samoobvladovanju. Gibanje, ki je ena od osnovnih človekovih potreb, prek katere človek spozna okolje, raziskuje in se uči, nam nudi raznolike, zabavne vaje ter igre, prek katerih dosežemo razvoj notranjih zaviralnih procesov in zaznavnih sposobnosti.

Z ustreznimi intervencijami lahko težave hiperkinetične motnje obvladujemo, ne moremo pa jih ozdraviti. Znanstveniki, ki se ukvarjajo s tem pojavom, kot pomoč otroku priporočajo gibalne vaje, usmerjene k razvijanju zavornih sil in samoobvladovanja. Učitelj športne vzgoje lahko pomaga otroku s hiperkinetično motnjo z ustreznimi gibalnimi dejavnostmi, ki spodbujajo razvoj senzomotorike, hkrati pa jih otrok izvaja z veseljem, saj mu vzbujajo ugodje.

Od različnih dejavnikov pa je odvisno kdaj bomo otroka označili kot hiperaktivnega. Nekateri starši in učitelji bodo za takšnega otroka prej dejali, da je nemiren, medtem ko je za druge enako nemiren otrok le malce bolj živahen, a ne tako moteč, da bi ga označili kot hiperaktivnega. Vse to je odvisno od predstav, ki jih ima posameznik o tem, kakšno vedenje je v določeni starosti in situaciji sprejemljivo, in od tolerance odraslih do otrokovega nemira.

Zakaj so nekateri otroci pretirano nemirni? Mnenja o vzrokih hiperaktivnosti so dokaj različna. Poleg organske zasnove nekateri avtorji poudarjajo vpliv zgodnjih socialnih izkušenj, spet drugi pravijo, da je njihov vpliv zanemarljiv. Vsekakor pa je pomembno,

kakšne obravnave bo otrok deležen v šolski situaciji. Tak poseben otrok v vsakem primeru potrebuje več pozornosti in tolerance ter poseben, prilagojen način dela.

V današnjem času se vse več otrok s posebnimi potrebami vpisuje v redne šole. Vsak otrok, tudi otrok s posebnimi potrebami, je drugačen. Ima svoja močna in šibka področja. Če mu želimo pomagati pri razvoju, se moramo osredotočiti na razvoj njegovih močnih področji, krepiti moramo njegovo samopodobo in mu pomagati pri soočanju s težavami. Učitelj mora vsakemu učencu zagotoviti razvoj v zdravo in odgovorno osebo. Pri tem mu pomaga, ga spodbuja in vodi.

Vključevanje otrok s posebnimi potrebami v redne šole omogoča zakonodaja, kjer sta poudarjena cilj in načelo enakih možnosti vključevanja vseh. Žal pa je danes mogoče mnogokrat zaslediti misel, da učenci s posebnimi potrebami ne spadajo v redno šolo, kar pa seveda še bolj krepi njihovo socialno izključenost. Vendar pa otrok seveda ni sam kriv, da potrebuje poseben pristop pri šolanju. V družbi in šoli bi moral biti tudi tak otrok del socialnega okolja in ne nekaj posebnega. Opažamo, da se v veliko primerih, ko otroka s posebnimi potrebami vključimo v redno šolo, zgodi, da ga posadijo v zadnjo klopo, mu podarijo dobre ocene in ga na sploh pustijo pri miru. Morda je to manj naporno za učitelja, vendar pa je v takšnih razmerah rezultat doseženega otrokovega znanja nič (Nojič, 2006).

Sicer pa imajo danes redne šole možnost izvajanja prilagojenih programov z enakovrednim izobraževalnim standardom za otroke s posebnimi potrebami. Pri izvajanju teh programov velja pravilo, da mora biti njihova vsebina naravnana tako, da dosega minimalne standarde znanja iz učnega načrta. Ob tem mora šola izpolnjevati tudi kadrovske pogoje za posebni program. Če jih ne, ima šola možnost, da poišče zunanjo strokovno pomoč. Za uspešno izvajanje programa seveda velja, da morajo biti z njegovo vsebino, standardi in učnimi pripomočki seznanjeni vsi, ki se z otrokom srečujejo (Sardoč, 2006).

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kakšno je znanje profesorjev športne vzgoje na osnovnih šolah o hiperkinetični motnji, ali so profesorji seznanjeni z ustreznimi tehnikami pomoči otroku s hiperkinetično motnjo ter ali so sploh pripravljeni izvedeti kaj več o sami motnji in oblikah pomoči otroku. Ugotoviti pa želimo tudi, kateri so glavni razlogi za neznanje športnih pedagogov o sami motnji in oblikah pomoči otroku.

Diplomsko delo bo z vidika teorije uporabno kot informativno gradivo za profesorje športne vzgoje, ki želijo nadgraditi svoje znanje za uspešno delo z učenci, ki so potrebni posebne pozornosti, in tudi za druge, ki jih zanimajo načini pomoči otroku s hiperkinetično motnjo.

1.1. HIPERKINETIČNA MOTNJA

»O nemirnem ali hiperaktivnem otroku govorimo, kadar otrok med enako starimi vrstniki trajno izstopa z večjo količino gibanja, ki je nesmotrno in neustrezno pričakovanjem okolja glede vedenja otrok« (Mikuš Kos idr., 1990).

Hiperkinetični sindrom je sklop simptomov, ki vključujejo presežke gibov, motnje pozornosti, zmanjšan nadzor nad impulzi in neprimerne čustvene reakcije. Tem primarnim motnjam se pridružijo spremljajoče motnje, ki so motnje učenja in socialnega vedenja ter sekundarne čustvene motnje. Ti simptomi imajo močne posledice na otrokovo okolje - starše, prijatelje, učitelje (Passolt, 1997).

Pravilno bi bilo, da bi hiperaktivnost obravnavali kot motnjo vedenja in osebnosti. Po zakonu naj bi otroci s to motnjo spadali med otroke s posebnimi potrebami in s tem povezano v posebne šole. Vendar pa staršem zakon dopušča, da se odločijo in otroka vključijo v vrtec ali šolo, ki jo obiskuje večina (Zidar, 2005). Otrok ima pravico, da se vključi v redno šolo čim bližje kraju bivanja, šola pa naj bi se prilagajala sposobnostim otroka. Vključevanje otroka s posebnimi potrebami v redno šolo lahko pojmuje kot inkluzijo. Nekateri interpretirajo pojem inkluzije kot prilagajanje okolja, v katerem se otrok s posebnimi potrebami pojavlja. Seveda samo vključevanje otroka v redno šolo ni dovolj, potrebno se je prilagoditi v samem izvajanju učnega načrta, pri vključevanju v skupnost, pri vključevanju in sprejemanju v šoli ter pri preverjanju znanja (Nojič, 2006).

Sodobni pedagogi razvrščajo hiperaktivnost v pet različnih modelov. Prvi je moralno etični, pri katerem naj bi bil vzrok motnje moralni in se smatra, da gre za otrokovo načrtno vedenje. Drugi model je alopatski, kjer gre za biološke vzroke, otrok pa zanje ni odgovoren. Tretji model je družbeno kulturni, kjer simptome povzroča družbeno kulturni kontekst. Četrta je alternativni model, vzrok simptomov po tem modelu pa so alergije in podobni, praviloma medicinsko nedokazljivi vzroki. Zadnji je kognitivno politični model, pri katerem naj bi problemi izvirali iz družbe, ki nadzoruje, marginalizira in patologizira določena vedenja. Alopatski model kot razlaga za motnjo vedno bolj prodira, še posebej pri pedagogih z dodatno specialno izobrazbo na tem področju (Zidar, 2005).

Obenem nekateri strokovnjaki in kritiki trdijo, da gre pri hiperaktivnosti za prevaro medicine. Dejstvo, da natančnih vzrokov za motnjo še niso odkrili, se smatra za zelo zaskrbljujoče, še posebej ker večina vzrokov bolezni zunaj specifičnega šolskega konteksta komajda obstaja. Vsaka bolezen ima v družbi svoj pomen in svojo vlogo. Bolezen predstavlja merilo, kaj je v družbi zaželeno ter kaj je kakovostno življenje in kaj to enostavno ni (Zidar, 2005).

Kot opozarja pionirka ukvarjanja s hiperkinetičnimi otroki pri nas, Anica Mikuš Kos: »Osnovni problem nemirnega otroka je, da zaradi svojih odzivanj, vedenjskih in učnih posebnosti ni po meri šole in ne more zadostiti njenim disciplinskim in delovnim zahtevam« (Mikuš Kos idr., 1990). Problem se torej začne v šoli, saj se pravi problemi hiperaktivnega otroka začne s šolanjem, otrok ne zdrži dolgo pri miru (oziroma enako dolgo kot njegovi vrstniki), s tem moti pouk, je nepozoren, se težko prilagaja in postane črna ovca razreda. Šolanje za take učence mnogokrat postane muka. Otrok se tako ujame v začarani krog slabega odnosa z učitelji in vrstniki, kar povzroča še slabšo učinkovitost v šoli, doma zastruje njegov položaj. Otrok trpi zaradi mučnega nemira in tudi zaradi odmika od socialno definiranih problemov (Passolt, 1997).

1.2. KLASIFIKACIJA HIPERKINETIČNE MOTNJE

Nemški zdravnik Hoffman je pred skoraj 150 leti za sklop težav, ki vključujejo prekomerno aktivnost, impulzivnost ter težave v vzdrževanju pozornosti, prvič uporabil izraz hiperkinetični sindrom (Ilić, 2009).

Hiperkinetična motnja je znana pod različnimi diagnostičnimi imeni. Večina imen poudarja karakteristične vidike otroškega vedenja ali izhaja iz različnih teorij o vzrokih hiperkinetičnosti (Ilić, 2009).

V preteklosti se je pojavilo več sinonimov za sindrom, zlasti minimalna cerebralna poškodovanost in minimalna cerebralna disfunkcija. V anglo – ameriškem prostoru so tovrstne težave poimenovali motnje pozornosti – Attention Deficit Disorder s kratico ADD, ter primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti – Attention Deficit Hyperactive Disorder ali ADHD. Otrokovo pretirano nemirnost danes označujeta dva pojma, hiperaktivnost in hiperkinetičnost, ki ju nekateri avtorji pojmujejo z hiperaktivnostjo (Žibert, 2006).

V DSM- II se motnja poimenuje kot hiperkinetična reakcija v otroštvu, v DSM –II pa se prvič pojavi izraz ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), ki se uporablja še danes (Kesič Dimic, 2009).

Sprva so otrokovo drugačno vedenje pripisali slabi vzgoji. Danes pa sta za natančen opis motnje in postavljanje diagnoze v uporabi dva sistema. To sta klasifikacija Ameriške psihiatrične zveze DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in Mednarodna klasifikacija bolezni (Kesič Dimic, 2009).

Mednarodna klasifikacija bolezni ICD-10 hiperkinetično motnjo uvršča v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začenjajo navadno v otroštvu in adolescenci in

jih pri tem opisuje kot »skupino motenj«, za katere so značilni zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja), pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katerokoli dokončal, skupaj z dezorganizirano, slabo usmerjeno in pretirano aktivnostjo. Velikokrat so lahko pridružene še druge motnje. Hiperkinetični otroci so velikokrat impulzivni, nagibajo se k nezgodam in se nemalokrat znajdejo v disciplinskih konfliktih zaradi nepremišljenih kršitev pravil in ne zaradi namernega kljubovanja. Njihov odnos z odraslimi je pogosto brez socialnih zavor, manjka jim za našo kulturo običajne opreznosti in zadržanosti. Med drugimi otroki so manj priljubljeni in lahko postanejo izolirani (Kesič Dimic 2009).

Po mednarodni klasifikaciji so pod pojmom hiperaktivnost prepoznane naslednje posebnosti v vedenju, ki jih navaja Altherr (1997):

- težave se pojavijo zgodaj, že v predšolskem obdobju (že v prvih 5 letih življenja),
- kombinacija ekstremno aktivnega, brezciljnega vedenja s hudo motnjo pozornosti,
- pomanjkanje vztrajnosti pri nalogah, ki vključujejo kognitivno dejavnost,
- težnja po hitri menjavi dejavnosti, po nepredvidljivem prehajanju z ene dejavnosti na drugo, ne da bi prvo dokončali,
- dezorganiziranost v gibalnih dejavnostih, pomanjkanje sposobnosti za usmerjanje gibalne dejavnosti in preobilna gibalna dejavnost, ki se na področju grobe motorike kaže kot nenehno tekanje sem in tja, vstajanje, menjavanje prostora, na področju fine motorike pa v obliki težav z usklajevanjem gibov, kot čečkasta pisava, težave pri risalnih dejavnostih, pri barvanju, pri delu z zvezki.

Težave so ponavadi prisotne v vsem času šolanja in v nekaterih primerih celo v dobi odraščanja. V prvih petih letih se motnja kaže kot motorični nemir. V šolskem obdobju pride v ospredje predvsem motnja pozornosti in socialna neprilagodljivost. V dobi odraslosti se motnja kaže kot notranji nemir in s tiki (Altherr, 1997).

1.3. PODOBA HIPERKINETIČNEGA OTROKA

Težko je opisati značilnosti otroka s hiperkinetično motnjo, pa ne zato, ker bi bile motnje toliko nenavadne, pač pa zato, ker je nekatere simptome mogoče opaziti pri večini otrok v določenem razvojnem obdobju.

Čeprav lahko posebnosti v otrokovem vedenju opazimo že v predšolskem obdobju, otrok s svojim vedenjem in odzivanjem resneje opozori nase prav ob vstopu v šolo.

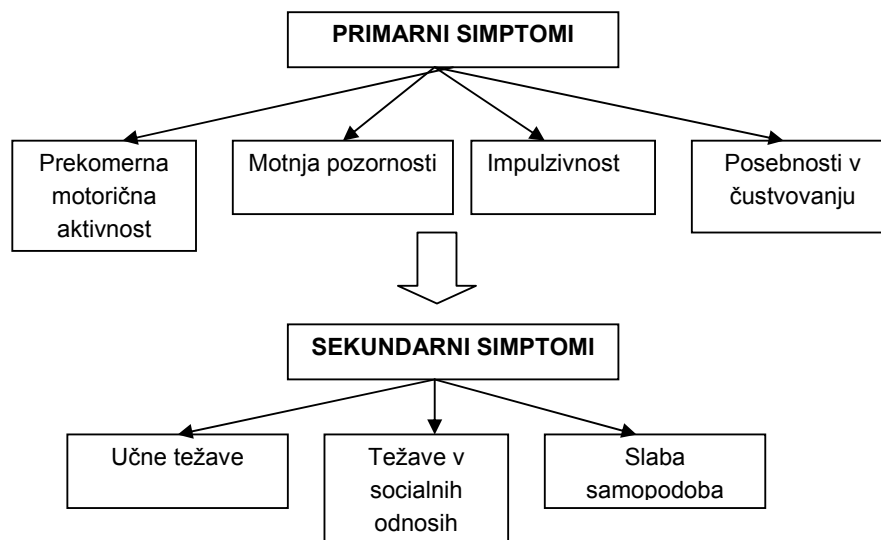
Šola s svojo organiziranostjo, načinom dela in pravili pogosto predstavlja pred otroka zahteve, ki jih ta zaradi odzivnih posebnosti ne more izpolniti (Skrodzki, 1997).

Skozi različna starostna obdobja se v ospredje postavlja različna simptomatika. Do petega leta prevladuje predvsem motorični nemir kot simptom. Pri karakterizaciji hiperaktivnega otroka v predšolskem obdobju so na prvem mestu tri značilnosti: pretirana zaupljivost, neboječnost in nezmožnost vzdrževanja koncentracije za daljši čas. Otrok s hiperkinetično motnjo je nepazljiv in impulziven, nagiba se k nesrečam in je vanje dejansko pogosto tudi vpleten. V skupini otrok tak otrok moti igro, stalno krši pravila, ker jih ne razume ali se jih ne more držati. Njegov odnos s sovrstniki in odraslimi označuje pomanjkanje distance, normalne previdnosti in zadržanosti. Zaradi teh posebnosti je otrok pogosto nepriljubljen in izločen iz skupine. V šolskem obdobju je v ospredju predvsem motnja pozornosti in socialna neprilagodljivost. Ponavadi je omejeno tudi njegovo kognitivno delovanje, kar se posebej izrazi v šibki šolski učinkovitosti. Specifični zaostanek v govornem in gibalnem razvoju je nadpovprečno pogost. Zelo razširjene so spremljajoče težave pri branju, pisanju, računanju ter težave z motorično koordinacijo (Skrodzki, 1997).

1.4. SIMPTOMATIKA HIPERKINETIČNE MOTNJE

Simptome hiperkinetične motnje strokovnjaki delijo v dve skupini, na skupino primarnih simptomov in skupino sekundarnih simptomov.

Mattner (1997) v svojem delu opredeli štiri ključna področja primarnih simptomov in tri področja sekundarnih simptomov, ki se nanašajo na otrokovo frustracijo in so posledica neustrezne presoje in reakcij otroka.



Slika 1. Primarni in sekundarni simptomi.

1.4.1. PRIMARNI SIMPTOMI

1.4.1.1. Prekomerna motorična aktivnost

Največkrat jo na kratko označimo z izrazom hiperaktivnost ali nemirnost. Hiperaktivnost je definirana kot nehoten, pretiran in brezciljni motorični nemir. Navadno je ta simptom tisti, ki opozori, da ima otrok hiperkinetično motnjo. Izraža se z gibi posameznih delov telesa ali v premikanju celega telesa. Zaradi notranjega nemira in hiperaktivnosti otroci v šoli brez razloga vstajajo s svojega sedeža, se sprehajajo po razredu brez dovoljenja, so ves čas v gibanju (Zidar, 2005).

Prekomerna motorična aktivnost je prisotna pri vseh dnevnih aktivnosti, tudi med spanjem. Otroci s hiperkinetično motnjo imajo slabe sposobnosti za načrtovanje dela in za gibalno učenje. Istočasno opažamo, da imajo veliko potrebo po čutnih dražljajih, niso pa zmožni, da bi se z njimi dovolj seznanili. Otroci niso sposobni počakati in potlačiti trenutnih impulzov. Nastane vtis, kot da mora otrok samega sebe spodbujati z nenehnim tekanjem, čezmernim gibanjem in dejavnostjo (Mattner, 1997).

Prekomerna motorična aktivnost je pogosto prvi simptom, ki se umakne z otrokovim razvojem. Vendar dejstvo, da otrok, ki je bil nekoč prekomerno aktiven in zdaj ni več, ne pomeni, da so s hiperaktivnostjo izginile še druge težave. Spremljanje ostalih problemov se nadaljuje in potrebuje posebno pozornost in obravnavo (Small, 2003).

1.4.1.2. Motnja pozornosti

Težava s pozornostjo se skoraj brez izjeme pojavi pri vseh otrocih s hiperkinetično motnjo. Pozornost je večdimenzionalni proces usmerjene zavesti na določen predmet, dogajanje, aktivnost, dejavnost, na celostno situacijo. Učinkovita pozornost je takrat, kadar uspemo vse svoje misli in aktivnosti usmeriti k določeni vsebini, pri tem vzdržati dlje časa in se ne odzvati na moteče dražljaje. Pozornost ni enoten konstrukt, lahko jo razdelimo na specifične komponente. Govorimo lahko o selektivni pozornosti, obsegu in vzdrževanju pozornosti (Kremžar in Petelin, 2001).

Selektivna pozornost pomeni sposobnost reagiranja na relevantne vidike naloge in ignoriranje irelevantnih. Torej gre za sposobnost zadržati pozornost na nekem dražljaju, kljub prisotnosti motečih dražljajev. Otrok s hiperkinetično motnjo ne loči pomembnih od nepomembnih dražljajev, zanj je vse enako pomembno. Tako otrokova pozornost bega od enega dražljaja k drugemu (Kremžar in Petelin, 2001).

Količini dražljajev, ki jih posameznik jasno zaznava, pravimo obseg pozornosti. Za otroka s hiperkinetično motnjo je situacija, ki vključuje dve aktivnosti hkrati, npr. poslušanje in zapisovanje, izjemno naporna (Altherr, 1997).

Vzdrževanje pozornosti predstavlja vzdrževanje senzibilnosti na zahteve naloge in vztrajanje pri nalogi nekaj časa. Otroci s težavami pozornosti se hitro naveličajo, pogosto menjajo aktivnost, ne morejo dlje časa sedeti pri miru in reševati naloge (Altherr, 1997).

Zaradi težav s pozornostjo so otroci s hiperkinetično motnjo pogosto neučinkoviti v šoli. Težko sledijo pouku, njihovi zapiski so slabi, nepopolni, preslišijo navodila in dajejo vtis, da jih snov ne zanima. Težave so izrazitejše v monotonih, dolgočasnih situacijah, kjer se naloge ponavljajo. Težko vztrajajo in ohranjajo pozornost, predvsem pri samostojnem šolskem delu, domačih nalogah in domačih opravilih (Skrodzki, 1997).

1.4.1.3. Impulzivnost

Mnogo otrok s hiperkinetično motnjo ima težave tudi z impulzivnostjo, nepremišljenim in nepredvidljivim vedenjem. Otrok velikokrat naredi nekaj še preden premisli, kako naj bi to naredil ali kakšne posledice bo imelo njegovo dejanje. Impulzivno vedenje učitelji pogosto imenujejo nedisciplinirano, otrok dela po svoje in ne posluša navodil (Žerdin, 2002b).

Otrok v razredu pogosto moti druge s tem, da glasno spregovori, ko nima besede, pozabi dvigniti roko, preden spregovori. Impulziven učenec deluje nagonsko, ne pa premišljeno. Otrok je nesposoben brzdati takojšne, neposredne reakcije ali premisliti pred dejanjem. Nepremišljeno rešuje naloge, v igri ne more predvideti posledic svojega vedenja. Ima zelo nizko mejo frustracijske tolerance. Posledice tega so lahko zelo negativne za okolje (Altherr, 1997).

Ločiti pa moramo med kognitivno in vedenjsko impulzivnostjo. Kognitivna impulzivnost prispeva k nepozornosti otroka, medtem ko vedenjska impulzivnost prispeva k hiperaktivnosti. Obe vrsti napovedujeta težave na akademskem področju, vendar pa je vedenjska impulzivnost tista, ki povzroča antisocialno vedenje (Kremžar in Petelin, 2001).

1.4.1.4. Posebnosti v čustvovanju

Hiperaktivni otroci imajo o sebi mnenje, da so drugačni. Zaznavajo se kot drugačne, nenormalne. Zaradi takšnega mnenja o sebi imajo poleg drugih težav zaradi hiperaktivnosti tudi emocionalne težave. Hitro se razjezijo ter imajo težave z izražanjem čustev. Pogosto izgubijo kontrolo nad svojim vedenjem in reakcijami, posledica česar so pretirane čustvene reakcije (Mattner, 1997).

1.4.2. SEKUNDARNI SIMPTOMI

1.4.2.1. Učne težave

Učne težave so povezane z motnjo pozornosti. Kljub povprečnim ali celo nadpovprečnim intelektualnim sposobnostim so otroci v šoli manj uspešni. Učni proces je pri njih občutneje počasnejši. Specifična zaostanka gibalnega in govornega razvoja sta nadpovprečno pogosta. Zelo razširjene so tudi težave pri branju, pisanju, računanju in težave s koordinacijo. Vendar pa ni povsem jasno, ali lahko te težave pripišemo zgolj motnjam motivacije, pozornosti, impulzivnosti, težavam pri reševanju problemov ali kombinaciji vseh teh faktorjev (Zidar, 2005).

1.4.2.2. Težave v socialnih odnosih

Hiperaktivni otroci imajo tudi težave pri medsebojnih socialnih odnosih. Velikokrat se glede na dane situacije odzivajo neprimerno. Težave v socialnem vedenju se pogosto izražajo kot zadržanost, nesamostojnost, težnja k izolaciji, k samotarstvu, zaprtosti, rigidnosti, strahu pred stiki. Po drugi strani pa se manifestirajo kot arogantnost, gospodovalnost, negativizem, agresivnost, egocentričnost, opozicijsko vedenje (Zidar, 2005).

1.4.2.3. Slaba samopodoba

Zaradi dejavnikov, kot so otrokova pomanjkljiva pozornost, motorični nemir, impulzivnost, povečana agresivnost, družba te otroke pogosto odklanja. Občutek nesprejetosti, neprestanih neuspehov in razočaranj povzroči izgubo zaupanja v lastne sposobnosti. Lahko privede do negativnega doživljanja samega sebe in do občutka manjvrednosti. Na sploh velja, da sta pri vseh teh otrocih, ne glede na vzroke in na različne načine izražanja, skoraj v vseh primerih prisotna nizka samozavest in samospoštovanje (Žibert, 2006).

1.5. POJAVNOST IN VZROKI HIPERKINETIČNE MOTNJE

Večina avtorjev se strinja, da se hiperkinetična motnja pojavlja pri 3 do 5 odstotkih populacije, seveda pa se odstotek zelo razlikuje glede na širino težav. Raziskave tudi kažejo, da se motnja pojavlja v vseh kulturah sveta (Kesič, 2007).

Kljub splošnemu mnenju, da zaradi tovrstnih težav trpi več dečkov kot deklic, to razmerje naj bi se gibalo od 2 : 1 do 9 : 1 v prid dečkom, številni avtorji opozarjajo, da sta v nevarnosti oba spola, le da deklic ne opazijo zaradi odsotnosti agresivnega in motečega vedenja. Prav zaradi tega so ustrezne pomoči pogosto deležni le dečki, deklice pa so izvzete ter razvijajo dodatne težave in motnje (Kesič, 2007).

Trenutno še vedno ne obstaja točna razlaga pogojev ob katerih se razvije hiperkinetična motnja. Najverjetneje gre za multifaktorsko razvojnost, kar pomeni, da vzročnost hiperkinetične motnje pogojuje več različnih komponent in njihovih medsebojnih interakcij (Zakaj ne morem sedeti pri miru? Hiperaktivnost, 2009):

1. GENETSKI DEJAVNIKI
2. MOŽGANSKE POŠKODBE
3. EKOLOŠKI DEJAVNIKI
4. VPLIVI OKOLJA

1.5.1. GENETSKI DEJAVNIKI

Kot vzrok motnje se postavljajo v ospredje predvsem kromosomske motnje in dednostni faktorji. Rezultati mnogih raziskav dvojčkov so pokazali na močan faktor dednosti za hiperkinetično motnjo. O genski nagnjenosti govori tudi pogostost pojava pri dečkih in deklicah. Izkazalo se je, da so se pri starših hiperkinetičnih otrok pogosteje pojavljali simptomi motnje, kot pri starših otrok, ki te motnje niso imeli (Possible causes of ADHD, 2009).

1.5.2. MOŽGANSKE POŠKODBE

Danes velja, da je enačenje hiperkinetične motnje in lažjih zgodnjih možganskih poškodb v otroštvu, ki jih nejasno definirajo z minimalno cerebralno disfunkcijo ali s specifičnimi motnjami učenja, napačno. V rezultatih novejših raziskav se kot možni vzroki navajajo nevrokemične motnje v ravnovesju možganskih transponderjev (dopamina, serotoninina, noradrenalina), ki prenašajo živčne impulze v možganih. Kot pravi Altherr (1997), so pomembne raziskave Zametkina in drugih (1990, v Altherr, 1997) potrdile zanesljivo povezanost med možgani, biokemičnimi procesi in

vedenjem. Z raziskavo, v kateri so preizkušancem s hiperkinetično motnjo vbrizgali glukozo, so dokazali, da imajo preiskovanci v 30 od 60 specifičnih možganskih regijah pomembno zmanjšano presnovo glukoze. Prizadeto je bilo predvsem predfrontalno področje (sprednji del možganov) in telesno občutljive regije, regije možganov, ki so bistvene za usmerjanje koncentracije in gibanja. Ta funkcijska motnja vodi k neuravnoteženosti možganskih centrov za vzburjanje in zaviranje, pri čemer so centri za zaviranje manj dejavni, zaradi česa centri za vzburjanje prevladujejo (Altherr, 1997).

Veliko raziskav dokazuje, da se problemi s pozornostjo, kontrolo impulzov, stopnjo aktivnosti in samoregulacijo pojavljajo zaradi prenatalne in perinatalnih poškodb. Prenatalne poškodbe možganov lahko povzročijo konzumacija in zloraba alkohola, drog, zdravil in nikotina, kakor tudi različne bolezni matere v prvih treh mesecih nosečnosti, kot so diabetes, krvavitve med nosečnostjo, slaba prehrana matere, pretirana in visoka stopnja stresa ter psihične napetosti matere (Nigg, 2006).

Perinatalno fazo imenujemo čas med pričetkom poroda in desetim dnevom po rojstvu. Te poškodbe so skoraj vedno povezane s pomanjkanjem kisika med porodom. Že kratka prekinitvev kisika lahko povzročijo nepopravljive možganske poškodbe (Small, 2003).

Na vedenjski ravni se to kaže kot značilna slika hiperkinetične motnje. Obstaja pa tudi teza, da je možgansko dogajanje hiperkinetičnih otrok pod ravno običajne vzburljivosti, zaradi česar jo s hiperaktivnostjo sami sprožajo in spodbujajo, da bi tako izravnali ta čutni primanjkljaj (Kremžar, 2001).

1.5.3. EKOLOŠKI DEJAVNIKI

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so strokovnjaki prvič povezali hiperkinetično motnjo z okolju škodljivimi snovmi, strupi, ki direktno in indirektno poškodujejo možgane. K tem snovem prištevamo strupene težke kovine, kot so svinec in živo srebro. Raziskovalci so bili prepričani, da je že majhna koncentracija svinca v krvi odgovorna za posebnosti v vedenju. V zadnjem času se pojavljajo dokazi, da je nivo svinca v krvi povezan z hiperkinetično motnjo, pa čeprav v krvi otrok s hiperkinetično motnjo najdejo zanemarljivo malo vsebnost svinca (Small, 2003).

Obstajajo tudi hipoteze, da je hiperaktivnost posledica uživanja umetnih barvil, dodatkov za izboljšanje okusa in nekaterih konzervansov. Prav tako domnevajo, da lahko alergije na hrano povzročajo določene simptome hiperkinetične motnje.

Vendar zaradi majhnega števila študij ne moremo niti potrditi niti zavrniti domneve o povezavi med hiperaktivnostjo in prehrano otrok (NIMH: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2009).

1.5.4. VPLIVI OKOLJA

Vplivi okolja, predvsem družine, določajo predvsem kako se bo motnja razvijala in kakšen bo končen rezultat. Medtem ko primarni simptomi niso neposredno povezani s socioekonomskim statusom družine in načinom vzgoje, sta ta dva faktorja v pomembni vzorčni povezavi s pojavljanjem sekundarnih simptomov hiperkinetične motnje. Če se pogoji v otrokovem prostoru spremenijo, se posledično spremeni tudi otrokovo vedenje. Otrokovo vedenje in socialno okolje sta v recipročnem odnosu. Otrokovo negativno vedenje, ki je posledica psihosocialnih dejavnikov, je njegova reakcija na neustrezne pogoje in ga razumemo kot rezultat psihičnega neravnovesja (Mikuš Kos, 1990).

Mnogi starši pravijo, da so njihovi nemirni otroci »vremenski«, tako da pri mnogih otrocih s hiperkinetično motnjo na počutje vpliva vreme. Nemir in motnje pozornosti se še povečujejo ob prisotnosti vidnih, slušnih ali drugače motečih dražljajev v otrokovem okolju. Prav tako pomemben dejavnik je čas, saj dlje kot so otroci prisiljeni biti pri miru ali v enem prostoru, bolj narašča njihov nemir (Mikuš Kos, 1990).

Socialno okolje lahko na otroka s hiperkinetično motnjo deluje spodbudno, lahko pa ga s svojimi zahtevami preobremenjuje. Pretirane zahteve, pritiski in stresni vplivi negativno vplivajo na stopnjo nemira pri otroku. Ti otroci še posebej slabo delujejo v neorganiziranem, kaotičnem okolju s prevelikim številom dražljajev ter v nejasnih in nestrukturiranih situacijah. Nasprotno pa ugodne življenjske spremembe ublažijo nemir. Po drugi strani pa lahko okolje na otroka deluje spodbudno, podporno, mu pomaga mobilizirati lastne sile za obvladovanje nemira, učnih in socialnih težav (Mikuš Kos, 1990).

Utrujenost, izčrpanost in slabo telesno počutje običajno stopnjujejo težave s pozornostjo in aktivnostjo. Pomembno je tudi otrokovo čustveno stanje. Pri otrocih s hiperkinetičnim sindromom so področje gibanja, pozornosti, učenja in nekaterih oblik socialnega vedenja šibke točke, s katerimi se ti otroci odzivajo na zunanje in notranje stiske (Mikuš Kos, 1990).

Danes vemo, da lahko hiperkinetični sindrom povzročijo različni dejavniki. Zato je treba na koncu poudariti, kako izredno pomembno je, da gledamo na hiperkinetični sindrom multidimenzionalno. Tako individualne razlike v organskih in psiholoških

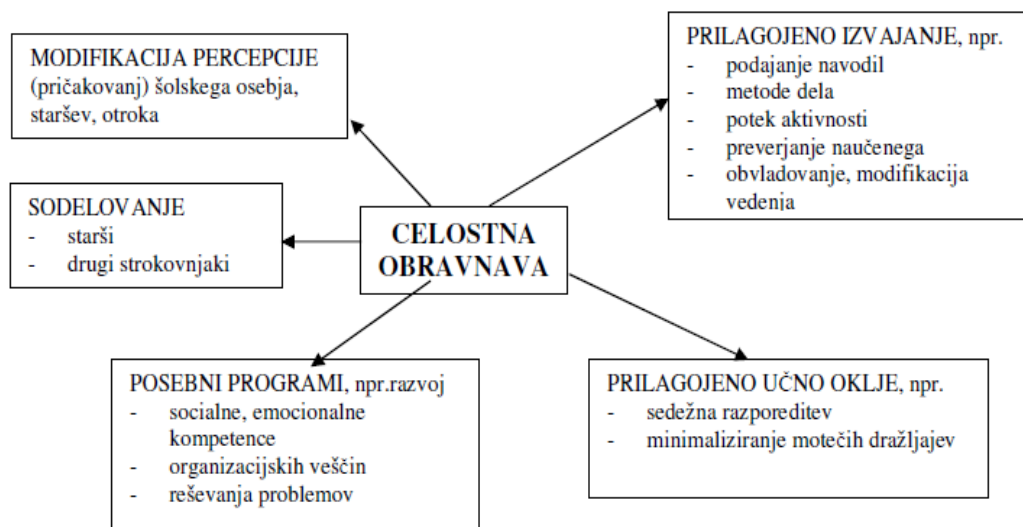
značilnostih otroka kot tudi individualne razlike v družini in okolju pomembno odločajo ali bo otrok identificiran kot hiperkinetičen ali ne.

1.6. POMOČ OTROKU S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Za zdravljenje hiperkinetičnega sindroma je potrebna večdimenzionalna terapija, ki upošteva različne, največkrat medsebojno prepletene faktorje. Medsebojno morajo sodelovati šola, starši in učitelj ter seveda zdravnik. Uporablja se vedenjsko terapevtska metoda, terapija z zdravili in dietetično zdravljenje (Žibert, 2006).

Izkušnje kažejo, da lahko otroku največ pomoči nudi šola. Težave hiperaktivnega otroka so danes dobro znane. Ob tem je za uspeh pomemben predvsem odnos med učiteljem in otrokom, njegova naklonjenost otroku, strpnost, pripravljenost upoštevanja otrokovih posebnosti ter na sploh učiteljeva pripravljenost narediti nekaj več za otroka (Žibert, 2006).

Pulec Lah (2009) v svojem delu shematično ponazori načrtovanje celostne (pedagoške) obravnave:



Slika 2. Otrok s hiperaktivnostjo in pomanjkljivo pozornostjo v razredu – pedagoška praksa in izzivi (Pulec Lah, 2009).

Če pozorno preučimo zgornjo shemo, lahko ugotovimo, da je večji del obravnave usmerjen v okolje. Ugotovitve kažejo, da večina otrok s hiperkinetično motnjo mnogo pridobi oziroma, da se težave že bistveno zmanjšajo, če okolje ustrezno prilagodi svoje zahteve in pričakovanja do otroka (Goldstein, 2001). V šolskem okolju to pomeni modifikacija ureditve razreda, organiziranosti in načina dela, predvsem pa

zahtev in pričakovanj učitelja. Posebni programi, pomoč in treningi za izboljšanje otrokovega funkcioniranja, ki so usmerjeni v delo z otrokom, so le redko zadovoljivo uspešni, če ob tem ne usmerimo naših prizadevanj tudi v modifikacijo zahtev in dejavnikov v okolju (Pulec Lah, 2009).

1.6.1. GIBALNA AKTIVNOST HIPERAKTIVNIH OTROK

Gibanje je ena otrokovih najpomembnejših potreb. Skozi gibanje otrok izraža svoje občutke in s tem doseže zadovoljstvo. Gibanje deluje sprostitveno na mišično in duševno napetost otrok. Hiperaktiven otrok ima večjo potrebo po gibanju kot drugi otroci. V skladu s tem je potrebno tudi v šolskem razredu hiperaktivnemu otroku pustiti dovolj svobode, da zadovolji svoje potrebe po gibanju, raziskovanju oz. dejavnosti. Športna vzgoja ima pomembno mesto pri razvijanju sposobnosti, blažitvi motenj in uspešnosti prilagajanja hiperaktivnega otroka na okolico. Seveda pa otroci pri športni vzgoji potrebujejo drugačen pristop - individualen, prilagojen njihovim sposobnostim.

Hiperaktivni otroci so prekomerno aktivni, vzrok za to pa naj bi bil po raziskavah v nezadovoljivi vzbujenosti možganov. Tako lahko hiperaktivnost označimo kot poizkus, da bi otrok svojim možganom dovajal dovolj veliko raven aktivnosti. Zdravilo Ritalin, ki ga hiperaktivni otroci jemljejo za pomirjanje, je dejansko sredstvo za spodbujanje aktivnosti. Enako, kot velja za možgane, velja tudi za močne vidne in predvsem ravnotežne dražljaje. To pojasni veliko priljubljenost motoričnih dejavnosti pri teh otrocih. Iz tega seveda logično sledi uporaba telesne aktivnosti kot oblike terapije za otroke s to motnjo (Žerdin, 2002a).

1.6.1.1. Športna vzgoja in otrok s hiperkinetično motnjo

Za vse otroke velja, da gibalna aktivnost vpliva na njihove telesne sposobnosti, na njihov način gibanja, na njihove duševne sposobnosti vključno s sposobnostjo za reševanje problemov, posledično pa tudi na to, kako komunicirajo z drugimi. To pripomore k temu, da postane otrok, ki je gibalno aktiven, bolj ustvarjalen in uspešnejši v šoli. Povečajo se njegove sposobnosti, kot so zbranost, hitrost odzivanja in nadzor nad samim seboj.

Vse to je potrebno še posebej pozorno upoštevati pri načrtovanju športne vzgoje, ki je namenjena tudi hiperaktivnemu otroku. Ob poznavanju splošnih prvin športne vzgoje mora učitelj poleg vzroka za nemir hiperaktivnega otroka poznati tudi, kdaj se nemirnost pojavlja ter kako otroku pomagati pri obvladovanju samega sebe.

Kot navaja Filipčič (2006) mora učitelj predvsem:

- poznati in razumeti otroke s posebnimi potrebami,
- pripraviti individualiziran program,
- učitelj potrebuje informacije o svojih učencih, zato se mora posvetovati z zdravnikom, svetovalno službo na šoli, fizioterapevtom, logopedom, učitelji in starši,
- ob tem pa naj bi imeli ti otroci stalno specialno obravnavo (fizioterapevt, kineziolog, delovni terapevt, logoped),
- v razredu naj bi bilo manjše število učencev,
- telovadnica in okolica šole naj bi bila opremljena s primernimi pripomočki,
- vadba naj bo usmerjena in vodena tako, da ne vzbuja lažnega pričakovanja in iluzij.

Pri uri športne vzgoje, kjer so vključeni hiperaktivnimi otroci, je še posebej pomembno, da se učitelj brezpogojno drži naslednjih metodičnih načel, ki jih navaja Passolt (1997):

- nujno se mora izogniti dražljajsko revnim situacijam, na primer čakanju,
- izogniti se je treba okoliščinam z utesnjenimi in zahtevnimi pravili,
- načel za vzdrževanje reda se pri hiperaktivnem otroku ne more vcepiti od zunaj, rasti morajo v njem in za to je potreben čas,
- moramo biti sproščeni,
- ne sme biti prevelikega število dražljajev.

Pri hiperaktivnem otroku se opazi tudi slabše razvito pojmovno znanje, slabše razumevanje, slabša koncentracija, slabša predstavljalnost, slabše abstraktno povezovanje. Žerdin (1991) opredeli učinkovite strategije poučevanja:

- poudariti pomembno, odstraniti ali zmanjšati vse, kar ni pomembno, kar otroka moti (preprosta in jasna navodila),
- spreminjanje dejavnosti (spremembe pritegnejo pozornost),
- daljše in zapletene naloge je treba razdeliti na dele,
- upoštevati razvojno zaporedje,
- ne prekinjati po nepotrebnem otrokovega dela,
- otroke naučiti, da se sami vodijo in spodbujajo (naučimo jih notranjega govora),
- vedenjska terapija (zaželeno vedenje nagradimo, pohvalimo in spodbudimo).

Posebej dobrodošla oblika dela z hiperaktivnimi otroki, ki jo uporabljajo mnogi terapevti, je psihomotorična terapija. Glavni namen te terapije je doseči boljše prilagajanje na okolje, navajanje na samokontrolo in urejene aktivnosti ter tako vplivati na razvijanje duševnih sposobnosti. Ker daje program prednost vajam za razvijanje občutkov (vida, sluha, tipa in gibanja), se otroka nauči: da bo, če bo gledal, tudi kaj videl, da bo pri poslušanju tudi kaj slišal, ter da bo imel občutek za dotik in gibanje. Program zajema vadbo čutil, vaje za gibanje telesa v prostoru, učenje fine in grobe motorike. Poleg tega so v vadbo vključene še tiste aktivnosti, ki jih otroci uporabljajo v prostem času za zabavo in razvedrilo (Passolt, 1997). Učitelj športne vzgoje lahko uporabi osnovne oblike psihomotorične terapije pri rednem pouku športne vzgoje tako usposobi otroka, da sam s sabo v povezavi z vrstniki in okoljem spozna svoje težave in jih obvlada. To pospešuje prilagajanje in v nadaljevanju omogoča boljše premagovanje psihosocialnih težav. Gibanje omogoča otroku pridobivanje izkušenj s svojim telesom, s pripomočki in prostorom ter s socialnim okoljem.

1.6.2. GIBALNI PROGRAM

V nadaljevanju je posebej opisan program gibalnega in vedenjskega treninga, ki ga opiše Kiphard (1997), in naj bi zmanjšal hiperaktivno vedenje. Razdeljen je na šest različnih faz, ki si zaporedno sledijo. Kako dolgo traja posamezna faza, je odvisno od posameznega otroka in njegovih potreb. Te faze so:

1. Vestibularno – motorične dejavnosti

Ta faza je pripravljalna faza. Zanja so značilne primitivne motorične dejavnosti, pri katerih pride do spodbujanja vestibularnega sistema otrok. To so dejavnosti, pri katerih pride do naglega spreminjanja položaja. Smeri gibanja so različne, na primer: naravnost, v krogu, vodoravno ali navpično. Gibanje je lahko na vzmetnih orodjih, skakanje na mehko podlago, drsenje po različnih strminah, hitra vožnja na rolnikah. Pri vseh teh vajah pa potrebujemo ustrezne pripomočke, kot so deske za vrtenje, obračanje, terapevtske vrtavke, naprave za prekopicavanje in guganje, majava deska, trampolin, viseče naprave za nihanje in vrtenje. Učenci in učitelj lahko tudi sami sestavijo določene pripomočke iz orodji, ki so jim na razpolago.

Naslednji sklop vaj vključuje gibanje z vrtenjem in guganjem. Guganje je za otroke zelo zabavna aktivnost, hkrati pa zadovolji potrebe hiperaktivnih otrok po vestibularnih dražljajih. Vrtimo se lahko v treh telesnih oseh. Vrtimo se lahko okoli vzdolžne osi: stoje ob glasbi, valjanje po strmini navzdol, vrtenje v visečem položaju na krogih. Vrtimo se lahko okoli prečne osi: prevračanje kozolcev, obračanje okoli droga. Nazadnje pa se lahko vrtimo še okoli globinske osi: z vrtenjem leže na deski s

koleščki. Pri teh dejavnostih naj bi dosegli, da se otrok sprosti in razbremeni. Namesto, da bi jih omejevali z disciplino in normami jim omogočimo, da svojega nagona po gibanju ne občutijo več kot nekaj slabega. Otroka spodbudimo h kreativnosti in razmišljanju.

2. Razvijanje zavornih sil in usmerjanje gibanja

Druga faza nauči otroke usmerjati in kontrolirati svoje gibanje. Preko zabavnih vaj jih pripelje do strukturiranja in usmerjanja nezaviranega gibalnega vedenja. Otroci pri tem doživljajo notranje zaviralne in usmerjevalne moči kot zadovoljstvo in samopotrjevanje. Za otroka je pomembno, da prek iger doživi zavestno obvladanje lastnega gibanja. Vaje, ki jih izvajamo, so vaje zaviranja, otrok določeno obliko gibanja na dogovorjeni znak čim hitreje prekine. Lahko so indijanci, ki na svojem konju hitro dirjajo proti breznu, ki ga lahko predstavlja debela vrv, položena na tla. Nato pa tik pred breznom svojega konja ustavijo. Te igre dopolnimo in razširimo z vajami usmerjanja. Usmerjanje je prvi korak nadzorovanja samega sebe. Na tla lahko položimo kolebnice in iz njih naredimo ozke ceste in križišča po katerih se otroci peljejo z rolkami ali pa tečejo naprej, nazaj po njih.

3. Izboljševanje koncentracije z zaprtimi očmi

Od časa do časa je za otroke s hiperkinetično motnjo potrebno, da za vir informacij uporabijo tudi druga čutila. Da bi prišli do tega spoznanja, se jim izključi vidni dražljaj. Otrok samostojno zapre oči ali pa mu jih zavežemo. Najprej naj v različnih okoliščinah prevzame vodstvo orientacija s tipalnim čutom. Za otroke postavimo ovire v prostor, ki si ga predhodno dobro ogledajo, nato zaprejo oči. Otrok s pomočjo tipanja prepozna ovire, predmete ali osebe. Vaje nato razširimo na prostorske izkušnje. Naloga otroka je priti do določenega cilja mimo ovir. Take vaje pripomorejo k povečani pozornosti in večji kontroli vedenja.

4. Urjenje vidne pozornosti

Po povečanju razpona slušne pozornosti pride na vrsto utrjevanje vidne pozornosti. Veliko nalog je takih, pri katerih otrok nestrpno pričakuje, da bo prvi prepoznal ali razlikoval. Važno je, da te vaje pričnemo v miru, na primer po kratkem odmoru. Privlačne igre so pantomima, kjer lahko za kratek čas zaprejo oči in prepoznajo spremembo položaja otroka, ki je model. Ko uspešno rešijo različne naloge v mirovanju, lahko rešijo enake vaje med gibanjem. Na začetku otroci hodijo, nato vedno hitreje tečejo okoli predmeta. Učitelj je lahko na sredini in s signalizacijo otrokom posreduje informacije o želenem gibu.

5. Premagovanje impulzivnosti

Bistvo te faze je, da otroka pripelje do samousmerjanja, posledica česar je kontrola vedenja in vedno boljši nadzor impulzov. Marianne Frostig (v Kiphard, 1997) se po vzoru Virginie Douglas opira na obrazec, ki med zaznan dražljaj in motorično reakcijo vrine kratek odmor za premišljanje. Obrazec sestavljajo štiri signali. STOJ - povzroči začasno nepremičnost. GLEJ - ta signal nauči otroke zaznati nov položaj. POSLUŠAJ - usmeri pozornost na dodatna in natančnejša navodila. MISLI - pomeni priložnost za pomislek in načrtovanje dejavnosti. Uporabi se vidne dražljaje, ki simbolizirajo določeni signal.

6. Športna dejavnost kot sredstvo samodiscipliniranja

Po opravljenih fazah in z zvišano kontrolo impulzov ter zmanjšanja brezciljnega gibanja vključimo v program tudi športne aktivnosti, ki jih imajo otroci radi. Pri skokih na velikem trampolinu so otroci vedno znova prisiljeni prilagoditi višino lastnim zmožnostim, da pristanejo na platnu. Tako izpolnjujejo zmogljivost prostorskega usmerjanja. Pri skokih v vodo prav tako rabi otrok visoko telesno disciplino. Podoben učinek je pri jahanju partnerja, saj se mora otrok s svojim gibanjem prilagoditi konju. Posebej pri akrobatiki je prisotna vidna kontrola lastnega gibanja in kontrola gibanja partnerja. Nikjer drugje se ne zahteva toliko prilagajanja in pozornosti. Lahko se uporabi tudi joga, ples, kotakanje, drsanje, kolesarjenje. Katero področje bomo izbrali je v veliki meri odvisno od pogojev, ki jih imamo za delo in od pripomočkov, ki so nam na voljo.

1.6.3. IGRE ZA POVEČANJE KONCENTRACIJE

»Igra je kot svojevrstna, svobodna in ustvarjalna dejavnost vpletena v življenje vseh otrok pa tudi odraslih, pomeni izziv in nove možnosti za spoznavanje samega sebe, drugih, za čudenje, iskanje, primerjanje, preizkušanje... » (Braemer, 1992, str. 5). Za otroke z motnjo pozornosti in koncentracije so zelo pomembne različne igre. Z igro je motiviranost pri delu večja, tako je učenje lažje in uspešnejše. Različne oblike športnih iger so primerne predvsem za otroke s hiperkinetično motnjo, saj lahko vso to svojo energijo izživijo preko sproščene igre. Braemer (1992) v svoji knjigi opisuje več vrst iger za povečanje koncentracije, ki so podrobneje opisane v nadaljevanju.

Indijanska igra

Vsi otroci sedijo v krogu na tleh, eden pa hodi po zunanji strani kroga. Ko se za nekom ustavi in se ga dotakne, ta vstane in nadaljuje kroženje, prvi pa se usede na izpraznjeno mesto. Če so vsi dobro razumeli začetna pravila igre, lahko stopnjujemo

težavnost. Otrok na različne načine kroži, na primer po vseh štirih, poskakuje ali pa se premika ritensko. Če se ustavi za nekom, ne da bi se ga dotaknil, se ta ne sme ganiti. Samo dotik je znak za menjavo. Otroci sedijo v krogu z zavezanimi očmi in poslušajo korakanje ali skakanje tistega, ki kroži. Kakor hitro se ustavi, skoči pokonci tisti, ki misli, da se je ustavil za njim.

Kačji kralj

Igro začnejo starši ali starejši otrok. Nekaj metrov dolgo vrvico primemo na enem koncu in jo s hitrimi gibi v levo in desno vlečemo po sobi, da se zadnji konec zvija kakor kača. Drugi poskušajo zadnji konec ujeti ali nanj stopiti. Kdor ga ujame, je kačji kralj (ali kraljica) in vodi vrvico naprej. Če je prostor bolj omejen, mora biti kačji kralj zelo spreten, v večjem prostoru pa je lov na kačji rep bolj naporen.

1.6.3.1. Žoganje

Žoga je za otroka eno najbolj privlačnih športnih pripomočkov. Žogo lahko otrok vrtil, kotali, meče, tolče ob tla, da poskakuje in jo lovi.

Svit, sveča, luč, mrak, tema, fuč

Otroci klečijo v krogu, vsak na svojem prostoru, ki je označen z brisačo in si podajajo žogo. Ko prvič nekdo kljub dobri podaji žoge ne ujame je svit, pri drugi napaki je sveča in tako naprej, pri fuč je izločen. Kdor ostane v igri je zmagovalec. Kadar igramo to igro na prostem, stojimo v krogu in razdalja med igralci je lahko večja; odvisna je od spretnosti otrok.

Klicna žoga

Otroci se postavijo v krog. Nekdo začne igro s tem, da vrže žogo v zrak in pokliče nekoga od soigralcev po imenu. Ta poskuša žogo čim prej ujeti, drugi se razkropijo. Ko žogo ujame, zakliče »stoj« in vsi se morajo tisti hip ustaviti. Nato poskuša z žogo nekoga zadeti. Kdor je zadet, dobi žogo, kdor zgreši, nadaljuje igro.

1.6.3.2. Igre z baloni

Balončkov nimamo samo zato, da jih napihujemo, dokler ne počijo. Poznamo številne igre, pri katerih lahko uporabljamo balone.

Na primer:

- a) Balon čim večkrat odbijemo v zrak, ne da bi se dotaknil tal. Enako poskusimo s hrbtno stranjo roke, z obema rokama izmenično ali z glavo. Če se usedemo na tla, lahko odbijemo balon tudi z nogo.
- b) Priredimo tekmovanje po sobi. Otrok mora kar najhitreje prehoditi določeno tekmovalno progo in pri tem odbijati balon z roko ali glavo. Na progo položimo različne ovire, ki jih je treba obhoditi ali preskočiti (stol, zaboj, blazine, klop). Po izkušnjah otroci pri igrah z baloni radi podivjajo.

Kadar igramo z večjo skupino otrok, uporabljamo največ dva balona. Preostali baloni naj ne bodo napihnjani in le pripravljeni, če kateri počijo. Najrazličnejših iger z baloni je veliko. Če poskrbimo za prijetno razpoloženje, si otroci sami izmislijo marsikaj novega.

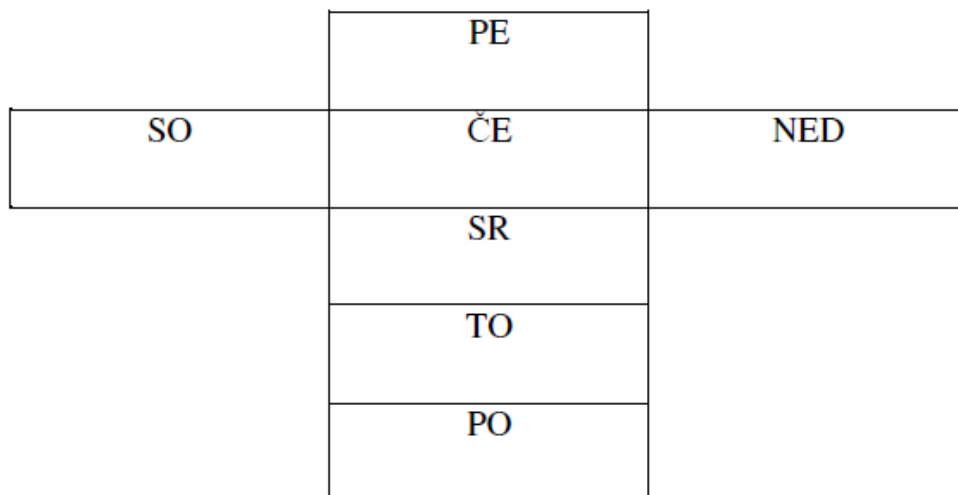
1.6.3.3. Poskočne igre

Poskočne igre so tiste igre, pri katerih otroci preskakujejo na tleh začrtana polja, v katera mečejo kamenčke. Najbolj običajna pravila so taka, da igralec vrže kamenček v eno polje, v katerega potem ne sme stopiti. Po eni nogi skače v vsa ostala polja po določenem vrstnem redu in kamenček spet pobere.

Teden

Osnova je tloris s sedmimi polji, ki pomenijo dneve v tednu. Prvi vrže kamenček v polje za ponedeljek, ga na eni nogi preskoči, pobere kamenček in skače po eni nogi do nedelje. Tam počiva in nadaljuje pot do sobote. Narisanih črt se ne sme dotakniti, vsa polja mora po vrsti preskočiti in kamenčka ne sme zgubiti. Nato vrže kamenček na torek in tako naprej. Če polja ne zadene ali napravi napako, je na vrsti naslednji igralec. Vsakdo, ki pride spet na vrsto, nadaljuje tam, kjer je prej zgrešil. Zmaga tisti, ki prvi pravilno sedemkrat preskoči vsa polja. Če igrajo otroci naprej, si lahko vsak, ki je igro uspešno opravil, izbere eno polje, v katero drugi ne smejo stopiti (polja za nedeljo si ne sme nihče izbrati). Vrstni red igranja določijo igralci tako, da si vržejo

kamenček iz večje razdalje v polje nedelja. Kdor vrže najbližje, začne igrati, naslednji najbližji je drugi in tako naprej.



Slika 3. Tloris s sedmimi polji (Braemer, 1992).

1.6.3.4. Odzivne igre

Pri odzivnih igrah otroci ob določenem znaku, besedi reagirajo in izvršijo določeno akcijo. Glede na starost in sposobnost otrok lahko prilagajamo zahtevnost igre oziroma število gesel.

Kje imaš trebuh?

Preden začnemo to igro, mora biti vsem otrokom jasno, kje imamo trebuh, hrbet, ritko, noge in roke. Otroci se po mili volji sprehajajo ali podijo po sobi in čakajo na določen vzklik. Če zakličemo: «Kje je trebuh?» ležejo vsi čim hitreje na trebuh. Podobno napravijo pri besedi "roke" - stegnejo vsi roke kvišku. Med posameznimi vzkliki naj bo različno dolg presledek, da se otroci ne navadijo na hitre reakcije.

1.6.3.5. Plesne igre ob glasbi

Pri plesnih igrah poudarjamo prosto gibanje ob glasbi. Otroci se lahko pri plesu tudi maskirajo, oblečejo drugačne obleke, nadenejo papirnate klobuke in maske. Še posebej pa je za otroke zanimivo, če celo vrsto udeležencev pokrijemo z rjuho in se igramo, da smo kača velikanka, ki jo je potrebno ukrotiti. Ko glasbo prekinemo, mora kača otrpniti. Pri tihi glasbi leze previdno in počasi, pri močni pa topota in divja.

Igramo zrcalo

Vsak otrok poišče partnerja, ki naj bi bil njegova zrcalna slika. Zrcalni tovariš natančno posnema vsak gib svojega izvirnika. Čez nekaj časa otroka vloži zamenjata. Nato poskuša zrcalni partner narediti prav nasprotno gibe od svojega tovariša. Tudi to vlogo zamenjata. Zrcalne in nasprotno gibe menjavamo v daljših ali krajših presledkih na določen znak. Gibi se lahko prilagajajo posameznim glasbilom po hitrosti in izrazitosti.

1.7. PROBLEM, CILJI IN HIPOTEZE

Usposobljenost učiteljev športne vzgoje za delo z učenci s hiperkinetično motnjo oz. z učenci s posebnimi potrebami je ena od temeljnih zmožnosti, ki naj bi jih učitelj na šoli imel. Športna vzgoja je predmet, pri katerem naj bi vsi otroci sodelovali in je pomemben za kakovost življenja posameznika. Tukaj otroci s hiperkinetično motnjo ne smejo biti prikrajšani.

Z raziskavo želimo ugotoviti, koliko znanja imajo učitelji športne vzgoje o otrocih s hiperkinetično motnjo, ali imajo dovolj informacij o hiperkinetični motnji, kakšno je njihovo mnenje o integraciji otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole, ali se počutijo dovolj usposobljene za delo z otroci s hiperkinetično motnjo, koliko dodatnih izobraževanj se udeležijo in koliko jih izrabljajo...

Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kakšna je usposobljenost učiteljev športne vzgoje za delo z učenci s hiperkinetično motnjo.

V diplomskem delu nameravamo preveriti naslednje hipoteze:

H1: Športni pedagogi menijo, da imajo dovolj znanja o hiperkinetični motnji.

H2: Učitelji, ki se udeležijo več ur dodatnih strokovnih izobraževanj na temo hiperkinetične motnje se počutijo bolj usposobljene za delo z otroki s to motnjo.

H3: Učitelji se počutijo usposobljene za delo z otroci s hiperkinetično motnjo.

2. METODA

2.1. PREIZKUŠANCI

Vzorec je priložnosten. Sestavljajo ga učitelji športne vzgoje osnovnih šol, ki so prejeli anketni vprašalnik in nanj odgovorili. V vzorec so bili zajeti učitelji športne vzgoje, ki so včlanjeni v Zvezo društev športnih pedagogov Slovenije in imajo veljaven elektronski naslov. Vprašalnik je prejelo približno 400 anketirancev, nanj pa je odgovorilo 110 učiteljev.

V raziskavi je sodelovalo 53 moških (48%) in 57 žensk (52%). Njihova starost se giblje od 25 do 64 let, povprečno 45,1 let. Reševanje anketnega vprašalnika je bilo elektronsko, zato smo se zavedali pomanjkljivosti, da verjetno starejši učitelji športne vzgoje ne bodo odgovarjali na anketni vprašalnik. Podatki o udeležbi ankete so pokazali, da so starejši učitelji dovolj seznanjeni s tehnologijo, saj takega problema nismo imeli. Dobili smo odgovore tako mlajših kot starejših učiteljev športne vzgoje.

Tabela 1

Starost anketirancev

Starost	Število	Procent
25-34	18	16%
35-44	28	25%
45-54	56	48%
55 in več	11	10%
Skupaj	110	100%

Bolj kot podatek o starosti je za raziskavo pomemben podatek o delovni dobi učiteljev. Iz trajanja delovne dobe lahko sklepamo o izkušnjah posameznega učitelja.

Tabela 2

Delovna doba učiteljev športne vzgoje

Delovna doba (leta)	f	f%
1-10 let	21	19%
10-20 let	29	26%
več kot 20 let	60	55%
Skupaj	110	100%

Na vprašalnike je odgovorilo 21 (19 odstotkov) učiteljev športne vzgoje, ki imajo do 10 let delovnih izkušenj, 29 (26 odstotkov) učiteljev, ki ima od 10 do 20 let delovnih izkušenj in 60 (55 odstotkov) učiteljev, ki ima več kot 20 let delovnih izkušenj.

2.2. PRIPOMOČKI

V raziskavi smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz 24 vprašanj, od katerih se prva štiri nanašajo na splošne podatke o anketirancu. Ostala vprašanja so razdeljena na dva dela, na izkušnje učiteljev športne vzgoje s hiperkinetično motnjo in seznanjenostjo učiteljev športne vzgoje s hiperkinetično motnjo. Vprašalnik je sestavljen iz enega vprašanja odprtega tipa in preostalih vprašanj, ki so zaprtega tipa, vseboval je 5 stopenjsko Likertovo lestvico.

Vprašalnik zajema naslednje spremenljivke:

- spol,
- starost učitelja športne vzgoje,
- leta prakse,
- število poučevanih otrok s hiperkinetično motnjo,
- izkušnje učiteljev športne vzgoje z otroci s hiperkinetično motnjo,
- usposobljenost učiteljev športne vzgoje za poučevanje otrok s hiperkinetično motnjo,
- mnenje športnih pedagogov o dodatnem strokovnem izobraževanju.

2.3. POSTOPEK

Anketni vprašalnik je bil sestavljen na spletni strani www.surveymonkey.com. Povezavo tega vprašalnika smo poslali po elektronski pošti učiteljem športne vzgoje na osnovnih šolah, ki so včlanjeni v društvo športnih pedagogov. Učitelji so anketni vprašalnik reševali na računalniku, spletna stran pa je sproti zbirala podatke. Tako so bili podatki popolnoma anonimni. Anketiranje je potekalo od 12. maja do 12. junija 2009.

Podatke, ki smo jih dobili s pomočjo ankete, smo obdelali s pomočjo Microsoft Excela in programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

3. REZULTATI Z RAZPRAVO

Vprašanja anketnega vprašalnika smo zaradi boljše preglednosti razdelili v tri sklope: splošni podatki, izkušnje učiteljev športne vzgoje s hiperkinetično motnjo ter seznanjenost učiteljev športne vzgoje s hiperkinetično motnjo.

3.1. SEZNANJENOST ŠPORTNIH PEDAGOGOVS S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Hiperkinetična motnja je še vedno ena od največkrat diagnosticiranih motenj šolo obveznih otrok po vsem svetu. Učitelji so pomemben dejavnik pri prepoznavanju otroka, ki rabi posebno pomoč in prilagojen pouk. Zato je zelo pomembno, koliko učitelj ve o hiperkinetični motnji in kako se bo z motnjo soočil sam. V raziskavi smo spraševali učitelje športne vzgoje, koliko vedo o motnji sami in koliko izobraževanj na to temo so se udeležili.

Medtem ko so si raziskave o prepoznavnosti hiperkinetične motnje in ukrepih učiteljev na splošno zelo podobne, se razlikujejo predvsem v metodologiji in o vrsti znanj o motnji, ki jo hočejo izmeriti. V študiji Schwan idr. (1993, v Macey, 2005) so na primer želeli izmeriti, koliko učitelji verjamejo v mite o hiperkinetični motnji.

Raziskava je pokazala, da so se skoraj vsi (87%) anketirani že srečali z otroci s hiperkinetično motnjo. Velika večina (80%) športnih pedagogov je že poučevala otroka s hiperkinetično motnjo. Tukaj se poraja vprašanje, če so bili vsi ti otroci pravilno diagnosticirani s hiperkinetično motnjo in ali so bili športni pedagogi opozorjeni na to, da imajo v razredu učenca z motnjo, ali pa so znake motnje prepoznali sami in si sami ustvarili mnenje, da ima otrok neke vrste hiperkinetično motnjo. Dejstvo je, da je v javnosti v zadnjih letih vedno več informacij o hiperkinetični motnji, vendar je pravilnost teh informacij vprašljiva. Kot pravi Schwan idr. (1993, v Macey, 2005), imajo učitelji večkrat predstave o motnji, ki so zmotne. Pfinner and Barkley (1989, v Macey, 2005) pravita, da imajo pedagogi večkrat napačne podatke o etiologiji, poteku in rezultatih hiperkinetične motnje.

Nadalje nas je zanimalo, koliko izkušenj imajo anketiranci z otroci s hiperkinetično motnjo, kako takšnega otroka doživljajo in s kom vse sodelujejo, ko se srečujejo s poučevanjem otroka z motnjo.

V vzorcu anketiranih športnih pedagogov jih v svoji poklicni karieri 20% še ni poučevalo otroka s hiperkinetično motnjo. Več kot polovica (57%) je poučevala od 1 do 5 otrok s hiperkinetično motnjo. 8,2% športnih pedagogov je poučevalo od 6 do 15

otrok s hiperkinetično motnjo 13,6% športnih pedagogov pa je poučevalo več kot 15 otrok s hiperkinetično motnjo.

Od 80% tistih, ki so že poučevali otroka s hiperkinetično motnjo, jih je bilo 70% predhodno seznanjenih, da bo v njihovem razredu učenec s to motnjo. Tako so imeli dovolj časa, da so se pripravili na poučevanje otroka z motnjo.

Vprašalnik je vseboval vprašanja o mnenju učiteljev športne vzgoje o vključitvi otrok s hiperkinetično motnjo k rednemu pouku, o njihovem mnenju glede potrebe po specialnem pedagogu pri pouku športne vzgoje ter o tem, ali so otroci s hiperkinetično motnjo deležni posebne pozornosti pri uri športne vzgoje. Vprašali smo jih tudi, če menijo, da je najboljša terapija zdravljenje te motnje s tabletami, ali se morajo posebej pripravljati na delo z otrokom s to motnjo, ali po njihovem mnenju gibanje pozitivno vpliva na zmanjšanje te motnje. Zanimalo nas je tudi, če v zadnjih petih letih število otrok s to motnjo narašča ter njihovo mnenje o integraciji teh otrok.

Tabela 3

Mnenja učiteljev o hiperkinetični motnji

		1 se ne strinjam	2 deloma se ne strinjam	3 neodločen	4 deloma se strinjam	5 povsem se strinjam
Otrok s hiperkinetično motnjo se je zmožen normalno vključiti v pouk	f%	4%	16%	15%	55%	9%
Otrok s hiperkinetično motnjo potrebuje pri pouku športne vzgoje specialnega pedagoga	f%	9%	14%	25%	38%	14%
Otrok s hiperkinetično motnjo je pri uri športne vzgoje na naši šoli deležen posebne pozornosti.	f%	5%	12%	25%	45%	13%
Najboljša terapija za zdravljenje hiperkinetične motnje je zdravljenje s tabletami	f%	50%	18%	25%	5%	2%
Za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo se je potrebno posebej pripraviti.	f%	1%	1%	8%	32%	58%
Gibanje pozitivno vpliva na blaženje simptomov, ter na lažje prilagajanje otroka na okolje	f%	0%	1%	6%	23%	70%
V zadnjih 5 letih število otrok s hiperkinetično motnjo narašča	f%	3%	7%	25%	25%	41%
Kakšno je vaše mnenje o integraciji otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole?	f%	4%	8%	22%	48%	18%

Mnenja športnih pedagogov o hiperkinetični motnji so vzpodbudna, saj kažejo, da so pedagogi večinoma pripravljeni vključiti otroka k pouku: kar 55,5% športnih pedagogov se strinja, da se je otrok s hiperkinetično motnjo zmožen normalno vključiti v pouk. Ob tem pa je 38,2% športnih pedagogov mnenja, da potrebuje otrok z motnjo pri pouku športne vzgoje specialnega pedagoga. Prav tako jih 44,5% pravi, da so otroci s hiperkinetično motnjo na njihovi šoli deležni posebne pozornosti, kar je v skladu s trditvijo Pulec Lahove (2009), ki v svojem članku navaja dejstvo, da med 30-50% otrok prejme različne oblike specialno pedagoške pomoči zaradi učnih težav.

50% športnih pedagogov se ne strinja s trditvijo, da je za zdravljenje hiperkinetične motnje najboljša terapija zdravljenje s tabletami. Pri tem vprašanju nam seveda manjka podrobnejše vprašanje o tem, kaj učitelji menijo o zdravilih, ki jih uporabljajo pri zdravljenju. Raziskave namreč kažejo, da ima veliko učiteljev napačno mnenje o vrsti zdravil, ki naj bi se uporabljala za otroke s to motnjo. Oimova (2004) v svoji raziskavi ugotavlja, da kar 97% učiteljev verjame v zdravljenje s pomirjevali, kar pomeni, da imajo tudi napačno predstavo o motnji sami. Vemo, da je Ritalin, ki se največkrat uporablja za zdravljenje te motnje, pravzaprav spodbujevalo. V raziskavi Kleynhansova (2005) ugotavlja, da učitelji niso enotnega mnenja o tem, ali stimulansi pozitivno vplivajo na otroke s hiperkinetično motnjo. Avtor navede tudi dejstvo, da je imelo v 70% primerov zdravljenje z antidepresivi enak učinek na otroka kot zdravljenje s stimulansi. Iz tega sledi, da se lahko antidepresivi uporabijo kot zdravilo za tiste otroke, pri katerih stimulansi ne delujejo.

Zaskrbljujoči so podatki, da se 24,5% športnih pedagogov niti ne strinja niti strinja s trditvijo oziroma nimajo izdelanega mnenja o zdravljenju z tabletami kot najboljšo obliko zdravljenja. Jensen idr. (2001) so v svoji raziskavi dokazali izboljšanje psiholoških simptomov, akademskih dosežkov, samopodobe in pa celotnega funkcioniranja po 14 mesecih interdisciplinarnega zdravljenja (zdravljenja z zdravili in vedenjskim treningom). Med 579 testiranci, ki so bili vključeni v raziskavo, jih je imelo od 26 do 28 % boljše rezultate od testirancev, ki so bili deležni samo zdravljenja z zdravili. Po treh letih po izvedeni študiji so otroci kazali, da so bolj zbrani pri pouku, kazali so manj anti socialnega vedenja ter boljše prilagojenost doma in v šoli (Jensen idr., 2001).

S trditvijo, da se je treba na delo z otrokom s hiperkinetično motnjo posebej pripraviti, se je povsem strinjalo 58,2% športnih pedagogov. Navdihujoči so rezultati trditve, da gibanje pozitivno vpliva na blaženje simptomov, ter na lažje prilagajanje otroka s hiperkinetično motnjo na okolje - kar 70% športnih pedagogov se s tem povsem strinja.

Integracijo otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole močno podpira 40,9% športnih pedagogov, 24,5% se deloma strinja, enako število pa je neopredeljenih.

3,6% športnih pedagogov se popolnoma ne strinja z integracijo otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole. To se ujema z rezultati Kosove (2008) o vedenju, mišljenju in strategijah spoprijemanja s hiperkinetično motnjo v ZDA, ki kažejo, da se večina učiteljev strinja z integracijo otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole. Vendar pa poudarja, da potrebujejo učenci s hiperkinetično motnjo več pozornosti kot drugi otroci. Prav tako podpira integracijo otrok s hiperkinetično motnjo 40% anketiranih učiteljev v raziskavi Smallove (2003). Poudariti pa je potrebno, da le ta v raziskavi navaja, da 33% učiteljev meni, da bi se morala uvrstitev učenca v programe določati glede na njegove sposobnosti in ne na diagnozo, da ima otrok hiperkinetično motnjo.

Rezultati naše ankete so vzpodbudni, saj se učitelji športne vzgoje zavedajo, da so učenci s hiperkinetično motnjo drugačni od ostalih, vendar se lahko tako kot vsi ostali normalno vključijo v pouk. To predstavlja seveda izziv učitelju, saj zaradi takšnega učenca išče nove in drugačne poti k poučevanju in vključevanju tega otroka k pouku. Učitelj, ki mu je otrok s hiperkinetično motnjo izziv, takega otroka ne doživlja kot obremenitev in zaradi njega ni slabe volje. Prav tako ni nevarnosti, da bi otroka pozabil in mu ne bi omogočal prilagoditev, ki jih potrebuje. Učitelj naj bi se z izzivom spopadel in poskušal otroku s hiperkinetično motnjo pomagati po najboljših močeh.

Učitelji so v anketnem vprašalniku odgovarjali tudi na vprašanje o sodelovanju z drugimi strokovnjaki. Zanimalo nas je, s kom vse sodelujejo, ko poučujejo otroka s hiperkinetično motnjo. Anketiranci so lahko izbirali med več odgovori in tudi obkrožili več odgovorov hkrati.

Tabela 4

Sodelovanje učiteljev športne vzgoje z ostalimi pri poučevanju otrok s hiperkinetično motnjo

Pogostost sodelovanja z ostalimi	f%
S šolsko svetovalno službo	78,2%
S kolektivom, z učitelji kolegi	70,9%
S starši	59,1%
Z zunanjimi ustanovami	9,1%
Z nikomer	3,6%
Otroka s hiperkinetično motnjo še nisem poučeval	12,7%
Drugo	4,5%

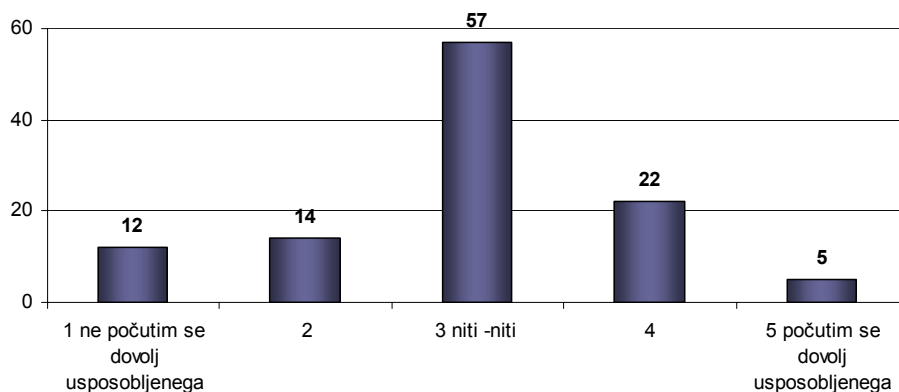
Vsi, razen 3,6% anketirancev, sodelujejo z ostalimi vpletenimi, ko poučujejo otroka s hiperkinetično motnjo. Največ, 78,2%, jih sodeluje s šolsko svetovalno službo, 70,9% s kolektivom, z učitelji kolegi in 59,1% tudi s starši. 3,6% jih je odgovorilo, da ne sodelujejo z nikomer. 4,5% jih je odgovorilo, da sodelujejo z drugimi, vendar pa sta

samo dva odgovora, ki jih lahko upoštevamo. Mnenje enega je, da bi se posvetoval z medicinsko sestro in psihologinjo, drugi pa bi uporabil še strokovno literaturo.

Poučevanje otroka s hiperkinetično motnjo zahteva od učiteljev, da sodelujejo s šolsko svetovalno službo, z drugimi učitelji, s starši, z zunanjimi ustanovami, torej z vsemi vpletenimi. Sodelovanje s šolsko svetovalno službo je pomembno, saj imajo strokovnjaki več specifičnega znanja o hiperkinetični motnji in so dolžni učitelju pomagati, da bo delo lažje organiziral. Pri sodelovanju s kolektivom oziroma učitelji kolegi gre za izmenjavanje dragocenih izkušenj in dajanje podpore drug drugemu. Sodelovanje s starši je neizogibno, saj so ti najbolj odgovorni za otroka in so lahko učitelju v veliko pomoč z vsemi izkušnjami, ki jih imajo. Mnogo raziskav je pokazalo pozitivne rezultate oz. izboljšanje stanja otroka z motnjo v šoli, kjer med seboj sodelujejo vsi: strokovnjaki, šola in starši. Učinkovito sodelovanje med šolo in starši zagotovi ustrezno povezavo med dvema najbolj pomembnima okoljema v otrokovem življenju (Identifying and treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2003). Sodelovanje med šolo in starši je posebej pomembno pri začetnem pregledu stanja otrokovega vedenja in njegove uspešnosti v šoli, evalvacijo zdravnega procesa, modifikacijo učnega procesa in koordinacijo nalog.

3.2. USPOSOBLJENOST ŠPORTNEGA PEDAGOGA ZA DELO Z OTROKOM S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Dodatno strokovno izobraževanje omogoča učiteljem profesionalni razvoj in izpopolnjevanje v učiteljskem poklicu. Zanimalo nas je, kaj o tem menijo učitelji športne vzgoje. Najprej smo učitelje spraševali o občutku usposobljenosti, ki ga imajo za delo z otroci s hiperkinetično motnjo, nato o njihovem mnenju in izkušnjah o dodatnem strokovnem izobraževanju ter o izobrazbi o hiperkinetični motnji, ki so je bili deležni.



Slika 4. Mnenje anketirancev o njihovi usposobljenosti za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo.

Hipoteza 3 trdi, da se športni pedagogi počutijo usposobljene za delo z otroci s hiperkinetično motnjo. Kot kaže grafični prikaz ankete v sliki 3 je to hipotezo mogoče zavrniti, saj kažejo rezultati popolnoma drugače. Samo 4,5% športnih pedagogov se počuti dovolj usposobljene, kar 51,8% se jih ne počuti niti usposobljene in niti neusposobljene, kar 23,6% pa se jih ne počuti dovolj usposobljene. Glede na pojavnost hiperkinetične motnje in na število dodatnih ur izobraževanj, dostopnih učiteljem so bila naša pričakovanja drugačna. Pričakovali smo, da se bo več učiteljev počutilo usposobljeno za delo z otroci s hiperkinetično motnjo.

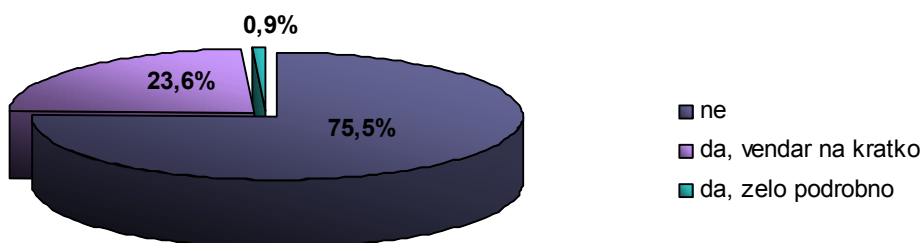
Enake rezultate je dobila Pulec Lahova (2009) v svoji raziskavi. Iz tega lahko sklepamo, da učitelji sicer hiperkinetično motnjo prepoznajo, vendar ne vedo, kako bi se nanjo odzvali. Znano je, da veliko učiteljev doživlja otroka s hiperkinetično motnjo kot nemirnega, motečega, neposlušnega, jeznega, nezainteresiranega, neobvladljivega, agresivnega, neprilagodljivega in egocentričnega. Pogosto si tako vedenje razlagajo kot potrebo po pozornosti, veliko učiteljev pa je mnenja, da je otrok prava nadloga in da je vzrok vseh težav v razredu. V raziskavi Pulec Lahove (2009) je ena tretjina anketiranih učiteljic mnenja, da je tak otrok »zguba«, ki bo zrasel v neodgovornega odraslega in nikoli ne bo dokončal srednje šole, in podobno. Prav tako dobra tretjina učiteljic, med njimi več mlajših, razmišlja, da so za otrokovo vedenje krivi starši, in da bi otrok funkcioniral bolje, če bi bili starši boljši. Pogosto imajo učitelji težave tudi v odnosu s starši otrok. Tretjina (več kot polovica mlajših učiteljic) učiteljev je občasno prepričanih, da so v razredu storili vse, kar so lahko, da je njihov razred polomija, in da otroka s hiperkinetično motnjo ne morejo obvladati. Mnogo redkeje učiteljice navajajo, da tak učenec v njih vzbudi ustvarjalnost, razmišljanje, vztrajnost, razumevanje, strpnost, veselje in zadovoljstvo. Dejstvo, da dobra tretjina učiteljic včasih razmišlja, da so za razmere v razredu krive same, kaže na to, da je za učitelje, ki imajo v razredu učenca z hiperkinetično motnjo, tak učenec velika obremenitev (Pulec Lah, 2009).

Kot primer, kakšno razmišljanje o hiperkinetični motnji lahko še vedno najdemo med učitelji in kako so nekateri še vedno nepoučeni, navajamo spodnji odgovor na poslano anketo.

»Na hitro sem šel skozi tale vprašalnik o otrocih s hiperkinetično motnjo. V zadnjih desetih letih mojega poučevanja sem naletel na tri otroke z diagnozo Hiperkinetična motnja. Moja hipoteza je takšna, da to sploh ni bolezen otrok, ampak je bolezen staršev. Starši ne vzgajajo svojih otrok ampak jim popuščajo. Ko zadeva preide tako daleč, da jih ne obvladajo več, se obrnejo na psihiatra, tabletko za pomirjanje itd. Psihiater seveda z veseljem sprejme diagnozo staršev in ima tako novo stranko. Otroci pa sprejmejo diagnozo in tako dobijo poseben status doma, v šoli dodatno učno pomoč, popuščanje pri obnašanju in pri učenju itd. Mislim, da bi takšnim otrokom lahko najbolj pomagali starši z navajanjem na pravila, še bolje pa bi bilo za

njih, da bi dobili nove skrbnike. Trdim pa (vsaj za te tri učence), da če bi jih zaprli za en teden v kakšno psihiatrično ustanovo, bi takoj čudežno ozdraveli in bi se poskušali znebiti modne diagnoze» (N. Smonig, osebna komunikacija, 3.6.2009).

Kosova (2008), v svoji raziskavi navaja, da imajo učitelji na testih znanja o hiperkinetični motnji nizki delež pravih odgovorov (57%). V drugih študijah o znanju učiteljev o hiperkinetični motnji, ki jih navede, se delež pravih odgovorov giblje od povprečno nizkega do srednjega (48% - 81%). To pa je še vedno prenizko, da bi lahko pričakovali, da bo povprečni učitelj vedel, kako je potrebno ukrepati in prilagoditi program takšnemu otroku (Jerome, 1994, v Jerome, 1999, v Piccolo-Torsky in Waishwell, 1998, v Power, 1995, v Sciutto, 2000, vsi v Kos, 2008). Poudariti je potrebno, da je razlika med neznanjem in napačnim znanjem velika. Učitelj, ki ne bo vedel veliko o motnji, bo pazljiv in bo poiskal pomoč drugje, učitelj z izdelanim, vendar napačnim pogledom na motnjo, pa lahko poda staršem in učencu napačna priporočila in nasvete. Kleynhansova (2005) v svoji raziskavi navaja, da kar 65,2% anketirancev verjame, da zmanjšanje vnosa sladkorja in dodatkov k hrani učinkovito zmanjša simptome. Dodatno poudari, da 59,6% učiteljem primanjkuje znanja o hiperkinetični motnji in da ima 31,2% učiteljev napačno znanje o motnji.



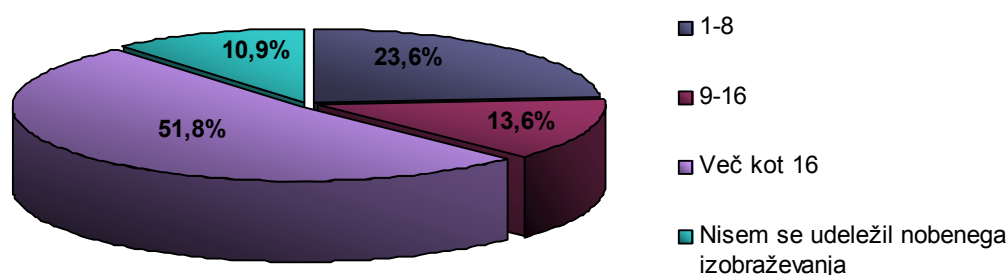
Slika 5. S hiperkinetično motnjo sem se spoznal že med študijem.

Anketirancem smo postavili vprašanje, če so se s hiperkinetično motnjo spoznali že med študijem. Kot je razvidno iz slike 4, je seznanjenost športnih pedagogov z motnjo že med študijem zelo nizka, samo 0,9% športnih pedagogov se je seznanilo z motnjo zelo podrobno, 23,6% pedagogov je motnjo obravnavalo znotraj kakšnega od predmetov, 75,5% pa se ni niti spoznalo z motnjo. Podobne rezultate dobi Smallova (2003) v svoji raziskavi, 99% in 89% Američanov in Kanadčanov je mnenja, da med študijem in tudi po njem ni dobilo dovolj znanja o hiperkinetični motnji. Ob tem velja seveda opozoriti, da do sedaj ni bilo dovolj študij na tem področju, tiste, ki so bile izvedene, pa kažejo podpričakovane rezultate glede seznanjenosti učiteljev s hiperkinetično motnjo.

61,8% športnih pedagogov se prav tako strinja, da Fakulteti za šport niso dobili dovolj znanja o hiperkinetični motnji, nihče ni mnenja, da je dobil dovolj znanja o motnji. 12,7% športnih pedagogov je neopredeljenih, 7,2% jih je mnenja, da so deloma dobili dovolj znanja. Razlog za to je lahko nezainteresiranost pedagogov o sami motnji, ali pa so se nekateri izmed anketiranih usmerili v specialno športno vzgojo in se tako bolj natančno seznanili s temo. V raziskavah v ZDA so podatki o pridobljenem znanju zelo podobni. Smallova (2003, v Bussing, 2002, v Sciutto, 2000) navaja, da v študiji leta 2000 27% do 50% anketiranih učiteljev ni bilo deležnih nobenega znanja o hiperkinetični motnji med leti študija. Novejše študije sicer kažejo napredek, saj kažejo, da je kar 64% učiteljev deležnih vsebin o hiperkinetični motnji že med študijem.

Anketa je dala zelo primerljive rezultate kot jih navaja Smallova, kar pomeni, da se med študijem srečamo s to tematiko, vendar žal ne v zadostni meri. Hiperkinetična motnja je največkrat omenjena pri predmetih, ki obravnavajo motnje in specialne vrste vzgoje. Tisti, ki so odgovorili pritrdilno na vprašanje, če so se spoznali z motnjo že med študijem, so verjetno redki, ki jim je bila snov še posebej zanimiva ali pa so izbrali za usmeritev specialno športno vzgojo in so podrobneje obravnavali motnjo. Rešitev mogoče ni v predmetniku in drugačnem študiju, ampak v nadaljnjem izobraževanju pedagogov.

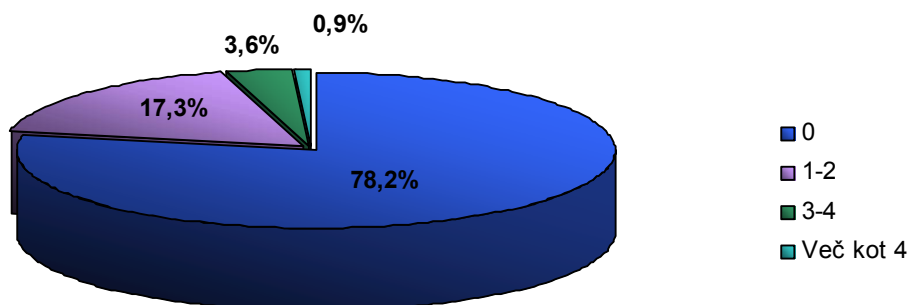
Nadalje smo vprašali anketirance, koliko dodatnih ur izobraževanj so obiskali v preteklem šolskem letu in koliko izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo so se udeležili v preteklih petih letih.



Slika 6. Koliko dodatnih ur izobraževanj ste obiskali v preteklem šolskem letu?

Iz slike 5 je razvidno presenetljivo veliko število ur izobraževanj športnih pedagogov v preteklem šolskem letu, saj se jih je kar 51,8% udeležilo več kot šestnajst ur. 23,6% športnih pedagogov pa se je udeležilo od ene do osem ur dodatnih izobraževanj. 13,6% športnih pedagogov se je udeležilo od devet do šestnajst ur dodatnih

izobraževanj. Samo 10,9% pedagogov se v preteklem šolskem letu ni udeležilo nobenega izobraževanja. Lahko, da se pedagogi več izobraževanj niso udeležili zaradi različnih vzrokov, lahko so finančni, izostanek od pouka ali celo, da so izobraževanja nezanimiva in se ponavljajo.

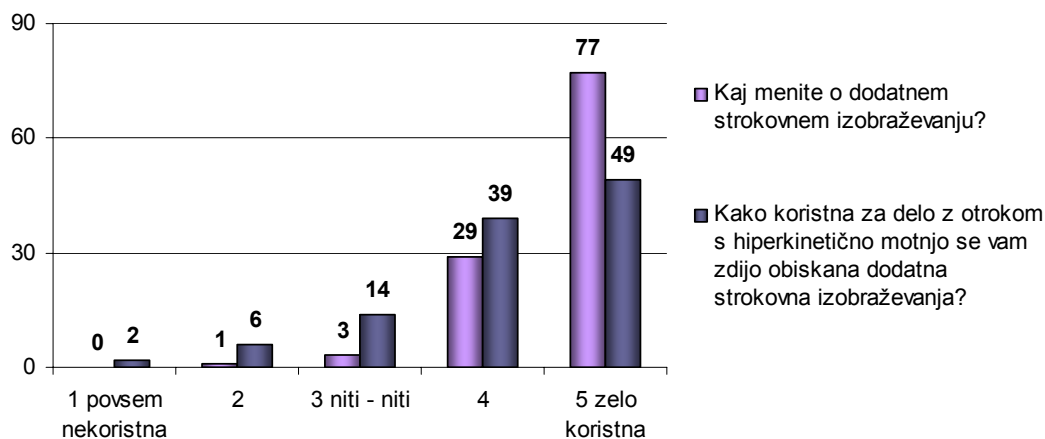


Slika 7. Koliko izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo ste se udeležili v zadnjih petih letih?

Kot prikazuje slika 6 se 78% anketiranih pedagogov v zadnjih petih letih ni udeležilo nobenega strokovnega izobraževanja na temo otroci s hiperkinetično motnjo. Enega do dveh izobraževanj se je udeležilo 17,3% športnih pedagogov, treh do štirih izobraževanj se je udeležilo 3,6% pedagogov, en pedagog pa je bil na več kot štirih izobraževanjih na temo otrok s hiperkinetično motnjo. Torej so se športni pedagogi udeležili zelo malo izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo. Res je, da kar 20,9% športnih pedagogov še ni poučevalo otroka s hiperkinetično motnjo, več kot polovica (57,3%) pa je že poučevala otroka s hiperkinetično motnjo. Na tem mestu lahko zavrnamo hipotezo 1, ki pravi, da imajo športni pedagogi dovolj znanja o hiperkinetični motnji. Navedeni rezultati kažejo, da se kar 75,5% pedagogov ni seznanilo s hiperkinetično motnjo že med študijem in da se jih v zadnjih petih letih kar 78,2% ni udeležilo nobenega dodatnega izobraževanja na temo otroci s hiperkinetično motnjo. Glede na dejstvo, da je vedno več otrok z motnjo, bi bilo potrebno organizirati dodatna izobraževanja za učitelje in dati več poudarka tej tematiki že na fakulteti. Razmisliti je potrebno tudi, če bi bilo smiselno dodatna strokovna izobraževanja na to temo celo vključiti v obvezni del dodatnega izobraževanja.

Športne pedagoge smo nato vprašali, če menijo, da so se udeležili ravno prav, premalo ali preveč dodatnih strokovnih izobraževanj na temo otrok s posebnimi potrebami in na temo otrok s hiperkinetično motnjo. 88% športnih pedagogov meni, da so se udeležili premalo izobraževanj o hiperkinetični motnji, 75% jih meni, da so se udeležili premalo izobraževanj na temo otrok s posebnimi potrebami. 11,8%

pedagogov meni, da so se udeležili ravno prav izobraževanj o hiperkinetični motnji, in 23,6% jih je mnenja, da so se udeležili ravno prav izobraževanj o otrocih s posebnimi potrebami. Zanimiv je podatek, da en učitelj (0,9%) meni, da se je udeležil preveč izobraževanj na temo otroci s posebnimi potrebami.

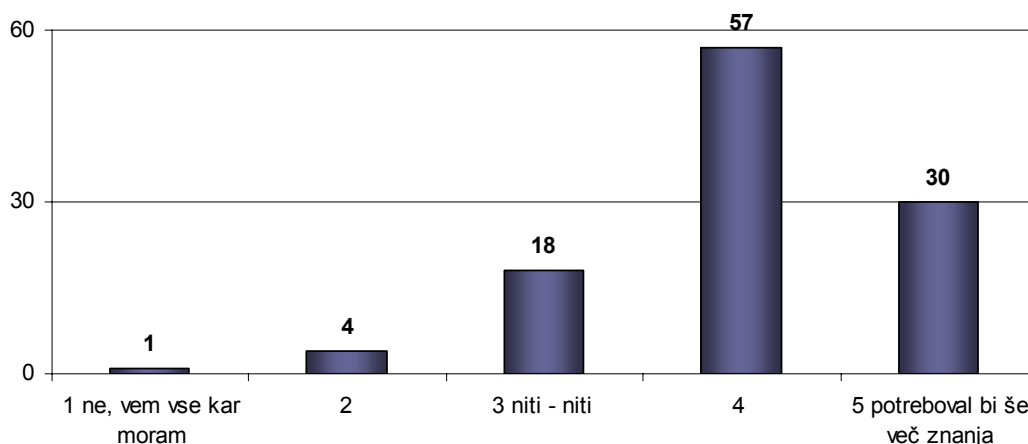


Slika 8. Mnenje o dodatnem strokovnem izobraževanju in o koristi izobraževanja za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo.

Večini športnih pedagogov (70%) se zdijo dodatna strokovna izobraževanja nasploh zelo koristna, vendar pa jih samo 45% meni, da so zelo koristna za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo, 35% pedagogov meni, da so koristna do neke mere, 13% pa jih nima posebnega mnenja. Nobenemu učitelju se ne zdijo dodatna strokovna izobraževanja povsem nekoristna, vendar pa se 1,8% pedagogom zdi, da so dodatna izobraževanja povsem nekoristna za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo. Prav tako 5,5% pedagogov meni, da so dodatna izobraževanja za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo nekoristna, ko pa primerjamo z mnenjem o dodatnem izobraževanju na splošno, jih samo 0,9% meni, da je nekoristno. V današnjem času se vsebine na področju strokovnih in pedagoških znanj hitro spreminjajo, zato je nujno potrebno, da so učitelji v koraku s časom tako na področju športne vzgoje kot na didaktičnem področju (nove učne metode in oblike, novi pristopi pri poučevanju,...). Za pedagoge je zelo pomembno, da se na izobraževanjih srečajo med seboj in si delijo izkušnje. Verjetne pomanjkljivosti izobraževanj so predvsem, da so preveč teoretična, vsako leto ista, da je premajhna izbira, da so izvedena nezanimivo in da manjka praktičnih nasvetov. Možno je tudi, da se učitelji raje udeležijo izobraževanj na temo svoje stroke, redkeje pa se udeležijo izobraževanj iz specifičnih psiholoških znanj.

Vsi seveda niso enakega mnenja. V naslednjem vprašanju smo anketirance vprašali, kakšnega mnenja so o tem, da bi se vloženi denar in trud v programe za

izobraževanje profesorjev športne vzgoje o hiperkinetični motnji uporabil za kaj drugega. Rezultati večine anketirancev niso presenetljivi, saj se jih 76,3% trdno ne strinja s trditvijo. 12,7% športnih pedagogov se ne strinja s trditvijo, 3,6% jih nima mnenja. Malo zaskrbljujoče pa je, da se 2,7% pedagogov deloma strinja s trditvijo in 3,6% popolnoma strinja s trditvijo. Zopet lahko rezultate pripišemo nezadostni izobrazbi o hiperkinetični motnji, učiteljevi nepripravljenosti pomagati otroku, ki je drugačen in njegovemu nezadovoljstvu na delovnem mestu.



Slika 9. Želim se udeležiti seminarja o otrocih s hiperkinetično motnjo.

V skladu z rezultati prejšnjega vprašanja je iz slike 8 razvidno, da so se učitelji pripravljene udeležiti izobraževanja o otrocih s hiperkinetično motnjo. Kar 80% jih je pripravljenih pridobiti več znanja, 16,4% pedagogov nima posebnega mnenja o udeležbi na seminarju, 3,6% pedagogov ve skoraj vse, kar morajo, na to temo, 0,9% pedagogov pa je mnenja, da vedo že vse, kar morajo, v zvezi s hiperkinetično motnjo. Ta pedagog je verjetno tudi tisti, ki je v prejšnjem vprašanju mnenja, da že ve vse kar mora in ne rabi več izobraževanj na temo otroci s hiperkinetično motnjo. Pulec Lahova (2009) je prepričana, da je posledica, da učitelji ne čutijo potrebe po dodatnem izobraževanju, lahko njihova napačna percepcija o motnji. Kot smo že omenili, veliko preveč učiteljev gleda na otroka s hiperkinetično motnjo kot na nadlogo v razredu, težave pa pripisujejo domačim razmeram, starševski nezmožnosti obvladovanja otrok in otroka označijo kot razvajenega.

Pozitivni odgovori na vprašanje o pripravljenosti za izobraževanje so lahko povezani tudi s tem, da bi se več učiteljev športne vzgoje udeležilo izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo, če bi bila le-ta organizirana in namenjena športnim pedagogom. Ta opredelitev iz vprašanja ni direktno razvidna, je pa mogoče, da so učitelji sami tako sklepali, z njihovim razumevanjem vprašanja pa bi se lahko strinjali.

Za izobraževanje je pomembna podpora celotnega vodstva šole, ki bi morale organizirati izobraževanja, kako poučevati otroka s hiperkinetično motnjo, še preden ta pride na šolo.

Tabela 5

Občutek usposobljenosti za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo v povezavi z obiskanimi dodatnimi urami strokovnih izobraževanj v preteklem šolskem letu

Koliko dodatnih ur strokovnih izobraževanj ste obiskali v preteklem šolskem letu?	Počutim se dovolj usposobljenega za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo.					Skupaj
	sploh se ne počutim usposobljen	ne počutim se dovolj usposobljen	ni - niti	počutim se usposobljen	počutim se povsem usposobljen	
od 1 do 8	8%	29%	26%	23%	20%	24%
9 do 16	17%	7%	9%	27%	20%	14%
več kot 16	75%	36%	58%	46%	0%	51%
nisem se udeležil nobenega izobraževanja	0%	29%	7%	5%	60%	11%
Skupaj	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Statistično značilna povezava	0,004
-------------------------------	-------

Tabela 6

Občutek usposobljenosti za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo v povezavi s številom obiskanih dodatnih strokovnih izobraževanj v zadnjih petih letih

Koliko izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo ste se udeležili v zadnjih petih letih?	Počutim se dovolj usposobljenega za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo.					Skupaj
	sploh se ne počutim usposobljen	ne počutim se dovolj usposobljen	niti - niti	počutim se usposobljen	počutim se povsem usposobljen	
nič	8%	16%	58 %	14%	4%	100%
od 1 do 2	26%	0%	37 %	32%	5%	100%
od 3 do 4	0%	0%	0%	75%	25%	100%
več kot 4	0%	0%	0%	100%	0%	100%
Skupaj	11%	13%	52 %	20%	5%	100%

Statistično značilna povezava	0,004
-------------------------------	-------

Da bi izvedeli, ali obstaja povezava med obiskanimi strokovnimi izobraževanji in občutkom usposobljenosti, smo postavili hipotezo 2. Iz rezultatov, razvidnih iz tabele 5 lahko vidimo, da so povezave med občutkom usposobljenosti in obiskanimi strokovnimi izobraževanji v zadnjem letu statistično značilne. Iz tabele 6 je razvidno, da so povezave med številom udeleženi izobraževanj v zadnjih petih letih na temo hiperkinetične motnje in občutkom usposobljenosti statistično značilne.

Hipotezo 2 smo postavili na podlagi razmišljanja, da izobraževanje veliko prispeva k usposobljenosti učiteljev športne vzgoje za delo z otroci s hiperkinetično motnjo. Rezultati so pritrdilni, tako lahko hipotezo potrdimo. Iz prejšnjih prikazov rezultatov je razvidno, da se učitelji premalo udeležujejo izobraževanj na temo otroci s hiperkinetično motnjo. Ti rezultati so seveda potrebni dodatne analize ob dejstvu, da jih v naslednjem vprašanju velika večina meni, da so strokovna izobraževanja koristna in se želijo udeležiti več izobraževanj na temo otroci s hiperkinetično motnjo.

Rezultati so pokazali, da se učiteljem zdijo zelo koristna dodatna strokovna izobraževanja in da bi potrebovali več znanja o motnji. Ko pa so bili vprašani o udeležbi na dodatnih strokovnih izobraževanjih, je velika večina odgovorila, da se niso udeležili nobenega izobraževanja o hiperkinetični motnji, čeprav jih je 75% že

poučevalo otroka z motnjo. Ponovno bi lahko kot razlog navedli dejstvo, da je veliko več izobraževanj o stroki na splošno kot pa o hiperkinetični motnji. Glede na ovrženo hipotezo 1 o znanju učiteljev športne vzgoje o hiperkinetični motnji lahko predpostavimo, da velika večina učiteljev ni dovolj poučena o motnji in tako nima znanja in zavedanja, da njihov pristop pri poučevanju učenca z motnjo ni pravilen. Tako so intervencije, katere uporablja pri delu z otrokom s hiperkinetično motnjo, napačne in lahko otroku celo škodljive. Seveda velja, da učitelj tudi sam kaj prebere in se pouči o motnji iz strokovne literature.

Učitelje smo vprašali o količini strokovne literature o otrocih s posebnimi potrebami, ki so jo prebrali v zadnjih petih letih. 12,7% pedagogov ni prebralo nobene strokovne literature s tega področja, največ 69,1% jih je prebralo 1 do 5 enot gradiva. Ostalih 14,5% je prebralo več kot 5 enot gradiva na izbrano tematiko, 2,7% pedagogov je prebralo od 11 do 15 enot strokovnega gradiva in 0,9% pedagogov celo več kot 15 izbranih knjig in člankov. Očitno je, da se nekateri učitelji želijo sami izobraževati na temo otroci s posebnimi potrebami. Zaskrbljujoč pa je podatek, da 12,7% učiteljev ni prebralo nobene strokovne literature. Možno je, da gre za anketirance, ki tudi pri drugih vprašanih nimajo posebnega mnenja: glede udeležbe na več seminarjih na temo otrok s hiperkinetično motnjo, glede udeležbe na preveč ali premalo izobraževanjih in verjetno tudi o dejanski udeležbi na dodatnih izobraževanjih. To je lahko posledica dejstva, da se v času študija niso dovolj seznanili z hiperkinetično motnjo, lahko motnje sploh ne prepoznajo in jo enostavno pripisujejo slabi vzgoji otroka.

Anketo smo zaključili z vprašanjem: ali bi učitelji športne vzgoje prebrali priročnik o hiperkinetični motnji, če bi ga prejeli od Fakultete za šport. Večina učiteljev (91,8%) je odgovorila, da bi ga prebrali, 8,2% učiteljev je odgovorilo, da bi ga mogoče prebrali in nihče od učiteljev ni izbral odgovora, da ne bi prebral priročnika. Seveda so lahko tu odgovori sporni, saj je vprašanje postavljeno zelo direktno in lahko se zgodi, da je kateremu od učiteljev neprijetno odgovoriti, da ga ne bi prebral. Iz drugega zornega kota pa je zelo verjetno, da bi ga učitelj vsaj prelistal, če bi se Fakulteta za šport potrudila in naredila priročnik, ter ga poslala vsem učiteljem športne vzgoje.

Iz analize podatkov smo prišli do zaključkov glede postavljenih hipotez. Hipoteze smo potrdili oz. zavrnil s 5% tveganjem ($P \leq 0,05$). Hipotezo 1, ki pravi, da imajo športni pedagogi dovolj znanja o hiperkinetični motnji smo zavrnil, saj smo v raziskavi ugotovili, da so pedagogi med študijem in tudi potem na šolah deležni premajhnega števila izobraževanj o motnji in o načinih spoprijemanja z otroci z motnjo. Hipotezo 2, ki trdi, da se učitelji, ki se udeležijo več ur dodatnih strokovnih izobraževanj na temo hiperkinetične motnje, počutijo bolj usposobljene za delo z otroki s to motnjo, smo potrdili, izhajajoč iz rezultatov obdelave podatkov. Nazadnje lahko zavrnmemo hipotezo 3, ki pravi, da se učitelji počutijo usposobljene za delo z

otroci s hiperkinetično motnjo. Ponovno lahko rečemo, da smo pričakovali drugačne rezultate glede na pojavnost hiperkinetične motnje med otroci.

3.3. PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI TER USMERITVE RAZISKAVE

Pomembne so ugotovitve raziskave, ki se navezujejo na dodatno izobraževanje, namenjeno poznavanju hiperkinetične motnje in delu z otroci s to motnjo. Več kot imajo učitelji strokovnega izobraževanja, bolj so usposobljeni za delo z otroci s to motnjo. Ugotovljeno je bilo, da učitelji nimajo dovolj znanja o motnji ter da bi bilo potrebno organizirati več obveznih izobraževanj na to temo, saj se pojavlja vedno več otrok s hiperkinetično motnjo. V prvi vrsti bi bilo potrebno učitelje osvestiti o dejanski pojavnosti motnje in o tem, da si preučevana tematika zasluži resnejšo obravnavo. Prispevek raziskave je, da v drugih študijah praviloma ni mogoče zaznati, kakšno mnenje imajo učitelji o svoji usposobljenosti za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo. V večini se pojavijo vprašanja o znanju o motnji in o predhodnem izobraževanju o motnji. Nikjer, razen v raziskavi Pulec Lahove (2009), pa ni zaslediti vprašanja o mnenju o njihovi usposobljenosti. Mnenje o svoji usposobljenosti je zelo pomembno, saj kljub vsem pravilno odgovorjenim vprašanjem o motnji, leta daje globlji pogled na dejstvo, koliko je učitelj sposoben pomagati otroku s to motnjo. Če učitelj sam ne bo prepričan v svoje znanje, se po njem tudi ne bo ravnal. Ali se počutijo usposobljene ali ne je vsekakor tudi odsev vseh izobraževanj, ki so se jih udeležili na to temo. Ob tem velja, da lahko učitelj še tako veliko ve o teoriji motnje, ko pa napoči čas za prakso in interakcijo s takšnim otrokom, se pokaže pomanjkanje znanja in praktičnih izkušenj o ravnanju z otrokom s to motnjo.

Medtem ko je raziskava ponudila dodatne informacije o znanju učiteljev športne vzgoje o hiperkinetični motnji, pa ima tudi nekatere pomanjkljivosti. Raziskava je bila opravljena na relativno majhnem vzorcu, zato so pri posplošitvi na celotno populacijo možne nepravilnosti. Nobenih posebnih predpostavk ni bilo, ki bi jih učitelji morali izpolnjevati, razen tega, da smo raziskavo opravili med učitelji osnovnih šol. Ni znano, kakšen vpliv ima učiteljeva starost, leta poučevanja in pridobljena izobrazba na sodelovanje v raziskavi in ali so ti faktorji vplivali na odgovore raziskave. Dejstvo, da 20% učiteljev udeleženih v raziskavi še ni poučevalo otrok s hiperkinetično motnjo, ni zanemarljivo, saj tako še niso bili seznanjeni s posebnimi potrebami, ki jih otroci s to motnjo potrebujejo.

Nadalje lahko poudarimo, da, glede na rezultate o pomanjkanju znanja učiteljev o hiperkinetični motnji lahko to vpliva na prepoznavanje otroka s to motnjo v razredu. Učiteljeva sposobnost prepoznati različne težave otrok v razredu pa ni pomembna samo za diagnosticiranje hiperkinetične motnje, temveč tudi za prepoznavanje drugih

motenj, ki jih lahko ima otrok. Veliko faktorjev vpliva na otrokovo vedenje, ni pa nujno, da vsi prihajajo iz otrokove notranjosti. Lahko prihajajo iz konfliktnega odnosa med učencem in učiteljem, prevelikih razredov, učiteljevega pristopa, tehnike poučevanja. Lahko so tudi posledica travmatičnega dogodka v otrokovem življenju.

Poudariti velja tudi, da obstaja možnost, da učitelji v anketi niso odgovarjali v skladu s svojim dejanskim mnenjem. Čeprav je bila anketa anonimna, obstaja verjetnost, da so učitelji odgovarjali na vprašanja tako, kot bi o tem po njihovem mnenju moralo biti splošno mnenje in ne po svojem osebnem prepričanju.

V raziskavi je bilo prepoznano, da imajo učitelji pravilno mnenje o hiperkinetični motnji, čeprav niso dovolj usposobljeni za delo z učencem z motnjo. Še vedno pa obstajajo pomanjkljivosti v znanju o motnji, česar pa se v raziskavi nismo natančneje razdelali.

V prihodnje bi bilo smiselno v raziskavo vključiti natančno določena vprašanja o prepoznavanju motnje in kakšno obnašanje otroka učitelji smatrajo kot sprejemljivo. Več raziskav bi moralo biti o sprejemljivih intervencijah za otroka s hiperkinetično motnjo s ciljem kako najti način, ki prispeva k temu, da učenec z motnjo v šoli uspe. To pomeni imeti poznavanje in spretnosti ter uporabljati le to pri učencih, ki rabijo specialno pomoč. Kot je pokazala raziskava, se učitelji ne počutijo dovolj usposobljene za delo z učenci z motnjo. Na podlagi tega bi bilo potrebno v prihodnosti prilagoditi študij in delati v bolj praktični smeri. Vsi študenti, ne samo tisti, ki bi se usmerili za delo z otroci s posebnimi potrebami bi se morali spoznati z delom z otroci z motnjami, saj je vedno več inkluzije takšnih otrok v redne šole. Tako bi lahko opazovali delo usposobljenega učitelja in se od njega učili. Nadalje bi sami vedeli, kako naj se otroka obravnava in bi bili bolj prepričani v svoje ravnanje in tehnike obravnavanja. Učitelj bi postal razmišljujoč praktik, ki uspešno povezuje praktične izkušnje v razredu s teoretičnimi izhodišči. Tak učitelj stalno evaluiira svoje delo in ga poskuša izboljšati s pomočjo izobraževanja.

4. SKLEP

V današnjem času se veliko govori o hiperaktivnosti otrok. Nekateri menijo, da starši s tem zgolj opravičujejo slabše šolske dosežke ali neprimerno vedenje otroka. Drugi so prepričani, da se preveč otrok diagnosticira s hiperkinetično motnjo in da zdravniki prehitro predpišejo zdravila za nadzorovanje vedenja. Takšni otroci se v šoli srečujejo s številnimi težavami. Težave imajo z kratkotrajno pozornostjo, motoričnim nemirrom in impulzivnostjo, vse to pa vpliva na njihovo učenje in vedenje ter čustveno in družbeno prilagajanje okolju. Učitelji poročajo, da takšni otroci naloge samo površno preletijo, da niso dovolj pozorni na podrobnosti, da se moteče vedejo, da ne dokončajo domačih nalog in da zaostajajo pri navezovanju stikov z vrstniki.

Dokazano je, da gibalna aktivnost pozitivno vpliva na otroka s hiperkinetično motnjo. Gibanje nudi otroku veliko možnosti, da se uspešno spopade z motnjo. Psihomotorična terapija E.J. Kipharda, predstavljena v prvem delu diplomskega dela, je celostno, humanistično in razvojno usmerjena gibalna vzgoja, pri kateri predstavljata gibanje in igra učinkovito metodo samoraziskovanja ter izboljšanja kvalitete življenja otrok s hiperkinetično motnjo.

Učitelji se morajo zavedati, da je otrok s hiperkinetično motnjo vedno najprej otrok s svojimi potrebami in svojevrstnim vedenjem. Svojo energijo je potrebno usmerjati k sprejemanju otroka takšnega kot je in ne vztrajati pri spreobračanju njegovega temperamenta, saj to le poslabša medosebne odnose. Sprejemanje in sodelovanje sta dobra ključa na poti do uspešne integracije otroka s hiperkinetično motnjo v redni pouk.

Inkluzija otrok s posebnimi potrebami v redne šole narašča. Istočasno pa je hiperkinetična motnja ena od največkrat diagnosticiranih motenj šolo obveznih otrok po vsem svetu. V skladu s tem imajo pedagogi izjemno pomembno vlogo pri prepoznavanju otroka, ki rabi posebno pomoč in prilagojen pouk. Zelo pomembno je, koliko učitelj ve o motnji in kako se bo z njo soočil. Glede na to, da gibanje pozitivno vpliva na otroka in da je učinek športne vzgoje na otroka pozitiven, nas je še posebej zanimalo, kakšno je znanje športnih pedagogov o hiperkinetični motnji.

V skladu s tem je bil glavni namen diplomskega dela preučiti znanje profesorjev športne vzgoje na osnovnih šolah o hiperkinetični motnji in ugotoviti njihovo usposobljenost za delo z učenci s to motnjo. Zanimalo nas je tudi, koliko znanja imajo oz. so že dobili učitelji o hiperkinetični motnji in ali se sami počutijo usposobljeni za delo z otroci s to motnjo, ter kakšno je njihovo mnenje o integraciji otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole. Glede na vrsto dodatnih strokovnih izobraževanj, ki so na voljo učiteljem in podatek, da se veliko učiteljev (78,2%) sploh

ni udeležilo nobenega dodatnega izobraževanja na temo hiperkinetične motnje, nas je zanimalo ali obstaja statistična značilna povezava med številom udeleženih izobraževanj in občutkom usposobljenosti za delo z otroci s hiperkinetično motnjo.

Občutek učiteljev, da niso dovolj usposobljeni za delo z učenci s hiperkinetično motnjo so pokazale že narejene raziskave, v tem diplomskem delu pa je to potrjeno tudi za področje športne vzgoje. Glavne ugotovitve diplomskega dela so, da profesorjem športne vzgoje primanjkuje znanja o hiperkinetični motnji in da obstaja statistično potrjena povezanost med obiskanimi dodatnimi izobraževanji in občutkom usposobljenosti profesorjev športne vzgoje.

V skladu z ugotovitvami diplomskega dela o potrebi po dodatnih znanjih na to temo, je priloga tej diplomi brošura »Pomoč otrokom s hiperkinetično motnjo« (priloga 2), ki profesorjem športne vzgoje nudi osnovne informacije o hiperkinetični motnji, ter je zaradi opisanih postopkov, načel in strategij lahko tudi priročnik za vse, ki rabijo pomoč na tem področju.

5. VIRI

- Altherr, P. (1997). Hiperkinetični sindrom v otroštvu z vidika otroškega psihiatra: Pregled diagnostike in terapevtske možnosti. V M. Passolt (ur.), *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija* (str. 13-22). Ljubljana: Sožitje.
- Braemer H. (1992). *Otrokove ustvarjalne igre*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
- Filipčič, T. (2006). *Otroci s posebnimi potrebami pri pouku športne vzgoje*. Pridobljeno 27.11.2007, iz http://www.fsp.uni-lj.si/didaktika/vaje/2006-07/STV_06_07/stv_vaja8_07_navodila.doc
- Goldstein, S. (1992). *Hyperactivity: Why won't my child pay attention: a complete guide to ADD for parents, teachers, and community agencies*. New York: John Wiley & Sons.
- Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. (2003). American Institute for Research. Pridobljeno 15.9.2009, iz <http://www.ed.gov/teachers/needs/speced/adhd/adhd-resource-pt1.pdf>
- Ilić, M. (15.6.2009). Motnje pozornosti in hiperaktivnost: »Magnet« za probleme, *Delo*, 51, str. 6.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Swanson, J., Greenhill, L., Conners, C., Keith, A., (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 22, str. 60-73. Pridobljeno 24.10.2009, iz http://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2001/02000/Findings_from_the_NIMH_Multimodal_Treatment_Study.8.aspx#
- Kesič, K (2007) Hiperaktivni otroci - I. Del. Pridobljeno 15.9.2009, iz http://www.bambino.si/hiperaktivni_otroci__i_del
- Kesič Dimic, K. (2009). *Adrenalinske deklice, hitri dečki; svet otroka z adhd*. Nova Gorica: Educa, Melior.
- Kiphard, E. (1997). Hiperaktivni otrok s stališča psihomotorike. V M. Passolt (ur.), *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija* (str. 58-75). Ljubljana: Sožitje.
- Kleynhans, S.E. (2005). *Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. Magistrsko delo. Stellenbosch: University of Stellenbosch. Pridobljeno 24.10.2009, iz <https://etd.sun.ac.za/jspui/bitstream/10019/314/1/Kleynh.pdf>
- Kos, J. (2008). *What do Teachers Know, Think and Intend to do About ADHD?* Pridobljeno 15.9.2009, iz http://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=tll_misc
- Kremžar, B. in Petelin, M. (2001). *Otrokovo gibalno vedenje*. Ljubljana: Društvo za motopedagogiko in psihomotoriko.

- Macey, K.D. (2005). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: teacher knowledge and referral for assessment*. Doktorska disertacija, Teksas: Texas A&M Universtiy. Pridobljeno 24.10.2009, iz <http://txspace.tamu.edu/bitstream/handle/1969.1/4191/etd-tamu-2005B-SPSY-Macey.pdf?sequence=1>
- Mattner, D. (1997). Kako razumeti hiperkinetični sindrom. V M. Passolt (ur.), *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija* (str. 33-43). Ljubljana: Sožitje.
- Mikuš Kos, A., Žerdin, T. in Stojin, M. (1990). *Nemirni otroci*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Nigg, J. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. Pridobljeno 15.9.2009, iz http://www.google.com/books?hl=sl&lr=&id=y_LCZuc-F8wC&oi=fnd&pg=PT5&dq=%22Nigg%22+%22What+causes+ADHD%3F:+understanding+what+goes+wrong+and+why%22+&ots=FPWug4yz_n&sig=ADgOaeL8qkqT_IEDjaUd3a6u1Zw#v=onepage&q=&f=true
- NIMH: *Attention deficit Hyperactivity Disorder*. (2009). National Institute of Mental Health. Pridobljeno 15.9.2009, iz <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete-index.shtml#pub3>
- Nojič, B. (2006). Individualiziran program – skupaj znamo in zmoremo! V *Otroci s posebnimi potrebami. Integracija in inkluzija* (str. 73-80). Nova Gorica: Educa, Melior.
- Oim, A. (2004). *Teachers knowledge and misconceptions concerning attention-deficit/hyperactivity disorder, learning disabilities and childhood depression: A comparative study between Estonia and Norway*. Doktorska disertacija. Tartu: University of Tartu. Pridobljeno 24.10.2009, iz <http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/10062/1036/5/A6im.pdf>
- Passolt, M. (1997). *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija*. Ljubljana: Sožitje.
- Possible causes of ADHD*. (2009). New Zeland's ADHD on line support group. Pridobljeno 15.9.2009, iz <http://www.adhd.org.nz/cause1.html>
- Pulec Lah, S. (2009) *Otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo v razredu-pedagoška praksa in izzivi*. Pridobljeno 15.9.2009, iz http://www.drustvo-bravo.si/web/uploads/clanki/pulec_hiperaktivnost.pdf
- Sardoč, M. (2006). Pravice otrok s posebnimi potrebami do inkluzivnega izobraževanja. V *Otroci s posebnimi potrebami. Integracija in inkluzija* (str. 9-14). Nova Gorica: Educa, Melior.
- Skrodzki, K. (1997). Daljše opazovanje otrok s hiperkinetičnim sindromom in vsakdanje urejanje njihovih problemov. V M. Passolt (ur.), *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija* (str. 127-150). Ljubljana: Sožitje.
- Small, S. (2003). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: general education elementary school teachers' knowledge, training, and ratings of acceptability of*

- interventions*. Doktorska disertacija, Florida: University of South Florida. Pridobljeno 15.9.2009, iz <http://etd.fcla.edu/SF/SFE0000084/Thesis.pdf>
- Zakaj ne morem sedeti pri miru? *Hiperaktivnost*. (2009). Viva revija za zdravo življenje. Pridobljeno 15.9.2009, iz <http://www.viva.si/clanek.asp?arhiv=1&id=586>
- Zidar, M. (2005). Otrok s hiperkinetično motnjo v šoli. *Sodobna pedagogika*, 56(4), str. 42-55.
- Žerdin T. (2002a). Usmerjanje hiperaktivnih otrok, II del. *Šolski razgledi*, 53(7), str. 11.
- Žerdin, T. (2002b). Usmerjanje hiperaktivnih otrok, I del. *Šolski razgledi*, 53(6), str. 7.
- Žerdin, T. (1991). *Težavice, težave, učne motnje*. Murska Sobota: Pomurska založba.
- Žibert, S. (2006). Hiperaktivni otroci in otroci z motnjo pozornosti v šoli. V *Otroci s posebnimi potrebami: Integracija in inkluzija* (str. 93-105). Nova Gorica: Educa, Melior.

6. PRILOGE

Priloga 1: ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni!

Vljudno vas prosim za pomoč pri izvedbi diplomske naloge, ki jo opravljam na Fakulteti za šport.

Vse kar morate storiti je to, da izpolnite vprašalnik na spletni strani

http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=xPxLJiW68XAM07wdLgglw_3d_3d.

Tema raziskave je seznanjenost športnih pedagogov s hiperkinetično motnjo. Vaše sodelovanje v raziskavi bom zelo cenila, kajti pomembna so mnenja vsakega izbranega posameznika. Podatki bodo ostali anonimni in bodo uporabljeni zgolj v raziskovalne namene.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za vaš čas in prijaznost.

Lep pozdrav,

Nina Smonig

1. Sklop: Splošni podatki

Spol: M Ž

Starost: _____ let

Delovna doba v šolstvu:

- a) 1 -10 let
- b) 10 -20 let
- c) več kot 20 let

Poučujem na:

osnovni šoli

srednji šoli

drugo: _____

Kako ste zadovoljni z učiteljskim poklicem? (Obkrožite eno številko na lestvici, pri čemer pomeni 1 največjo mero nezadovoljstva in 5 največjo mero zadovoljstva).

Zelo sem nezadovoljen-/a

1

2

3

zelo sem zadovoljen-/a

4

5

2. Sklop: Znanje o hiperkinetični motnji

Definicija hiperkinetične motnje:

Hiperkinetična motnja je sklop simptomov, ki vključuje presežke gibov, motnje pozornosti, zmanjšan nadzor nad impulzi in neprimerne čustvene reakcije. Tem primarnim motnjam se pridružijo spremljajoče motnje, kot so motnje učenja in socialnega vedenja ter sekundarne čustvene motnje (Kaučevič, 2006).

Ste se do sedaj v svoji poklicni karieri že srečali z otroci s hiperkinetično motnjo?

DA NE NE VEM

Koliko otrok s hiperkinetično motnjo ste poučevali?

0
1 -5
6- 15
Več kot 15

V nadaljevanju vas prosim, da razmislite in ovrednotite naslednje trditve (Obkrožite eno številko pri čemer pomeni 1-se ne strinjam; 2- deloma se ne strinjam; 3- niti-niti; 4- deloma se strinjam; 5- povsem se strinjam)

Otrok s hiperkinetično motnjo se je zmožen normalno vključiti v pouk. 1 2 3 4 5

Otrok s hiperkinetično motnjo potrebuje pri pouku športne vzgoje specialnega pedagoga. 1 2 3 4 5

Otrok s hiperkientično motnjo je pri uri športne vzgoje na naši šoli deležen posebne pozornosti. 1 2 3 4 5

Najboljša terapija za zdravljenje hiperkinetične motnje je zdravljenje s tabletami. 1 2 3 4 5

Za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo se je potrebno posebej pripraviti. 1 2 3 4 5

S kom vse sodelujete, ko poučujete otroka s hiperkinetično motnjo oz. otroka s posebnimi potrebami? (Obkrožite lahko več odgovorov).

S šolsko svetovalno službo.

S kolektivom, z učitelji, kolegi.

S starši

Z zunanjimi ustanovami

Z nikomer

Drugo: _____

g) Otroka s hiperkinetično motnjo še nisem poučeval

Prosim, da razmislite in ovrednotite naslednje trditve (Obkrožite eno številko pri čemer pomeni 1-se ne strinjam; 2- deloma se ne strinjam; 3- niti-niti; 4- deloma se strinjam; 5- povsem se strinjam)

Gibanje pozitivno vpliva na blaženje simptomov hiperkinetične motnje, ter na lažje prilagajanje otroka na okolje. 1 2 3 4 5

V zadnjih 5 letih število otrok s hiperkinetično motnjo narašča. 1 2 3 4 5

Kakšno je vaše mnenje o integraciji (vključevanju) otrok s hiperkinetično motnjo v večinske šole? (Obkrožite eno številko, pri čemer pomeni 1- sem čisto proti integraciji in 5- zelo podpiram integracijo). 1 2 3 4 5

Tistim, ki še niste poučevali otrok s hiperkinetično motnjo, vam ni treba odgovoriti na naslednje vprašanje.

Ali ste bili predhodno seznanjeni, da bo v vašem razredu otrok s hiperkinetično motnjo?

DA NE NE VEM

3. Sklop: Usposobljenost za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo

Počutim se dovolj usposobljenega za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo (Obkrožite eno številko pri čemer pomeni 1- počutim se najmanj usposobljen in 5- najbolj usposobljen). 1 2 3 4 5

Kaj menite o dodatnem strokovnem izobraževanju (Obkrožite eno številko pri čemer pomeni 1- dodatna izobraževanja so popolnoma nesmiselna in 5- dodatna izobraževanja so zelo pomembna). 1 2 3 4 5

S hiperkinetično motnjo sem se spoznal že med študijem.

ne
da, vendar na kratko
da, zelo podrobno

Koliko dodatnih ur strokovnih izobraževanj ste obiskali v preteklem šolskem letu?

1-8
9-16
Več kot 16
Nisem se udeležil nobenega izobraževanje

Koliko izobraževanj na temo otrok s hiperkinetično motnjo ste se udeležili v zadnjih petih letih?

0
1-2
2-4
Več kot 4

Se vam zdi, da ste obiskali preveč, ravno prav ali premalo strokovnih izobraževanj na temo otroci s hiperkinetično motnjo v zadnjih treh letih?

preveč
ravno prav
premalo
drugo: _____

Se vam zdi, da ste obiskali preveč, ravno prav ali premalo strokovnih izobraževanj na temo otroci s posebnimi potrebami v zadnjih treh letih?

preveč
ravno prav
premalo
drugo: _____

Kako koristna za delo z otrokom s hiperkinetično motnjo se vam zdijo obiskana dodatna strokovna izobraževanja? (Obkrožite eno številko na lestvici pri čemer pomeni 1- povsem nekoristna in 5- zelo koristna).

1 2 3 4 5

Katerih strokovnih izobraževanj na temo otroci s hiperkinetično motnjo ste se udeležili in kje?

Na Fakulteti za šport sem dobil dovolj znanja o otrocih s hiperkinetično motnjo (Obkrožite eno številko na lestvici pri čemer pomeni 1- nisem pridobil nobenega znanja in 5- pridobil sem vsa potrebna znanja). 1 2 3 4 5

Denar in vložen trud v programe za izobraževanje profesorjev športne vzgoje o hiperkinetični motnji bi lahko uporabili za kaj drugega (Obkrožite eno številko na lestvici pri čemer pomeni 1- zelo se ne strinjam in 5- zelo se strinjam). 1 2 3 4 5

Koliko strokovne literature (članki, knjige) s področja otrok s posebnimi potrebami ste prebrali v zadnjih 5 letih?

1-5

6 - 10

11 – 15

Več kot 15

Nisem prebral nobene literature v zvezi s tem

Če bi prejeli, od Fakultete za šport, dodaten priročnik o hiperkinetični motnji bi ga prebrali?

DA

NE

MOGOČE

Otrok s hiperkinetično motnjo potrebuje drugačen, individualen pristop, ki je prilagojen njegovim sposobnostim (Obkrožite eno številko na lestvici pri čemer pomeni 1- zelo se ne strinjam in 5- zelo se strinjam). 1 2 3 4 5

Želim se udeležiti seminarja o otrocih s hiperkinetično motnjo (Obkrožite eno številko na lestvici, pri čemer pomeni 1- ne, vem vse kar moram in 5- potreboval bi še več znanja). 1 2 3 4 5

HVALA ZA SODELOVANJE!

POMOČ OTROKOM S HIPERKINETIČNO MOTNJO



Priročnik za učitelje športne vzgoje

Kaj je Hiperkinetična motnja?

Hiperkinetična motnja, znana tudi kot ADHD - Attention Deficit Hyperactive Disorder, je ena od najbolj pogostih vedenjskih motenj med otroci. Znaki motnje se pogosto pojavijo že v predšolskem obdobju, hiperkinetično motnjo naj bi imelo kar 10-19% otrok.

Pri vseh otrocih se lahko kažejo podobne vedenjske motnje, vendar pa otrok z hiperkinetično motnjo med vrstniki trajno izstopa z večjo količino gibanja, neustrezno na dano situacijo in bolj intenzivno. Hiperkinetična motnja je povezana s tremi tipi vedenja:

- motnjo pozornosti,
- hiperaktivnostjo,
- impulzivnostjo.



Vzroki hiperkinetične motnje

Trenutno še vedno ne obstaja točna razlaga pogojev, ob katerih se razvije Hiperkinetična motnja. Znanstveniki verjamejo, da je vzrok nevrokemično neravnovesje možganskih transponderjev v regiji možganov, ki je bistvena za nadzor vedenja.

Diagnoza hiperkinetične motnje

Ne obstaja enotni test, ki bi učinkovito diagnosticiral motnjo. Pomembno se je povezati s strokovnjaki s tega področja. Ti bodo podrobno analizirali situacijo in zaključili ali ima otrok hiperkinetično motnjo.

Zdravljenje hiperkinetične motnje

Za zdravljenje hiperkinetične motnje je potrebna večdimenzionalna terapija, ki upošteva različne, največkrat medsebojno prepletene faktorje. Uporablja se terapevtska metoda, terapija z zdravili in dietetično zdravljenje. Zdravila za motnjo ni, obstajajo pa tehnike, s katerimi uspešno blažimo simptome.

Otrok s hiperkinetično motnjo pri športni vzgoji

Za vse otroke velja, da gibalna aktivnost vpliva blagodejno na telesne sposobnosti, na način gibanja, na duševne sposobnosti. Pri otroku s hiperkinetično motnjo mora športni pedagog poleg vzroka za nemir poznati tudi kdaj se nemirnost pojavlja ter kako otroku pomagati pri obvladovanju samega sebe.

Učitelj mora:

- poznati in razumeti otroka s posebnimi potrebami,
- pripraviti individualiziran program,
- učitelj potrebuje informacije o svojem učencu, zato se mora posvetovati z zdravnikom, svetovalno službo na šoli, fizioterapevtom, logopedom, starši,
- učenec naj bi imel stalno specialno obravnavo,
- v razredu naj bi bilo manjše število učencev,
- telovadnica in šola naj bi bila opremljena s primernimi pripomočki,
- vadba naj bo usmerjena in vodena tako, da ne vzbuja lažnega pričakovanja in iluzij.

Metodična načela

ki naj bi jih učitelji športne vzgoje upoštevali pri uri športne vzgoje z učencem s hiperkinetično motnjo:

- nujno se mora izogniti dražljajsko revnim situacijam, na primer čakanju,
- izogniti se je treba okoliščinam z utesnjenimi in zahtevnimi pravili,
- načel za vzdrževanje reda se pri hiperaktiven otroku ne more vcepiti od zunaj, rasti morajo v njem, in za to je potreben čas,
- moramo biti sproščeni,
- ne sme biti preveliko število dražljajev.

Učinkovite strategije poučevanja:

- poudariti pomembno, odstraniti ali zmanjšati vse, kar ni pomembno, kar otroka moti (preprosta in jasna navodila),
- spreminjanje dejavnosti (spremembe pritegnejo pozornost),
- daljše in zapletene naloge je treba razdeliti na dele,
- upoštevati razvojno zaporedje,
- po nepotrebem ne prekinjati otrokovega dela,
- otroke naučiti, da se sami vodijo in spodbujajo (naučimo jih notranjega govora),
- vedenjska terapija (zaželeno vedenje nagradimo, pohvalimo in spodbudimo).



Igre za povečanje koncentracije

Indijanska igra

Vsi otroci sedijo v krogu na tleh, eden pa hodi po zunanji strani kroga. Ko se za nekom ustavi in se ga dotakne, ta vstane in nadaljuje kroženje, prvi pa se vsede na izpraznjeno mesto. Če so vsi dobro razumeli začetna pravila igre, lahko stopnjujemo težavnost: Otrok na različne načine kroži, na primer po vseh štirih, poskakuje ali pa se premika ritensko. Če se ustavi za nekom, ne da bi se ga dotaknil, se ta ne sme ganiti. Samo dotik je znak za menjavo. Otroci sedijo v krogu z zavezanimi očmi in poslušajo korakanje ali skakanje tistega, ki kroži. Kakor hitro se ustavi, skoči pokonci tisti, ki misli, da se je ustavil za njim.

Kačji kralj

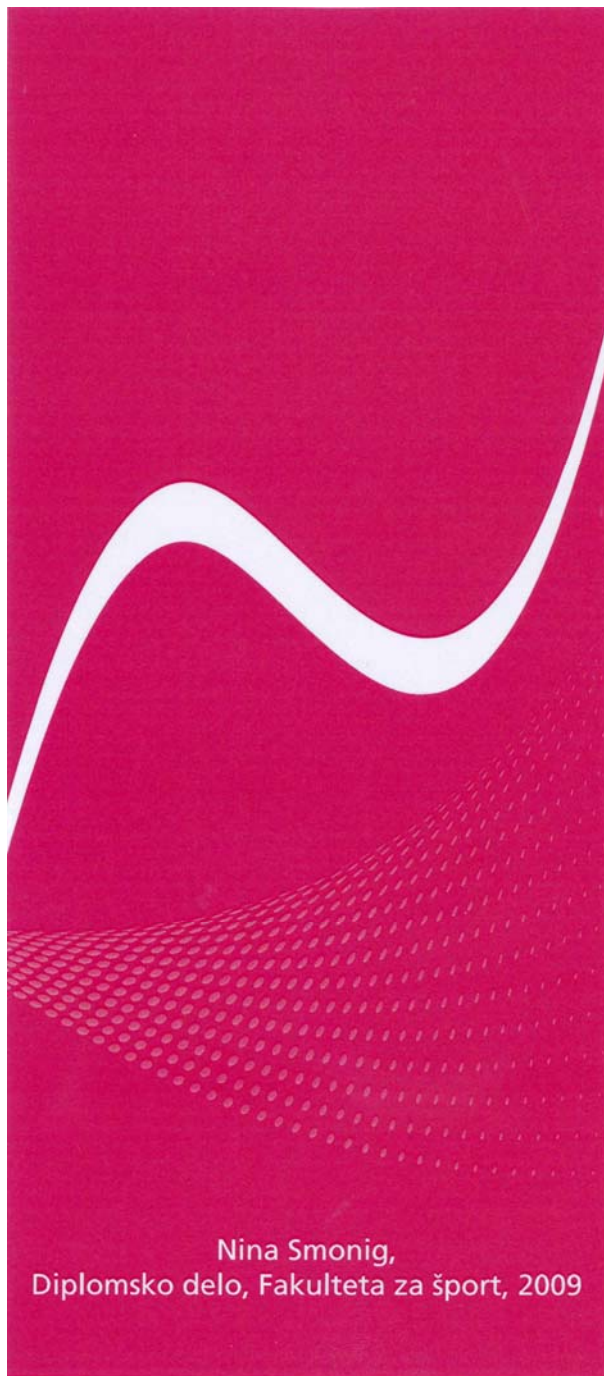
Igro začnejo starši ali starejši otrok. Nekaj metrov dolgo vrvico primemo na enem koncu in jo s hitrimi gibi v levo in desno vlečemo po sobi, da se zadnji konec zvija kakor kača. Drugi poskušajo zadnji konec ujeti ali nanj stopiti. Kdor ga ujame, je kačji kralj (ali kraljica) in vodi vrvico naprej. Če je prostor bolj omejen, mora biti kačji kralj zelo spreten, v večjem prostoru pa je lov na kačji rep bolj naporen.

Svit, sveča, luč, mrak, tema, fuč

Otroci klečijo v krogu, vsak na svojem prostoru, ki je označen z brisačo, in si podajajo žogo. Ko prvič nekdo kljub dobri podaji žoge ne ujame, je svit, pri drugi napaki je sveča in tako naprej, pri fuč je izločen. Kdor ostane v igri, je zmagovalec. Kadar igramo to igro na prostem, stojimo v krogu in razdalja med igralci je lahko večja; odvisna je od spretnosti otrok.

Kje imaš trebuh?

Preden začnemo to igro, mora biti vsem otrokom jasno, kje imamo trebuh, hrbet, ritko, noge in roke. Otroci se po mili volji sprehajajo ali podijo po sobi in čakajo na določen vzklík. Če zakličemo: «Kje je trebuh?» ležejo vsi čim hitreje na trebuh. Podobno napravijo pri besedi "roke" - stegnejo vsi roke kvišku. Med posameznimi vzklíki naj bo različno dolg presledek, da se otroci ne navadijo na hitre reakcije.



Nina Smonig,
Diplomsko delo, Fakulteta za šport, 2009