

Percepcija kvalitete života djece s epilepsijom

Majić, Milena

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:645862>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Milena Majić

**PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA DJECE S
EPILEPSIJOM**

Završni rad

Split, 2016.g.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Milena Majić

**PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA DJECE S
EPILEPSIJOM**

**PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIFE AMONG
CHILDREN WITH EPILEPSY**

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

Rahela Orlandini, mag. med. techn.

Split, 2016.g

Zahvala

Ovom prilikom se prvenstveno zahvaljujem svojoj mentorici

Raheli Orlandini, mag. med. techn.

koja me je podržavala i valjano usmjeravala tokom procesa izrade završnog rada.

*Također veliko hvala dr. Mariji Meštrović te sestri Jaki, kao i roditeljima i djeci koja su
pristala sudjelovati u istraživanju.*

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Epilepsija kroz povijest	2
1.2. Patofiziologija.....	2
1.3. Genetika epilepsija	3
1.4. Uzroci epilepsije	3
1.5. Klasifikacija epileptičkih napada.....	4
1.5.1. Parcijalni epileptički napadaji	4
1.5.1.1. Jednostavni parcijalni epileptički napadaji	5
1.5.1.2. Kompleksni parcijalni epileptički napadaji.....	5
1.5.2. Generalizirani epileptički napadaji	6
1.5.2.1. Apsansi	6
1.5.2.1.1. Jednostavni apsans napad	7
1.5.2.1.2. Kompleksni atipični apsansi	7
1.5.2.2. Generalizirani toničko-klonički napadaji	7
1.5.2.3. Atonički, astatički napadaji	8
1.5.2.4. Miokloni napadaji	8
1.5.2.5. Tonički napadaji.....	9
1.6. Epileptički status	9
1.7. Epileptički sindromi	10
1.7.1. Westov sindrom.....	10
1.7.2. Lennox-Gastautov sindrom	11
1.8. Simptomatske generalizirane epilepsije	11
1.9. Febrilne konvulzije	11
1.10. Dijagnostika epilepsije	12
1.10.1. Elektroencefalografija (EEG)	13
1.10.2. Ostale dijagnostičke metode	13
1.11. Diferencijalna dijagnoza epilepsije	14
1.12. Liječenje epilepsije	15
1.12.1. Medikamentozno liječenje	15
1.12.2. Kirurško liječenje.....	17
1.12.3. Vagalna stimulacija.....	18

1.13. Provođenje i evaluacija zdravstvene njege.....	19
2. CILJ RADA.....	22
3. IZVOR PODATAKA I METODE.....	23
3.1. Uzorak	23
3.2. Metode.....	24
3.3. Analiza podataka	25
4. REZULTATI.....	26
4.1. Emocionalno funkcioniranje.....	30
4.2. Socijalno funkcioniranje.....	37
4.3. Funkcioniranje u školi/vrtiću.....	41
4.4. Simptomi bolesti.....	46
4.5. Liječenje	52
4.6. Komunikacija	55
5. RASPRAVA.....	58
6. ZAKLJUČCI.....	60
7. SAŽETAK.....	61
8. SUMMARY	62
9. LITERATURA.....	63
10. ŽIVOTOPIS	65

4. UVOD

Kvaliteta života je širok pojam koji obuhvaća i tjelesno i socijalno zdravlje. Podrazumijeva funkcionalnu sposobnost, stupanj i kvalitetu socijalne interakcije, psihičku dobrobit, somatske osjete te zadovoljstvo životom. Osim toga, uključuje i percepciju dobrobiti, tjelesne i psihičke, temeljnu razinu zadovoljstva i općeniti osjećaj vlastite vrijednosti. Samoprocjena kvalitete života sve češće se koristi u medicini i zdravstvenoj zaštiti kao mjera ishoda liječenja te je postala važna mjera uspješnosti liječenja (1).

Bolest je nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca. Može se reći da je utjecaj bolesti na kvalitetu života multidimenzionalan. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su tu prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl.(1).

Bolesti živčanog sustava u pedijatrijskoj praksi sve su značajnije jer po svojoj učestalosti izbijaju na prva tri mjesta u zdravstvenoj zaštiti djece (2).

Epilepsija nije bolest u klasičnom smislu te riječi; ona je simptom na koji se zahvaćena osoba može – no i ne mora – požaliti. Ona je jedna od najučestalijih bolesti ili poremećaja u neurologiji, koja zbog svojih karakteristika predstavlja ozbiljan medicinski ili socijalni problem. Dolazi od grčke riječi epilepsi-napadaj, a predstavlja kronični poremećaj stanica moždane kore, koje iz različitih razloga postaju "prepodražljive" i reagiraju sinhronim izbijanjima električnih impulsa, što se manifestira epileptičkim napadajima (3).

„Čak 5 % osoba tijekom života doživi jedan epileptički napad, što, jasno, ne podrazumijeva da te osobe boluju od epilepsije. Incidencija bolesti najviša je u ranom djetinjstvu (do 7. godine) i nakon 65. godine života (3).“

1.1. Epilepsija kroz povijest

Bolest je poznata od davnina i prvi opisi epileptičkih napadaja potječu oko 2000 godina prije Krista, a nalaze se u tzv. Akadskim tekstovima. Stari Grci smatrali su da je epilepsija "sveta bolest" i da je odraz opsjednutosti tijela. Po njihovom mišljenju samo su bogovi imali moć uzrokovati napadaj bacajući ljude na zemlju te ih potom vratiti u život. Da je epilepsija uzrokovana bolešću mozga prvi je ukazivao Hipokrat koji se suprotstavio starogrčkom mišljenju smatrajući da je mozak izvor epileptičkog napadaja. Epilepsiju su smatrali i zaraznom bolesti tako da su bolesnici bili izolirani od ostalog društva (4).

Stavovi o bolesti su se kroz vrijeme mijenjali no dominantno pučko shvaćanje bolesti karakterizira izrazita stigmatiziranost kroz sva vremena, sve do današnjih dana. Unatoč znanstvenim spoznajama o epilepsiji, o njezinom nastanku i načinima liječenja, stigmatiziranost djece koja od nje boluju održala se kao problem i u današnje vrijeme i predstavlja veliki problem kako za djecu, tako i za njihove roditelje (4).

1.2. Patofiziologija

Epileptički napadaj (ictusepilepticus) definira se kao iznenadna epizoda poremećene funkcije motorike, senzibiliteta, ponašanja, percepcije te poremećaja svijesti koji ne mora uvijek biti prisutan. Posljedica je paroksizmalnog izbijanja neurona sive tvari središnjeg živčanog sustava uzrokovanih njihovom pojačanom podražljivošću (5).

Epilepsija je po svom karakteru rekurentan, stereotipan poremećaj i povezan je s ekscesivnim, sinhronim i u početku ograničenim živčanim izbijanjima (5).

Elektrografski gledano postoje tri razine u središnjem živčanom sustavu koje utječu na nastanak i razvoj specifičnih epileptiformnih grafoelemenata:

1. korteks sa svojim pojačanom ekscitabilnošću,
2. talamus
3. jezgre uz medijalnu liniju i retikularna formacija moždanog debla (5).

1.3. Genetika epilepsija

U pogledu nasljeđivanja epilepsije, smatra se da se epilepsija kao bolest ne nasljeđuje. Međutim, vrlo je vjerojatno da se prenosi predispozicija za epileptički način reagiranja na različite vanjske podražaje. Pri tome treba naglasiti da su genetski činitelji daleko značajniji kod primarno generaliziranih napadaja, dok je njihova uloga u tzv. parcijalnim napadajima relativno mala.

Dakle, uglavnom se ne nasljeđuje klinički manifestan poremećaj, no u srodnika bolesnika s epilepsijom učestalost bolesti vjerojatno će biti viša. Ukoliko jedan roditelj boluje od idiopatskog oblika epilepsije, rizik obolijevanja za dijete iznosi 4 %. U slučaju da roditelja boluju od idiopatskog tipa epilepsije, rizik obolijevanja raste na 20-30 %. Ako jedan od jednojajčanih blizanaca boluje od epilepsije, vjerojatnost epilepsije u drugog blizanca je 80%, a u dvojajčanih blizanaca pada na 10-20 % (3).

1.4. Uzroci epilepsije

Epilepsije s poznatim uzrokom nastanka nazivamo simptomatskim epilepsijama, dok se one nepoznatog uzroka nazivaju idiopatske epilepsije. Najčešće uzroke simptomatskih epilepsija dječje dobi predstavljaju traumatska oštećenja mozga, poremećaji u razvoju mozga i tumori. Traumatska oštećenja mozga mogu se javiti u djece već u prvim satima po porodu i najčešće se očituju moždanim krvarenjima različitog stupnja i različitih su uzroka (preuranjen porod, mala porođajna težina djeteta, infekcije). Danas je sve veći broj djece koja imaju takav oblik simptomatske epilepsije s obzirom da su razvijene medicinske metode liječenja i skrbi novorođenčadi rezultirale preživljavanjem velikog broja takve djece. Uz traume mozga koje su uočljive neposredno po porodu, danas ima sve više traumatskih oštećenja mozga koje nastaju kroz djetinjstvo i posljedica su prometnih nezgoda ili pak nesretnih okolnosti u igri (6).

„Epilepsije nepoznatog uzroka ili idiopatske epilepsije mogu biti nasljedne (3).“

1.5. Klasifikacija epileptičkih napada

Glavno obilježje, odnosno klinička manifestacija epilepsije je epileptički napadaj. Važno je znati da postoje mnogi različiti tipovi ili oblici epileptičkih napadaja, a jednako tako se i epilepsije međusobno razlikuju te postoje i različiti oblici epilepsija. Međunarodno dogovorene klasifikacije epileptičkih napada i epilepsija (epileptičkih sindroma) podložne su stalnim promjenama koje uvjetuju nove spoznaje i saznanja o bolesti.

„Epilepsija dječje dobi je dinamična bolest, bolest koja se razvija kroz godine djetetova života i podložna je mijenjanju. Tijek bolesti karakterizira kod nekih tipova epilepsije pojava različitih oblika epileptičkih napadaja, odnosno nije nužno da se bolest u istog djeteta očituje uvijek samo jednim oblikom epileptičkog napadaja (4).“

„Klasifikacija epileptičkih napadaja temelji se na nalazima elektroencefalografije (EEG) i kliničkim manifestacijama:

- Parcijalni (žarišni) napadaji
- Primarno generalizirani napadaji
- Sekundarno generalizirani napadaji (5)“

1.5.1. Parcijalni epileptički napadaji

Parcijalni epileptički napadaji započinju u jednom dijelu mozga, ali se mogu proširiti na cijeli mozak. Mogu biti jednostavni kod kojih je svijest u potpunosti očuvana i kompleksni kod kojih dolazi do poremećaja svijesti (5).

1.5.1.1. Jednostavni parcijalni epileptički napadaji

„Nisu praćeni poremećajem svijesti. Bolesnik je sposoban u cijelosti detaljno opisati sve simptome proživljene epileptičke atake. Manifestiraju se najčešće u vidu motoričkih, senzornih, autonomnih i psihićkih ataka, ovisno o ishodišnoj kortikalnoj regiji abnormalne elektrićne aktivnosti (5).“

Motorni simptomi su posljedica patološkog izbijanja neurona u precentralnoj vijuzi mozga te se prezentiraju kao klonićko grćenje mišića lica, udova ili ždrijela suprotne polovice tijela. Kada se napadaj postupno širi, npr. ako zapoćne s mioklonizmima prstiju, širi se na cijelu šaku, potom cijelu ruku i na kraju na ćitavu polovicu tijela. Takav oblik napadaja zove se Jacksonov hod žarišnog epileptićkog napadaja- motorni Jackson (5).

„Somatosenzorni simptomi su posljedica patološkog izbijanja neurona u postcentralnoj vijuzi mozga, a prezentira se kao iznenadno pojavljivanje osjetnih senzacija u nekom dijelu tijela koje se šire na slićan naćin kao i motorićki napadaji- osjetni Jacksonovi napadaji (2).“

Napadaji s autonomnim simptomima manifestiraju se crvenilom ili bljedoćom, piloerekcijom, znojenjem, povraćanjem i inkontinencijom. Radi se o širenju abnormalne elektrićne aktivnosti od moždane kore prema autonomnom živćanom sustavu (5).

Psihićki simptomi manifestiraju se kao "već vićeno" fenomenima ili "nikad vićeno" fenomenima, afektivnim i kognitivnim poremećajima (strah, depresija, euforija) (5).

1.5.1.2. Kompleksni parcijalni epileptićki napadaji

Ranije su se kompleksni parcijalni napadaji nazivali temporalna ili psihomotorna epilepsija. Danas se zna kako kompleksni parcijalni napadaji imaju ishodište u kori i u subkortikalnim strukturama temporalnog reźnja, ali i u frontalnom, parijetalnom i okcipitalnom reźnju (5).

Kompleksni parcijalni epileptički napadaji manifestiraju se raznolikim psihičkim simptomima:

- stanjima smušenosti,
- stanjima koja nalikuju sanjanju,
- sumračnim stanjima,
- iluzijama,
- halucinacijama (vidne, slušne, njušne, okusne i taktilne) (5).

Nakon napadaja, u postiktalnoj fazi, prisutni su glavobolja i smušenost. U bolesnika s kompleksnim parcijalnim epileptičkim napadajima EEG između dva napadaja najčešće je normalan ili može pokazivati kratkotrajna izbijanja ušiljenih valova i šiljaka. S obzirom na to da ti napadaji počinju najčešće u medijalnom ili donjem dijelu temporalnog režnja EEG snimljen za vrijeme napadaja ne mora pokazivati lokalizirajuće znakove (5).

1.5.2. Generalizirani epileptički napadaji

Primarno generalizirani epileptički napadaji mogu biti konvulzivni i nekonvulzivni. Razlikuju se:

- Mali napadaji (apsansi, petit mal)
- Generalizirani toničko-klonički napadaji (grand mal napadaji)
- Tonički napadaji
- Klonički napadaji
- Atoničko-astatički napadaji
- Mioklonizmi (5)

1.5.2.1. Apsansi

Apsans je kratkotrajni gubitak svijesti s prestankom aktivnosti uključivši i disanje. Javlja se isključivo u djece (5).

1.5.2.1.1. Jednostavni apsans napad

„Odlikuje se naglim početkom i završetkom u vidu prekida svijesti i prestankom drugih mentalnih funkcija, uz minimalne motorne znakove. Osoba sa ovim tipom napada iznenada i naglo prekida aktivnost i doslovno je odsutna tijekom napada. Oči su okrenute malo naviše, pogled je prazan i ukočen, kao da gledaju u prazno. Može postojati sitno treptanje. Ne dolazi do pada, obično se zadrži položaj u kojem je osoba bila na početku napada. K svijesti se dolazi naglo, nastavlja se započeta aktivnost. Sama osoba nije svjesna napada. Napadi obično ometaju uobičajenu aktivnost, tim više, ukoliko su duži. Sam napad traje od 6 do 25 sekundi, najčešće 8 do 15 sekundi. Postoje i kraći napadi, ali se oni teže klinički primjećuju (jasno se vide na EEG snimanju). Tijekom napada osoba ne reagira na pozive, ali pri kraju napada poziv po imenu može prekinuti napad (7).“ Tipični apsans prestaje do puberteta osim u rijetkim slučajevima (5).

1.5.2.1.2. Kompleksni atipični apsansi

Manifestiraju se:

- Automatizmima (treptanje očima, mljackanje, klimanje glavom),
- Blagom kloničkom simptomatologijom
- Promjenama u tonusu mišićne mase,
- Autonomnim poremećajima (širenje zjenica, rumenjenje, tahikardija) (5).

1.5.2.2. Generalizirani toničko-klonički napadaji

„Veliki napadaj (grand mal) najčešće započinje iznenada, bez aure, no kod dijela bolesnika javlja se aura (predznak). Prema značajkama aure može se odrediti primarno ishodište epileptičkog napadaja (5).“

Gubitak svijesti nastaje naglo uz krik zbog spazma laringealne muskulature, tonički spazam svih mišića tijela i pad. Oči su otvorene, zubi stisnuti, ruke savijene u laktovima, stisnutih šaka, a noge su ispružene. U ovoj fazi bolesnik ne diše i postaje cijanotičan. Dolazi do inkontinencije mokraće, rjeđe i stolice. Potom slijede klonički grčevi uz snažan inspirij. Klonički su grčevi ritmičke i sinhronne kontrakcije svih mišića tijela. U toj fazi čest je ugriz jezika kao i pojava pjene zbog hipersalivacije i kloničkih kontrakcija mišića žvakača. Postepeno se klonizmi smiruju, mišići postaju hipotonični i bolesnik počinje disati. Za vrijeme cijelog napadaja bolesnik je bez svijesti. U postiktalnoj fazi napadaja konvulzije se smiruju, bolesnik je u dubokoj komi. Zjenice su široke, puls ubrzan, a disanje nepravilno. Postupno se bolesnik vraća k svijesti, no osjeća se umornim i pospanim. Postoji potpuna amnezija za napadaj, osim za auru ako ju je imao. Interiktalni EEG je promijenjen, javlja se generalizirani šiljak-val kompleks (3).

1.5.2.3. Atonički, astatički napadaji

„Napadaji su karakterizirani gubitkom svijesti i mentalnom retardacijom. Tijekom napadaja, ako je gubitak posturalnog tonusa generaliziran, dijete pada na zemlju tako da su padovi i ozljeđivanja česti (5).“

1.5.2.4. Miokloni napadaji

„Manifestiraju se naglim, vrlo brzim trzajima skupine mišića, najčešće bez gubitka svijesti. Generalizirani mioklonus obično uzrokuje pad. EEG-om se bilježi generalizirani iregularni šiljak-val kompleks, a promjene su često asimetrične (5).“

1.5.2.5. Tonički napadaji

Radi se o naglom gubitku svijesti i toničkom grču tijela. Napadaj traje 10-20 sekundi s padom na tlo. Ponekad može doći i do devijacije glave i očiju u jednu stranu, a tipično je da nastaju za vrijeme sna. Česti su u osoba s poremećajem razvoja i mentalnom retardacijom (5).

1.6. Epileptički status

U 75 % bolesnika epileptički status prva je manifestacija bolesti. Ukoliko epileptički napad traje duže od 30 minuta, ili se javljaju epileptički napadi jedan za drugim, a bez oporavka svijesti između njih, govorimo o epileptičkom statusu (5).

Epileptički status može biti:

- Generalizirani (u obliku toničko-kloničkih grčeva i apsansa)
- Parcijalan (jednostavni, kompleksni i sa sekundarnom generalizacijom)

„Najčešći i potencijalno po život najopasniji je generalizirani konvulzivni status epilepticus, koji zahtjeva hitan medicinski tretman (8).“

Epileptički status ugrožava život zbog razvoja kardiorespiracijske disfunkcije, hipertermije, metaboličkih promjena, jer svi ti poremećaji mogu ireverzibilno oštetiti mozak (5).

Najčešći su uzroci statusa:

- naglo prekidanje uzimanja antiepileptika,
- metabolički poremećaji,
- upale SŽS-a,
- refrakterne epilepsije,
- trauma glave (5).

1.7. Epileptički sindromi

Epileptički sindrom je skup simptoma koji zajedno daju definiranu kliničku sliku. Radi se o specifičnim tipovima epilepsije koja se javlja u određenoj životnoj dobi bolesnika i uključuju razvojne anomalije, karakteristike EEG-a i vrstu napada. U istog se bolesnika tijekom života može javiti više vrsta napadaja te su kod tih bolesnika epileptički napadaji često povezani s genetskim uzrocima i praćeni tipičnim neurološkim znacima i simptomima (5).

Razlikujemo:

- Westov sindrom-infatilnispazmi
- Lennox-Gastautov sindrom (5).

1.7.1. Westov sindrom

Maligni je miješani epileptički sindrom multiple etiologije. Svrstava se u skupinu miješanih epileptičkih sindroma jer ima primarno i sekundarno generaliziranih i multifokalnih izbijanja (9).

Postoji trijas simptoma koji opisuje Westov sindrom:

- Infatilnispazmi
- Psihomotorna retardacija
- Hipsaritmija (9)

„Navedeni trijas važan je putokaz za dijagnozu Westovog sindroma, premda se dijagnoza može postaviti ako i jedna od tri sastavnice ovog trijasa manjka (9).“

Taj tip epileptičkog napada javlja se u dobi od 3. do 9. mjeseca života. Prestaje do 3. godine života, ali se potom može javiti drugi oblik napadaja. Ne reagiraju dobro na epileptike (5).

1.7.2. Lennox-Gastautov sindrom

Sindrom se sastoji od generaliziranih toničko-kloničkih napadaja, atoničkih, miokloničkih i tipičnih absansa. Javlja se u djetinjstvu, od 1. do 8. godine života, a prognoza je loša. U djece je česta mentalna retardacija, a uzroci ovog sindroma su slični uzrocima Wesovog sindroma. EEG bilježi spora izbijanja šiljaka i kompleksa šiljak-val. U liječenju se primjenjuje politerapija (5).

1.8. Simptomatske generalizirane epilepsije

„Pojavljaju se nakon ili u momentu nastanka moždanog udara, kod tumora mozga, upala središnjeg živčanog sustava, prekomjernog uživanja alkohola ili po prestanku uzimanja alkohola, pri traumatskim ozljedama mozga. Oko 12 % osoba s traumom mozga razvije posttraumatsku epilepsiju. Prestanak uzimanja alkohola u alkoholičara uzrokuje grand-mal epileptičke napadaje u prvih 48 sati od prestanka pijenja. EEG nalaz je uredan (5).“

1.9. Febrilne konvulzije

„Sindrom febrilnih konvulzija označava pojavu epileptičkih napadaja u febrilitetu u dojenačkoj dobi ili djetinjstvu, obično u dobi od 3 mjeseca do 5 godina, bez dokazane infekcije središnjeg živčanog sustava ili drugog definiranog uzorka (9).“ Događa se u vrućici preko 39 °C (5).

Jednostavne febrilne konvulzije traju manje od 15 minuta, a karakterizirane su generaliziranim grčevima (5).

Kompleksne febrilne konvulzije:

- traju dulje,
- ponavljaju se,
- karakterizirane su žarišnim simptomima, npr. slabošću polovice tijela ili jednostranim kočenjem udova (5).

Konvulzije se prekidaju primjenom diazepama, a svakako roditelje treba upozoriti na preveniranje i suzbijanje vrućice. Febrilne konvulzije obično imaju dobar ishod s razmjerno malim brojem neuroloških poremećaja i kasnije prijelaza u epilepsiju. Razvoj epilepsije povezan je s epileptogenim promjenama na EEG-u djeteta s febrilnim konvulzijama ili ako zbog dugotrajnih konvulzija nastane oštećenje mozga (10).

1.10. Dijagnostika epilepsije

„Svaki gubitak svijesti nije epileptične prirode, ali zahtijeva pažljivo etiološko dijagnosticiranje. Potreban je detaljan neurološki pregled i obrada kako bise postavila dijagnoza epilepsije. Za postavljanje dijagnoze potrebno je uzeti temeljitu anamnezu bolesnika (detaljan opis znakova – bolesnikov opis napadaja dopunjen podacima svjedoka napadaja), utvrditi uzrok epileptičkog napadaja, isključiti sve ostale moguće uzroke, odrediti opći i neurološki status bolesnika te učiniti EEG (2).“

Anamneza uključuje i podatke o prethodnim zdravstvenim poremećajima u bolesnika, o njegovim životnim navikama, podacima o kranio-cerebralnim povredama, intoksikaciji, infekcijama, metaboličkim bolestima (3).

Ispitivanja radi utvrđivanja uzroka mogu uključivati različita ispitivanja krvi (ovisno o uzroku na koji se sumnja) koja uključuju:

- kompletnu krvnu sliku,
- glukozu u krvi,
- ispitivanja funkcije jetre,
- ispitivanje funkcije bubrega (5).

U većini slučajeva dijagnozu epilepsije postavljamo tek nakon dva (ili više) potvrđena napadaja (5).

1.10.1. Elektroencefalografija (EEG)

„EEG je najvrjednija pretraga u dijagnozi epilepsije. Temeljem promjena u EEG-u potvrđuje se sumnja na epilepsiju. EEG omogućuje klasifikaciju vrste epilepsije i može uputiti na lokalizaciju epileptičkog žarišta. EEG je važan i pri odluci o ukidanju antiepileptika. Koristi se standardno snimanje- EEG u trajanju od 20 minuta na minimalno 16-kanalnom aparatu kao i specijalne tehnike kojim se povisuje osjetljivost metode (5).“

Također se koristi:

- kontinuirano 24-satno registriranje EEG-a,
- polisomnografija,
- magnetoencefalografija,
- kombinacija EEG registracije s videomontiranjem.

Između napadaja kod gotovo 2/3 bolesnika s epilepsijom EEG može biti uredan (5).

1.10.2. Ostale dijagnostičke metode

U dijagnostici epilepsije koriste se i druge dijagnostičke metode u cilju razjašnjavanja mogućih uzroka epilepsije.

To su:

- neuroradiološka dijagnostika- kompjutorizirana tomografija (CT)
- magnetska rezonancija (MR) mozga,
- angiografija-kontrastna pretraga krvnih žila mozga.

Od neurofunkcionalnih pretraga koriste se:

- PET-ispitivanje metaboličkih funkcija dijelova mozga, radioaktivno obilježenom glukozom

- SPECT-vezanje radionuklida obilježenog tehnejom pri prolasku mozgom, tijekom epileptičkog napadaja može se vidjeti hipoperfuzija u određenom dijelu mozga.

Također se vrše i psihijatrijska testiranja i genetički testovi (5).

1.11. Diferencijalna dijagnoza epilepsije

U diferencijalnoj dijagnozi posebice u obzir dolaze nesvjestice (sinkope) različite etiologije. Sinkope obično daju određene premonitorne simptome i najčešće nema konvulzija i urinarne inkontinencije (5).

Sinkopalne atake kratkog trajanja mogu biti praćene autonomnim simptomima kao što je:

- bljedilo,
- pad sistemnog tlaka,
- slab puls,
- a nakon povratka k svijesti nema smetenosti ili dezorijentacije.

U male djece mogu se javiti afektivni respiratorni spazmi tijekom plača, ljutnje, boli i straha, a koji mogu imitirati epileptične napadaje.

„Ne-epileptični psihogeni napadaji se javljaju u emocionalno nestabilnih osoba, najčešće u prisutnosti očividaca, bizarnog su karaktera, npr. nepravilne kretnje udova, forsirano zatvaranje očiju, opistotonični položaj, pokreti glave po shemi "ne-ne". Sve dijagnostičke sumnje da li se radi o epileptičkom napadaju mogu se riješiti višekratnim ponavljanim EEG-om, po mogućnosti EEG videopoligrafijom (5).“

1.12. Liječenje epilepsije

Osnovna svrha liječenja epilepsije prevencija je nastanka epileptičkog napadaja, i to redovitim uzimanjem ordinirane medikamentozne terapije. Liječenje je individualno i ovisi o mnogim čimbenicima (dob, spol, vrsta epilepsije, komorbiditet) (2).

1.12.1. Medikamentozno liječenje

Liječenje epilepsije provodi se antiepilepticima, a uvjet za započinjanje terapije je ispravno postavljena dijagnoza epilepsije. Izbor lijeka koji će se koristiti u liječenju ovisan je primarno o tipu epileptičkog napadaja, odnosno epileptičkog sindroma (11).

Jako je važno i potrebno roditelje temeljito informirati o razlozima zbog kojih je neophodno da dijete redovito uzima propisivani lijek, o načinu primjene lijeka i mogućim neželjenim djelovanjem te o dužini trajanja liječenja i prognozi bolesti. Od koristi je upoznati ih sa spoznajom da ne postoji niti jedan antiepileptički lijek koji pruža potpunu zaštitu u tom smislu da može sigurno spriječiti pojavu novog napadaja, već znatno umanjuje vjerojatnost njegove pojave (11).

Ponekad i uz redovito uzimanje lijeka događa se da dijete ima epileptičke napadaje te ga je potrebno zamijeniti drugim antiepileptičkim lijekom što ponekad u roditelja i veće djece izaziva sumnju u njihovo djelovanje općenito i može biti uzrokom odbijanja terapije ili pak njenom neredovitom uzimanju. U osobito teškim oblicima epilepsija koje se očituju čestim ponavljanjima napadaja potrebno je liječenje s nekoliko (najčešće dva) lijeka (11).

„Svakom djetetu koje boluje od epilepsije treba omogućiti što bolju kvaliteta života. To podrazumijeva dobru kontrolu epileptičkih napadaja redovitim uzimanjem antiepileptičke terapije i pozitivan stav prema bolesti koji se postiže aktivnim sudjelovanjem u različitim životnim i interesnim aktivnostima. Da bi dijete u svemu tome bilo uspješno potrebno je da o njemu kontinuirano skrb vodi tim kojeg čine roditelji, liječnici, odgajatelji, učitelji, profesori, prijatelji. To je jedini poželjni način da se dijete ne osjeća izolirano i da bude potpuno prihvaćeno od društvene zajednice (11).“

„Medikamentozno liječenje epilepsija isključivo je simptomatsko. Antiepileptički lijekovi (AEL) suprimiraju epileptička izbijanja i/ili sprječavaju širenje epileptičkih pražnjenja. Cilj je liječenja dobra kontrola napadaja i najniža učinkovita doza koja ima minimalni utjecaj na svakodnevni život bolesnika. Potrebno je veću prednost dati liječenju većom dozom jednog antiepileptika (monoterapija) pred niskim dozama više antiepileptika (politerapija). U oko 70 % bolesnika dobra se kontrola napadaja postiže monoterapijom. AEL je potrebno racionalno primjenjivati što podrazumijeva dobar odabir, pravilnu dozu i brigu o individualnim karakteristikama posebnih skupina bolesnika-životna dob, žene u fertilnoj dobi, komorbiditet (5).“

„Danas na tržištu postoje četiri generacije AEL koji se primjenjuju u liječenju pojedinih epileptičkih napadaja. AEL 1. generacije su najstariji lijekovi u liječenju epilepsije (5).“

Tablica 1. Antiepileptički lijekovi koji se primjenjuju u liječenju epileptičkih napadaja (5).

Antiepileptici I. generacije	Fenobarbiton, metilfenobarbiton, primidon
Antiepileptici II. generacije	Karbamazepin, fenitoin, sultim
Antiepileptici III. generacije	Etosuksimid, valproat
Antiepileptici IV. generacije	Lamotrigin, topiramata, gabapentin, vigabatrin, levetiracetam, oksarbazepin, pregabalin

Sljedeća pravila mogu biti od koristi u postizanju kontrole napada (13):

- Da se epilepsija dijagnosticira na vrijeme;
- Da se poslije prvog napada ne uvode antiepileptični lijekovi, jer nekad se dogodi da se nakon tog napada ni jedan više ne ponovi ili se ponovi poslije više godina., ako se radi o mlađoj životnoj dobi, kod urednog EEG nalaza, kako standardnog tako i nakon provokacija, urednog neurološkog statusa i ako je obiteljska anamneza

negativna. Tada bolesnik treba izbjegavati faktore koje dovode do napadaja: nespavanje, alkohol, stres, naglo uzimanje velike količine tekućine, itd. Izuzetak od ovog pravila su slučajevi kada je poznat uzrok koji će dati ponovljene napade;

- Ne treba liječiti epilepsije kod kojih se napadi događaju veoma rijetko;
- EEG promijene bez kliničke manifestacije bolesti nisu indikacija za primjenu antiepileptika;
- Važno je da se u početku terapije daju manje doze uz postepeno povećanje kako bi se izbjegle nuspojave
- Broj dnevnih doza treba biti što manji;
- Obustavljanje terapije se provodi ako pacijent nije imao napade tijekom tri godine, ako je EEG nalaz uredan, ako je uredan psihički status. Ukidanje AEL vrši se postupno tijekom više mjeseci uz nužno upozorenje bolesnika na mogućnost recidiva.
- Liječenje ne smije prekinuti trudnica, jer može ući u status epileptikus, a također ni majka dojilja ne bi trebala prekidati liječenje, jer dijete dojenjem unosi manje lijeka nego što ga je unosilo intrauterino.

„Liječenje epileptičkog statusa je posebice složena zadaća, jer on ugrožava životne funkcije. Najvažnije je osigurati prohodnost dišnih putova, suzbijanje popratnog edema mozga, otklanjanje poremećenog metabolizma te uskladiti stanje dišnog i srčanokrvnožilnog sustava (5).“

1.12.2. Kirurško liječenje

„Epilepsija je ponekad vrlo uporna kronična bolest koju ne možemo kontrolirati lijekovima. Ukoliko je liječenje bezuspješno dulje od dvije godine treba razmotriti mogućnost neurokirurškog liječenja. O operativnom liječenju treba razmišljati i u slučajevima kada bolesnik uz terapiju nema napadaje, ali je zbog dugotrajne terapije razvio teške nuspojave. Neurokirurško liječenje treba planirati odmah nakon dvije godine bezuspješne terapije lijekovima kako bi se izbjegla trajna oštećenja mozga koja se javljaju zbog nekontroliranih napada (4).“

Svakog bolesnika treba prije operacije precizno obraditi složenim pretragama kako bi se procijenili njegovi izgledi za ozdravljenje poslije operacije, odnosno kako bi se ustanovilo je li bolesnik dobar „kandidat“ za neurokirurški zahvat.

Preoperativna obrada uključuje (4):

- EEG i Video EEG snimanja,
- snimanja s dubokim elektrodama tj. s elektrodama koje se operativno ugrađuju,
- CT, MR i SPECT snimanja
- psihijatrijska i neuropsihološka testiranja bolesnika.

Cilj preoperativne obrade je točno definirati žarište iz kojeg dolaze epileptička izbijanja koja uzrokuju napadaje te procijeniti mogućnost neurokirurškog odstranjenja toga područja bez oštećenja zdravih dijelova mozga i njegovih funkcija (4).

„Bolesnici koji imaju progresivne (napredujuće) bolesti mozga čiji uzroci nam danas još nisu poznati, kao i bolesnici koji su umno zaostali ili imaju duševnu bolest ne smiju se operirati jer su mogućnosti izlječenja putem operacije male, a u nekim slučajevima neurokirurško liječenje može čak i pogoršati njihovo stanje. Također nećemo operirati bolesnike koji imaju i na lijevoj i na desnoj strani promjene koje predstavljaju izvor epileptičkih napadaja. Dvije godine nakon izvedene operacije u odsustvu napadaja možemo početi smanjivati doze lijekova. Odluka o ukidanju terapije donosi se zajedno s bolesnikom i njegovom obitelji (4).“

1.12.3. Vagalna stimulacija

„Ovo je novija, nefarmakološka metoda liječenja epilepsije. Indicirana je prvenstveno u bolesnika s žarišnim epilepsijama, premda postoje izvješća o povoljnim rezultatima u pacijenata s generaliziranim epilepsijama. Riječ je elektrostimulatoru koji se implantira supkutano na prsnom košu, dok se dvije helikalne elektrode povezuju s lijevim n. vagusom na vratu. Generator producira niskofrekventnu (30 Hz) stimulaciju, uobičajeno kroz 30 sekundi, s pauzama od 5 minuta, premda je sustav moguće i drugačije programirati. Uz to, bolesnik ima na raspolaganju magnet kojim može sustav dodatno aktivirati (npr. u slučaju

aure) ili ga deaktivirati. Mehanizam kojim vagalna stimulacija ostvaruje antikonvulzivni učinak nije sasvim jasan; moguće je riječ o primarnom djelovanju na električnu aktivnost mozga, no nije isključen i posredni učinak preko neuroprijenosnika. Nuspojave su relativno rijetke i blage: promuklost, kašalj, štućanje, dispneja, grlobolja. Osnovni je nedostatak visoka cijena. U principu, bolesnici nakon ugradnje vagalnog stimulatora i dalje trebaju uzimati antiepileptičke lijekove, no broj napadaja znatno se prorjeđuje, a potrebne doze lijekova su bitno niže (3).“

1.13. Provođenje i evaluacija zdravstvene njege

Uloga i zadatci medicinske sestre pri pojavi epileptičkog napada su (2):

- Skrb za dijete u vrijeme i poslije napada
- Održavanje prohodnosti dišnih putova
- Nadzor vitalnih parametara
- Stalna procjena i prikupljanje podataka
- Pomoć i edukacija roditelja
- Vođenje evidencije

Visok rizik za ozljede u/s epileptičkim napadom.

Ova sestrinska dijagnoza bitna je kod epilepsije jer se može dogoditi da dijete tijekom napadaja padne i može doći do teške povrede glave. Medicinska sestra mora biti vrlo oprezna i poduzeti sve mjere da se dijete ne ozlijedi tijekom napadaja.

Cilj: Dijete se neće ozlijediti tijekom epileptičkog napada.

Intervencije:

1. u slučaju aure poleći dijete

2. prilagoditi prostor kojim se dijete kreće: odmaknuti namještaj, presvući podove i namještaj mekanim materijalima, izbjegavati mokat i sklizak pod
3. koristiti plastične tanjure, šalice i čaše
4. educirati dijete da izbjegava penjanje na stolicu ili ljestve
5. educirati dijete, ako su napadaji učestali, da nosi udobnu odjeću i štitnike za koljena, laktove i glavu

Neupućenost u/s osnovnom bolesti, terapijom i načinom života.

Ova sestrinska dijagnoza česta je kod epilepsije, jer su djeca na samom početku bolesti neupućeni u samu bolest, terapiju i način života. Zato je važno da to medicinska sestra promijeni i educira dijete i roditelje.

Cilj: Dijete i roditelji će biti upućeni u stanje svoju bolest / bolesti svog djeteta, terapiju i način života do kraja hospitalizacije.

Intervencije:

1. provjeriti djetetovo znanje i znanje roditelja o bolesti, terapiji, komplikacijama, načinu života
2. razgovarati s djetetom i roditeljima te pritom razjasniti nedoumice, pogrešne stavove i predrasude
3. educirati dijete i roditelje o redovitom uzimanju terapije, neželjenim pojavama i redovitom liječničkom pregledu
4. ohrabriti dijete na verbalizaciju problema
5. poticati obitelj da održi iskrene i tople odnose sa svojim djetetom bez obzira na njegovo ponašanje
6. provjeriti usvojeno znanje

Strah u/s ponovljenim epileptičkim napadima.

Ova sestrinska dijagnoza bitna je kod epilepsije jer se djeca osjećaju depresivno, besperspektivno i teško prihvaćaju svoje stanje. Zato medicinska sestra mora djetetu

pomoći da smanji strah te mu pružiti potporu, poticati da se drži preporuka i osigurati podršku u zajednici.

Cilj: Dijete će smanjiti osjećaj straha

Intervencije:

1. pružiti djetetu emocionalnu potporu
2. navesti mu pozitivne primjere kod vršnjaka
3. poticati i ohrabrivati obitelj da mu bude potpora
4. uključiti ga i upoznati s grupom djece koja boluju od iste bolesti kako bi mu pomogli da shvati da nije sam te međusobnim razgovorom omogućiti verbalizaciju osjećaja.

5. CILJ RADA

Djeca su vrlo kompleksan i osjetljiv segment populacije, koji zahtjeva specifični postupak od strane zdravstvenih djelatnika. Zadatci medicinske sestre u svakodnevnom radu s djecom su ozbiljni i složeni, a postaju još zahtjevniji u praćenju djeteta s epilepsijom. Uvođenjem procesa zdravstvene njege kao i suvremene metode rada, medicinske sestre dobivaju mogućnost osmišljenijeg, logičnijeg, sustavnijeg i svestranijeg iskazivanja svog odnosa prema bolesnom djetetu i roditeljima.

Kao i sva druga djeca, dijete s epilepsijom, želi biti prihvaćeno, prilagođeno i biti poput ostalih. Roditelji su, posebno na početku bolesti, preplavljeni osjećajem straha i neizvjesnosti. Postavljaju si pitanja: Može li se moje dijete igrati ili ići u školu bez nadzora? Što ako dobije napadaj? Što će o njemu misliti ostala djeca i odrasli? Hoće li odgajatelji i učitelji preuzeti odgovornost? Hoće li se prema njemu odnositi jednako kao prema drugoj djeci?

Cilj ovog rada je istražiti percepciju kvalitete života djece s epilepsijom.

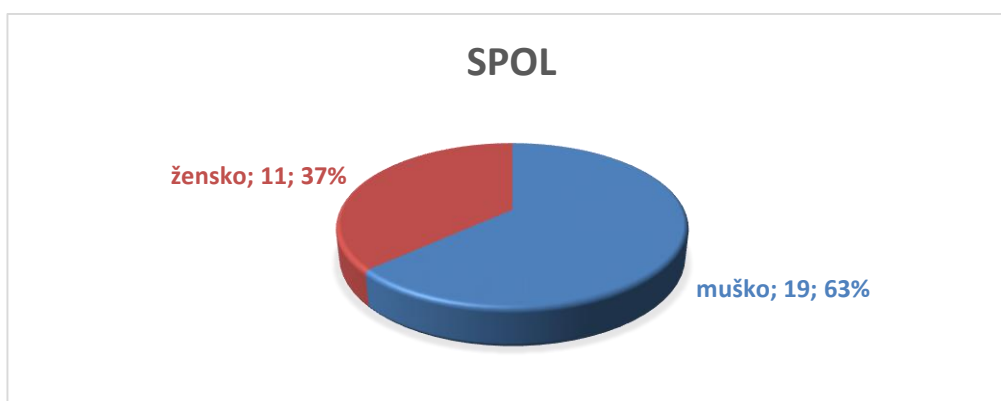
Specifični ciljevi rada su utvrditi koji faktori utječu na bolju percepciju kvalitete života te utvrditi najprimjerenije načine podizanja kvalitete života djece s epilepsijom.

6. IZVOR PODATAKA I METODE

1.1. Uzorak

Uzorak je dobiven slučajnim odabirom pacijenata koji se nalaze na ambulantnom liječenju u Kliničkom bolničkom centru Split. Sudjelovalo je 30 ispitanika; roditelji pacijenata.

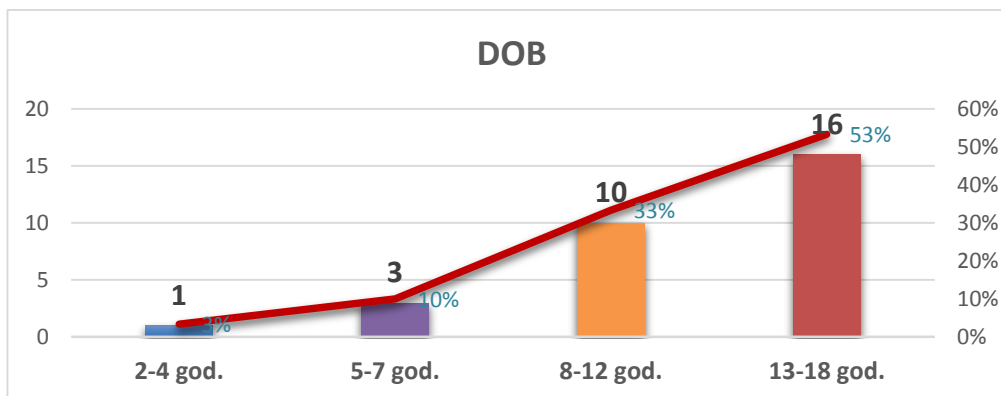
U istraživačkom uzorku bilo je 11 (11; 37 %) ženske djece i 19 (19; 63 %) muške djece što je prikazano slikom 1.



Slika 1. Spolna struktura djece oboljele od epilepsije

Prema dobnoj strukturi više od polovice istraživačkog uzorka, točnije njih 53 % je starije od 12 godina, 33 % ih je u rasponu od 7-12 godina, te 13 % u rasponu od 2-7 godina.

Prosječna dob istraživačkog uzorka je $11,6 \pm 3,66$ godina. Raspon godina se kreće od 2-18 (slika 2).



Slika 2. Dobna struktura djece oboljele od epilepsije

1.2. Metode

Istraživanje je provedeno tijekom prosinca 2015. godine. Nakon odobrenja Etičkog povjerenstva KBC-a Split (Klasa: 500-03/15-01/26; Ur.br.: 2181-147-01/06/J.B.-15-2) provedeno je anketno ispitivanje roditelja o percepciji kvalitete života njihove djece oboljele od epilepsije. Ispitanicima je objašnjeno da se istraživanje provodi u svrhu izrade završnog rada studentice sestrištva, zajamčena im je povjerljivost podataka i anonimnost te su dobrovoljno pristali na sudjelovanje. Nakon pristanka roditelja upitnik je provodila studentica sestrištva. Prosječno vrijeme trajanja svake ankete je bilo 10 minuta.

U provedenom istraživanju korišten je upitnik o percepciji kvalitete života djece sa epilepsijom koji je napravljen u suradnji s mentoricom.

Upitnici su prilagođeni određenoj dobnoj skupini oboljele djece. U istraživanju su korištena 4 upitnika i to upitnici za djecu od 1-4 godine, 5-7 godina, 8-12 godina te upitnik za tinejdžere (13-18 godina).

Upitnik je podijeljen u niz kategorija počevši od kategorije s općim podacima, kategorije o subjektivnoj procjeni kvalitete zdravlja i života te od kategorija u kojima se procjenjivalo tjelesno funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, funkcioniranje u školi, simptomi epilepsije, liječenje i komunikacija.

Svaka od navedenih kategorija se sastojala od određenog broja pitanja na koje su ispitanici mogli odgovoriti s jednim od 5 ponuđenih odgovora:

0. Nikada
1. Gotovo nikada
2. Ponekad
3. Često
4. Gotovo uvijek

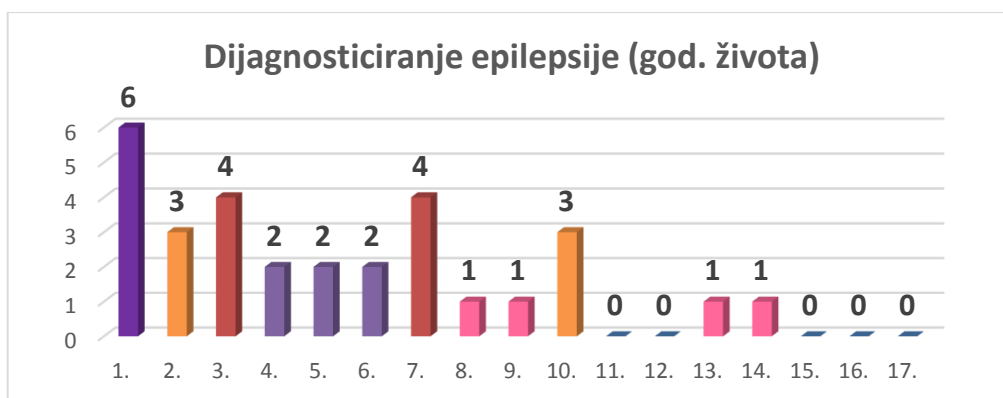
1.3. Analiza podataka

Za analizu podataka korištena je deskriptivna statistika. Statistička analiza uključivala je distribuciju frekvencije, mjere centralne tendencije (aritmetička sredina) s određivanjem mjere raspršenja rezultata (standardna devijacija).

7. REZULTATI

Dobiveni rezultati pokazuju da 29 ispitivane djece (97 %) boluje od primarne epilepsije, dok samo jedno dijete (3 %) boluje od sekundarne epilepsije.

Kod najvećeg broja djece bolest je dijagnosticirana u prvoj godini života (20 %). Prosječna dob dijagnosticiranja bolesti je $5,3 \pm 3,64$ godina (slika 3).



Slika 3. Dob dijagnosticiranja bolesti

Najveći broj roditelja, njih 8 (27 %) je ocijenilo kvalitetu života svoje djece sa 10/10. Udio od 23 % ih je ocijenio sa 7/10, 20 % sa 6/10 dok niti jedan roditelj nije ocijenio kvalitetu života svog djeteta s 3/10 i manje.

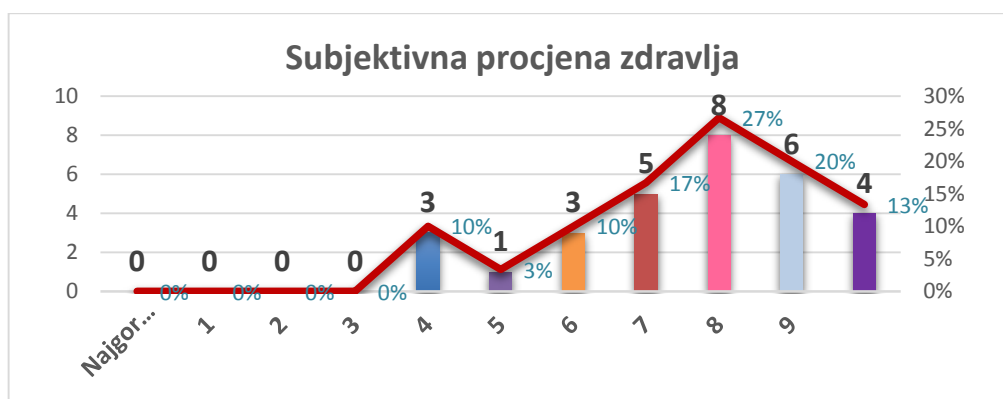
Prosječna ocjena kojom su roditelji ocijenili kvalitetu života svog djeteta je $7,8 \pm 1,91$ (Slika 4).



Slika 4. Subjektivna procjena kvalitete oboljele djece

Udio od 27 % roditelja je ocijenilo zdravlje svoje djece sa 8/10, dok nijedan roditelj nije ocijenio zdravlje svoje djece s manje od 3/10.

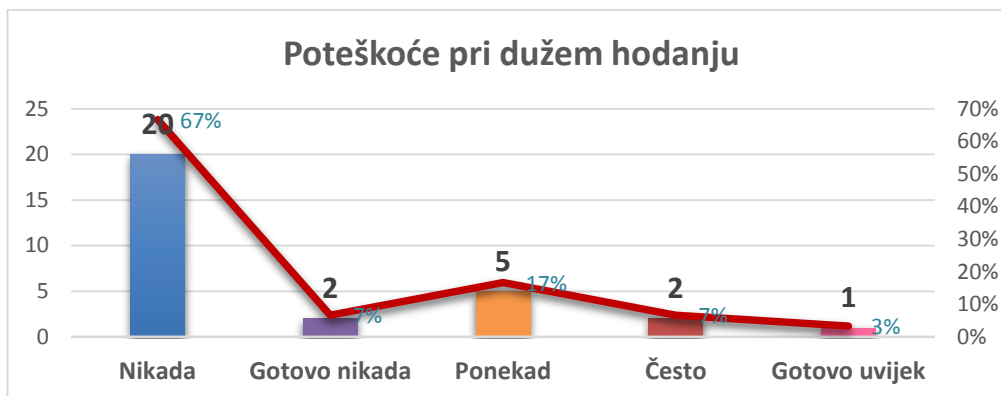
Prosječna ocjena kojom su ispitanici ocijenili zdravlje djece je $7,6 \pm 1,77$ (Slika 5).



Slika 5. Subjektivna procjena zdravlja oboljele djece

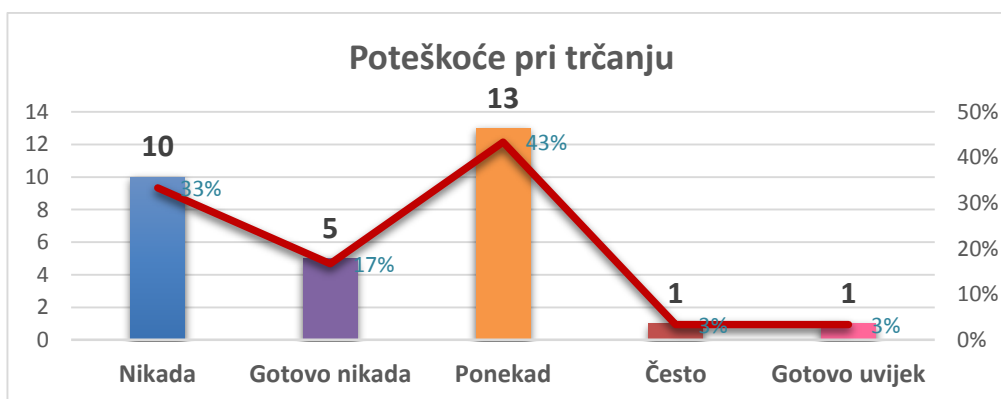
Veliki dio roditelja, čak njih 67 % je odgovorilo da njihova djeca nikada nemaju poteškoća pri hodanju duže od pola sata.

Njih 17 % je reklo da djeca ponekad osjećaju poteškoće, dok se kod samo jednog djeteta poteškoće javljaju gotovo uvijek (slika 6).



Slika 6. Poteškoće u dužem hodanju

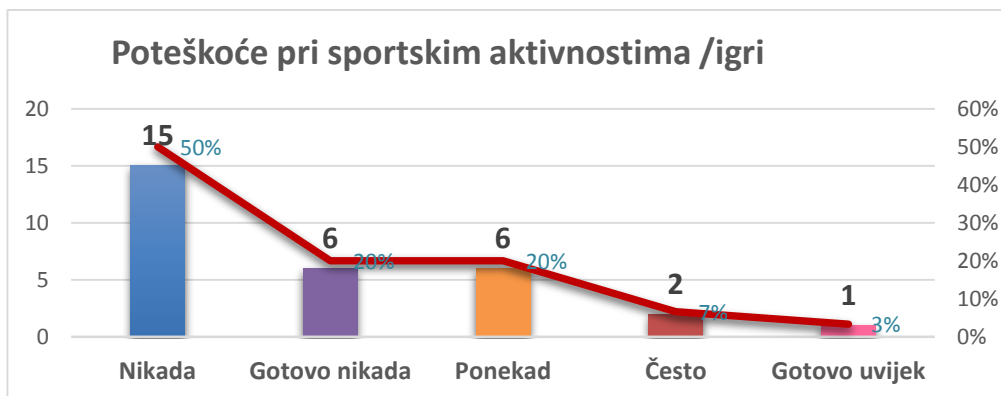
Najveći broj ispitanika (43 %) su rekli da njihova djeca ponekad osjećaju poteškoće pri trčanju, dok je 33 % reklo da djeca nikada nemaju poteškoće pri trčanju (slika 7).



Slika 7. Poteškoće pri trčanju

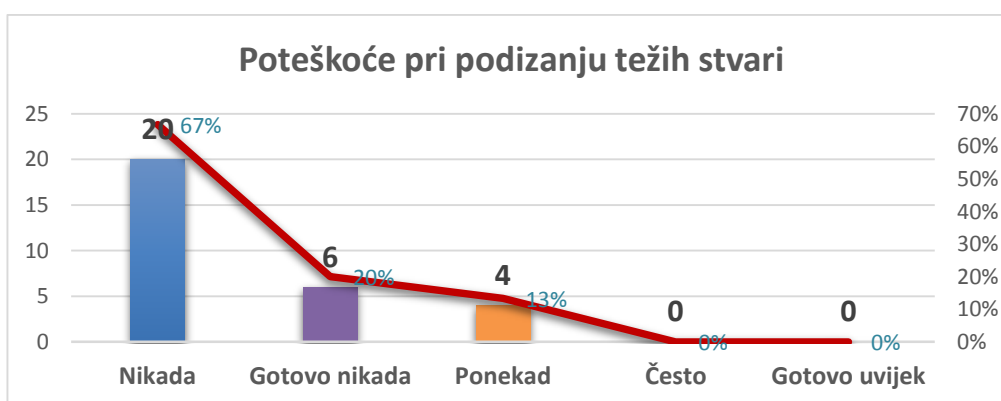
Iz rezultata prikazanih na slici 8 vidljivo je da je polovica ispitanika (50 %) rekla da njihova djeca nikada nemaju poteškoće pri sportskim aktivnostima/igri, dok ih je 40 % reklo da imaju ponekad ili gotovo nikada.

Kod samo 3 % djece poteškoće se javljaju gotovo uvijek (slika 8).



Slika 8. Poteškoće pri sportskim aktivnostima/igri

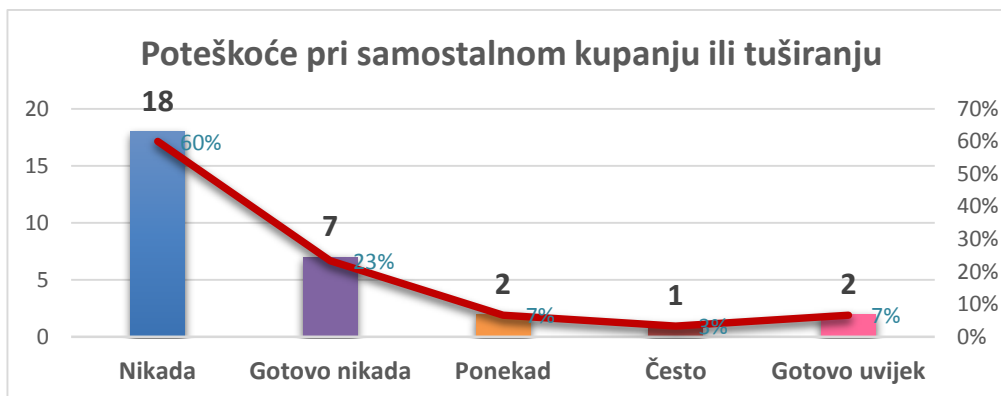
Što se tiče poteškoća pri podizanju težih stvari 67 % ispitanika je reklo da ih njihova djeca nikada nemaju, dok ih je 13 % reklo da ponekad imaju poteškoće (slika 9).



Slika 9. Poteškoće pri podizanju težih stvari

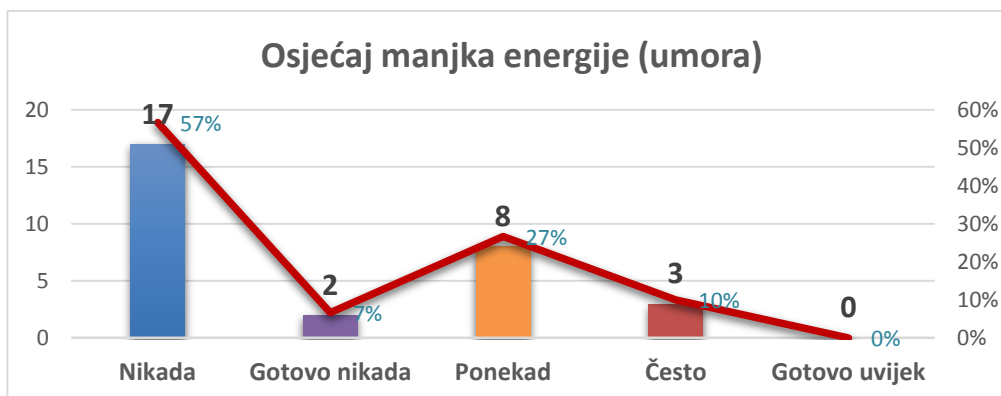
Iz slike 10 je vidljivo kako je 83 % ispitanika reklo da njihova djeca nikada ili gotovo nikada nemaju poteškoće pri samostalnom kupanju ili tuširanju.

Udio od 7 % ih je izjavilo da njihova djeca imaju gotovo uvijek poteškoće (slika 10).



Slika 10. Poteškoće pri samostalnom kupanju ili tuširanju

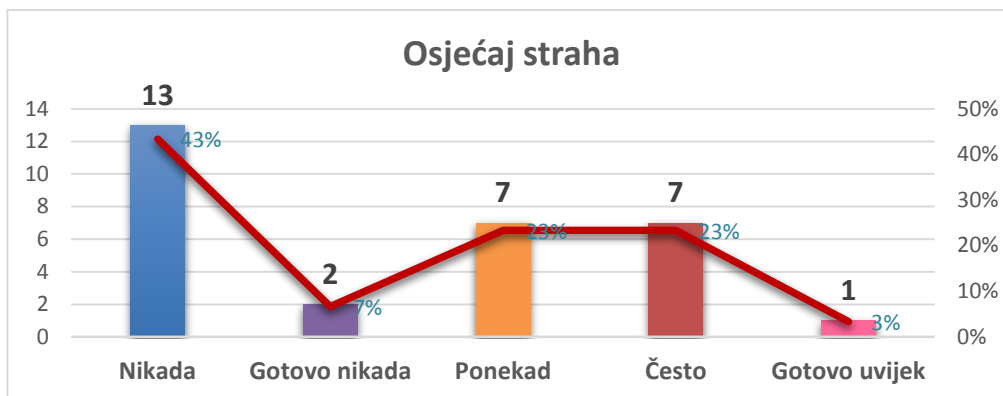
Slika 11 nam pokazuje da 57 % djece nikada ne osjeća manjak energije (umora), a 27 % ih ponekad osjećaju.



Slika 11. Osjećaj manjka energije (umora)

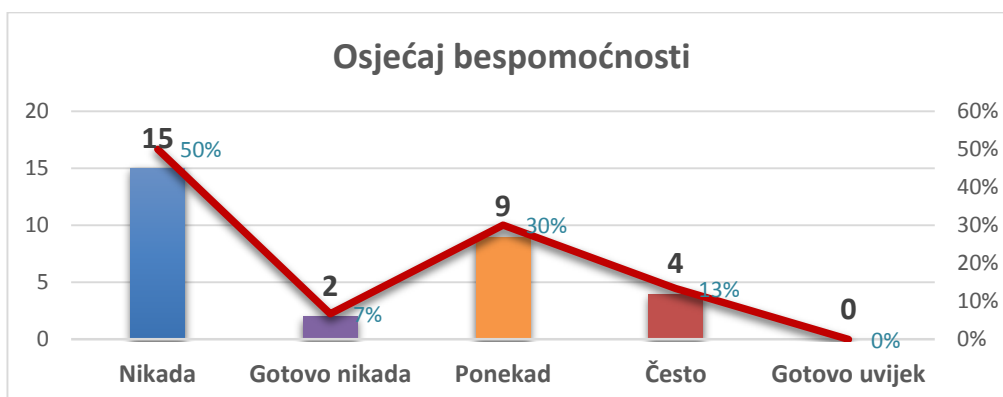
7.1. Emocionalno funkcioniranje

Polovica ispitanika (50 %) je reklo da njihova djeca ne osjećaju strah, dok ih je 46 % izjavilo da osjećaju ponekad ili često. Kod jednog djeteta (3 %) strah je prisutan gotovo uvijek (slika 12).



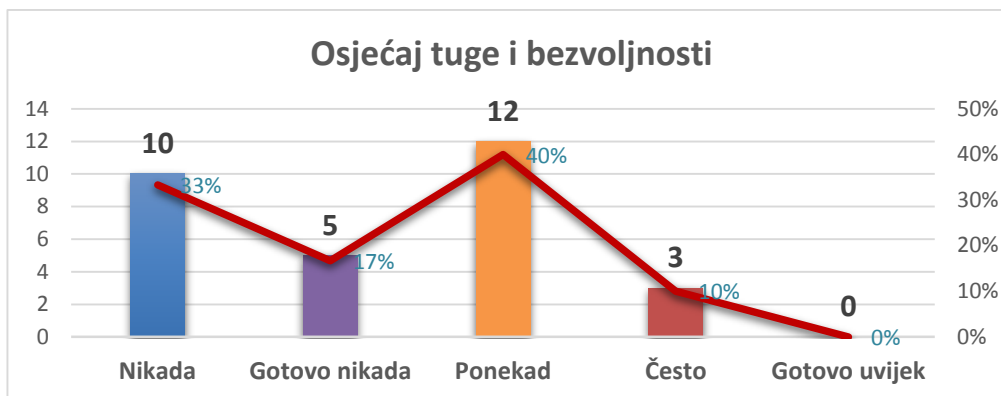
Slika 12. Osjećaj straha

Iz rezultata je vidljivo da 57 % roditelja negira prisutnost bespomoćnosti kod svoje djece, dok kod 43 % djece osjećaj bespomoćnosti se javlja ponekad/često (slika 13).



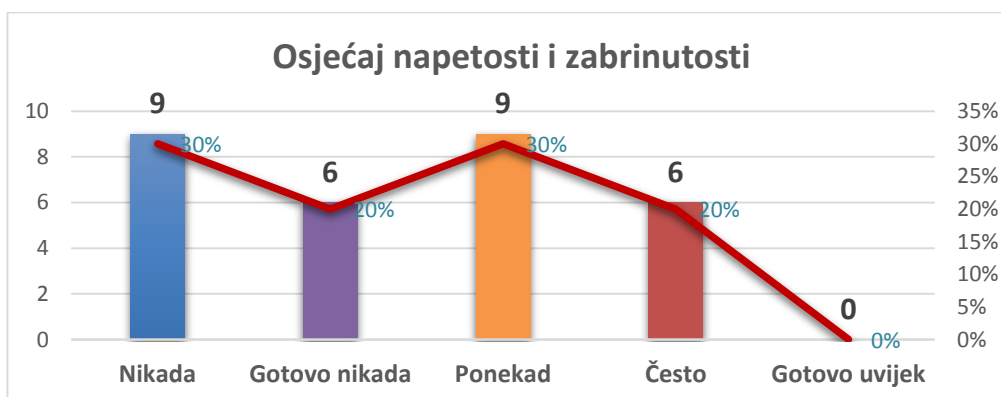
Slika 13. Osjećaj bespomoćnosti

Čak polovica ispitanika je izjavila da je kod njihove djece prisutan osjećaj tuge i bezvoljnosti, dok kod druge polovice taj osjećaj izostaje (slika 14).



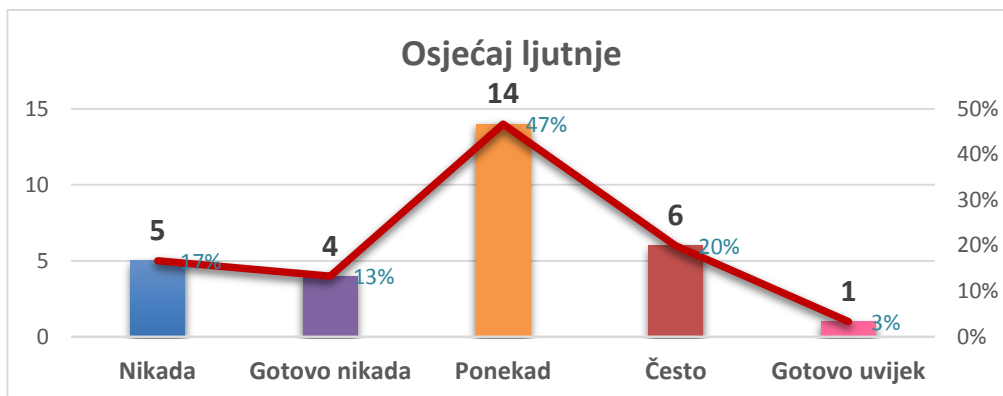
Slika 14. Osjećaj tuge i bezvoljnosti

Slika 15 nam pokazuje da je 50 % ispitanika reklo da njihova djeca nikada/gotovo nikada ne osjećaju napetost i zabrinutost, dok drugih 50 % osjeća ponekad/često.



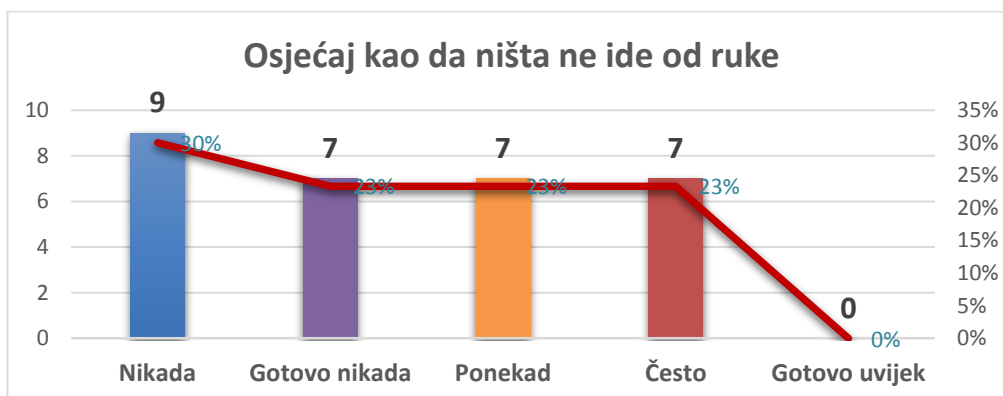
Slika 15. Osjećaj napetosti i zabrinutosti

Iz rezultata je vidljivo kako 67 % ispitanika kaže da njihova djeca osjećaju ljutnju ponekad/često, dok kod 3 % osjećaj ljutnje je prisutan gotovo uvijek (slika 16).



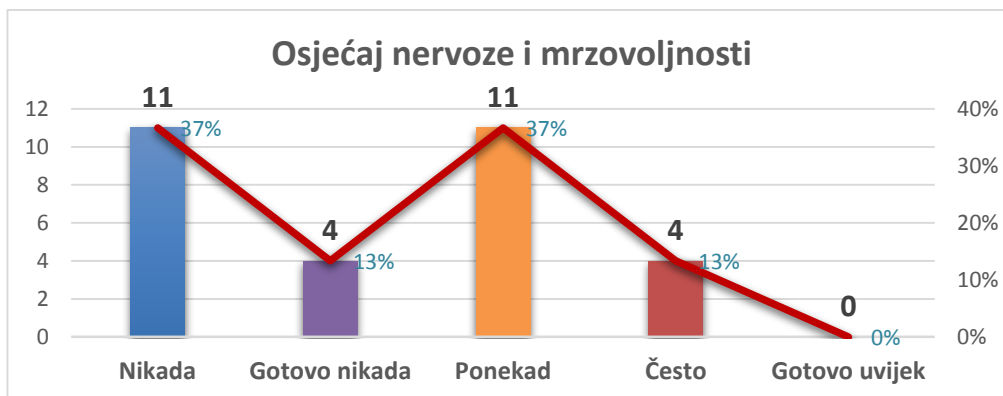
Slika 16. Osjećaj ljutnje

Kod 53 % djece nikada i gotovo nikada nije prisutan osjećaj kao da im ništa ne ide od ruke, a kod 46 % je taj osjećaj prisutan ponekad i često (slika 17).



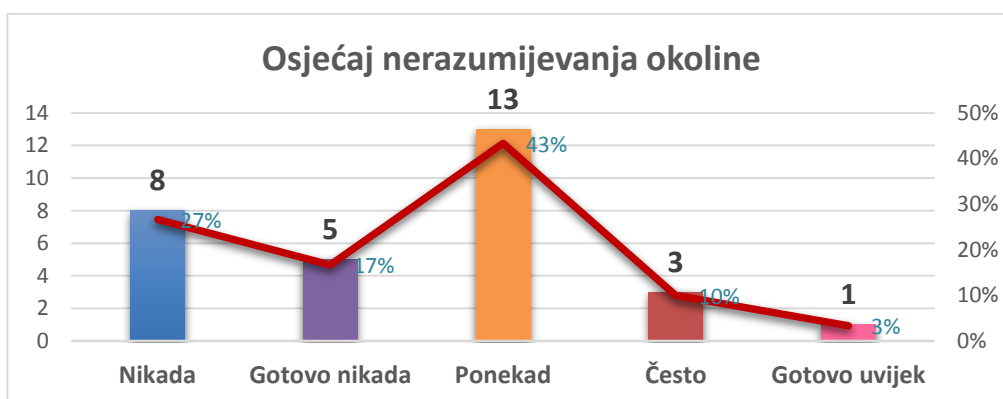
Slika 17. Osjećaj kao da ništa ne ide od ruke

Na slici 18 je vidljivo da je 15 (50 %) ispitanika reklo kako njihova djeca osjećaju nervozu i mrzovoljnost, dok ostalih 50 % negira prisutnost tog osjećaja (slika 18).



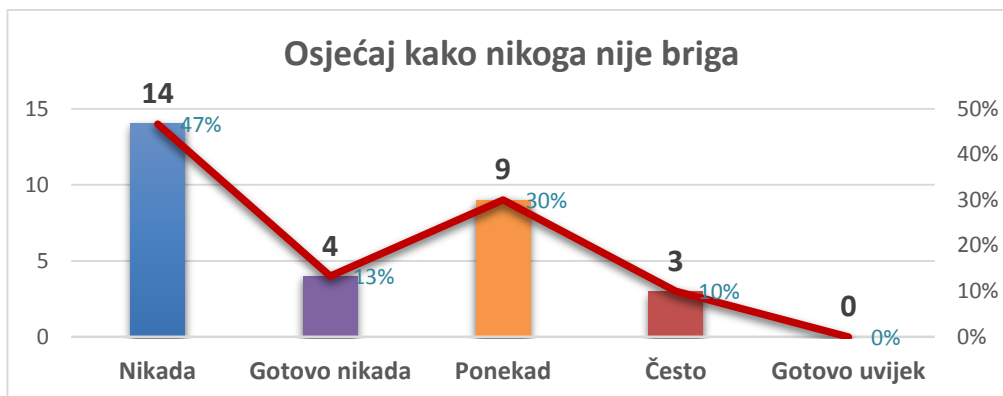
Slika 18. Osjećaj nervoze i mrzovoljnosti

Veći broj ispitanika, čak njih 53 % smatra da je kod njihove djece ponekad/često prisutan osjećaj nerazumijevanja okoline (slika 19).



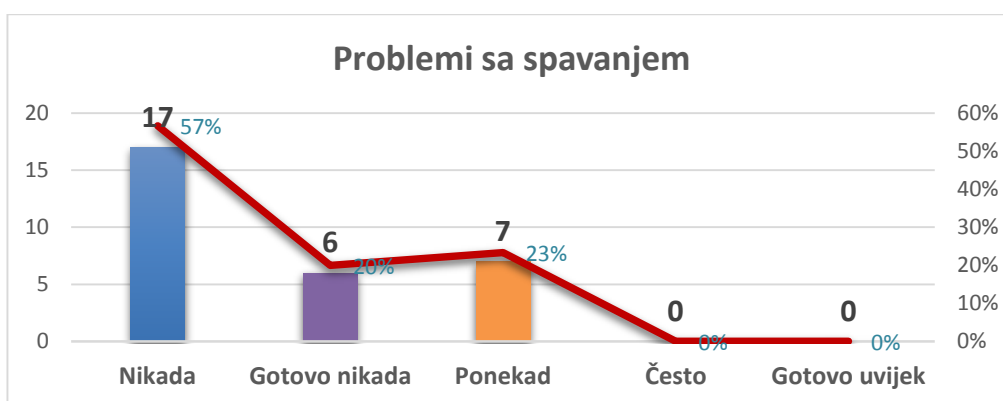
Slika 19. Osjećaj nerazumijevanja okoline

Iz dobivenih rezultata možemo uočiti kako je čak 40 % roditelja reklo da njihova djeca imaju osjećaj kako nikoga nije briga za njih (slika 20).



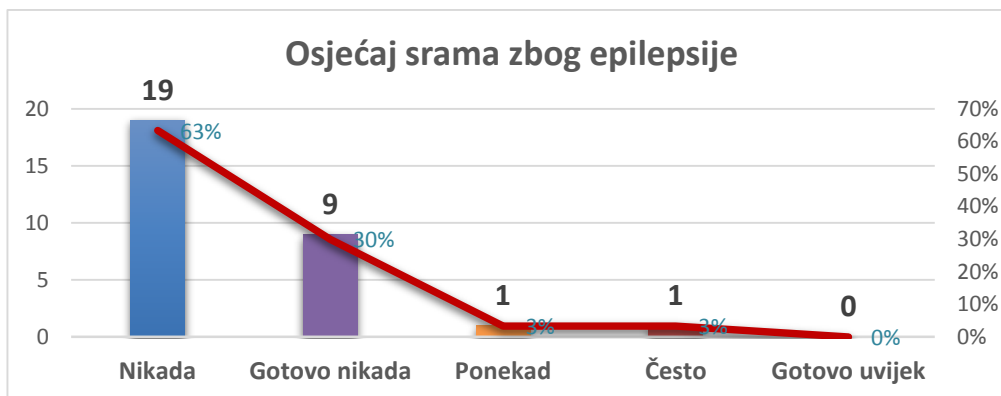
Slika 20. Osjećaj kako nikoga nije briga

Udio od 23 % ispitanika je reklo da njihova djeca ponekad imaju probleme sa spavanjem, dok kod 77 % djece taj problem nije prisutan (slika 21).



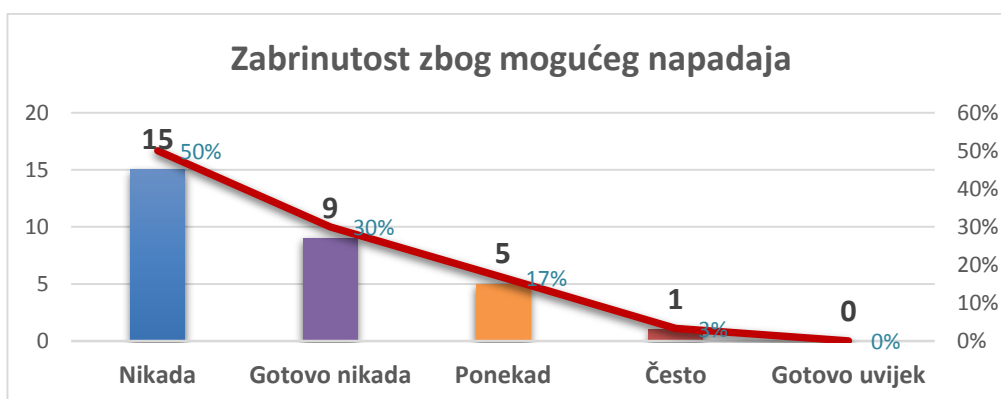
Slika 21. Problemi sa spavanjem

Slika 22 pokazuje da je velika većina ispitanika, čak njih 93 % potvrdilo kako se njihova djeca ne srame toga što imaju epilepsiju.



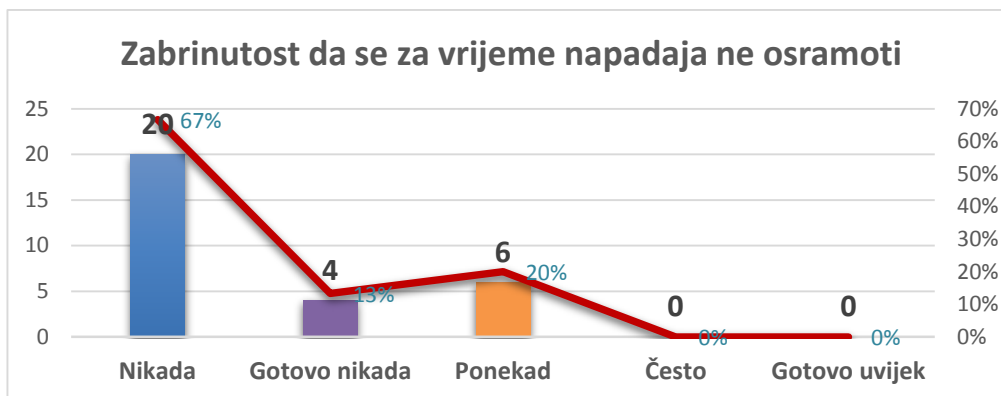
Slika 22. Osjećaj srama zbog epilepsije

Iz rezultata na slici 23 je možemo zaključiti da 80 % ispitanika tvrdi da njihova djeca nisu zabrinuta zbog mogućeg napadaja. Samo kod jednog ispitanika je ta zabrinutost često prisutna.



Slika 23. Zabrinutost zbog mogućeg napadaja

Udio od 20 % ispitanika je reklo kako su njihova djeca ponekad zabrinuta da se za vrijeme napadaja ne osramote, a veliki udio njih, 80 % negira zabrinutost (slika 24).



Slika 24. Zabrinutost da se za vrijeme napadaja ne osramoti

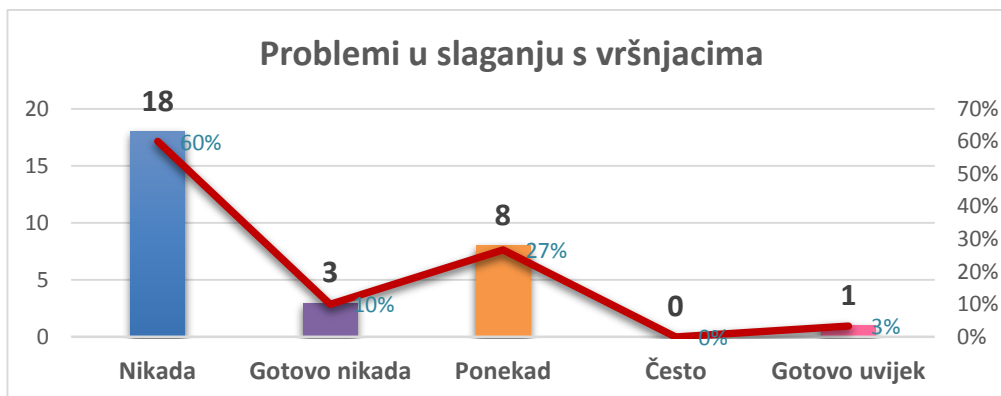
Slika 25 nam pokazuje da 83 % ispitanika tvrdi kako njihova djeca nisu zabrinuta oko dugoročnih komplikacija epilepsije, dok se u 7 % zabrinutost javlja gotovo uvijek.



Slika 25. Zabrinutost oko dugoročnih komplikacija epilepsije

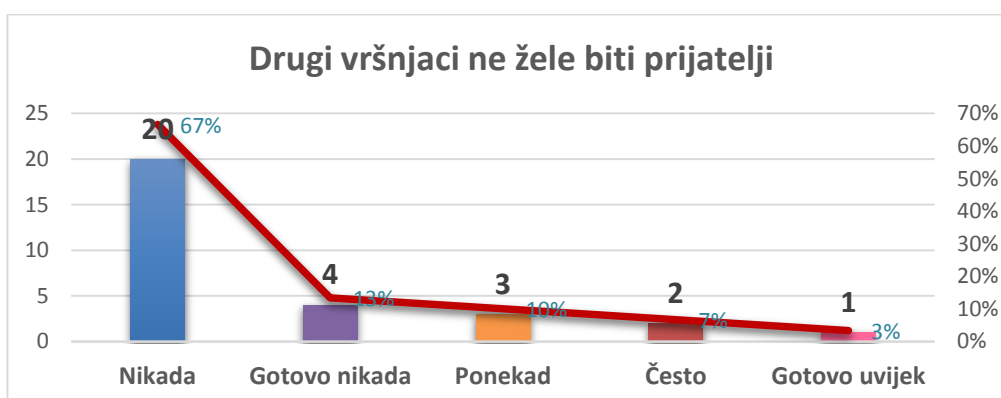
7.2. Socijalno funkcioniranje

Što se tiče slaganja s vršnjacima, 70 % roditelja je reklo kako njihova djeca s tim nemaju problema, dok ih je 27 % reklo kako se problemi ponekad javljaju (slika 26).



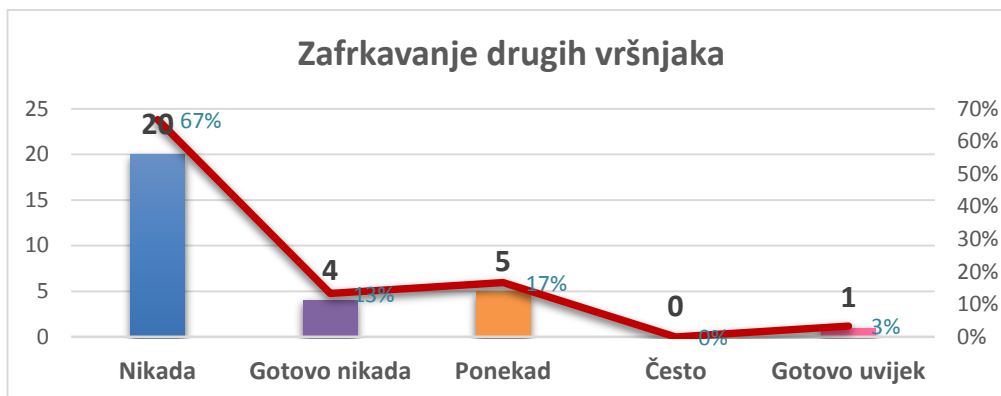
Slika 26. Problemi u slaganju s vršnjacima

Na slici 27 možemo vidjeti da je 80 % ispitanika reklo kako se njihova djeca nikada nisu našla u situaciji da netko od njihovih vršnjaka ne želi biti njihovi prijatelji, dok se kod 10 % djece to često ili gotovo uvijek događa.



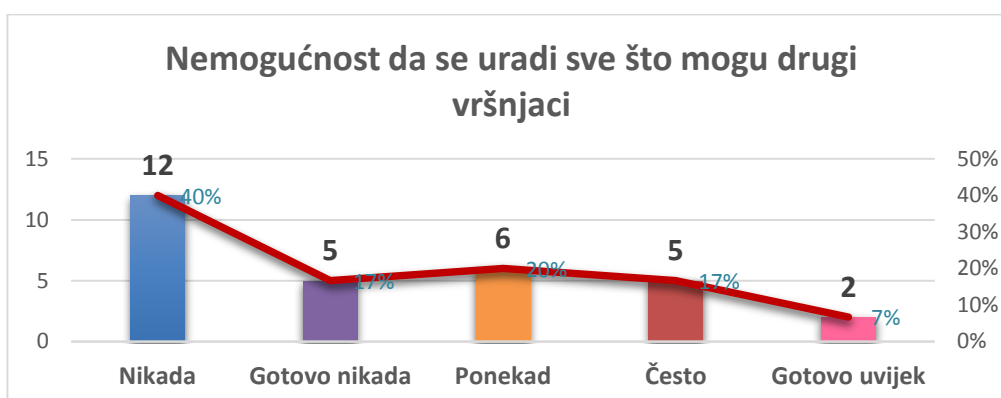
Slika 27. Drugi vršnjaci ne žele biti prijatelji

Udio od 80 % roditelja je reklo da njihovu djecu drugi vršnjaci nikada nisu zafrkavali. U 17 % slučajeva se to ponekad događa (slika 28).



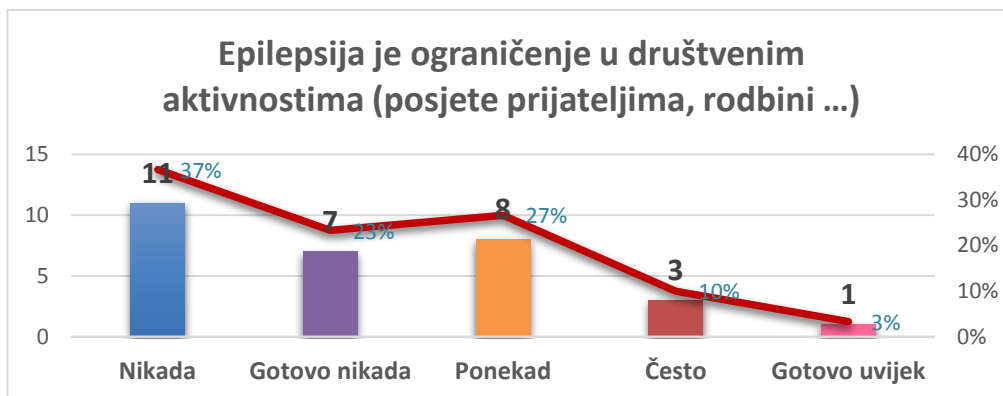
Slika 28. Zafrkavanje drugih vršnjaka

Na osnovu rezultata prikazanih na slici 29 možemo vidjeti da 57 % roditelja smatra kako njihovu djecu epilepsija ne ograničava da urade sve što mogu drugi vršnjaci, dok se ostatak ispitanika s tim ne slaže.



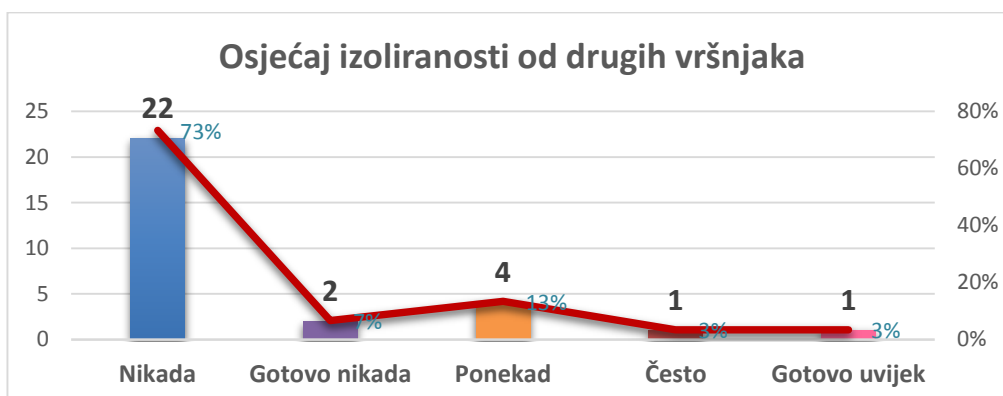
Slika 29. Nemogućnost da se uradi sve što mogu drugi vršnjaci

Udio od 40 % roditelja je na pitanje o ograničenjima u društvenim aktivnostima odgovorilo da se pojavljuju, a 60 % ih je reklo da ta ograničenja kod njihove djece nisu prisutna, što možemo vidjeti na slici 30.



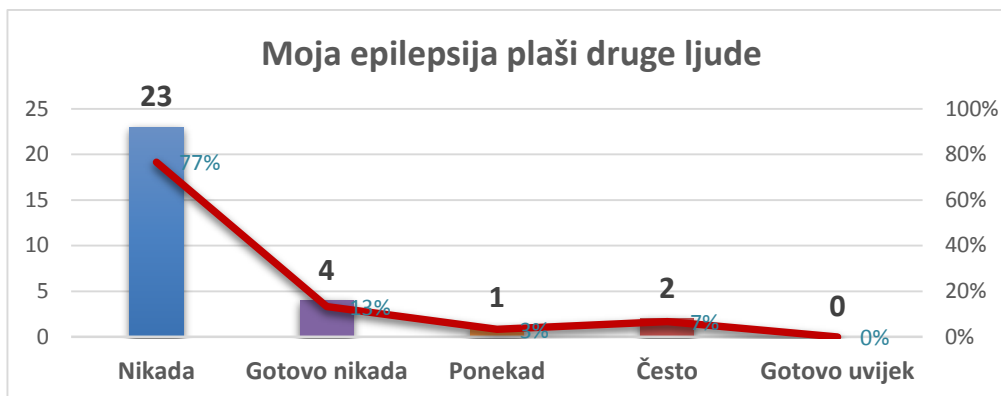
Slika 30. Epilepsija je ograničenje u društvenim aktivnostima (posjete prijateljima, rodbini)

Većina ispitanika, čak njih 80 % je reklo da se njihova djeca ne osjećaju izolirano od drugih vršnjaka (slika 31).



Slika 31. Osjećaj izoliranosti od drugih vršnjaka

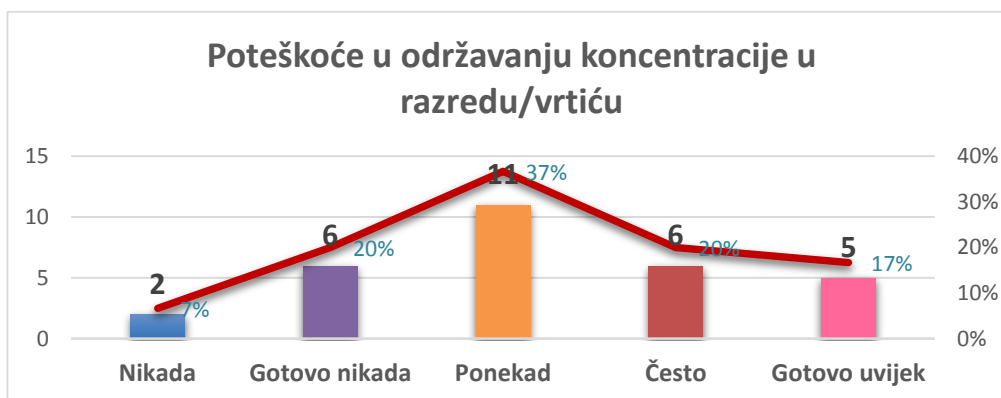
Dobiveni rezultati pokazuju kako je 90 % roditelja na pitanje da li epilepsija njihove djece plaši ljude odgovorilo sa nikada/gotovo nikada, što nam pokazuje slika 32.



Slika 32. Moja epilepsija plaši druge ljude

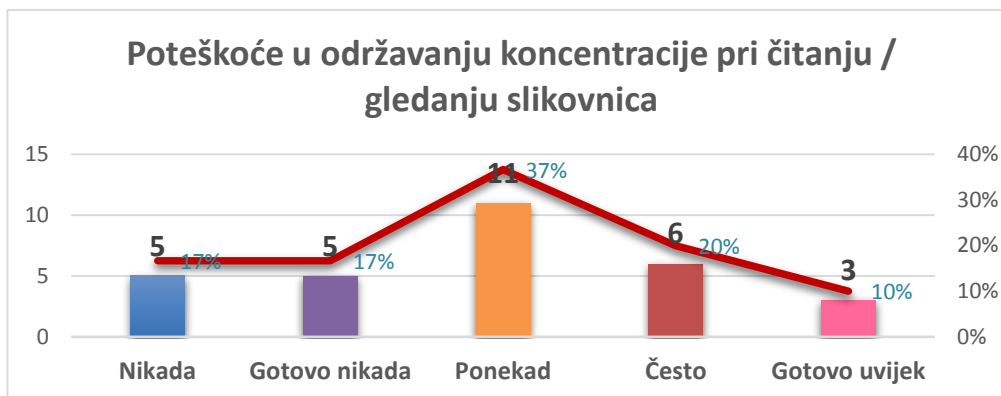
7.3. Funkcioniranje u školi/vrtiću

Slika 33 nam pokazuje da je čak 74 % ispitanika reklo kako njihova djeca imaju poteškoće u održavanju koncentracije u razredu/vrtiću.



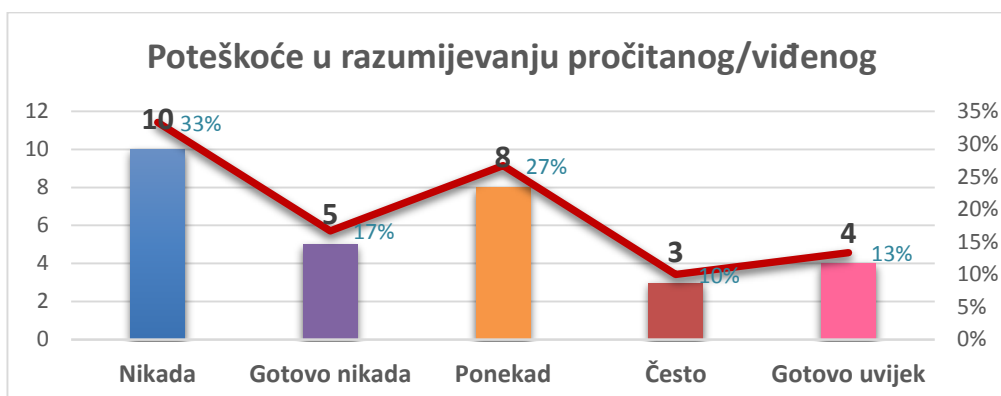
Slika 33. Poteškoće u održavanju koncentracije u razredu/vrtiću

Istraživanje je pokazalo da 20 (67 %) djece ima poteškoće u održavanju koncentracije pri čitanju/gledanju slikovnica, što vidimo na slici 34.



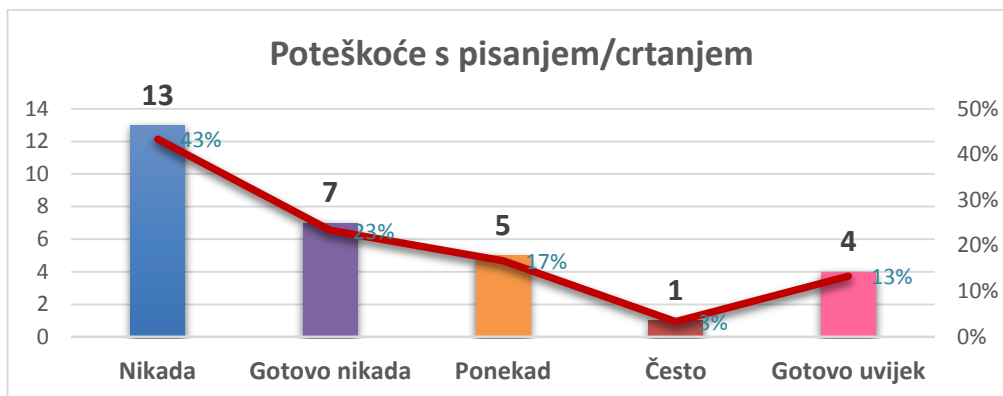
Slika 34. Poteškoće u održavanju koncentracije pri čitanju/gledanju slikovnica

Polovica ispitanika je rekla da njihova djeca nemaju poteškoće u razumijevanju pročitano/viđenog, dok je drugih 50 % rekao da se javljaju poteškoće, od toga u 13 % gotovo uvijek (slika 35).



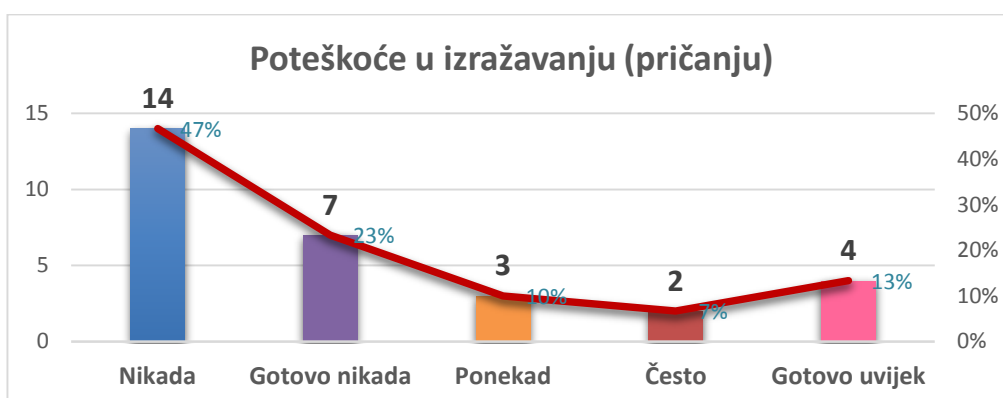
Slika 35. Poteškoće u razumijevanju pročitano/viđenog

Što se tiče poteškoća s pisanjem/crtanjem, slika 36 nam pokazuje da se one javljaju u 33 % slučajeva, dok se u ostalih ne pojavljuju nikada.



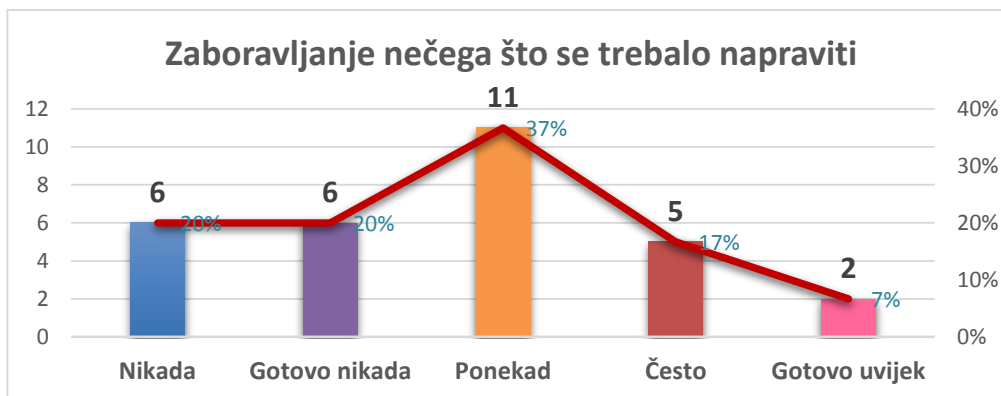
Slika 36. Poteškoće s pisanjem/crtanjem

Udio od 70 % ispitanika je reklo da njihova djeca nikada/gotovo nikada nemaju poteškoće u izražavanju/pričanju, 10 % ih je odgovorilo sa ponekad, dok se u 20 % djece te poteškoće javljaju često/gotovo uvijek (slika 37).



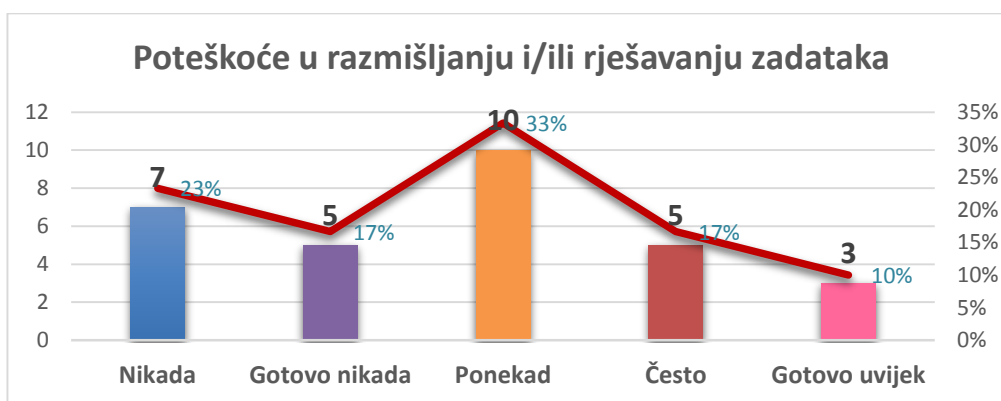
Slika 37. Poteškoće u izražavanju (pričanju)

Kod velikog broja djece, čak kod njih 61 % se događa da zaborave na nešto što se trebalo napraviti (slika 38).



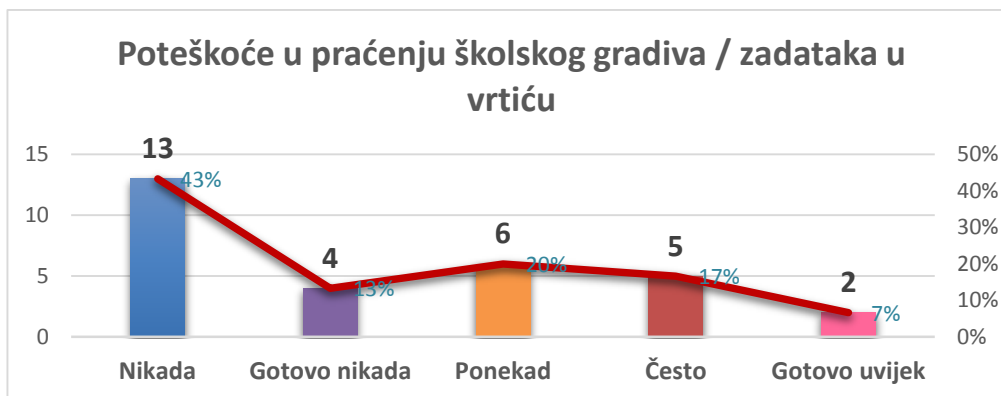
Slika 38. Zaboravljanje nečega što se trebalo napraviti

Na slici 39 vidimo da 40 % djece nema poteškoće u razmišljanju i/ili rješavanju zadataka, dok je 60 % roditelja reklo da njihova djeca imaju poteškoće.



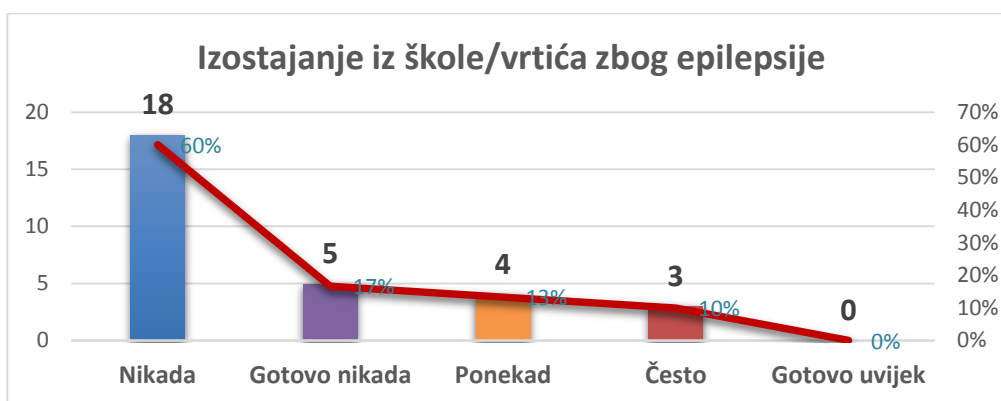
Slika 39. Poteškoće u razmišljanju i/ili rješavanju zadataka

Udio od 56 % roditelja je na pitanje o poteškoćama u praćenju školskog gradiva/zadataka u vrtiću odgovorilo sa nikada/gotovo nikada. Ostalih 44 % djece ima te poteškoće (slika 40).



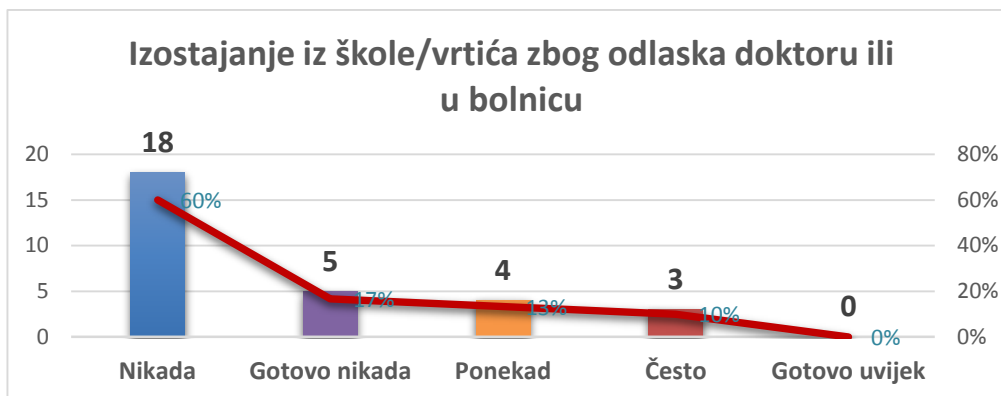
Slika 40. Poteškoće u praćenju školskog gradiva/zadataka u vrtiću

Veliki broj roditelja, njih 77 % je reklo da njihova djeca nikada ne izostaju iz škole/vrtića zbog epilepsije, dok 23 % djece izostaje ponekad/često (slika 41).



Slika 41. Izostajanje iz škole/vrtića zbog epilepsije

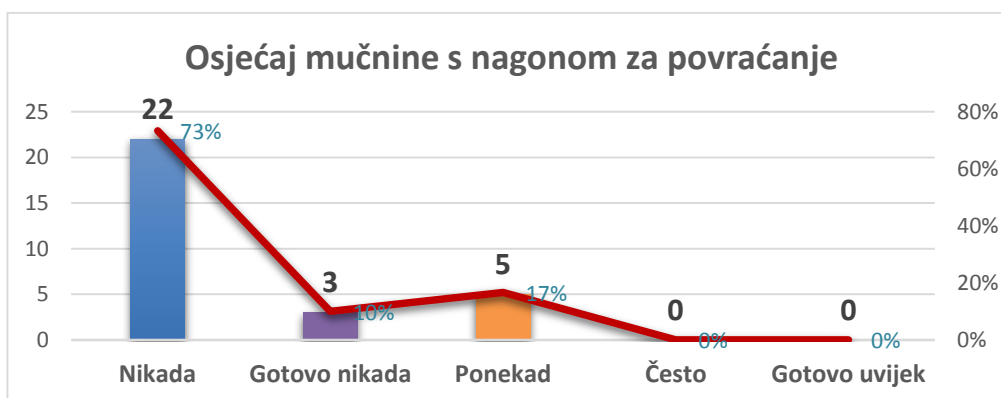
Slika 42 nam pokazuje da je 77 % roditelja reklo kako njihova djeca nikada/gotovo nikada ne izostaju iz škole/vrtića zbog odlaska doktoru ili u bolnicu.



Slika 42. Izostajanje iz škole/vrtića zbog odlaska doktoru ili u bolnicu

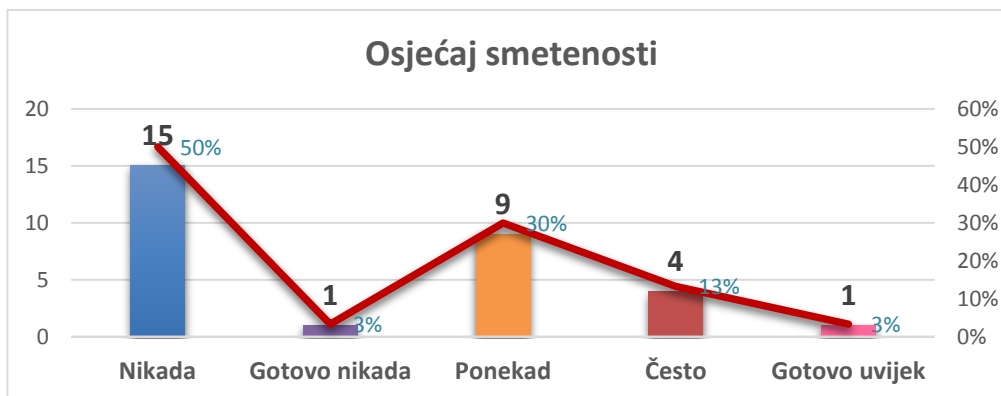
7.4. Simptomi bolesti

Što se tiče osjećaja mučnine s nagonom za povraćanje 83 % ispitanika je reklo da njihova djeca s tim nemaju problema, dok se mučnina javlja u 17 % djece, što nam pokazuje slika 43.



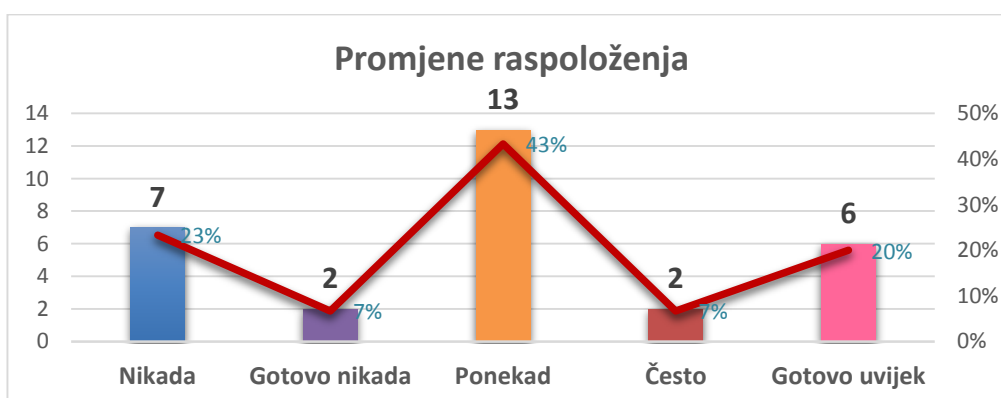
Slika 43. Osjećaj mučnine s nagonom za povraćanje

Dok je 46 % roditelja je reklo da se njihova njihova djeca osjećaju smeteno, ostatak roditelja je negirao osjećaj smetenosti kod svoje djece (slika 44).



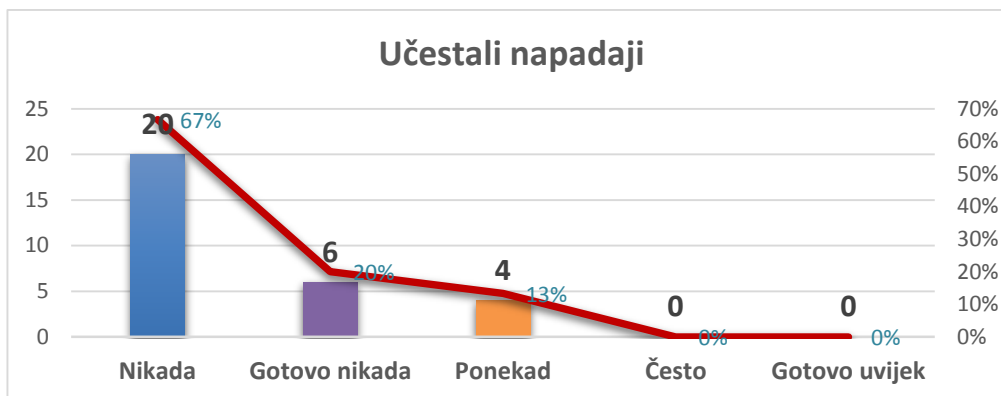
Slika 44. Osjećaj smetenosti

Na slici 45 vidimo da je veliki udio roditelja, čak njih 70 % primijetilo kod svoje djece promjene raspoloženja, od toga kod njih 20 % se te promjene događaju gotovo uvijek, dok 30 % roditelja kaže da njihova djeca nemaju promjene raspoloženja.



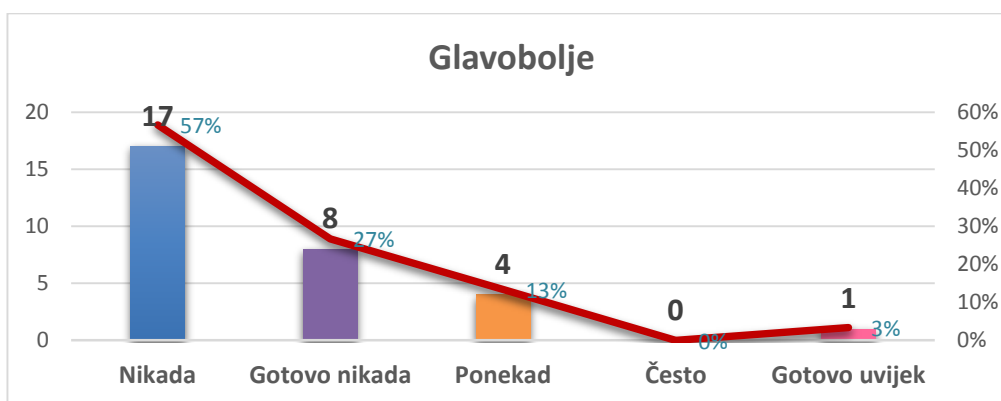
Slika 45. Promjene raspoloženja

Na osnovu dobivenih rezultata sa slike 46 možemo vidjeti da 87 % djece nema učestale napadaje, dok se kod 13 % djece napadaji pojavljuju ponekad.



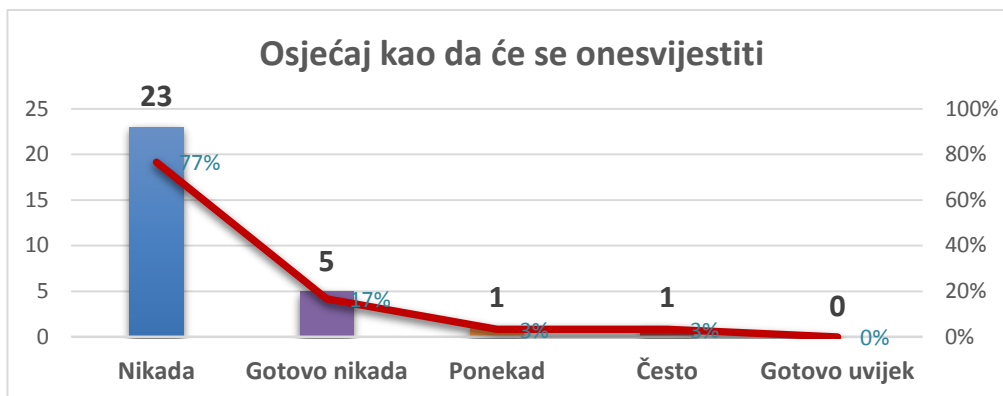
Slika 46. Učestali napadaji

Mali broj ispitanika, njih 16 % je potvrdilo glavobolje kod svoje djece. Ostatak ispitanika (84 %) je negirao pojavu glavobolje kod svoje djece (slika 47).



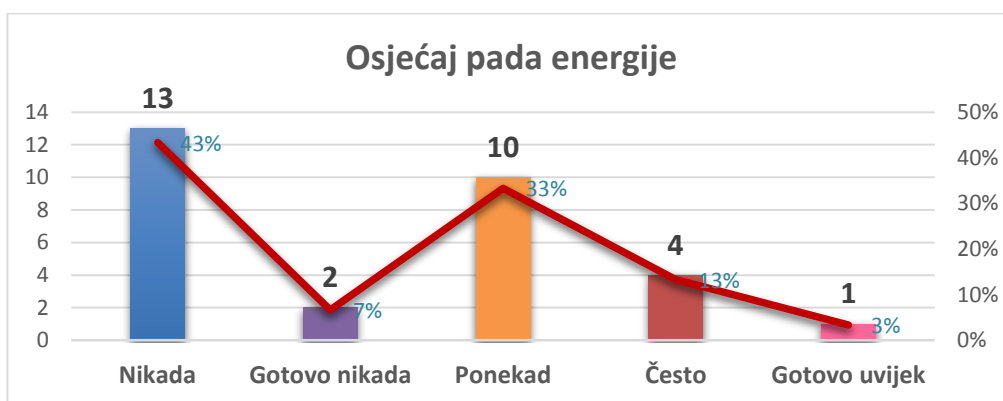
Slika 47. Glavobolje

Gotovo svi ispitanici, njih 94 % je reklo kako njihova djeca nikada nemaju osjećaj kao da će se onesvijestiti, dok je 6 % roditelja na to pitanje odgovorilo sa ponekad/često.



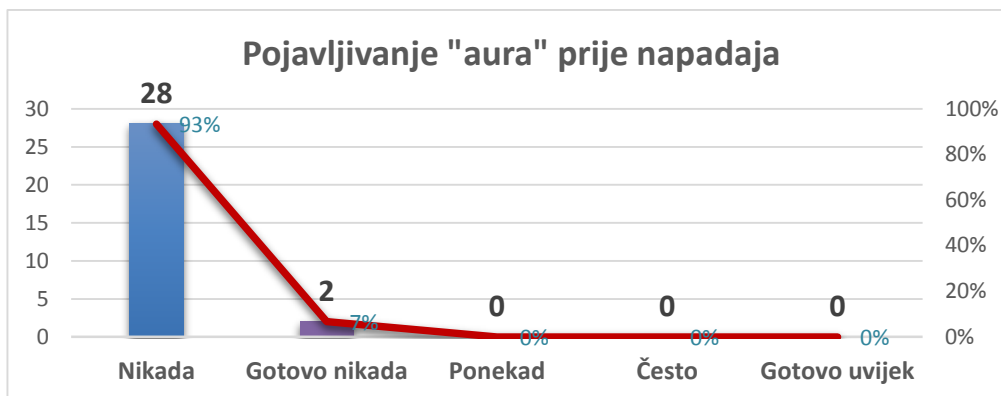
Slika 48. Osjećaj kao da će se onesvijestiti

Na pitanje je li njihova djeca osjećaju pad energije 43 % roditelja je odgovorilo sa nikada, 33 % roditelja sa ponekad te 16 % roditelja sa često/gotovo uvijek (slika 49).



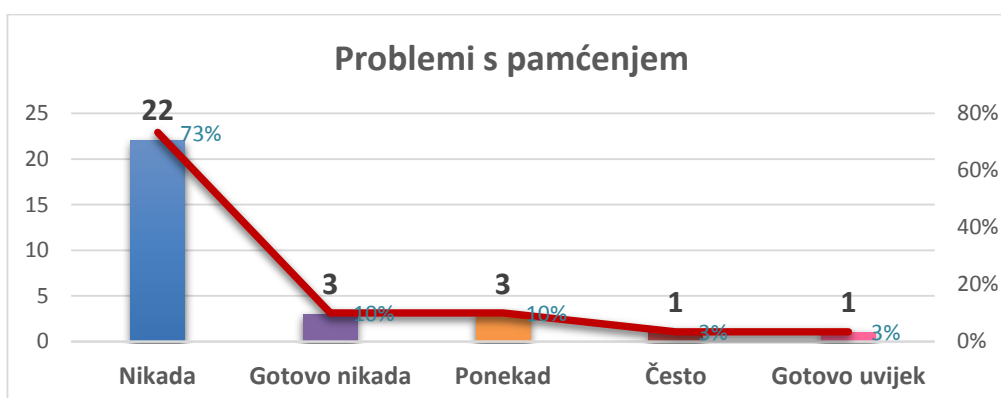
Slika 49. Osjećaj pada energije

Svi ispitanici (100 %) su kod svoje djece negirali pojavu "aure" prije napadaja što vidimo na slici 50.



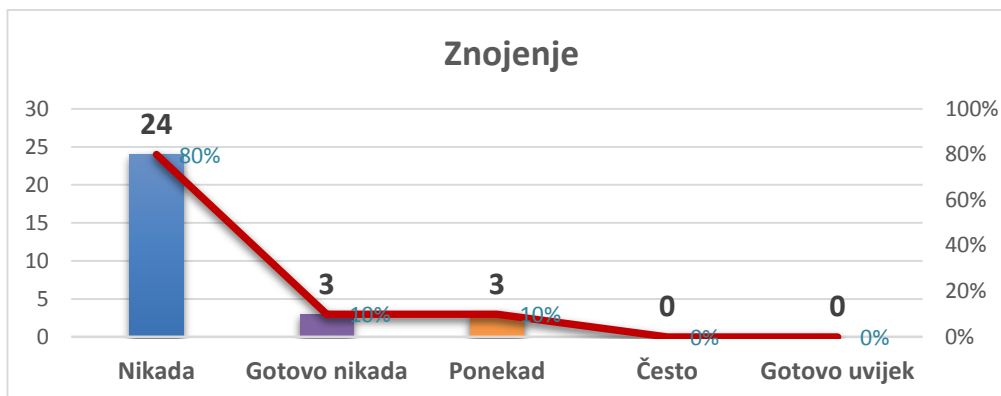
Slika 50. Pojavljivanje "aura" prije napadaja

Na slici 51 vidimo da je 83 % ispitanika reklo kako njihova djeca nemaju problema s pamćenjem, kod 10 % djece problemi s pamćenjem se javljaju ponekad, a kod ostatka djece često ili gotovo uvijek.



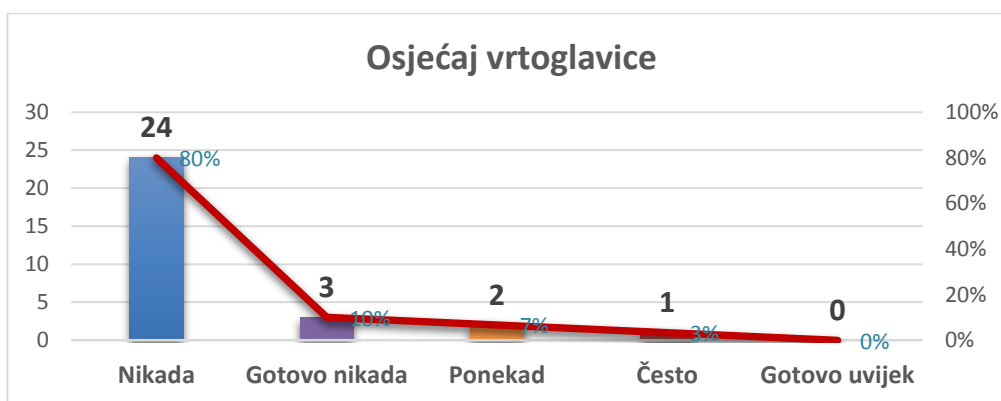
Slika 51. Problemi s pamćenjem

Udio od 90 % djece nema problema sa znojenjem, dok se 10 % djece ponekad znoji (slika 52).



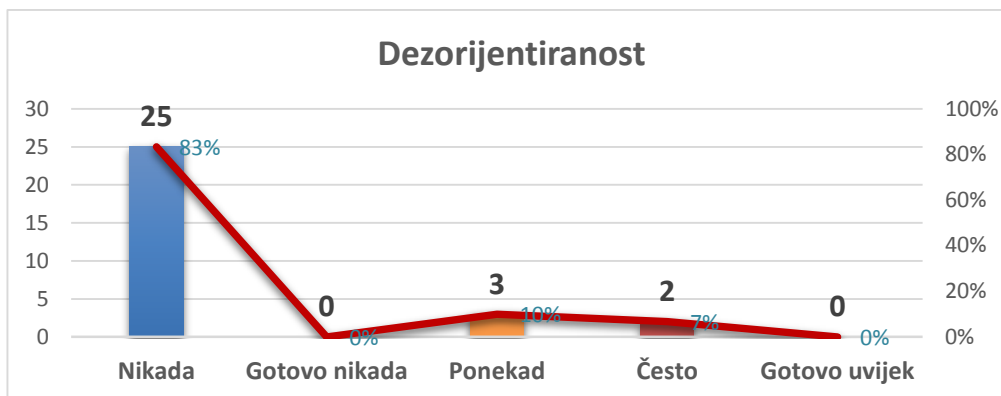
Slika 52. Znojenje

Mali broj ispitanika, (10 %) je rekao da njihova djeca ponekad/često osjećaju vrtoglavicu, dok je 90 % ispitanika to negirao što nam pokazuje slika 53.



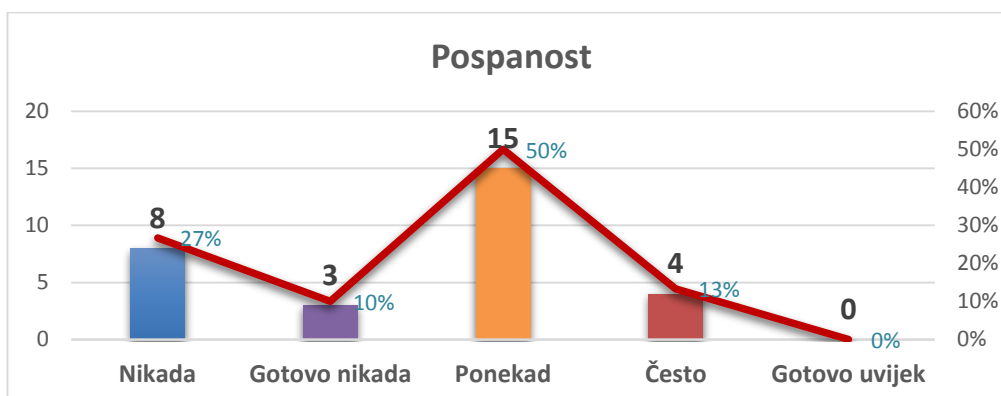
Slika 53. Osjećaj vrtoglavice

Prema procjeni roditelja, 83 % njih smatra da njihova djeca nikada nisu dezorijentirana, a njih 17 % smatra da su ponekad/često dezorijentirana (slika 54).



Slika 54. Dezorijentiranost

Čak polovica ispitanika (50 %) je reklo da su njihova djeca ponekad pospana, 13 % ih je reklo da su često pospana, a 37 % smatra da su njihova djeca nisu nikada pospana što možemo vidjeti na slici 55.



Slika 55. Pospanost

7.5. Liječenje

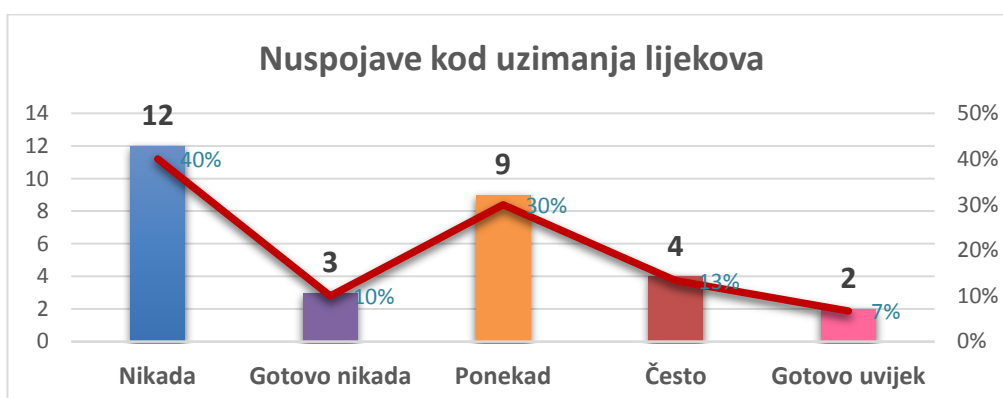
Prema dobivenim rezultatima 70 % djece koristi 1 lijek za epilepsiju, 23 % njih 2 lijeka te 7 % koristi 3 lijeka.

Prosječan broj lijekova za epilepsiju koje djeca uzimaju je $1.4 \pm 0,61$ (Slika 56).



Slika 56. Broj lijekova za epilepsiju

Slika 57 nam pokazuje da je 50 % roditelja reklo da njihova djeca nemaju nuspojave kod uzimanja lijekova, 30 % ponekad ima nuspojave, a 20 % djece nuspojave ima često/gotovo uvijek.



Slika 57. Nuspojave kod uzimanja lijekova

Svih 30 ispitanika je reklo da njihova djeca nikada ne zaborave uzeti propisane lijekove što vidimo na slici 58.



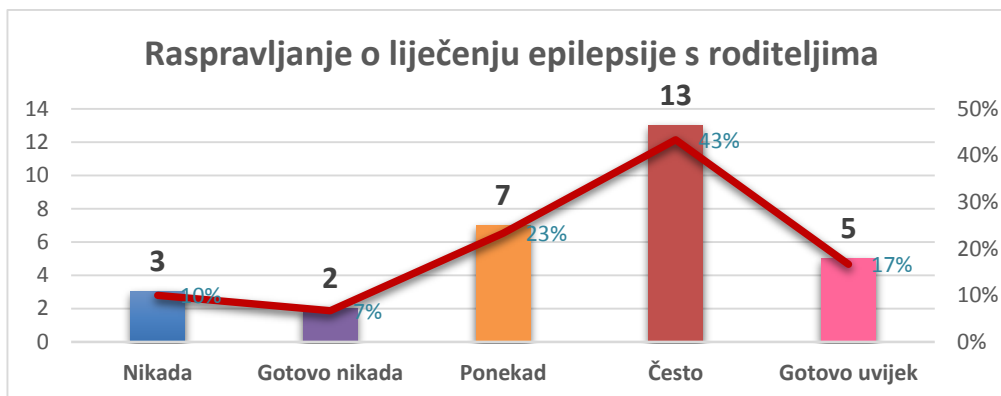
Slika 58. Zaboravljanje redovitog uzimanja propisanih lijekova

Isto tako, svi ispitanici su rekli da njihova djeca nemaju strah od pojave napadaja kada zaborave uzeti lijek (slika 59).



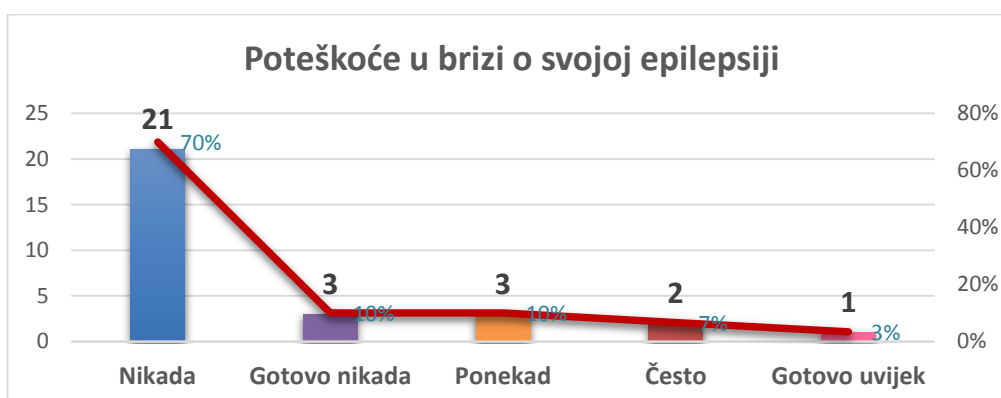
Slika 59. Strah od pojave napadaja kada se zaboravi uzeti lijek

Udio od 17 % roditelja je reklo da nikada ne raspravljaju sa svojom djecom o njihovoj epilepsiji, 23 % ih ponekad raspravlja, dok ih 60 % raspravlja često/gotovo uvijek, što je vidljivo na slici 60.



Slika 60. Raspravljanje o liječenju epilepsije s roditeljima

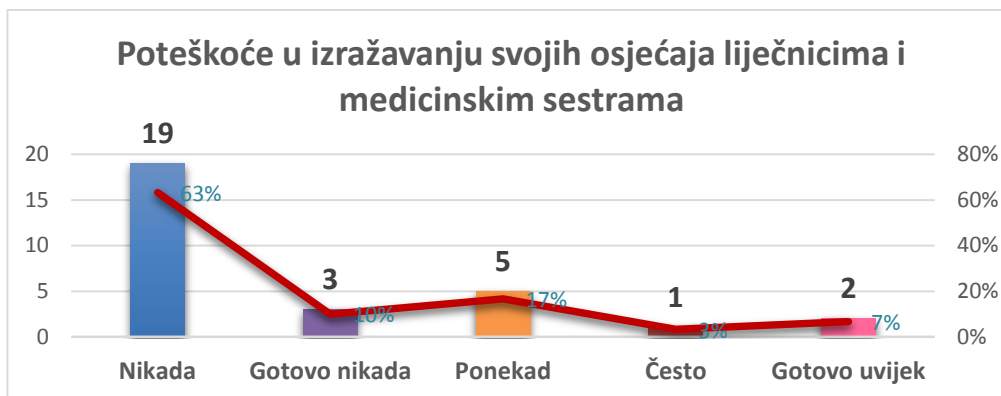
Veliki dio roditelja, njih 80 % smatra da njihova djeca nemaju poteškoće u brizi o svojoj epilepsiji, 10 % smatra da ponekad imaju poteškoće, dok 10 % smatra da se te poteškoće pojavljuju često/gotovo uvijek (slika 61).



Slika 61. Poteškoće u brizi o svojoj epilepsiji

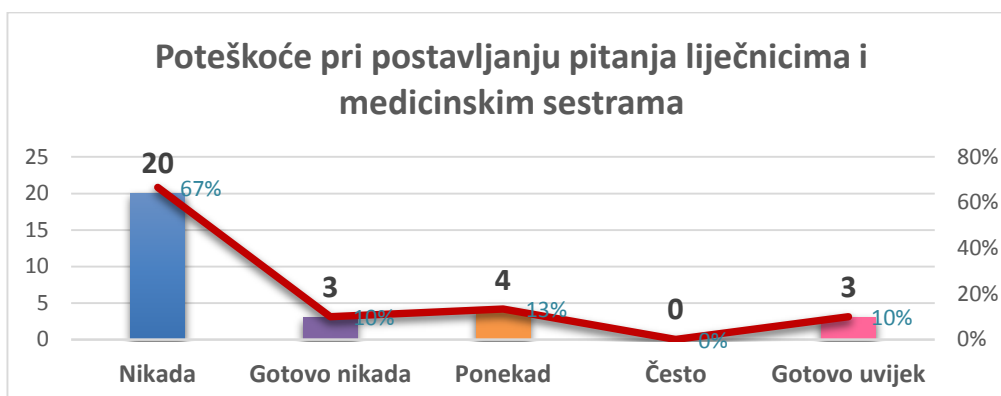
7.6. Komunikacija

Iz dobivenih rezultata možemo uočiti da 73 % djece nema poteškoće u izražavanju svojih osjećaja liječnicima i medicinskim sestrama, 17 % ih ponekad ima poteškoće, a 10 % često ili gotovo uvijek (slika 62).



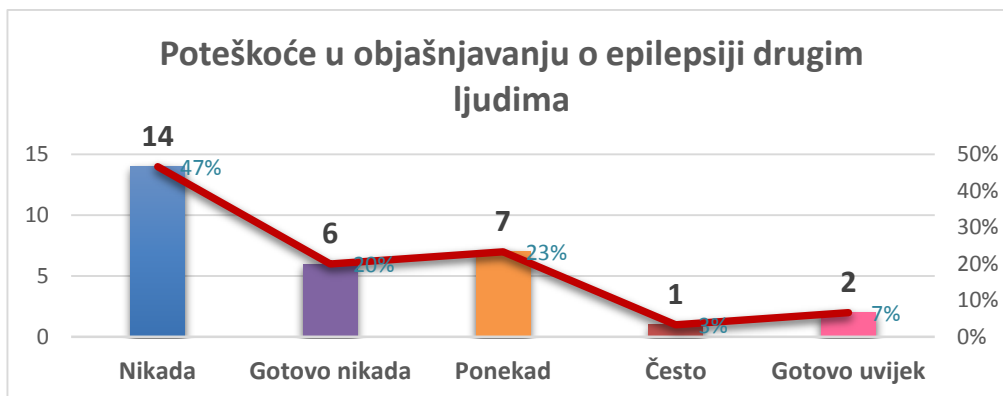
Slika 62. Poteškoće u izražavanju svojih osjećaja liječnicima i medicinskim sestrama

Slika 63 nam pokazuje da 77 % roditelja smatra da njihova djeca nemaju poteškoće pri postavljanju pitanja liječnicima i medicinskim sestrama, 13 % ponekad ima poteškoće, a 10 % te poteškoće ima gotovo uvijek.



Slika 63. Poteškoće pri postavljanju pitanja liječnicima i medicinskim sestrama

Što se tiče poteškoća u objašnjavanju o epilepsiji drugim ljudima, 57 % roditelja smatra da njihova djeca s tim nemaju poteškoća, 23 % je reklo da njihova djeca ponekad imaju poteškoća, 3 % je reklo da često imaju, a 7 % gotovo uvijek ima poteškoće što vidimo na slici 64.



Slika 64. Poteškoće u objašnjavanju o epilepsiji drugim ljudima

8. RASPRAVA

U provedenom istraživanju roditelji su kvalitetu života svoje djece ocijenili s prosječnom ocjenom 7,8/10. Najveći broj roditelja (27 %) je kvalitetu života ocijenio sa maksimalnom ocjenom 10/10. Slična situacija je i kod procjene kvalitete zdravlja gdje je prosječna ocjena 7,6.

No, nakon statističke obrade podataka vidljivo je da epilepsija utječe na kvalitetu života djece. Slično istraživanje provedeno je u Nigeriji, gdje se također istraživala kvaliteta života djece s epilepsijom. Došlo se do istog zaključka. U preko 50 % djece epilepsija je bitno utjecala na kvalitetu njihova života (13).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da djeca mogu obavljati fizičke aktivnosti, da ih njihova epilepsija ne ograničava u tjelesnom funkcioniranju. Do istog zaključka se došlo i u istraživanju *Quality of life in children with epilepsy*, provedenom u Indiji gdje nije pronađen velik utjecaj epilepsije na fizičku aktivnost djece (14).

Jedina stavka u fizičkoj aktivnosti koju su roditelji procijenili kao najveći problem njihove djece je trčanje te se javlja u 50 % djece.

Do velikih promjena došlo je u emocionalnom funkcioniranju djece. U 50 % djece prisutan je osjećaj straha, tuge, bezvoljnosti. Također, 50 % roditelja smatra da su njihova djeca napeta i zabrinuta zbog svoje bolesti. Čak 70 % djece osjeća ljutnju zbog svoje situacije. Veliki je udio djece koja nailaze na nerazumijevanje okoline, njih 56 %. Sve ove promjene su najvjerojatnije uzrokovane negativnim stavom i stigmom o epilepsiji koja je još uvijek prisutna u društvu kao i time da ova bolest zahtjeva mnogo predanosti te odgovornosti što može biti frustrirajuće i naporno za djecu.

Što se tiče socijalnog funkcioniranja, epilepsija djecu ne ograničava u velikoj mjeri. Poteškoće su vidljive u obavljanju nekih aktivnosti koje zdrava djeca mogu raditi, a prema procjeni 44 % roditelja njihova djeca to ne mogu.

Dokazano je da epilepsija ograničava djecu u njihovom funkcioniranju u školi. Najviše problema imaju sa održavanjem koncentracije, po procjeni roditelja čak njih

67 %. Poteškoća s razmišljanjem/rješavanjem zadataka ima 60 % djece. Također njih 60 % zaboravlja napraviti neke stvari.

Kada se govori o samoj epilepsiji te njezinim simptomima, u najvećoj mjeri su prisutne promjene raspoloženja, kod čak 70 % djece. Zatim, u 63 % djece je prisutna pospanost, 49 % osjeća pad energije te u 46 % djece je prisutan osjećaj smetenosti.

Prema rezultatima ovog istraživanja, 50 % djece ima nuspojave od uzimanja lijekova, među kojima su najčešće pad koncentracije te hiperaktivnost. Zahvaljujući velikom angažmanu roditelja, koji razgovaraju sa svojom djecom o njihovoj bolesti (83 %) te su im velika podrška u liječenju, sva djeca redovito uzimaju propisanu terapiju.

Nadalje, 33 % djece nailazi na probleme kada drugim ljudima trebaju objasniti svoju bolest.

9. ZAKLJUČCI

Temeljem rezultata provedenog istraživanja, moguće je zaključiti sljedeće:

1. Epilepsija je jedna od najučestalijih bolesti ili poremećaja u neurologiji koja zbog svojih karakteristika predstavlja ozbiljan medicinski ili socijalni problem.
2. Zbog svoje zahtjevnosti i ozbiljnosti, ali i zbog negativnih stavova prema toj bolesti, epilepsija utječe na kvalitetu života djece. Stigma je jedna od žalosnih odrednica kompleksne realnosti osoba s epilepsijom.
3. Vidljiv je utjecaj na emocionalnom funkcioniranju, funkcioniranju u školi i komunikaciji s drugima.
4. Zadaća je zdravstvenih djelatnika svih profila i društva u cjelini da se podizanjem društvene informiranosti o epilepsiji umanju pojava socijalne stigmatiziranosti.
5. Cilj liječenja djece s epilepsijom je da se ako je moguće ukloni uzrok koji dovodi do epileptičnih napada, ali ako to nije moguće, da se antiepileptičkom terapijom pomogne djetetu da se broj napada smanji, a samim tim i posljedice koje ti epileptični napadi mogu izazvati, što sve utječe na kvalitetu života djece s epilepsijom.

10. SAŽETAK

Kvaliteta života je širok pojam koji obuhvaća i tjelesno i socijalno zdravlje. Podrazumijeva funkcionalnu sposobnost, stupanj i kvalitetu socijalne interakcije, psihičku dobrobit, somatske osjete te zadovoljstvo životom. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su tu prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl.

U provedenom istraživanju korišten je upitnik o percepciji kvalitete života djece sa epilepsijom. Upitnik je podijeljen u niz kategorija počevši od kategorije s općim podacima, kategorije o subjektivnoj procjeni kvalitete zdravlja i života te od kategorija u kojima se procjenjivalo tjelesno funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, funkcioniranje u školi, simptomi epilepsije, liječenje i komunikacija. Dobiveni rezultati pokazuju da 29 ispitivane djece (97 %) boluje od primarne epilepsije, dok samo jedno dijete (3 %) boluje od sekundarne. Prosječna dob dijagnosticiranja bolesti je 11.6 godina. Prosječna ocjena kojom su roditelji ocijenili kvalitetu života je 7,8/10, dok je prosječna ocjena kojom su ispitanici ocijenili zdravlje je 7,6/10. U 50 % djece prisutan je osjećaj straha, tuge, bezvoljnosti. Također, 50 % roditelja smatra da su njihova djeca napeta i zabrinuta zbog svoje bolesti. Čak 70 % djece osjeća ljutnju zbog svoje situacije. Veliki je udio djece koja nailaze na nerazumijevanje okoline, njih 56 %.

Najviše problema imaju sa održavanjem koncentracije, po procjeni roditelja čak njih 67 %. Poteškoća s razmišljanjem/rješavanjem zadataka ima 60 % djece. Također njih 60 % zaboravlja napraviti neke stvari.

Epilepsija u velikoj mjeri utječe na život djece, posebice u njihovom emocionalnom funkcioniranju, funkcioniranju u školi te u komunikaciji. Manji utjecaj je vidljiv na tjelesnom funkcioniranju te socijalnom.

11. SUMMARY

Quality of life is a broad term that encompasses both physical and social health. It implies functional ability, level and quality of social interaction, mental well-being, somatic sensations, and satisfaction with life. Disease affects not only physical symptoms, thus limiting the operation, but there are also present indirect effects such as changes in the working skills, potential isolation, increase dependence on others, bad habits etc.

In this research it is used a questionnaire assessing the quality of life of children with epilepsy. The questionnaire is divided into a number of categories ranging from categories on general data, the categories of the subjective evaluation of the quality of health and life and of categories in which physical functioning, emotional functioning, social functioning, the functioning at the school, the symptoms of epilepsy, treatment and communication were estimated. The results show that 29 children tested (97 %) suffers from primary epilepsy, while only one child (3 %) suffered from the secondary. The average age of diagnosis was 11.6 years. The average score that parents rate the quality of life is 7.8/10, while the average score by which the respondents evaluated health is 7.6/10. In 50 % of children there is a sense of fear, sadness and apathy. Also, 50 % of parents think that their children are tense and worried about their illness. Even 70 % of children feel anger because of their situation. There is a large proportion of children who encounter a lack of understanding of the others (56 %).

According to the assessment of parents most children have problems in maintaining concentration, even 67 %. Difficulties with thinking/ solving tasks has 60 % of children. Also 60 % of them forget to do some things.

Epilepsy greatly affects lives of children, especially in their emotional functioning, school functioning and communication. Less impact is visible on the physical and social functioning.

12. LITERATURA

1. Vuletić G, Ivanković D, Davern M. Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest, Hrvatska zaklada za znanost [Internet]. Osijek: 2011. [cited 2015 Dec 16]. Available from: https://bib.irb.hr/datoteka/592441.KVALITETA_IVOTA_I_ZDRAVLJE.pdf
2. Keserović S, Čović I, Špehar B. Zdravstvena njega kod bolesnika s epilepsijom [Internet]. SG/NJ 2014;19:141-6 [cited 2015 Dec 18]. Available from: <http://hrcak.srce.hr/124522>
3. Lušić I. Epilepsije: priručnik za liječnika praktičara. Split: 2007.
4. Bašnec A, Barišić N, Grubić M. Dijete i epilepsija. Hrvatska udruga za epilepsiju [Internet]. Zagreb: 2008. [cited 2015 Dec 27]. Available from: http://www.epilepsija.hr/wp-content/uploads/2012/01/Dijete_i_epilepsija1.pdf
5. Bučuk M, Tuškan-Mohar L. Neurologija: za stručne studije. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta; 2012.
6. Bielen I. Što je epilepsija? Brošura „Živjeti s epilepsijom“ [Internet]. Zagreb: PLIVA Zdravlje; c2001-2016 Available from: <http://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/16142/Sto-je-epilepsija.html>
7. Savetovalište za bebe [Internet]. Savetovalištezabebe.com; c2010-2013 [cited 2015 Dec 16]. Available from: <http://www.savetovalistezabebe.com/component/tag/apsans-napad>
8. Kapidžić A, Kovačević L. Epilepsije. U: Sinanović i saradnici. Neurologija; [Internet]. Tuzla: Infograf: Udruženje neurologa, 2012; 189-201 [cited 2015 Dec 18]. Available from: <http://epilepsija-tuzla.com/wp-content/uploads/EPILEPSIJE.pdf>
9. Tracy AG, Diego AM. Infantile Spasm (West Syndrome). Epilepsia [Internet]. 1982; 9:82-99 [cited 2015 Dec 18]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1176431-overview>
10. Rimac M., Marušić Della Marina B. Febrilne konvulzije, Hrvatski pedijatrijski časopis [Internet]. Vol. 48, No 2, travanj - lipanj 2004 Available from: <http://www.paedcro.com/hr/257-257>
11. Kolarić D. Epilepsija kod djece [Internet]. 2010. [cited 2015 Dec 27]. Available from: http://www.skole.hr/dobro-je-znati/rijec-strucnjaka?news_id=4095

12. Mitrović D. Epilepsija-značaj blagovremenog dijagnostikovanja - prikaz slučaja, [Internet]. Timočki medicinski glasnik; 2010 br.3-4 p.81-84. Available from:
<http://www.tmg.org.rs/v353406.htm>
13. Lagunju IOA, Akinyinka O, Orimadegun A, Akinbami FO, Brown BJ, Olorundare E, Ohaeri J. Health-related quality of life of Nigerian children with epilepsy [Internet]. African Journal of Neurological Sciences; 2009. Available from:
http://ajns.paans.org/article.php3?id_article=299
14. Nadkarni J, Jain A, Dwivedi R. Quality of life in children with epilepsy [Internet]. Journal List; 2011 Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271467>

13. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Milena Majić,

Datum i mjesto rođenja: 18.10.1993., Grude, BiH

Adresa: Glavina Donja 439, Imotski

Mobitel: 099/872-1335

E-mail: milenamajic5@gmail.com

Obrazovanje:

2000-2008.g. Osnovna škola, Runović

2008-2012.g. Opća gimnazija dr. Mate Ujević, Imotski

2012- Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split

Preddiplomski sveučilišni studij

Smjer: sestrinstvo.

Vještine:

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu.

Strani jezici: Engleski jezik aktivno koristi.