

Najčešće kronične bolesti kod djece

Strahija, Karmen

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:967184>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-08**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Karmen Strahija

NAJČEŠĆE KRONIČNE BOLESTI KOD DJECE

Završni rad

Čakovec, rujan 2021.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Karmen Strahija

NAJČEŠĆE KRONIČNE BOLESTI KOD DJECE

Završni rad

Mentor rada:
dr. sc. Monika Kukuruzović, dr. med. spec. pedijatrijske neurologije

Čakovec, rujan 2021.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. Astma	3
2.1 Klinička slika	3
2.2 Liječenje	3
3. Šećerna bolest	5
3.1 Klinička slika	5
3.2 Liječenje	5
4. Epilepsija.....	7
4.1 Klinička slika	7
4.2 Uloga odgojitelja	7
5. Celijakija	9
5.1 Klinička slika	9
5.2 Liječenje	9
5.3 Uloga odgojitelja	10
6. Cilj.....	11
7. Hipoteza	12
7.1 Metode rada	12
8. Rezultati	13
9. Zaključak.....	20
Literatura	22
POPIS DIJAGRAMA	23
POPIS TABLICA.....	23

SAŽETAK

Cilj istraživanja ovog završnog rada bio je utvrditi pruža li odgojitelj i na koji način dovoljno podrške kronično oboljelom djetetu, kako bi se lakše nosilo s bolešću u svakodnevnom životu.

Na početku postavljena je hipoteza koja glasi:

1. Odgojitelj pruža dovoljno podrške djeci oboljeloj od kroničnih bolesti

Kako bi potvrdili hipotezu, izrađen je anketni upitnik za roditelje djece oboljelih od kroničnih bolesti (astma, šećerna bolest, celijakija i epilepsija).

U anketi je sudjelovalo 48 roditelja kronično oboljele djece koja pohađaju predškolsku ustanovu. Anketa je provedena online , preko grupa na društvenim mrežama. Anketa se sastojala od 10 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa. Anketa je bila anonimna. Rezultati ankete pokazali su kako odgojitelji pružaju dovoljno podrške djetetu i roditeljima u suočavanju s kroničnim bolestima. Roditelji su također navodili na koji način pružaju podršku. Većina odgovora bila je otvorenom komunikacijom, suradnjom punom razumijevanja, ohrabrenjem. Isto tako utvrđeno je kako roditelji smatraju da odgojitelji trebaju posvetiti veću pažnju djeci oboljeloj od kronične bolesti, te ići na dodatne edukacije vezane uz kronične bolesti. Nedostatak ove ankete je mali uzorak ispitanika.

Ključne riječi: odgojitelj, kronične bolesti, roditelji, djeca

SUMMARY

The aim of this study was to determine whether, and in what manner, an education and care professional provides sufficient support to a chronically ill child in order for that child to cope more easily with their condition in everyday life.

At the beginning of the study the following hypothesis formulated:

1. An education and care professional supports sufficiently a chronically ill child.

In order to confirm the hypothesis, a questionnaire for parents of chronically ill children (diseases in questions are asthma, epilepsy, celiac disease and diabetes) was created.

The participants of this study were 48 parents of chronically ill children that attend a pre-school establishment. The study was carried out online by using social media groups. The questionnaire consisted of 10 open- and closed-ended questions and the answers to these questions were given anonymously. The results showed that education and care professionals do provide enough support to both the child and parents while confronting a certain chronic disease. Parents also stated in what manner that support is provided - the majority of answers specified that they receive support through open communication, collaboration rich with understanding and encouragement. The study also showed that parents believe education and care professionals should pay greater attention to chronically ill children. Moreover, subjects expressed their wish for the professionals to be further educated in this field. A certain flaw of this study is the above-mentioned small sample of participants. This paper also describes the following diseases in early childhood: asthma, epilepsy, celiac disease and diabetes.

Key words: education and care professional, chronic diseases, parents, children.

1. UVOD

Značajan broj djece boluje od kroničnih bolesti. Postoje različite vrste kroničnih bolesti. (Pop-Jordanova N, Fustić S, Zorčec T. 2008) Epidemiološkim istraživanjem procjenjuje se da 10% do 20% djece ima neku kroničnu bolest. (Bralić i sur. 2018) Kronične se bolesti razlikuju po simptomima, uzrocima, načinu liječenja i prognozi. Način suočavanja s bolešću mijenja se ovisno o dobi i stupnju razvoja. (Mardešić i sur. 2016) Kronična bolest u ranom djetinjstvu može izravno utjecati na rast i razvoj. Tijekom odrastanja djeca doživljavaju različite poteškoće, česte hospitalizacije, zahtjevne načine liječenja. Trebaju se suočiti i s normalnim zahtjevima odrastanja kao što je razvoj autonomije, uspostavljanje odgovarajućih odnosa s vršnjacima. Kako kronične bolesti postaju sve učestalije, od iznimne je važnosti timski rad uz holistički pristup djetetu. (Batinica M., Grgurić J., Jadrijević-Cvrlje F., 2014). Osnovne potrebe kronično bolesne djece iste su kao i kod druge djece, ali se često treba više truditi i pažljivije usmjeriti kako bi se one zadovoljile. (Juul, 2006)

O'Halloran kriteriji za definiranje kroničnih stanja:

- mogu trajati najmanje 6 mjeseci
- imaju obrazac ponavljanja ili pogoršanja
- imaju lošu prognozu
- mogu proizvesti posljedice koje utječu na kvalitetu života pojedinca

Bolest predstavlja izazove u različitim životnim fazama. Česta komplikacija kroničnih bolesti je i depresija koja je povezana s oštećenjima socijalnih i obiteljskih odnosa. Unatoč tome kronične bolesti nisu prepreka uključivanja djeteta u rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Većina djece s bolestima identificirana je prije polaska u vrtić, pa se na temelju zdravstvenog stanja utvrđuju potrebe ove djece. Odgojitelj osigurava prilagodbu u prostoru, aktivnosti, tempo rada. Također, odgojitelji predstavljaju model ponašanja, koji potiče socijalne interakcije s vršnjacima. Odgojitelji prikupljaju informacije od roditelja, stručnih suradnika, kako bi izradili individualizirani program rada prema potrebama djeteta. (Pop-Jordanova i sur. 2008)

Osnovna jedinica društvene zajednice je obitelj. Njezin najvažniji zadatak je da potpomogne zdravom razvoju svih svojih članova. Kronični bolesnici, kao i članovi obitelji, moraju se prilagoditi zahtjevima bolesti što može utjecati na dinamiku obitelji. Kod članova obitelji suočenih s bolešću jednoga člana, na početku dominira negacija, zatim depresivna faza i žalovanje, te polako dolazi prihvaćanje. Funkcionalna obitelj fleksibilna je i prilagođava svoju dinamiku, kako bi pronašla mjesto za bolest, uz rituale koje je imala i prije bolesti.

Obitelj se mora pripremiti na očekivane i neočekivane promjene. (Diminić-Lisica, Rončević-Gržeta, 2010) Obitelj ima izrazito važnu ulogu, kao i kod zdrave djece. Bolest ima utjecaj na sve članove obitelji. (Vlašić-Cicvarić I.,2016).

Tema ovog završnog rada je najčešće kronične bolesti kod djece. Rad se temelji na najčešćim kroničnim bolestima u djece rane i predškolske dobi. U radu su opisane bolesti astma, epilepsija, celijakija i šećerna bolest, liječenje bolesti, klinička slika, te uloga odgojitelja. Isto tako napravljeno je istraživanje za roditelje kronično oboljele djece kako bi se utvrdila podrška odgojitelja.

2. Astma

Astma je kronični upalni poremećaj dišnih putova, u poremećaju ulogu imaju mnoge stanice i stanični sastojci. Kronična upala udružena je s bronhalnom hiperreaktivnosti, vodi do ponavljanja napadaja u obliku sviranja i stezanja u prsima, zaduhe i kašlja i to najčešće noću i/ili u rano jutro. Astma koja nastaje u dječjoj dobi je skoro uvijek alergijska. Astma je ujedno i najčešća kronična bolest dječje dobi. U Hrvatskoj prevalencija astme u dječjoj dobi se procjenjuje na 8%. U preadolescentnoj dobi češća je u dječaka nego djevojčica. U adolescenciji razlike između spolova nestaju. (Mardešić i sur. 2016)

Dijagnoza astme u djece mlađe od pet godina je otežana, respiratorni simptomi poput sipnje i kašlja u toj dobi su česti i kod djece koja nemaju astmu, posebno od 0-2 godine. Dok kod dijagnoze astme u starije djece od šest godina, adolescenata i odraslih se temelji na detekciji respiratornih simptoma: kratkoći daha, stezanju u prsnom košu, sipnji ili kašlju. (Bralić i sur. 2018) Izlaganje alergenima je glavni okolišni čimbenik nastanka astme. Veće izlaganje alergenima to je viša stopa senzitivacije. Izlaganje sastojcima duhanskog dima, tijekom prve godine života ometa rast pluća te povisuje rizik od alergijske senzitivacije. Kod većine djece astma je trajnog blagog stupnja, uspješno se liječe i teži oblici. Nakon nekoliko godina neprekidnog liječenja astma se i u nekim slučajevima može smiriti. (Mardešić i sur. 2016.) Najčešći uzroci pogoršanja astme u djece su respiracijski virusi. (Gagro, 2012)

2.1 Klinička slika

Klasični simptomi bronhoopstrukcije su: osjećaj stezanja u prsima, ekspirijski zvučni fenomeni i zaduha, te suhi kašalj. Prvu sumnju na astmu pobuđuju lako prepoznatljivi anamnestički podaci. Roditelji često opisuju kao („svira u prsima, škripi, vozi, fućka, pišti, piskuće, cvili“). Karakterističan tijek za astmu je remisija i egzacerbacija, u razmacima od nekoliko godina do nekoliko dana, ili stalno. Priličan broj djece doživljava pogoršanje simptoma kod pojačane tjelesne aktivnosti, što se prezentira bržim i dubljim disanjem, na otvorena usta. Astma se češće pogoršava noću, između ponoći i svitanja. Dijete u snu suho kašlje i dobije klasični napadaj s ortopnejom i zaduhom dok pojedina djeca s astmom imaju samo uporan suh kašalj. (Mardešić i sur. 2016)

2.2 Liječenje

Liječenje astme uključuje medikamentozne, higijensko-epidemiološke i edukacijske mjere. Lijekovi koji se koriste u liječenju astme mogu se svrstati u dvije osnovne skupine: lijekovi koji suzbijaju upalu (protuupalni lijekovi) i lijekovi koji šire dišne putove (bronhodilatatori). Osim lijekova važnost treba posvetiti i prevenciji senzibilizacije te mjere

kojima se smanjuje izlaganje alergenu. (Gagro ,2012) Uz farmakoterapiju, u liječenju astme važna je ekspozicijska profilaksa, izbjegavanje dodira s uzročnim alergenima, klimatoterapija, te rješavanje pridruženih popratnih bolesti kao što su npr. alergijski rinitis, sinusitis. U klimatoterapiji dijete se stavlja na neko vrijeme u podneblje u kojem je smanjeno izlaganje specifičnom alergenu te nespecifičnim iritansima. Također se može primijeniti imunoterapija. (Mardešić i sur. 2016) Kako bi astma bila kontrolirana, potrebno je postići sve navedene kriterije , a to su: izostanak dnevnih simptoma (dvaput tjedno ili rjeđe), izostanak noćnih simptoma, nema ograničenja aktivnosti (uključujući i sportske), bez potrebe za simptomatskim lijekovima (dvaput na tjedan ili rjeđe), izostanak egzacerbacija, ukoliko postoji odstupanje od navedenog (npr. samo jedna egzacerbacija godišnje) tada je astma djelomično kontrolirana. Astmatski napadaj akutna je epizoda progresivnog pogoršanja simptoma astme. U liječenju astmatskog napadaja potrebna je primjena odgovarajućeg „inhalera“ i pomagala, s obzirom na dob djeteta, suradljivost, težini simptoma. Prema težini astmatski napadaj može varirati, od blagog do za život opasnog ili fatalnog stupnja, može se razviti potpuno tijekom dana ili naglo, za nekoliko sati. Važno je prepoznati težinu napadaja kako bi se omogućilo odgovarajuće liječenje. Prvi izbor u liječenju napadaja jest inhalacija salbutamola, primijenjenog putem zračne komorice čija doza se može ponoviti svakih 20 min u prvom satu liječenja, uz praćenje učinka. (Turkalj M, Erceg M., 2013) Ukoliko izostane pozitivan učinak potrebno je liječenje uz nadzor liječnika u bolničkim uvjetima. Kako bi smanjili učestalost astmatskih napadaja, potrebno je roditelje i djecu educirati o astmi i njenom liječenju. (Bralić i sur. 2018)

3. Šećerna bolest

Šećerna bolest tipa 1, jedna je od najčešćih kroničnih bolesti dječje dobi. Znakovi bolesti razvijaju se vrlo brzo, u periodu kroz nekoliko tjedana. (Severinski S., Butorac Ahel I., Božinović I. 2016) Važnu ulogu ima liječenje dijabetesa u djetinjstvu, jer dolazi do mogućnosti sprječavanja kasnijih komplikacija bolesti. Uspješno liječenje predstavlja veliku odgovornost, te je isto tako izazov za bolesnika. Nedostatak inzulina dovodi do poremećaja u metabolizmu ugljikohidrata, masti, bjelancevina. Ovisnost o inzulinu je osnovna karakteristika dijabetesa u djece, tj. nužnost inzulinske terapije. Uglavnom se javlja prije 18 godine života, ali može bilo kada tijekom životnog vijeka. Početak ove bolesti nije ograničen samo na mlađu dob, pa se danas još upotrebljava naziv šećerna bolest tip 1. U Hrvatskoj se na godini prosječno otkrije 120 novih bolesnika u dobi od 0-14. Pojavnost šećerne bolesti tip 1 raste u svijetu i kod nas. Faze razvoja bolesti su: predijabetes, supklinički dijabetes, latentni dijabetes, manifestni dijabetes. Najčešća komplikacija u liječenju je hipoglikemija. Javlja se kao rezultat nerazmjera između količine inzulina u krvi u odnosu prema koncentraciji glukoze i tjelesnoj aktivnosti. Može se javiti u bilo koje vrijeme, ali najčešće u vrijeme tjelesnog napora. U predškolskog i školskog djeteta hipoglikemija se očituje nemirom, razdražljivošću, mučninom, znojenjem, drhtanjem, gubitkom svijesti, konvulzijama. (Mardešić i sur. 2016)

3.1 Klinička slika

Bolest se u dječjoj dobi najčešće dijagnosticira u stanju dijabetičke acidoze kao posljedice dugotrajno ne prepoznate intermitentne hiperglikemije. Vrlo rijetko se dijagnosticira u asimptomatskoj fazi i to pojavom glukozurije. Tipični simptomi jesu gubitak tjelesne mase, poliurija, katkad pojava noćne enureze u do tada „suhog“ djeteta, polifagija, stalna diureza dovodi do dehidracije, koja se očituje suhoćom kože, sluznice, crvenilom obraza, upalom očnih jabučica. U slučaju jače ketoacidoze javlja se hiperpneja. U ovim slučajevima javljaju se mučnina i povraćanje, bol u truhu praćena napetošću trbušne stjenke. (Mardešić i sur. 2016)

3.2 Liječenje

Šećerna bolest tip 1 liječi se inzulinom te dijetom, tjelesnom aktivnošću, zdravstvenim odgojem. Inzulin je neizbježan u provođenju terapije uz prehranu koja je osnovni princip liječenja. Prehranom se nastoji omogućiti normalan rast i razvoj djeteta, te bolja kontrola bolesti. Obroci se nastoje uzimati svaki dan u isto vrijeme u preporučenom i pravilnom omjeru ugljikohidrata, proteina i masti. Izbjegavaju se koncentrirani monosaharidi i disaharidi (šećer) u obliku slatkiša. Tjelesna aktivnost pomaže da se uz pomoć inzulina glukoza brže i

lakše iskorištava u stanicama i iskoristi za energetske potrebe. Pri planiranju tjelesne aktivnosti, ukoliko je moguće neka bude svaki dan približno jednake jačine i da se provodi u slično vrijeme. Ukoliko je tjelesna aktivnost planirana ranije, može se sniziti i dnevna doza inzulina. Bolesnik kod sebe uvijek mora imati nekoliko kockica šećera koje treba uzeti ako se jave znakovi hipoglikemije. Oblik tjelesne aktivnosti može biti sobna gimnastika, pješaćenje, trčanje, individualni sportovi, tenis, plivanje, do zajedničkih rukomet, nogomet. Ne preporučuju se sportovi poput ronjenja, padobranstva, automobilizma. (Mardešić i sur. 2016) Također je važna i za psihičko zdravlje. Zdravstveni odgoj podrazumijeva poznavanje šećerne bolesti, predstavlja osnovu dobre regulacije glikemije. Kontinuirani proces, zahtjeva emocionalno prilagođavanje obitelji, usvajanje praktičnih, teoretskih znanja o bolesti, te osposobljavanje za samokontrolu glikemije, također i vođenje dnevnika samokontrole. (Bralić i sur. 2018) Važna je edukacija roditelja i djece, time se postiže dobra kontrola dijabetičara. Velika važnost pridaje se što ranijem i što boljem emocionalnom prilagođavanju cijele obitelji na novootkrivenu bolest. (Mardešić i sur. 2016) Djeca se kontroliraju svaka 3-4 mjeseca. Pregled uključuje mjerenje krvnog tlaka, mjerenje visine i tjelesne mase, koja se uspoređuje s standardima rasta i razvoja, procjena veličine štitnjače, procjena pubertetskog razvoja, inspekcija mjesta davanja inzulina, ispitivanje refleksa i osjeta. Probir na celijakiju radi se na početku šećerne bolesti, a ponovno nekoliko godina kasnije. (Severinski i sur. 2016)

4. Epilepsija

Epilepsija je kronična bolest koju označava ponavljanje epileptičkih napadaja. (Barišić i sur. 2009) Napadaji nastaju naglim, prekomjernim, hipersinkronim izbijanjima skupine prepodraženih neurona kore ili supkortikalnih struktura. (Mardešić i sur. 2016) Potječe od grčke riječi epilambanein, koja označuje napadaj ili obuzetost. Epilepsija je jedna od najstarijih poznatih bolesti. Najčešća je u ranom djetinjstvu (60% epilepsija započinje prije šesnaeste godine života). U Hrvatskoj prevalencija iznosi 4-9 na 1000 djece, svrstava se u važne kronične bolesti djece. (Bralić i sur. 2018)

4.1 Klinička slika

Podjela napadaja temelji se na kliničkim i elektroencefalografskim obilježjima. Epileptički napadaji dijele se na žarišne (parcijalne) i generalizirane. Epileptički napadaji različitog su trajanja. (Barišić i sur. 2009) Generalizirane napadaje karakterizira izbijanje u širem području mozga bez lokaliziranog početka, s poremećajem svijesti, dok parcijalni započinju u jednome dijelu mozga, ali se mogu proširiti i na cijeli. (Keserović S., Čović I., Špehar B., 2014)

4.2 Uloga odgojitelja

Odgojitelj koji radi s djecom koja boluju od epilepsije mora naučiti kako se ponašati za vrijeme napadaja i nakon njega. Djetetu je tada potrebna pomoć i specijalni tretman. Ukoliko odgojitelj primijeti znakove epilepsije, bitno je da ostane pribran, obavijesti roditelje, te liječnike. Dijete za vrijeme napadaja treba sačuvati od ozljeda. U slučaju napadaja odgojitelj treba znati kako reagirati i što učiniti u tom trenutku:

- osigurati mu dovoljno zraka
- spriječiti moguće ozljede
- dijete treba postaviti u bočni položaj
- nikako mu ne stavljati ništa u usta
- olabaviti mu odjeću
- nakon napadaja osigurati djetetu odmor
- nakon buđenja pružiti djetetu osjećaj sigurnosti

Rizični su napadaji koji se mogu dogoditi tijekom boravka u vodi ili na visini, odgojitelj mora voditi računa pri organizaciji vrtićkih aktivnosti i aktivnosti na vanjskom prostoru: stubište, tobogan, penjalice, klackalice. Ostalu djecu u skupini je također potrebno pripremiti, približiti probleme s kojima se suočava dijete s epilepsijom. Tada smo u mogućnosti pomagati im, učiti o različitosti. Ponašanje odgojitelja i pozitivni stavovi djetetu

moгу pomoći kod prilagodbe. Odgojitelj ima ključnu ulogu u poticanju socijalnih interakcija između djece s kroničnim bolestima i vršnjaka. Odgojitelj djeci služi kao model za prikladnu, kvalitetnu i pozitivnu interakciju. Važno je poticati suradnju između roditelja i odgojitelja. S roditeljima se treba sastati prije nego što se počne raditi s djetetom. Razgovarati koje lijekove dijete uzima, razgovarati o napadajima u grupi, treba sastaviti plan reagiranja ukoliko dođe do napadaja. Na početku osobito ako odgojitelj nema iskustva, važna je pomoć medicinskog osoblja. Psiholog pomaže djetetu u situacijama kada osjeća psihičku nesigurnost. (Prović P., Hrvatin V., Skočić Mihić S., 2015)

5. Celijakija

Celijakija je imunosno posredovana sistematska bolest, javlja se u genetski predodređenih osoba. Gluten i srodni spojevi koji sadržavaju pšenicu, raž i ječam odgovorni su za nastanak bolesti. Bolest se može javiti u svakoj životnoj dobi. Obično tada dominiraju izvancrijevni simptomi. Bez glutenska prehrana vodi do kliničkog i histološkog oporavka. Na nastanak ove bolesti utječu i čimbenici okoline. Rizik od celijakije smanjuje dojenje. Celijakična kriza komplikacija je bolesti opasna za život. Izazove je crijevna infekcija, najčešće u djeteta s celijakijom mlađeg od dvije godine, koje hranom unosi gluten. Eksplozivne vodene stolice, praćene povraćanjem dovode do dehidracije, dubokog poremećaja elektrolita u serumu, hipotenzije i letargije. Kožna manifestacija celijakije je dermatitis herpetiformis. Mogu se javljati i defekti cakline zuba, teška sideropenična anemija otporna na liječenje preparatima željeza, zaostajanje u tjelesnom i spolnom razvoju, artritis, osteoporoza, epilepsija, ataksija. (Mardešić i sur. 2016)

5.1 Klinička slika

Klinička slika javlja se nakon uvođenja glutena u prehranu, u dobi starijeg dojenčeta ili malog djeteta. Tipičan početak u dobi od 6 do 12 mjeseci. Dijete pati od kroničnog proljeva s distendiranim trbuhom i pothranjenošću. Stolice su učestale, pjenušave, obilne, masne i zaudaraju. Katkad su blijedosive, mogu biti guste, čak i tvrde. Djeca su pothranjena i slaba, trbuh je distendiran. Djeca su razdražljiva, imaju slab apetit, dok je u neke djece pojačan. Bolest mogu pratiti hipoproteinemija, anemija, hipovitaminoza. (Mardešić i sur. 2016)

5.2 Liječenje

Liječenje ove bolesti zahtjeva nužno i trajno pridržavanje bezglutenske prehrane, potpuno se moraju isključiti proizvodi koji sadržavaju pšenicu, raž ili ječam. Važno je voditi računa o mogućoj kontaminaciji bez glutenskih namirnica glutenom u strojevima za mljevenje, obradu, skladištenje uz namirnice koje sadržavaju gluten. Prognoza celijakije je dobra, no samo ako se provodi doživotna bezglutenska prehrana. (Mardešić i sur. 2016.)

5.3 Uloga odgojitelja

Dijete s celijakijom može bez problema boraviti u vrtiću, no trebaju se poštovati specifična pravila prehrane kako se bolest ne bi zakomplicirala i uznapredovala. Posebno je važno:

- upoznati se s karakteristikama bolesti
- zdravstvena edukacija osoblja kuhinje i odgojitelja
- strogo odvajanje hrane koju konzumira dijete (Unić K., 2005)

U liječenju ove bolesti važnu ulogu imaju roditelji, podršku je potrebno pružiti cijeloj obitelji. Mlađa djeca pokazuju veću suradljivost na pridržavanje bezglutenske dijeta. (Knez R., Ružić K., Nikšić M., Peršić M., 2011)

6. Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti pružaju li odgojitelji dovoljno podrške kronično oboljeloj djeci i roditeljima, te na koji način.

7. Hipoteza

- 1) Odgojitelji pružaju dovoljno podrške kronično oboljeloj djeci

7.1 Metode rada

Za potrebe istraživanja završnog rada, napravljena je anketa. Anketa za roditelje kronično oboljele djece koja pohađaju predškolsku ustanovu. Anketa je provedena online, putem grupa na društvenoj mreži. Uzorak roditelja činilo je 48 ljudi. Anketa se sastojala od deset pitanja otvorenog i zatvorenog tipa. Anketa je bila u potpunosti anonimna. Nedostatak ove ankete je mali uzorak ispitanika.

8. Rezultati

U ovom istraživanju sudjelovalo je 48 roditelja kronično oboljele djece. Od toga 31 roditelj (64,6%) ima kronično oboljelog dječaka i 17 odnosno (35,4 %) roditelja kronično oboljelu djevojčicu. Dijagramom 1 prikazana je podjela prema spolu.



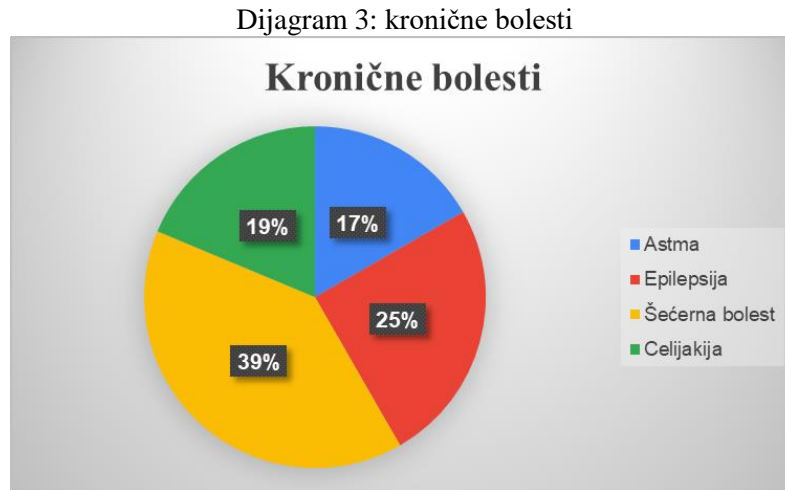
Izvor: autorska izrada

Vezano uz dob djeteta, 1-3 godine čini najmanje, 5 djece (10,4 %), 3-6 godine ujedno i najviše 26 djece (54,2%) i 6+ čini 17 djece (35,4%) . Podjela prema dobi prikazana je dijagramom 2.



Izvor: autorska izrada

Treće pitanje bilo je vezano uz kroničnu bolest od koje boluje dijete. Najviše roditelja njih 19 (39,6%) odgovorilo je šećerna bolest, epilepsija 12 roditelja (25%), zatim celijakija 9 (18,7%) i astma 8 roditelja (16,7%). Podjela je prikazana dijagramom 3.



Izvor: autorska izrada

Na pitanje kakve su bile reakcije odgojitelja kada su saznali da dijete boluje od kronične bolesti? Dobiveni su različiti odgovori od podrške, do straha i uplašnosti, većina odgovora se ponavlja, ovo su neki od odgovora:

- „strah“
- „uplašnost“
- „nije im bilo svejedno“
- „oni su to super prihvatili“
- „nisu bilo oduševljeni ...više prestravljeni jer nisu znali što je dijabetes“
- „različite, od podrške do potpune ravnodušnosti“
- „normalne“
- „rekli su da imamo njihovu punu podršku, što god treba da će se prilagoditi i da su voljni naučiti što je potrebno za boravak djeteta u vrtiću“
- „zabrinutost“
- „dobro su reagirali“
- „razumijevanje“
- „veliki strah i u početku odbijanje“
- „zbunjujuće“
- „iznenađujuće pozitivne“
- „odgojitelji su bili puni razumijevanja i otvoreni za upoznavanje, kao i mi“

Najčešći odgovori roditelja čije dijete boluje od epilepsije bili su strah i uplašenost, roditelji dječaka koji boluje od epilepsije odgovorili su: „kao da je zarazan užas“. Roditelji djece koja boluju od astme većina njih složila se da su reakcije bile prihvatljive, te im je pružena podrška i razumijevanje. Što se tiče celijakije roditelji su se složili da su odgojitelji na početku bili zabrinuti ,no uspjeli su u dogovoru s ostalim timom prilagoditi prehranu djetetu i pobrinuti se da se ne osjeća odbačeno. Reakcija odgojitelja na šećernu bolest bila je slična kao i kod epilepsije, „zabrinutost, strah“ , no roditelji su isto tako odgovorili da su odgojitelji bili voljni saslušati, otvoreni za upoznavanje s dijabetesom.

Tablica 1: Reakcije odgojitelja

Kronična bolest	Reakcije odgojitelja
Epilepsija	<i>strah, distanca, staložene, ravnodušne, šok, ništa posebno, iznenađujuće</i>
Astma	<i>prihvatljive, željeli su što više informacija o bolesti, dobro su reagirali, prihvatili su to normalno, razumijevanje</i>
Celijakija	<i>normalne, željeli su što više saznati o celijakiji, pomalo zbunjujuće</i>
Šećerna bolest	<i>šok i strah, zabrinutost, nisu bili oduševljeni, strah od nepoznatog, uplašenost, zbunjenost, šok,</i>

Na sljedeće pitanje koliko su odgojitelji bili upoznati s bolešću najviše njih, njih 19 (39,6%) odgovorilo je da su bili nedovoljno upoznati, 13 roditelja (27,1) odgovorilo je da su bili malo upoznati, a 16 roditelja (33,3%) odgovorilo je da su bili upućeni. Prema anketi roditelji su najviše bili upoznati s epilepsijom, a najmanje s šećernom bolesti odnosno dijabetesom. Rezultati su prikazani dijagramom 4.

Dijagram 4: upoznatost odgojitelja s kroničnim bolestima



Izvor: autorska izrada

Pitanje vezano uz cilj ove ankete bilo je pružaju li odgojitelji dovoljno podrške Vama kao roditelju, kako bi se lakše nosili s bolešću? 25 roditelja (52,1%) roditelja odgovorilo je da odgojitelji pružaju podršku, njih 10 (20,8%) smatra da ne pružaju, te 13 (27,1) roditelja ne znaju, ne mogu procijeniti pružaju li odgojitelji dovoljno podrške. Podjela je prikazana dijagramom 5.

Dijagram 5: podrška roditelju



Izvor: autorska izrada

Roditelji koji smatraju da odgojitelji pružaju dovoljno podrške odgovorili su kako odgojitelji pružaju podršku tako što imaju sa njima otvorenu komunikaciju, brigom i praćenjem bolesti, ohrabrenjem, razgovorom, i svakodnevnim informiranjem. Također ima i odgovora da ne očekuju podršku jer smatraju da odgojitelji nisu dovoljno educirani o bolesti.

Sljedeće pitanje se također vezalo na prethodno, pružaju li odgojitelji dovoljno podrške Vašem djetetu, kako bi se lakše nosilo s bolešću? 25 roditelja (52,1%) smatra da pružaju, 7 roditelja (14,6%) smatra da ne pružaju, i 16 roditelja (33,3%) ne znaju, ne mogu procijeniti pružaju li odgojitelji dovoljno podrške djetetu. Podjela je prikazana dijagramom 6.

Dijagram 6: podrška djetetu



Izvor: autorska izrada

Roditelji koji smatraju da odgojitelji pružaju dovoljno podrške odgovorili su kako podršku pružaju tako što se trude da se dijete ne osjeća odbačeno, ne isključuju ga i ne sputavaju u ničemu. Roditelji čije dijete boluje od epilepsije odgovorili su da su odgojiteljice bile uz dijete u svakoj sekundi, kada mu se napadaj dogodi u vrtiću smireno to odrade, poštuju njegove želje, potrebe, te da su odgojiteljice imala više nego sjajnu ulogu u odrastanju njihovog djeteta. Djeci koja boluju od celijakije odgojitelji pružaju podršku tako što se pridržavaju protokola posluživanja jela, ne dopuštaju da se dijete osjeća odbačeno iako ne jede što i ostala djeca.

Sljedeće pitanje glasilo je „Smatrate li da bi odgojitelji trebali posvetiti veću pažnju djeci oboljeloj od kronične bolesti?“ Ponuđena su tri odgovora, da svakako, ne, i ne znam. 38 roditelja (79,2%) je odgovorilo da svakako, 4 roditelja (8,3%) da ne, i 6 roditelja (12,5%) roditelja nije sigurno. Podjela je prikazana dijagramom 7.

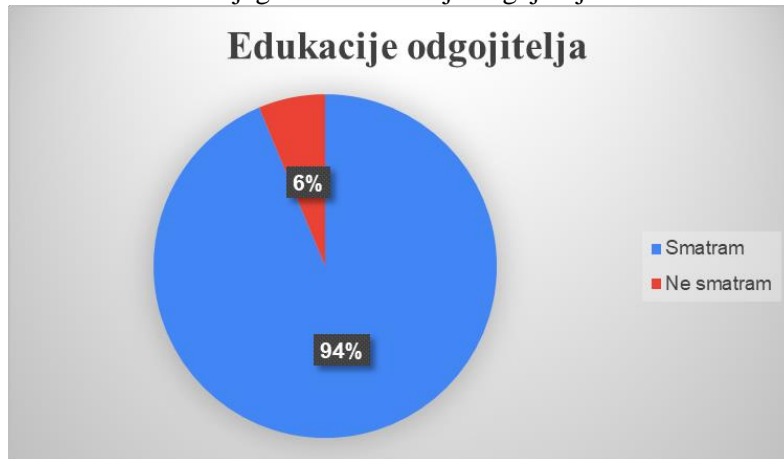
Dijagram 7: veća pozornost kronično oboljeloj djeci



Izvor: autorska izrada

Deveto pitanje glasilo je „Smatrate li da bi odgojitelji trebali završiti dodatne edukacije vezane uz kronične bolesti?“ Ponuđeni su odgovori smatram i ne smatram. 45 roditelja (93,8%) roditelja smatra da bi odgojitelji trebali završiti dodatne edukacije vezane uz kronične bolesti, a 3 roditelja (6,3%) smatra da ne bi trebali završiti dodatne edukacije vezane uz kronične bolesti. Podjela je prikazana dijagramom 8.

Dijagram 8: edukacije odgojitelja



Izvor: autorska izrada

Na samom kraju postavljeno je pitanje ukoliko roditelji smatraju da bi odgojitelji trebali i ostalu djecu u skupini upoznati s bolešću, kako bi se dijete lakše nosilo s bolešću, te kako bi djeca mogla pružiti podršku. Njih 47 (97,9%) smatra da bi trebali upoznati i ostalu djecu s kroničnom bolešću kako bi i oni pružili podršku djetetu, dok samo jedan roditelj (2,1 %) smatra da ne bi trebali upoznati i ostalu djecu s bolešću s kojom se suočava dijete. Rezultat je prikazan dijagramom 9.

Dijagram 9: upoznatost ostale djece s bolestima



Izvor: autorska izrada

9. Zaključak

U ovom istraživanju sudjelovalo je 48 roditelja kronično oboljele djece koja pohađaju predškolsku ustanovu. Ovim anketnim istraživanjem potvrđena je hipoteza, odgojitelji pružaju dovoljnu podršku kronično oboljeloj djeci, te isto tako i roditeljima, kako bi se lakše nosili s bolešću. Od ukupnog broja anketiranih 31 roditelj ima kronično oboljelog dječaka, a 17 roditelja kronično oboljelu djevojčicu. Vezano za raspon godina, najviše roditelja odgovorilo da ima kronično oboljelo dijete od 3-6 godina. Najzastupljenija bolest bila je šećerna bolest, zatim epilepsija, celijakija i na kraju astma. Reakcije odgojitelja na bolest bile su različite, od straha, uplašenosti, iznenađenja, ravnodušnosti, do normalnih, suosjećajnih. Najčešći odgovori roditelja čije dijete boluje od epilepsije bili su strah i uplašenost, roditelji djece koja boluju od astme većina njih složila se da su reakcije bile prihvatljive, te im je pružena podrška i razumijevanje. Što se tiče celijakije roditelji su se složili da su odgojitelji na početku bili zabrinuti, no uspjeli su prilagoditi plan prehrane. Reakcija odgojitelja na šećernu bolest, bila je slična epilepsiji, zabrinutost i strah, no isto tako su roditelji odgovorili da su odgojitelji bili voljni saslušati, i otvoreni za upoznavanje s dijabetesom.

Prema anketi roditelji su najviše bili upoznati s epilepsijom, a najmanje s šećernom bolesti odnosno dijabetesom. Pitanje vezano uz cilj ove ankete bilo je pružaju li odgojitelji dovoljno podrške Vama kao roditelju, kako bi se lakše nosili s bolešću? Većina roditelja odgovorilo je da odgojitelji pružaju podršku. Roditelji koji smatraju da odgojitelji pružaju dovoljno podrške odgovorili su kako odgojitelji pružaju podršku tako što imaju sa njima otvorenu komunikaciju, brigom i praćenjem bolesti, ohrabrenjem, razgovorom, i svakodnevnim informiranjem. Isto tako roditelji smatraju da odgojitelji pružaju dovoljno podrške djetetu kako bi se lakše nosilo s bolešću. Roditelji su odgovorili da odgojitelji pružaju dovoljno podrške tako što se trude da se dijete ne osjeća odbačeno, ne isključuju ga i ne sputavaju u ničemu.

Roditelji također smatraju da bi odgojitelji trebali posvetiti veću pažnju kronično oboljeloj djeci, te završiti dodatne edukacije vezane uz kronične bolesti. Isto tako roditelji smatraju da bi odgojitelji trebali i ostalu djecu upoznati s bolestima s kojima se nosi dijete u skupini, na taj način i oni bi pružili podršku. Uzimajući u obzir rezultate istraživanja može se zaključiti da je uloga odgojitelja od iznimne važnosti. Obzirom da se bolesti razlikuju po simptomima, uzrocima, liječenju. Odgojitelj se mora upoznati s bolešću, znati kako reagirati u određenim situacijama. U upoznavanju s bolesti mogu mu pomoći stručni tim, roditelji, i obitelj, čiji najvažniji zadatak je pomoći u zdravom razvoju svih članova obitelji.

Uzajamnom podrškom obitelji i odgajatelja dijete će se lakše nositi sa svojom kroničnom bolešću.

Literatura

1. Barišić N. i sur. (2009), *Pedijatrijska neurologija*, Zagreb: Medicinska naklada
2. Batinica M., Grgurić J., Jadrijević-Cvrlje F., (2014) Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece – 2 dio: Naglasci s XIV. Simpozija preventivne pedijatrije, *Liječnički vjesnik*, (136) 11-12
3. Bralić I. i sur. (2018), *Tranzicijska medicina*, Zagreb: Medicinska naklada
4. Diminić-Lisica I., Rončević-Grežeta I., (2010), Obitelj i kronična bolest, *Medicina fluminensis*, 300-308
5. Gagro A. (2011), Astma u djece, *Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske*, 169-179
6. Juul J. (2006), *Obitelji s kronično bolesnom djecom*, Zagreb: Naklada Pelago
7. Keserović S., Čović I., Špehar B., (2014) Zdravstvena njega kod bolesnika s epilepsijom, *Sestrinski glasnik*, 141-146
8. Knez R., Ružić K., Nikšić M., Peršić M.: Kvaliteta života djece oboljele od celijakije i utjecaj bolesti na cijelu obitelj, *Medicina Fluminensis*, 48-52
9. Mardešić D. i sur. (2016), *Pedijatrija*, Zagreb: Školska knjiga
10. Pop-Jordanova N, Fustić S, Zorčec T. (2008), Chronic diseases in children and adolescents – some psychological characteristics, *Paediatrica Croatica*, 52 (2) 71-76
11. Prović P., Hrvatinić V., Skočić Mihić S., (2015), Odgajatelj u radu s djecom s kroničnim bolestima, *Magistra Iadertina*, str. 103-113
12. Severinski S., Butorac Ahel I., Božinović I.,(2016), Šećerna bolest tipa 1 u dječjoj dobi, *Medicina fluminensis*, str. 467-476
13. Turkalj M, Erceg D., (2013) Terapijski pristup astmi u djece, *Medicus* (1) 49-56
14. Unić K., (2005), Dijete s celijakijom u vrtiću, Dijete, vrtić, obitelj : *Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima*, str. 26-27
15. Vlašić-Cicvarić I., (2016) Dometi rizika kronične bolesti u djetinjstvu za psihičko zdravlje, *Peadiatr Croat.* (60) 126-131

POPIS DIJAGRAMA

Dijagram 1: podjela prema spolu	13
Dijagram 2: podjela prema dobi.....	13
Dijagram 3: kronične bolesti	14
Dijagram 4: upoznatost odgojitelja s kroničnim bolestima.....	16
Dijagram 5: podrška roditelju	16
Dijagram 6: podrška djetetu	17
Dijagram 7: veća pozornost kronično oboljeloj djeci	18
Dijagram 8: edukacije odgojitelja	18
Dijagram 9: upoznatost ostale djece s bolestima	19

POPIS TABLICA

Tablica 1: Reakcije odgojitelja.....	15
--------------------------------------	----

IZJAVA O IZVORNOSTI ZAVRŠNOG RADA

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

Karmen Strahija