

Postupci odgojitelja sa djetetom rane i predškolske dobi kod promjena stanja svijesti

Bilić, Renata

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:147:508273>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-08**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

RENATA BILIĆ

**POSTUPCI ODGOJITELJA SA DJETETOM RANE I PREDŠKOLSKE
DOBI KOD PROMJENA STANJA SVIJESTI**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, lipanj 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

RENATA BILIĆ

**POSTUPCI ODGOJITELJA SA DJETETOM RANE I PREDŠKOLSKE
DOBI KOD PROMJENA STANJA SVIJESTI**

ZAVRŠNI RAD

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Maša Malenica, dr.med.,specijalist pedijatar

Zagreb, lipanj 2022.

Sadržaj	
SAŽETAK	4
SUMMARY	5
UVOD	1
1. SINKOPA	2
1.1 Etiologija i patogeneza	3
1.2 Klinička slika i dijagnostika	3
1.3 Terapija	4
2. EPILEPSIJA	5
2.1. Klasifikacija epilepsija i epileptičkih sindroma	5
2.2. Genetika epilepsija	6
2.3. Česti oblici napadaja	7
2.3.1 Apsansi	7
2.3.2. Žarišni napadaji bez poremećaja svijesti	8
2.3.3. Žarišni napadaji s poremećajima svijesti	8
2.3.4 Generalizirani toničko-klonički napadaji	8
2.3.5. Epileptički status	9
2.4. Osnovna načela terapije epilepsija	9
2.5. Postupanje sa djetetom kod napadaja epilepsije	10
2.6. Ljubičasti dan	10
3. FEBRILNE KONVULZIJE	12
3.1. Vrućica i febrilne konvulzije	12
3.2. Etiologija i patogeneza	13
3.3. Klinička slika i dijagnostika	14
3.3.1 Podjela febrilnih konvulzija	14
3.4. Terapija	15
3.5. Postupci pružanja prve pomoći djetetu	15
4. ULOGA ODGOJITELJA	17
5. PRIMJER IZ PRAKSE U POSTUPANJU KOD PROMJENA STANJA SVIJESTI	18
6. ZAKLJUČAK	21
LITERATURA	22

SAŽETAK

Tema ovog završnog rada odnosi se na postupke odgojitelja kod promjena stanja svijesti sa djecom predškolske dobi. Cilj rada je objasniti promjene stanja svijesti kao što su sinkopa, epilepsija i febrilne konvulzije kod djece. U ovom radu bit će definirano što je sinkopa, etiologija i patogeneza sinkope, klinička slika, dijagnostika te terapija iste, što je epilepsija, podtipovi epilepsije, pojmovi epileptičkog napada te zašto i kada do istih dolazi i na koji se način liječi epilepsija, definirat ću i pojam febrilne konvulzije, vrste febrilnih konvulzija, kada se javljaju te koliko traju i na koji način možemo pomoći djetetu koje doživi napadaj. Kroz vlastiti primjer prikazat ću kako izgleda rad sa djetetom koje ima epilepsiju u predškolskoj ustanovi, te ću navesti primjere postupanja sa djecom kod promjena stanja svijesti. Smatram da je izrazito bitno poznavati postupke kojima možemo pomoći djeci kada dođe do promjena stanja svijesti.

Ključne riječi: promjene stanja svijesti, sinkopa, epilepsija, febrilne konvulzije, postupci odgojitelja

SUMMARY

The topic of this final paper refers to the teacher's actions regarding the changes in the state of consciousness with children of preschool age. The aim of the paper is to explain changes in the state of consciousness such as syncope, epilepsy and febrile convulsions in children. In this paper we will define what syncope is, the etiology and pathogenesis of syncope, the clinical picture, its diagnosis and therapy; what epilepsy is, subtypes of epilepsy, terms that are connected to epileptic attacks and why and when they occur, also, how epilepsy is treated. I will define the concept of febrile convulsions, types, when they occur and how long they last; also, how we can help a child experiencing a seizure. Through my own experience, I will explain how working with a child who has epilepsy looks like in a preschool institution and I will present examples of dealing with children with changes in their state of consciousness. I believe it is very important to know the procedures we can use to help children who experience changes in their state of consciousness.

Key words: changes in the state of consciousness, syncope, epilepsy, febrile convulsions, teacher's actions

UVOD

Moje putovanje na Učiteljskom fakultetu 2019. godine započelo je tako da sam u isto vrijeme krenula studirati i paralelno s tim dobila posao asistenta u vrtiću. Dijete kojem sam bila asistent imalo je dijagnozu epilepsije. Ne mogu opisati količinu straha koji sam osjećala, a s druge strane radilo je srce – napokon ću raditi s djecom! Pa što ako nešto ne znam? Postoji li stvar koja se uz malo volje ne može naučiti? Objeručke sam prihvatila posao i odlučila da ću dati sve od sebe da djetetu čiji roditelji su mi ukazali potpuno povjerenje, što više olakšam boravak u skupini i pomognem mu u svakodnevnim aktivnostima. Imala sam osjećaj da smo na to putovanje krenuli oboje nespreni, on na mene, ja na njegovu dijagnozu. Kako je vrijeme prolazilo sve više sam se educirala i sve bolje smo se upoznavali - dijete, epilepsija i ja. Na kraju nas je spletom okolnosti pandemija COVID-19 razdvojila, danas smo ostali jako dobri prijatelji i u srcu će mi uvijek ostati posebno mjesto za mog malog prijatelja koji me mnogočemu naučio.

Kada je na trećoj godini došlo vrijeme odabira mentora i teme, nije bilo nedoumica. Znala sam točno koga želim za mentora te točno koju temu želim obrađivati. Osim epilepsije smatram da je izrazito bitno proširiti svijest odgojiteljima i o drugim oblicima promjena stanja svijesti sa kojima se svakodnevno možemo susresti u vrtićima. Obzirom na to odlučila sam kroz rad objasniti tri promjene stanja svijesti: sinkopu, epilepsiju i febrilne konvulzije.

Kroz rad želim prikazati ulogu predškolskih ustanova zaduženih za odgoj i obrazovanje te prihvaćanje epilepsije u vrtićkoj skupini. Smatram da je bitno biti educirani odgojitelj u svakom pogledu te znati na koji način pristupiti djeci i objasniti da je netko drugačiji ili da se prema nekome trebamo ponašati na specifičan način. Takvim stavom i odnosom prema djeci izgradit ćemo čvrste korijene da jednoga dana postanu tolerantni i pozitivni odrasli ljudi koji znaju prihvatiti i njegovati razlike te će uvijek biti spremni odgovoriti kada se od njih traži pomoć.

1. SINKOPA

„Sinkopa je iznenadni prolazni gubitak svijesti i tonusa uzrokovan difuznim i reverzibilnim poremećaja moždane funkcije zbog ishemije. Sinkopa je ishemični cerebralni napadaj“ (Barišić i sur., 2009.)

Dakle, sinkopa je kratkotrajni gubitak svijesti koji prolazi kroz par sekundi, pa do dvije minute, sinkopa se obično javlja u stojećem stavu i popraćena je uglavnom prethodnim osjećajem slabosti, bljedilom, zujanjem u ušima, blagom vrtoglavicom i poremećajem vida.

Jedno od petero djece imati će sinkopu prije 5.godine, pet do petnaest posto djece imati će ju između 8. i 18. godine (Barišić i sur., 2009).

Sinkope možemo podijeliti na:

1. Kardiovaskularne sinkope – uzroci su poremećaji srčanog ritma te prirodene srčane mane
2. Neurokardiogene sinkope – to su najčešće sinkope, rijetko se javljaju prije desete godine života te su češće kod adolescenata, uzrokovane su dugotrajnim stajanjem, glađu, doživljavanjem emocionalnih stresova
3. Konvulzivne sinkope – nastaju radi smanjenog dotoka krvi u mozak, popraćene su trzajima ekstremiteta te traju nekoliko sekundi
4. Hiperventilacijske sinkope koje su nastale radi ubrzanog disanja, najčešće kod nervoznih osoba, a javljaju se u zatvorenim prostorima, gužvi te noću
5. Psihogene sinkope javljaju se u opterećenim situacijama, dijete može imati zatvorene oči i ne odazivati se
6. Situacijske sinkope nastaju npr. kod kašljanja, mokrenja, ronjenja i sl.

7. Refleksne sinkope javljaju se kao odgovor na bol nakon udarca u glavu, kao reakcija na neugodne te nezgodne situacije i sl.
8. Sinkope zbog gušenja
9. Sinkope uzrokovane lijekovima

1.1 Etiologija i patogeneza

Sinkopu mogu uzrokovati febrilitet, kašalj, mokrenje, defekcija, hipovolemija, anemija, hipoglikemija i toksični učinak nekih lijekova. Napetost, iznenađenje, vađenje krvi, hiperventilacija i cijepljenje mogu provocirati sinkopu. Sinkopu uzrokuju neurološke bolesti sa znacima autonomne disfunkcije. Sinkopa nastaje kao posljedica poremećaja moždane perfuzije zbog prolaznog smanjenja srčanog izbačaja izazvana vazomotornim promjenama koje smanjuju venski povrat ili primarnom disritmijom odnosno poremećajem moždanog vaskularnog tonusa (Barišić i sur., 2009).

1.2 Klinička slika i dijagnostika

Neurološki status prije i nakon sinkope je normalan, osim u slučaju postojanja nekih ranijih bolesti. Sinkope mogu biti povezane s epileptičkim napadajima, primarnim srčanim aritmijama te afektivnim krizama. Uglavnom izazivaju veliki strah u roditelja, učitelja, ostale djece iz okoline te su čest razlog hospitalizacije (Barišić i sur., 2009).

Sinkopa može provocirati i pravi epileptički napad, pa čak i epileptički status radi znatne količine hipoksije (djelomičnog manjka kisika) u mozgu. Epileptički napadaj koji je uzrokovan teškom hipoksijom ili anoksijom (potpunom nestašicom kisika u tijelu) nazivamo anoksični epileptički napadaj i to je udružena pojava sinkope i epileptičkog napada (Barišić i sur., 2009).

Za pronalaženje većine uzroka sinkope ključno je raspolagati podacima o osobnoj, ali i obiteljskoj anamnezi. Također je bitno saznati sve o simptomima, događajima prije i za vrijeme sinkope te napraviti detaljan fizikalni pregled djeteta.

Sinkopa kod djece uglavnom ne predstavlja mogućnost prisustva kardiovaskularnih poremećaja te se dodatne pretrage ne trebaju raditi ukoliko to stvarno nije nužno. S druge strane, kada nalazi prethodnih pretraga upućuju na mogućnost ozbiljnije dijagnoze rade se ostale pretrage kao što su, UVZ srca, EKG holter, CT I MR mozga, krvi, urin, željezo itd.

1.3 Terapija

Obično kada dijete izgubi svijest i padne vrlo brzo dolazi k svijesti. Postavljanje djeteta u vodoravni ležeći položaj sa podignutim donjim udovima može ubrzati oporavak. Kod presinkopalne faze posjedanje ili polijeganje može spriječiti sinkopu. Povećani unos soli i tekućine djeluje preventivno (Barišić i sur., 2009).

U većini slučajeva, kod djece sa sinkopom terapija nije potrebna.

2. EPILEPSIJA

Epilepsija je kronična bolest mozga raznovrsnog uzorka, obilježena je recidivnim cerebralnim napadima radi prekomjernog pražnjenja cerebralnih neurona (tj. epileptičkim napadima), praćena je različitim laboratorijskim abnormalnostima te kliničkim pojavama (Mardešić i sur., 1989).

Bitna obilježja epilepsije su kroničnost i recidivi prekomjernog iznenadnog pražnjenja cerebralnih neurona koji se očituju kao epileptički napadi. Stoga, pojava jednog ili više epileptičkih napada u jednog djeteta može, ali i ne mora biti simptom epilepsije ukoliko ne postoji kroničnost kao jedna od bitnijih obilježja epilepsije (Mardešić i sur., 1989).

Prema Krämeru (2009.) uzrok većine epilepsija i dalje nije potpuno poznat, bez obzira na veliki napredak te mogućnost točnijih pretraga, nerijetko se događa da liječnik na kraju ne može odrediti točan uzrok bolesti. Uzroci mogu biti razni, neki od njih su moždani udari, ozljeda glave ili moždani tumori, također se kao moguće uzroke mogu pribrojati i upalne bolesti mozga ili stanja koja su posljedica maloformacija postojećih već pri rođenju. Ukoliko pretpostavimo da je prosječan rizik obolijevanja od epilepsije 1, tada dolazimo do zaključka da određeni faktori poput upala moždanih ovojnica ili ozljeda glave itekako povećavaju rizik za obolijevanje od epilepsije.

Prema Europskoj deklaraciji o epilepsiji, smatra se da u Europi od epilepsije boluje oko 6 milijuna ljudi te da se svake godine dijagnosticira okvirno 300 novih slučajeva epilepsije. Republika Hrvatska broji otprilike 40 000 ljudi sa dijagnozom epilepsije.

2.1. Klasifikacija epilepsija i epileptičkih sindroma

Epilepsija spada pod kronične bolesti koju prati ponavljanje epileptičkih napadaja. Epileptički sindrom skup je svih simptoma te znakova koji obilježavaju epilepsiju odnosno epileptičke napadaje. Definicija epileptičkog napadaja nije i definicija epileptičkog sindroma (Barišić i sur., 2009).

Prema Barišić i sur. (2009.) epilepsije i sindrome možemo razlikovati prema tipu napadaja, nalazima EEG-a, dobi te drugim kliničkim obilježjima koji uključuju i obiteljsku anamnezu te neurološke poremećaje. Anamneza je od izuzetne važnosti za postavljanje dijagnoze. Epilepsije i/ili sindromi se prema lokalizaciji dijele na žarišne i generalizirane, što ovisi lokalizaciji neodređene epilepsije i/ili sindroma te o tome zahvaća li poremećaj jednu ili obje moždane hemisfere. Pod žarišne epilepsije spadaju idiopatske, vjerojatno simptomatske ili kriptogene te simptomatske epilepsije.

Idiopatski napadaji i epilepsije uglavnom imaju manje ili više nasljednu komponentu s epilepsijama roditelja ili druge rodbine. Karakteristično je to da se pojave bez očiglednog uzroka te ne nastaju iz drugih epilepsija ili oblika napadaja. Takvi su napadaji i epilepsije češći su u djetinjstvu i mladosti (Krämer, 2009).

Uzroci simptomatske i vjerojatno simptomatske („kriptogene“) epilepsije su provjerene bolesne promjene u mozgu, kao što su teške ozljede glave, moždani udari, moždani tumori ili krvarenja. Određenu ulogu mogu imati i oštećenja mozga sa tjelesnim i psihčkim posljedicama koja su se dogodila prije mnogo vremena (Krämer, 2009).

2.2. Genetika epilepsija

Smatra se kako epilepsiju uzrokuje više čimbenika koji uglavnom obuhvaćaju genske uzroke te uzroke iz okoline. Neke nasljedne bolesti povezane su sa razvojem sekundarne epilepsije, primarne epilepsije s druge strane su uzrokovane uvjetovanim genskim oštećenjima sinkronizacije neurona te podražljivosti (Barišić i sur., 2009).

Prema Krämeru (2009.) velika većina epilepsija ipak nije nasljedna, pretpostavka je da kod idiopatskih epilepsija postoji nasljedna komponenta, ali isto tako postoje i naznake kako nasljedne dispozicije imaju ulogu u nastanku epileptičkih napada nakon ozljeda glave ili kao posljedica moždanih tumora. Roditelji ne bi trebali misliti da će se radi toga jer netko iz obitelji boluje od epilepsije i dijete razboljeti od iste. Postoji niz bolesti koje mogu biti praćene nekim oblikom epilepsije ili

epileptičkim napadom, međutim te bolesti rijetko uzrokuju epilepsiju. Ukoliko roditelj boluje od epilepsije, rizik za obolijevanje djeteta se u odnosu na normalan rizik od 1% povećava na 6%. Hoće li dijete oboljeti ili ne ovisi i o tome boluje li od epilepsije majka ili otac, kakvog oblika imaju napadaje te koju vrstu epilepsije imaju. Rizik kod epilepsije majke je veći za čak 9% nego kod epilepsije oca koji je povećan za 2,5%.

2.3. Česti oblici napadaja

Krämer (2009.) navodi podjelu epileptičkih napadaja koje je predložila Internacionalna liga za borbu protiv epilepsije, a koju većina liječnika koristi:

- Apsans
- Žarišni napadaji bez poremećaja stanja svijesti
- Žarišni napadaji s poremećajima stanja svijesti
- Generalizirani toničko-klonički napadaji
- Epileptički status

2.3.1 Apsansi

Apsans (mal) je u pravilu vrlo kratak epileptički napadaj u kojem ne dolazi do grčenja. Uglavnom se u toku napadaja sa osobom ne može uspostaviti kontakt i kada dođe k sebi ne sjeća se događaja. Obzirom da se radi o napadaju koji nije toliko dramatičan, prije su ga nazivali petit-mal što na francuskom znači „malo zlo“. Postoji tipičan i atipičan apsans. Tipični se apsansi dijele u jednostavne rijetke apsanse (oko 10%) te na složene i česte (oko 9%), koji osim poremećaja stanja svijesti imaju i druge znakove. Atipični apsansi imaju najčešće i žarišna obilježja te dulje traju i prate ih padovi ili mišićni trzaji. Apsansi su najčešći oblik epileptičkih napadaja kod djece rane i predškolske te školske dobi.

Za apsans je karakteristično da započinje te završava naglo. Kod jednostavno apsansa za vrijeme napadaja osobe ne mogu percipirati okolinu te djeluju kao da nisu pri sebi (omamljeno) ili su najčešće nepomične. Kod tipičnog kompleksnog apsansa može doći i do poremećaja ritmičkog trepanja, opuštanja ruku, okretanja očiju, trupa ili glave, promjena boja lica, pulsa i sl.

Tipičnom apsans napadaju se može pronaći uzrok. Ova vrsta napadaja ubraja se u idiopatske generalizirane oblike napadaja koji od samoga početka zahvaćaju obje strane moždane hemisfere.

2.3.2. Žarišni napadaji bez poremećaja svijesti

Žarišni napadaji bez poremećaja stanja svijesti poznati su još i kao jednostavni žarišni napadaji. Karakterizira ih to da pogađaju samo jedan dio mozga te se pri napadaju ne gubi svijest. Razlikujemo pet oblika: osjetni, vegetativni, psihički, senzorni i motorički. Najčešći žarišni napadaj bez poremećaja stanja svijesti je aura, traje nekoliko sekundi te može preći u žarišni napadaj s promjenom stanja svijesti ili u sekundarni „grand mal“ napadaj. Pogođene osobe kasnije ih se mogu sjetiti jer su dostupne u svjesnom doživljavanju.

2.3.3. Žarišni napadaji s poremećajima svijesti

Žarišni napadaji s poremećajima stanja svijesti nazivaju se još i kompleksnim žarišnim napadajima ili psihomotoričkim napadajima. Ovakav oblik napadaja najčešći je kod odraslih osoba. Kod samog napadaja se sa pogođenom osobom ne može uspostaviti kontakt jer nema reakcija na vanjske podražaje. Pogođene osobe imaju djelomičan ili potpun gubitak sjećanja za doživljeni napadaj te vrijeme prije i poslije napadaja.

Napadaji s poremećajima stanja svijesti nastaju u temporalnom ili sljepoočnom režnju, frontalnom ili čeonom režnju te tjemenom ili zatiljnom režnju.

Napadaj najčešće traje između pola do dvije minute, ali može potrajati i nekoliko sekundi do 20 minuta. Nakon napadaja orijentacija pogođene osobe je otežana te se uglavnom ne sjeća što se dogodilo.

2.3.4 Generalizirani toničko-klonički napadaji

Generalizirani toničko-klonički napadaji su dramatičan oblik epileptičkih napadaja. Ovaj oblik napadaja ranije je dobio naziv „grand mal“ što u prijevodu sa francuskog znači „veliko zlo“. Generalizirani napadaji su izrazito česti i javljaju se u polovini svih epilepsija uglavnom sa drugim oblicima napadaja. Postoje tri faze

kod napadaja: tonička faza u kojoj se povećava napetost mišića, klonička faza u kojoj dolazi do grčenja te faza u kojoj napadaj prolazi.

2.3.5. Epileptički status

U epileptički status možemo svrstati pojedinačne napadaje koji traju duže od pola sata ili više napadaja koji se događaju jedan za drugim, a između kojih se pogođena osoba ne stiže oporaviti. Postoje epileptički statusi sa grčevima (konvulzivni) i bez njih (nekonvulzivni) te oni sa promjenom stanja svijesti i bez promjene stanja svijesti. Epileptički status uglavnom je simptomatski, ali se može pojaviti i kod idiopatskih epilepsija.

2.4. Osnovna načela terapije epilepsija

"Započinjanje terapije nakon prvog epileptičkog napadaja u pravilu nije potrebno, osim u slučaju ako je uz klinički jasan epileptički napadaj ili epileptički status udružena jasna epileptogena EEG-abnormalnost. Produljeni napadaji u eksperimentalnih životinja za vrijeme kritične faze razvoja mozga uzrokuju oštećenje neurona i razvojne poremećaje i pogoduju kasnijem razvoju epilepsije. Početak terapije nakon prvog napadaja ne predstavlja prevenciju razvoja epilepsije. Ukoliko se terapija uvede nakon prvog ili nakon drugog napadaja, nema razlike između tih dviju skupina u odnosu na prognozu i razdoblje remisije od 1 do 2 godine bez napadaja." (Barišić i sur., 2009, str. 281).

Terapija započinje korištenjem jednog antiepileptika čija se doza povećava dok napadaji ne prestanu ili dok ne dođe do manifestacije nuspojava. Liječenje antiepilepticima je najučinkovitija metoda liječenja epilepsije. Moguće je postići i liječenje alternativnim metodama, ali one nisu učinkovite u tolikoj mjeri. Izbor terapije ovisit će o epileptičkom sindromu kao i o tipu samog napadaja. Određeni broj ljudi odbija liječiti se lijekovima radi straha od posljedica istih na organe kao što su npr. bubrezi i jetra.

2.5. Postupanje sa djetetom kod napadaja epilepsije

U slučaju napada epilepsije najvažnije je ostati pribran te kontaktirati roditelje i liječnika. Odgojitelj treba znati ispravno postupiti na način da:

1. Djetetu osigura dovoljno zraka kako ne bi ostalo bez kisika u mozgu
2. Spriječi moguće ozljede
3. Postavi dijete u bočni položaj
4. Olabavi djetetovu odjeću i ništa mu ne stavlja u usta
5. Nakon napadaja osigura djetetu odmor
6. Nakon buđenja prati i pazi na dijete te mu pruža osjećaj sigurnosti

Sami napadaj traje minutu do dvije i javlja se spontano. Uvijek je potrebno provjeriti vrijeme kako bi se znalo točno trajanje napadaja. U trenutku napadaja bitno je smiriti i ostalu djecu koja prisustvuju istom te im na njima razumljiv način objasniti o čemu se radi.

Hitnu pomoć pozivamo u slučaju:

1. Da se radi o prvom napadaju u životu
2. Kada napadaj traje dulje od 5 minuta
3. Kod ponavljanja napadaja bez dolaska svijesti
4. Kod drugačijih tipova napadaja nego inače
5. Kod više napadaja nego je uobičajeno kod djeteta
6. Ukoliko je dijete ozlijeđeno u toku napadaja

2.6. Ljubičasti dan

Prema Hrvatska udruga za epilepsiju "Ljubičasti dan" ili "Purple day" je dan podrške osobama koje boluju od epilepsije, obilježava se 26. ožujka te se širom svijeta ljubičastom bojom iskazuje solidarnost oboljelim osobama. Obilježava se u više zemalja svijeta te na svim kontinentima i proglašen je najutjecajnijim međunarodnim danom, a za svrhu ima podizanje svijeti o epilepsiji.

Hrvatska udruga za epilepsiju navodi kako je dan osnovan 2008. godine na inicijativu djevojčice Cassidy Megan koja je tada imala devet godina te je poželjela

svima govoriti o epilepsiji i pokazati kako se ljudi s epilepsijom ne razlikuju od drugih. Velik broj ljudi 26. ožujka nosi ljubičasto u znak podrške, također se održavaju koncerti, predavanja večere, utrke i sl. Republika Hrvatska se prvi put uključila u organiziranje "Ljubičastog dana" 2010. godine djelovanjem centra za epilepsiju Ministarstva zdravlja RH. Iste godine organizirana su predavanja i događanja, a 2011. u akciju su se uključile Klinike za pedijatriju KB Zagreb te Klinike za neurologiju KBC Osijek te su održana predavanja o pozidanju svijesti u školama i vrtićima.

3. FEBRILNE KONVULZIJE

„Febrilne konvulzije su prigodni epileptički napadaji provocirani febrilnošću, u kojih su isključene infekcije središnjeg živčanog sustava i ostali uzroci epileptičkih napadaja. Klasificirane su u skupinu posebnih epileptičkih sindroma prema klasifikaciji Međunarodne lige za borbu protiv epilepsije (*International league against epilepsy – ILAE*), iz 1989. godine. Prema definiciji ILAE-a febrilne konvulzije su epileptički napadaji koji se pojavljuju poslije novorođenačke dobi, udruženi s febrilnom bolešću koja nije uzrokovana infekcijom središnjeg živčanog sustava, uz isključenje ostalih akutnih uzroka simptomatskih epileptičkih napadaja.“ (Barišić i sur., 2009, str. 205).

Prema Kramer (2009.) oko 2-3% ljudskog stanovništva ili svaki 30. Do 50. Čovjek imao je tijekom prvih pet godina života barem jedan napadaj koji je bio izazvana povišenom temperaturom. Takva djeca imaju veće mogućnosti razviti kasnije pravu epilepsiju, ali je taj rizik vrlo malen i iznosi tek 2-3%, u većini slučajeva 97-98% djece ne razvije epilepsiju.

Pliva zdravlje (2013.) navodi kako se febrilne konvulzije pojavljuju između 3. mjeseca te 5. godine života te da se češće javlja kod muške djece. Točan mehanizam nastanka nije poznat, ali postoji dokazana genetska dispozicija koja ima značajnu ulogu, odnosno utvrđeni su određeni mehanizmi nasljeđivanja sklonosti pojavi febrilnih konvulzija. Virusne infekcije uglavnom su najčešći uzrok febriliteta tijekom kojeg se manifestiraju febrilne konvulzije. Najčešći virusi su humani herpesvirus 6, virus influence tip a, virusi parainfluence te adenovirusi. Drugi uzročnici infekcija odnosno febriliteta znatno su rijedi, ali mogući kod pojave konvulzija.

3.1. Vrućica i febrilne konvulzije

Povišena tjelesna temperatura najučestaliji je simptom infektivnih bolesti. Kao takva nije opasna, ali upućuje da se tijelo bori sa infekcijom i da imunološki sustav

funkcionira. Najčešći simptomi koji se pojavljuju uz vrućicu su glavobolje, zimice, treskavice, znojenje i dr. kod djece su tabani i dlanovi hladni, a tijelo je vruće.

Povišenom tjelesnom temperaturom smatramo temperaturu koja prelazi 37°, ali se mjere za snižavanje temperature primjenjuju tek kada ista pređe 38,5° C, djeca u dobi od šest mjeseci do pet godina najosjetljivija su na vrućicu radi nedovoljne razvijenosti središnjeg živčanog sustava te shodno tome mogu odreagirati febrilnim konvulzijama.

Vrućicu snižavamo lijekovima te hlađenjem. Paracetamol i ibuprofen najpogodniji su i najmanje štetni lijekovi, pri korištenju istih trebamo se strogo pridržavati uputa o primjeni. Ukoliko primijetimo da dijete ima vrućicu potrebno ga je odmah razodjenuti te mu dati lijek. Osim lijekova dijete možemo okupati u mlakoj kupki ili mu napraviti obloge. Obzirom da vrućica iscrpljuje djetetovo tijelo potrebno je osigurati dovoljan unos tekućine u vidu vode, čaja ili soka.

3.2. Etiologija i patogeneza

Prema Barišić i sur. (2009.) febrilne konvulzije se manifestiraju kao posljedica djelovanja povišene temperature na nezreli mozak i termoregulacijski centar u razvoju. Iako je febrilitet provocirajući čimbenik, febrilne konvulzije nisu refleksni napadaji. Febrilne konvulzije najčešće se pojavljuju kod infekcija dišnog sustava i to u 75% slučajeva, a vrlo rijetko u okviru infekcija probavnog sustava.

Krämer (2009.) kaže kako kod takvih napadaja dolazi do gubitka svijesti, plavljenja lica, zastoja disanja, najprije kočenja te onda ritmičkog stezanja ruku, nogu, okretanja očiju, ugriza u jezik ili nekontroliranog mokrenja. Djeca se kroz nekoliko minuta oporave sama od sebe, dijagnoza se uglavnom oslanja na opažanja odgojitelja ili roditelja.

3.3. Klinička slika i dijagnostika

„Različiti epileptički napadaji mogu se očitovati u okviru febrilnih konvulzija. Generalizirani toničko klonički napadaji ili primarni *grand mal* napadaji osnovni su kriterij za dijagnozu jednostavni febrilnih napadaja (konvulzija), ukoliko se ne pojave ponovno u periodu od 24 sata i traju kraće od 10 minuta, a nastaju pri visokoj temperaturi ($>38,4^{\circ}\text{C}$). Neurološki status prije i poslije napadaja je normalan, kao i EEG te dotadašnji psihomotorički razvoj i perinatalna anamneza. Napadaji recidiviraju u 35% slučajeva tijekom prve godine“ (Barišić i sur. 2009, str. 206-207).

3.3.1 Podjela febrilnih konvulzija

Febrilne konvulzije dijelimo na:

- Jednostavne ili tipične (nekomplikirane, beningne)
- Složene ili atipične (komplikirane, kompleksne)

Prema Barišić i sur. (2009) jednostavne febrilne konvulzije pojavljuju se u dobi od 1 do 4 godine. U obiteljima djece s febrilnim konvulzijama učestalost istih je 25-40%. Međutim, taj podatak ne treba biti kriterij za dijagnozu jednostavnih konvulzija, s obzirom na to da je isti podatak značajan za postavljanje dijagnoza generaliziranih epilepsija te epilepsija sa žarišnim napadajima.

Neke od karakteristika jednostavnih ili tipičnih febrilnih konvulzija su: tipična dob pojave konvulzija, kratkotrajnost (do 10 minuta), generalizirani toničko-klonički grčevi, uredan neurološki nalaz prije i nakon krize, jedan napad tijekom akutne febrilne bolesti.

Barišić i sur. (2009) navodi da se složene febrilne konvulzije (napadaji) manifestiraju žarišnim napadajima koji su u trajanju duljem od 10 minuta ili epileptičkim statusima koji recidiviraju u periodu od 24 sata. Kriteriji za dijagnozu složenih febrilnih konvulzija obuhvaćaju odstupanja od normale u neurološkom statusu prije i/ili nakon napadaja, pojavu napadaja pri nižim tjelesnim temperaturama ($<38^{\circ}\text{C}$) te promjene na EEG-u između napadaja, kriterij za složenost jest tri i više napadaja febrilnih konvulzija.

Karakteristike složenih ili atipičnih febrilnih konvulzija su: prolongirane, traju duže od 10 minuta, više napada tijekom akutne febrilne bolesti, neurološki deficit prije ili nakon konvulzivne krize, EEG prije i nakon napada abnormalan.

3.4. Terapija

Prema *Pediatrics Croatica* (2004) jednostavne febrilne konvulzije po svojoj su definiciji kratkotrajne te uglavnom prestaju kada dijete bude dovezeno u ambulantu. U svrhu prekidanja febrilnih konvulzija primjenjuje se diazepam rektalno u dozi od 0,3- 0,5 mg/kg. Dijete sa febrilnim konvulzijama biva hospitalizirano kako bi se razmotrila potreba za lumbalnom punkcijom i započinjanje liječenja osnovne bolesti. Jednostavne febrilne konvulzije te prve složene uz uredan EEG ne zahtijevaju daljnje liječenje. Međutim, ukoliko je EEG abnormalan te se radi o recidivu složenih febrilnih konvulzija uvodi se profilaksa antiepilepticima.

U većini slučajeva kod početka FK-a, prije dolaska u bolnicu, prisutni su samo roditelji, a konvulzije prestaju same nakon nekoliko minuta. Potrebno je samo okrenuti dijete na bok i poduzeti mjere za sniženje temperature antipiretikom i ostalim mjerama. Kad konvulzije traju više od 10 minuta, roditelji mogu primijeniti diazepam rektalno u dozi od 0,5 mg/kg ili orlano u dozi od 0,3 mg/kg. Većina djece koja su imala FK imaju dobru prognozu za normalan rast i razvoj. U usporedbi sa djecom koja nisu imala FK-e djeca s FK-ama imaju isti školski uspjeh, ponašanje te intelektualne sposobnosti (Šojat et al., 2011).

3.5. Postupci pružanja prve pomoći djetetu

Dijete bez obzira na febrilne konvulzije može biti najnormalnije uključeno u vrtićku skupinu ukoliko mu to njegov liječnik dozvoljava. Vrlo je bitno da su odgojitelji dobro educirani kako bi znali na ispravan način pristupiti djetetu i pružiti mu sigurnost do dolaska roditelja ili hitne medicinske pomoći.

Vrlo je bitno ostati smiren i adekvatno reagirati, neki od postupaka prve pomoći su:

1. Okretanje djeteta na bok kako ne bi došlo do gušenja jezikom
2. Osloboditi dijete odjeće

3. Dati čepić protiv temperature
4. Dati lijek diazepam klizme
5. Djetetu ne otvarati nasilno usta
6. Ne stavljati nikakve čvrste predmete u usta
7. Ne tresti dijete
8. Pozvati hitnu medicinsku pomoć i roditelje

4. ULOGA ODGOJITELJA

Skočić Mihić (2011) navodi kako kvaliteta predškolskog uključivanja uvelike ovisi o educiranosti samog odgojitelja za rad sa djecom s teškoćama, ali isto tako i razini podrške koju mu pruža ustanova u kojoj rade.

Proučavanjem stručne literature odgojitelj može doći do vrlo vrijednih informacija i upoznati karakteristike kroničnih bolesti te utjecaj istih na dijete i njegov razvoj.

Roditelji su ti koji imaju vrlo bitnu ulogu i partnerstvo sa njima je nužno. Ne postoji nitko tko će odgojitelja bolje uputiti u slučaj i dijagnozu djeteta od njegovih roditelja. Nakon što odgojitelj prikupi sve informacije o djetetu i načinu njegova funkcioniranja radi se individualni plan uključivanja djeteta u odgojno-obrazovnu skupinu. Odgojitelj planira rad tako da prilagodi djetetu prostor, program rada, aktivnosti, materijale, ali i priprema vršnjake te surađuje sa stručnim suradnicima.

Daniels i Stafford (2003) navode kako su odgojitelji vrlo značajan faktor u odgoju i obrazovanju djece koja imaju posebne potrebe. Odgojitelji promatraju, evidentiraju zapažanja i zajedno sa specijaliziranim stručnjacima planiraju rad s djecom. Odgojitelj treba ispunjavati određene subjektivne uvjete kao što su osnovno stručno znanje o posebnim potrebama, imati želju i volju za cjeloživotnim učenjem i obrazovanjem, sposobnost za uspješno uspostavljanje emotivnog kontakta s djecom, ljubav prema djeci s kojom radi, sposobnost održavanja kontakta s roditeljima te socijalnom sredinom i razvijene socijalne kompetencije za rad u timu što uključuje suradnju sa stručnim suradnicima te suradnicima različitih profila.

Kako bi odgojitelj mogao integrirati dijete u odgojno-obrazovnu skupinu bitno je promatranje te prikupljanje informacija o djeci. Kroz promatranje odgojitelj će dobiti informacije o područjima učenja koja su djeci zanimljiva, otkrit će uzroke određenih ponašaja te dobiti cjelovit uvid djetetova razvoja.

5. PRIMJER IZ PRAKSE U POSTUPANJU KOD PROMJENA STANJA SVIJESTI

Kako sam u samom uvodu navela, kada sam upisala fakultet, dobila sam i posao asistenta u vrtiću. Na samom početku nisam znala što me čeka i kome ću biti asistent, na razgovoru sa posao ravnateljica mi je objasnila da se radi o četverogodišnjem dječaku sa dijagnozom epilepsije. Prva pomisao je bila, ja to neću moći i ja to neću znati. Međutim, srce me je vodilo i odlučilo da prihvatim posao.

Prije početka samog rada obavila sam razgovor sa roditeljima i upoznali smo se međusobno. Ne postoje osobe koje mogu bolje objasniti i uputiti vas u situaciju od samih roditelja djeteta. Oboje srdačni, spremni na suradnju, izrazito pozitivni, zahvalili su mi što sam prihvatila posao. Dogovorili smo se kako ćemo biti u stalnoj komunikaciji i kako ćemo razmjenjivati sve informacije. Ohrabрили su me, rekli da se ne bojim i da su uz mene.

Osim samih roditelja, odmah na početku veliku potporu pružila mi je ravnateljica, zdravstveni voditelj i ostatak stručnih suradnika u vrtiću. Odlučili smo se što prije krenuti sa edukacijom i prilagodbom. Ipak, ja sam ta koja je došla naknadno u skupinu i morala sam se prilagoditi istoj.

Upoznavanje s mojim malim prijateljem prošlo je divno. Toliko topline, iskrenosti i ljubavi u tako malom biću. Ono što me najviše pomjerilo s mjesta bilo je to što je znao zašto sam tu: „Teta ti ćeš biti ovdje kada meni ne bude dobro? Čuvat ćeš me?“ Obećala sam mu tog trenutka da mu se uz mene ništa loše neće dogoditi i da ću ga čuvati svom snagom. Razgovor sa njim bio je moja najveća motivacija da objeručke prigrlim njega i njegovu dijagnozu i postanem mu najveći oslonac dok boravi u vrtiću.

Dječak se, naravno, nije razlikovao od ostatka djece iz skupine, ali bilo je značajno poznavati i poštivati određene činjenice o njegovoj bolesti, kako bi mogao normalno uživati u aktivnostima kroz dan.

Prije sam napomenula da se kroz razgovor sa roditeljima može saznati najviše informacija o djetetu i dijagnozi. Jer koliko god je epilepsija „općenit” pojam, svaka osoba ima svoju epilepsiju. Odlučila sam pozvati roditelje na razgovor gdje ćemo se još bolje upoznati i gdje će mi što je više moguće približiti dijagnozu dječaka.

Pitanja koja sam im postavila bila su:

1. Koju vrstu epileptičkog napadaja ima dijete te sam ih molila da mi ju opišu
2. Koliko dugo traje napadaj?
3. Koliko često se napadaji ponavljaju?
4. Što čine tijekom i nakon napadaja?
5. Postoji li određeno doba dana kada dijete dobije napadaje?
6. Postoje li tzv. okidači za napadaje?
7. Ima li dijete kakvih ograničenja u svakodnevnim aktivnostima?
8. Koliko često dijete uzima lijek?
9. Uzima li ga za vrijeme boravka u vrtiću?
10. Te postoje li kakve nuspojave tog lijeka koje bi mogle utjecati na djetetovo sudjelovanje u dnevnim aktivnostima u vrtiću?

Od roditelja sam saznala da dijete ima „grand-mal” napadaje. Generalizirani tonično-klonički napadaji su dramatički oblik epileptičkog napadaja i uglavnom se pojavljuju kod oko polovine epilepsija. Praćeni su poremećajem svijesti, padom, kočenjem cijelog tijela, proširenim zjenicama, grčevima lica, ruku i nogu. Napadaji kod dječaka uglavnom su trajali do dvije minute, nisu imali određeno doba dana kada se pojavljaju, niti su roditelji mogli sa sigurnošću reći koliko se često napadaji

dogadaju. Nekada se dogode par puta u mjesecu, nekada ih nema po dva mjeseca i sl. Dječak je uglavnom normalno sudjelovao u dnevnim aktivnostima, a okidači koje su roditelji naveli bili su: prejaka svjetlost, preglasni zvukovi (glazba, žamor) ili pretjerana emocionalna uzbuđenost. Objasnjeno mi je i kako postupaju za vrijeme napadaja te da oni dječaku daju lijek i da ga ne treba piti za vrijeme boravka u skupini.

Redovitim educiranjem i razgovorom sa roditeljima i stručnim suradnicima oslobodila sam se straha i bila spremna pomoći dječaku kada dođe do napadaja. Prošla su dva mjeseca od početka moga rada i dječak nijednom nije imao napadaj za vrijeme boravka u skupini. Sve do proslave rođendana njegovog najboljeg prijatelja iz skupine, pretpostavljamo da je okidač bila prevelika emocionalna uzbuđenost u tom trenutku.

Sam napadaj bio je vrlo dramatičan i trajao je oko minutu. Dječak se srušio na pod i počeo se grčiti i tresti. Postupci za koje sam bila educirana te koja sam primijenila tada i svaki naredni put uključivali su: okretanje djeteta na bok, oslobađanje od odjeće, podmetanje mekanog predmeta pod glavu, uklanjanje svih predmeta kojima se može ozlijediti, mirna glava i staloženost. Uz dječaka sam uvijek ostajala od početka napadaja do kraja jer se iz nesvijesti budio preplašen i zbunjen. Nakon što se oporavi od napadaja, kratko porazgovaram sa njim i objasnim mu što se dogodilo te ostanem uz njega i pružim mu adekvatan odmor. Roditelje sam kontaktirala svaki put kada se napadaj dogodio podnoseći detaljan izvještaj i opis istog.

Neizmjerne mi je drago da sam pobijedila strah od nepoznatog, da sam prigrlila dijagnozu epilepsija objeručke i pomogla tako divnom malom stvorenju te mu uljepšala vrtičke dane. Bogatija za iskustvo, mogu reći da nikada neću prestati učiti o novim stvarima i pobjeđivati samu sebe.

6. ZAKLJUČAK

Pisanjem ovog završnog rada došla sam do novih saznanja o sinkopi, epilepsiji i febrilnim konvulzijama te sam proširila vlastite horizonte i pogled na različite dijagnoze. Kao budući odgojitelj smatram da je izrazito bitno redovno i kontinuirano se educirati o svemu vezanom uz djecu. Obzirom da se danas u praksi sve više susrećemo sa promjenama stanja svijesti kod djece jer su djeca s teškoćama u novije vrijeme više uključena u vrtičke skupine nego prije, od velike je važnosti znati ispravno i pravovremeno reagirati. Vođena svojim primjerom mogu reći da trebamo pristupiti i odgovoriti pozitivno na svaki izazov koji se nađe pred nama. Doza straha koju u početku osjećamo od nečeg nepoznatog je sasvim normalna i zdrava, ali vjera u sebe nadvladat će svaki strah. Iznimno mi je drago da sam mogla pisati o ovoj temi i prenijeti svoje doživljeno iskustvo.

Odgojno-obrazovne ustanove imaju veliku važnost kod integriranja djece s teškoćama u redovite vrtičke programe. One bi trebale moći djeci osigurati mogućnost normalnog i nesputanog pohađanja programa. Osim cjelovitog, trebalo bi se više raditi na individualnim programima kako bi sva djeca bila jednako tretirana. Da bi odgojno-obrazovna ustanova djeci mogla pružiti ono najbolje smatram da su partnerski i suradnički odnosi od velike važnosti, suradnja roditelja, odgojitelja i stručnog tima može uvelike doprinjeti kvaliteti dječjeg učenja. Odgojitelj treba prihvatiti svako dijete sa svim njegovim manama, vrlinama, teškoćama i dijagnozama. Bitno je osigurati toplinu, ljubav, poštovanje i empatiju jer ćemo time stvoriti pozitivno ozračje u skupini, a samim time ćemo djeci ukazati na istinske životne vrijednosti koje treba njegovati. Niti jedna teškoća, niti jedna dijagnoza nas ne određuje kao osobe.

LITERATURA

1. Barišić, N., i sur. (2009). *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada
2. Daniels E.R., & Stafford K., (2003). *Kurikulum za inkluziju: razvojno primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*, Zagreb: Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji
3. Krämer G., (2009). *Dijagnoza epilepsija*. Jastrebarsko: Naklada Slap
4. Mardešić D., i sur., (1989). *Pedijatrija*, Zagreb: Školska knjiga
5. Skočić Mihić S., (2011)., *Spremnost odgajatelja i faktori podrške za uspješno uključivanje djece s teškoćama u rani i predškolski odgoj i obrazovanje*, Zagreb: Edukacijsko rehabilitacijski fakultet
6. Zrilić S., (2011)., *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole, priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje*, Zadar: Sveučilište

Internetski izvori:

1. Cvitanović Šojat Lj., Malenica M., Gjergja Juraški R., Sabol Z., Kužnik K., Šojat T. (2011). *Dugotrajno praćenje i ishod djece s febrilnim konvulzijama*, *Pediat. Croat.* Dostupno dana 20.6.2022. na <https://www.bib.irb.hr/939982>
2. Hrvatska udruga za epilepsiju <https://www.epilepsija.hr/> , pristupljeno 8.6.2022.
3. KBC Rijeka, Roganović J., dr. med., Vručica u djece, dostupno dana 15.7.2022. na <https://kbc-rijeka.hr/vrucica-u-djece/>
4. Kreni zdravo, *Konvulzije uzroci, simptomi i prva pomoć*, dostupno dana 15.7.2022. na <https://krenizdravo.dnevnik.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/konvulzije-uzroci-simptomi-i-prva-pomoc>

5. Pliva zdravlje. Marijan Frković, dr.med., specijalist pedijatar (2013)., *Febrilne konvulzije*, dostupno dana 15.7.2022. na

<https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/23040/Febrilne-konvulzije.html>

6. *Pediatrica Croatica*, Hrvatski pedijatrijski časopis M. Rimac, B. Marušić (lipanj, 2004). *Febrilne konvulzije*, dostupno dana 15.7.2022. na

<https://www.paedcro.com/hr/257-257>

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.

(Renata Bilić)