

Procjepljenost djece i adolescenata a koji su liječeni ambulantnim ili stacionarnim putem na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju u razdoblju od 2010. do 2014. godine.

Šoh, Ivan

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:851205>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ivan Šoh

**PROCIJEPLJENOST DJECE I ADOLESCENATA
A KOJI SU LIJEČENI AMBULANTNIM ILI
STACIONARNIM PUTEVIMA NA KLINIČKOM
ODJELU ZA DJEČJU I ADOLESCENTNU
PSIHIJATRIJU U RAZDOBLJU OD 2010. DO
2014. GODINE**

Završni rad

Osijek, 2016.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ivan Šoh

**PROCIJEPLJENOST DJECE I ADOLESCENATA
A KOJI SU LIJEČENI AMBULANTNIM ILI
STACIONARNIM PUTEVIMA NA KLINIČKOM
ODJELU ZA DJEČJU I ADOLESCENTNU
PSIHIJATRIJU U RAZDOBLJU OD 2010. DO
2014. GODINE**

Završni rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: Katarina Dodig-Ćurković, doc. dr. sc. dr. med.

Rad sadrži: 24 lista i 5 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Katarina Dodig-Ćurković dr. med. koja je pratila proces pisanja završnoga rada i koja me je svojim znanjem savjetovala te usmjeravala prema završetku studija.

Zahvaljujem svojoj obitelji na podršci tijekom cijelog školovanja i završetka studija.

Zahvaljujem svojim prijateljima na podršci.

Također zahvaljujem svojem statističaru na strpljenju pri obradi podataka i lektorima hrvatskog i engleskog jezika.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Cijepljenje u Hrvatskoj- kalendar cijepljenja	1
1.2. Definicija autizma	3
1.3. Incidencija	3
1.4. Etiologija	3
1.5. Patofiziologija	3
1.6. Podjela autističnih poremećaja	4
1.7. Dijagnostika autizma	5
1.8. Znakovi i simptomi autizma	5
1.9. Liječenje	6
1.10. Kvaliteta života osoba s autizmom	6
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	7
3. ISPITANICI I METODE	8
3.1. Ustroj studije	8
3.2. Ispitanici	8
3.3. Metode.....	8
3.4. Statističke metode.....	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA.....	14
6. ZAKLJUČAK	18
7. SAŽETAK.....	19
8. SUMMARY	20
9. LITERATURA.....	21
10. ŽIVOTOPIS	23
11. PRILOZI.....	24

1. UVOD

Gotovo svatko od nas, cijepljen je protiv zaraznih bolesti prema kalendaru cijepljenja. Cijepljenje je djelotvoran i ekonomski vrlo isplativ način zaštite cjelokupne populacije od zaraznih bolesti. Aktivna imunizacija je unošenje određenog antigena u djetetov organizam. Tako se imunosni sustav djetetova organizma izvješćuje o antigenskoj strukturi uzročnika zarazne bolesti. Antigen se unosi u obliku oslabljenih, živih ili neživih uzročnika ili njihovim dijelova dobivenih određenim tehnološkim postupcima. Imunosni sustav domaćina u kontaktu s cjepivom stvara odgovor stvaranjem protutijela koja štite organizam od infekcija mjesecima, godinama ili desetljećima. Docijepljivanjem se pojačava imunizacija koja onda i dalje štiti organizam od infekcija organizma. Pasivna imunizacija je naziv za pasivni prijenos protutijela s majke na dijete, tako da je ono zaštićeno od svih bolesti na koje je majka imuna. Pasivna zaštita traje tri do šest mjeseci. Najveći uspjeh je u maksimalno potiskivanje ili iskorjenjivanje vrlo teških bolesti. Najveći korak je korak tijekom zadnja dva stoljeća učinjen s cjepivom protiv velikih boginja. U svijetu kao i kod nas mnoge su bolesti iskorijenjene su urednim procijepljivanjem populacije. Neke bolesti gotovo su nestale (difterija, poliomjelitis, tetanus), a smanjena je i učestalost ospica, zaušnjaka i hripavca. To je sve postignuto kontinuiranim cijepljenjem koje se provodi na osnovi znanstvenog pristupa, dok kampanjsko cijepljenje ima znatno manji učinak. Svaka zemlja ima svoj kalendar cijepljenja i oni nisu usklađeni između zemalja. Također postoje i individualna cijepljenja.

Osnovne vrste cjepiva su monovalentno i polivalentno. Monovalentna cjepiva su cjepiva protiv jedne bolesti, a to su anatoksin tetanusa, BCG cjepivo, cjepivo protiv kolere, tifusa, parotitisa, rubeole, morbila, krpeljnog meningoencefalitisa, bjesnoće, hepatitisa B i influence. Polivalentna cjepiva imaju u sebi antigene više uzročnika bolesti istodobno, a najpoznatija polivalentna cjepiva su Di Te Per (difterija, tetanus, pertusis), Mo Pa Ru (morbili, mumps, rubeola) te živo trovaljano cjepivo protiv poliomijelitisa koje sadrži sva tri tipa živog, ali oslabljenog virusa poliomijelitisa. Ta se cjepiva mogu davati u isto vrijeme (1).

1.1. Cijepljenje u Hrvatskoj- kalendar cijepljenja

Kalendar kontinuiranog cijepljenja u Hrvatskoj u 2015. godini

1. Novorođenčad: BCG cijepljenje odmah u rodilištu ili do 2. mjeseca starosti, odnosno do prve godine života.

Novorođenčad HBsAG-pozitivnih majki (sve trudnice se obvezno testiraju): hepatitis B imunizacija uz primjenu imunoglobulina, u rodilištu odmah po rođenju (NN 103/13), prema postekspozicijskoj shemi.

S navršena dva mjeseca života: Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB

Nakon 2 mjeseca (8 tjedana): Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB

Nakon 2 mjeseca (8 tjedana): Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB

2. godina života:

S navršenih 12 mjeseci života OSPICE-ZAUŠNJACI-RUBEOLA (MO-PA-RU)

Kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib ili kombinirano cjepivo DTaP-IPV-Hib-hepB

(6-12 mjeseci nakon treće doze DTaP-IPV-Hib-hepB)

6. godina života: DI-TE-PER acelularno (DTaP) - za djecu koja su propustila primiti drugu DTaP revakcinaciju od dobi od 3 godine prema dosadašnjim Programima.

1. razred osnovne škole:

OSPICE-ZAUŠNJACI-RUBEOLA (MO-PA-RU) (ili prilikom upisa)

DI-TE pro adultis (Td) - POLIO (IPV)

5. razred osnovne škole: HEPATITIS B: 2 puta s razmakom od mjesec dana i treći puta pet mjeseci nakon druge doze

8. razred osnovne škole: DI-TE pro adultis (Td) - POLIO (IPV)

Završni razred srednjih škola: DI-TE pro adultis (Td)

(19. godina života)

Nakon navršenih 60 godina života: ANA-TE (2).

Posljednjih desetak godina mogli smo uočiti povećanu zabrinutost zajednice kao odgovor na hipoteze kako cjepiva mogu uzrokovati autizam i druge razvojne poremećaje kod djece. Navedene pretpostavke krenule su od strane roditelja koji su bili u raznim udrugama vezanim za autizam. Kritike protiv cjepiva počele su naglo rasti te su aktivisti proširili velik strah diljem zajednice u Engleskoj i Americi, a nešto kasnije se sve proširilo i na ostatak svijeta (3). Simptomi autizma najčešće se javljaju u prve tri godine i ostaju prisutni do kraja života. Danas se autistični poremećaji smatraju pervazivnim razvojnim poremećajima za što je karakteristično i pervazivno oštećenje većeg broja razvojnih područja, primjerice socijalne interakcije i komunikacije ili javljanje stereotipnih oblika ponašanja, interesa ili aktivnosti.

Takav obrazac ponašanja utječe na mogućnost zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba, te posljedično i na kvalitetu života (4).

1.2. Definicija autizma

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije autizam je skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije, kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti osnovno su funkcionalno obilježje osobe s autizmom, koje se po svojoj izraženosti razlikuju od osobe do osobe (4).

1.3. Incidencija

Autistični poremećaj je relativno rijedak. Prevelencija je 4:10000 rođenih. Međutim, prevelencija za cijelu skupinu poremećaja, formalno nazvanu prevazivni razvojni poremećaj u koji spada autizam, procijenjeno je da je 6-7 puta veća. Prevelencija u dječaka je 4 puta veća nego u djevojčica. Poremećaj je nađen kod osoba različitog stupnja inteligencije. Međutim, 70-80% funkcionira na značajno nižoj razini intelektualnog i adaptivnog razvoja (5).

1.4. Etiologija

Etiologija autizma još nije poznata, no prevladava mišljenje o multikauzalnosti etiologije i kombinaciji genetskih, kongenitalnih faktora i događaja u životu. Navodi se niz faktora kao mogućih uzroka autizma, biokemijske abnormalnosti i metabolički poremećaji, neurofiziološke i strukturalne abnormalnosti, genetički utjecaji, faktori rizika te uzroci poznati iz etiologije mentalne retardacije u slučajevima autizma s mentalnom retardacijom (5).

1.5. Patofiziologija

Dug niz godina vodile su se rasprave o uzrocima autističnih poremećaja. Desetljećima su prevladavale pretpostavke o psihosocijalnim uzrocima. Međutim, posljednjih godina smatra se kako su uzroci biološke naravi (4). Autizam je prvi put opisao psihijatar Leo Kanner 1943. godine kao poremećaj ponašanja djece (6). Autizam je vrlo kompleksni razvojni poremećaj karakteriziran disfunkcijom imuniteta i smanjenom funkcijom mozga. U razvijenim se zemljama navodi kao uzrok i boravak u zagađenom okolišu. U pedijatrijskim cjepivima se

nalazi živa u obliku timerosala isti je neurotoksin i imunotoksin. Trenutačno nema izravnih studija u kojima je dokazano da izloženost živi u cjepivima može uzrokovati štetne neurorazvojne ishode. I dalje se traže dokazi među najranjivijom skupinom populacije kao što su djeca i trudnice, te se prikupljaju dokazi vezani za cjepiva koja će ići ponovno na razmatranje (7). Najvažniji u nastanku autizma su nasljedni uzroci. Utvrđeno je kako je izloženost infekcijama i nekim lijekovima jedan od mogućih uzroka autizma jer oštećuju moždano tkivo. Neprimjereno trošenje lijekova tijekom trudnoće također se spominje kao jedan od uzroka autizma budući da je ovaj aspekt naveden od strane roditelja i stručnjaka kao moguća opasnost za razvoj fetusa. Geni su ti koji zauzimaju glavnu ulogu za nastanak autizma. Stručnjaci tvrde da postoji mogućnost nasljeđa autizma što znači da je netko iz daljnje porodice mogao imati autizam koji se očitovao tek nekoliko generacija kasnije (7). Autizam nastaje kao posljedica višestrukih uzroka, a točna etiologija nastanka do danas nije znanstveno verificirana (4).

1.6. Podjela autističnih poremećaja

- **Kannerov sindrom** je poremećaj koji se javlja u ranom djetinjstvu karakteriziran otežanom komunikacijom s okolinom, povlačenjem u sebe, nepravilnim razvojem govora i govorne komunikacije, otežanim razumijevanjem, poremećenom emocionalnom stabilnosti i ponavljanjem nesvrshodnih aktivnosti (stereotipija).
- **Aspergerov sindrom** je stanje koje karakterizira probleme u društvenim interakcijama i društvenoj povezanosti. Aspergerov sindrom obično se smatra podvrstom visokofunkcijskog autizma, ali bez zastoja kognitivnih i govornih sposobnosti.
- **Rettov sindrom** je progresivni neurorazvojni poremećaj koji se javlja isključivo kod ženske djece. Karakterizira ga stečena mikrocefalija, mentalna retardacija, autistično ponašanje, ataksija, karakteristične stereotipni pokreti ruku i gubitak njihove funkcije.
- **Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerova psihoza)** obilježava normalni tijek razvoja najmanje prve dvije godine života i značajan gubitak usvojenih vještina prije 10. godine života i to na najmanje 2 područja razvoja: jezično razumijevanje i izražavanje, socijalne vještine ili adaptivno ponašanje, kontrola sfinktera, igra, motoričke vještine.
- **Atipični autizam** je opći pojam za stanja koja su blizu ali se djelomično ne uklapaju u uvjete autizma ili drugih specifičnih stanja. Karakteristično je to da se djeca koja imaju atipični autizam ne razlikuju od tipičnih učenika po fizičkom, intelektualnom,

socijalnom i emocionalnom razvoju. Njihove mentalne, komunikacijske i osjetilne sposobnosti ne zahtijevaju usluge specijalnog obrazovanja (8).

1.7. Dijagnostika autizma

Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Pozitivna dijagnoza autizma mora sadržavati četiri čimbenika: smanjeni socijalni odnosi, smanjena verbalna i neverbalna komunikacija, ograničen raspon interesa za događanja i otpor prema promjenama. Metode za verifikaciju dijagnoze standardizirani su intervjui s roditeljima ili za dijete važnim dragim osobama, te skale za procjenu ponašanja koje omogućuju definiranje pojedinih osobitosti ponašanja i njihovu kvantifikaciju (4).

1.8. Znakovi i simptomi autizma

Roditelji su često ti koji prvi primijete čudno ponašanje kod djece. Njihovo dijete im se čini drugačije od rođenja, ne obazire se na ljude ili usmjerava pažnju na jednu stvar kroz duži period. U drugim slučajevima, simptomi se ne pojavljuju do prve ili druge godine djetetova života. U mnogim slučajevima, pojavljuju se problemi u komunikaciji i socijalnim interakcijama koje su manje razvijene u usporedbi na djecu iste starosti. Često između 12. i 36. mjeseca starosti pojavljuju se razlike u reakcijama prema drugim ljudima i neuobičajena ponašanja postaju uočljivija. Može se sumnjati u postojanje autizma ako djeca ne brbljaju, ne postoje značajne razlike u govoru do jedne godine starosti, ne izgovore niti jednu riječ do 16 mjeseci starosti, ne mogu spojiti dvije riječi do druge godine života, ne reagiraju na ime te izostanak govora i socijalnih vještina. Neki drugi pokazatelji su: loš očni kontakt, nesposobnost igranja igračkom na odgovarajući način, prekomjerno zahtjevanje određene igračke ili nekog drugog predmeta, vezanost za određeni predmet ili igračku, ne smiju se na tuđi smijeh te prividno djeluju gluho. Ovi znaci autističnog spektra mogu se pojaviti i kod djece kod koje se činilo da se normalno razvijaju. Roditelji uglavnom primjećuju razvojne probleme kao što su tihost, ravnodušnost, povučenost te ravnodušnost prema pokušajima da ga se zabavi (7).

1.9. Liječenje

Metode liječenja djece s autizmom obuhvaćaju terapiju kojom se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi autizma i edukativne metode kojima je, kao i u zdrave djece, potrebno djetetu i odrasloj osobi prenijeti obim znanja i osposobiti ih za izvršavanje specifičnih vještina (3).

Kako su se spoznaje o uzrocima autizma mijenjale i donekle pojašnjavała etiologija mijenjao se i tretman djece s autizmom i postojao sve efikasniji. Jedinostvenost autizma i mnoštvo načina na koji osobe s poremećajima autističnog spektra izražavaju svoje teškoće, pokazalo se kao plodno tlo za primjenu raznih strategija u tretmanima. Zaista se čini da je broj proklamiranih lijekova za autizam neograničen. Na žalost roditelja i nedovoljno informiranih profesionalaca, velik broj tih takozvanih intervencija pokazao se bezvrijedan. Međutim, mnogi programi pokazali su se da dosljedno rezultiraju pozitivnim ishodima za osobe s autizmom i njihove obitelji. To su rehabilitacijsko - edukacijski programi, prvenstveno programi podučavanja baziranih na bihevioralnom pristupu kao što je metoda primijenjene analize ponašanja i strukturiranim programima uz vizualno kognitivnu podršku tzv. TEACCH programima i senzorička integracija (5).

1.10. Kvaliteta života osoba s autizmom

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao percepciju položaja pojedinca u životu u kontekstu kulturalnih i vrijednosnih sustava, te u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i zabrinutosti pojedinca (9).

Zadovoljenje životnih potreba te ostvarivanje interesa, spoznaja vlastitih vrijednosti i težnji na različitim područjima i u različitim razdobljima života uključeni su u pojam definicije kvalitete života. Takva percepcija umanjuje rizik od socijalne izolacije i povećava inkluziju u društvo. Međutim, znatan problem djece s autizmom i osoba u njihovoj okolini jest nemogućnost uspostavljanja zadovoljavajuće komunikacije, što ima negativne reperkusije na funkcioniranje osobe s autizmom u životnom okruženju. Osobe s autizmom ne mogu pojmiti socijalni kontekst, imaju teškoće u igri, imaginaciji, komunikaciji, opiru se promjenama u rutini. Roditelji na takvu situaciju reagiraju na različite načine, različitim intenzitetom, a najčešće emocijama poput ljutnje, tuge, nevjerice i depresije (4).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Provedenim se istraživanjem željelo dobiti podatke o tome koliki je broj djece unazad 4 godine koji su ambulantno i stacionarno obrađivani na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju od 2010. do 2014. godine cijepljeni prema kalendaru cijepljenja. Drugi dio cilja je istražiti koliki je broj djece liječen pod dijagnozom autizma, cijepljen odnosno necijepljen prema kalendaru cijepljenja.

3. ISPITANICI I METODE

Valjan rezultat istraživanja u podjednakom omjeru ovisi kako o planu istraživanja tako i o njegovom provođenju. Kako bi pojasnili definirane ciljeve ovoga rada, bilo je potrebno prikupiti primarne podatke. Poznato je kako prikupljanje primarnih podataka može biti provedeno na više načina te direktno ovisi o cilju samog istraživanja, raspoloživim resursima i populaciji na kojoj se planira provesti istraživanje.

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao retrospektivna stručno istraživačka studija na ambulantno liječenoj djeci i adolescentima, a obuhvaća razdoblje od 2010. do 2014. godine.

3.2. Ispitanici

Ispitanici su djeca i adolescenti oba spola u dobi od 3 do 19 godina, a koji su stacionarno i ambulantno obrađivani na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju u razdoblju od 2010. do 2014. godine.

3.3. Metode

Korišten je nestrukturirani sociodemografski upitnik i uvid u postojeću stacionarnu i ambulantnu medicinsku dokumentaciju na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju. Upitnik je dizajniran u svrhu da se kod prvog pregleda djeteta dobije detaljna anamneza o sljedećim podacima: opći podatci o djetetu/adolescentu i obitelji, obiteljskoj anamnezi, podatci o djetetu/adolescentu, školovanje djeteta/ adolescenta te navike djeteta/ adolescenta. Također je bilo potrebno uzeti podatke o tome koje su dječje zarazne bolesti do sada preboljeli, je li dijete redovito cijepljeno prema kalendaru cijepljenja, kao i ukoliko nije cijepljeno koji je bio razlog. Nakon toga se istražilo koliki je broj djece liječen pod dijagnozom autizma. Od ukupnog broja djece koja su liječena pod dg. autizma istražio se broj djece koja su cijepljena, odnosno broj one koja nisu cijepljena prema kalendaru cijepljenja.

3.4. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli koristile su se deskriptivne statističke metode. Sve varijable testirane su na normalnost distribucije Kolmogorov-Smirnovljevim testom, te u ovisnosti o rezultatu primijeniti parametrijske ili neparametrijske metode. Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izraziti će se aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom za normalno distribuirane varijable i medijanom te rasponom za varijable koje se ne raspođeljuju normalno. Nominalni pokazatelji su prikazani raspođjelom učestalosti po skupinama i udjelom. Za utvrđivanje razlika između dva nezavisna uzorka (spol) upotrijebljen je Studentov T-test (neparametrijski Mann-Whitney test), a za više od dva uzorka ANOVA kao parametrijski ili Kruskal Wallis kao neparametrijski test. Za utvrđivanje razlika među proporcijama koristio se χ^2 -test i Fisherov egzaktni test.

Podaci su statistički obrađeni u računalnom programu R (inačica 3.2.1., www.r-project.org). Kategorijski podaci su prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, a numerički pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije ukoliko su bili normalno distribuirani, a u protivnom prikazani su pomoću medijana, prve i treće kvartile. Normalnost distribucije ispitana je pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa. Razlike među kategorijskim varijablama bile su ispitane pomoću χ^2 , a razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$. Za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata odabrana je razina značajnosti $\alpha = 0.05$ (10).

4. REZULTATI

Tablica 1. Sadrži prikaz općih podataka o ispitanicima. Prosječna dob djece iznosila je 15.05 ± 4.48 godina, očeva 47.01 ± 7.29 , a majki 43.07 ± 6.68 . Zaposlenih očeva bilo je 69.06%. Prema cjelokupnosti obitelji 67.16% je potpunih, a 21.39% nepotpunih. 66.96% roditelja žive zajedno.

Tablica 1. Opći podaci o ispitanicima

			p*
Dob djeteta		15.05±4.48	
Dob oca		47.01±7.29	
Dob majke		43.07±6.68	
Zaposlenost oca	zaposlen	96 (69.06%)	<0.001
	nezaposlen	43 (30.94%)	
Roditelji žive	zajedno	150 (66.96%)	<0.001
	razdvojeno	74 (33.04%)	
Obitelj	potpuna	135 (67.16%)	<0.001
	nepotpuna	43 (21.39%)	
	samohrani otac	16 (7.96%)	
	samohrana majka	7 (3.48%)	

* χ^2 test

Tablica 2. sadrži prikaz komorbiditeta u roditelja. Najčešći komorbiditet je depresija koja je prisutna u 18.61% roditelja, zatim alkoholizam u 16.02%, PTSP 15.12% i nasilje u obitelji 12.99%. Ostale dijagnoze su prisutne u manje od 10% roditelja.

Tablica 2. Prisutni komorbiditeti kod roditelja

	n (%)
Shizofrenija	8 (3.46%)
Depresija	43 (18.61%)

Alkoholizam	37 (16.02%)
Narkomanija	10 (4.33%)
Epilepsija	19 (8.23%)
Mentalna retardacija	11 (4.76%)
Boravak u zatvoru	22 (9.52%)
Suicidalnost	16 (6.93%)
Nasilje u obitelji	30 (12.99%)
PTSP	35 (15.15%)

Sljedeća tablica prikazuje karakteristike djece. Medijan APGAR scorea iznosio je 10, prosječna rodna masa 3267.59 ± 583.34 , rodna duljina 50.22 ± 2.74 cm. Statistički značajna razlika pronađena je u učestalosti dobi u kojoj je dijete prohodalo ($p < 0.001$), progovorilo ($p < 0.001$), kontrolira mokrenje ($p < 0.001$) i stolicu ($p < 0.001$). Najveći broj djece prohodao je u dobi od 10-14 mjeseci (80.56%), zatim u dobi od 14-18 mjeseci (15%), 18 do 24 mjeseca (3.33%), po jedno dijete u dobi od 24 do 48 mjeseci i samo jedno je prisutno koje ne može samostalno hodati. Ukupno je 95,45% djece progovorilo do dobi od 24 mjeseca, ukupno je 94.25% djece uspjelo kontrolirati mokrenje do dobi od 48 mjeseci, a od ukupnog broja djece 5.75% ih nije uspio kontrolirati mokrenje. 92,18% djece uspjelo je kontrolirati stolicu, dok 7.82% ih nije do sadašnje dobi uspjelo kontrolirati stolicu.

Tablica 3. Karakteristike djeteta

		p*
APGAR	10 (10-10)	
Rodna masa (g)	3267.59 ± 583.34	
Rodna duljina (cm)	50.22 ± 2.74	
Prohodalo		
od 10-14 mj.	145 (80.56%)	<0.001
14-18 mj.	27 (15%)	
18-24 mj.	6 (3.33%)	
24.48 mj.	1 (0.56%)	
Ne može samostalno hodati	1 (0.56%)	

Progovorilo

od 10-14 mj.	109 (61.93%)	<0.001
14-18 mj.	33 (18.75%)	
18-24 mj.	26 (14.77%)	
24.48 mj.	4 (2.27%)	
Nije progovorilo do sada	4 (2.27%)	

Kontrola mokrenja

od 10-14 mj.	34 (19.54%)	<0.001
14-18 mj.	43 (24.71%)	
18-24 mj.	58 (33.33%)	
24.48 mj.	29 (16.67%)	
nije prestao do sada	10 (5.75%)	

Kontrola stolice

od 10-14 mj.	27 (15.08%)	<0.001
14-18 mj.	45 (25.14%)	
18-24 mj.	62 (34.64%)	
24.48 mj.	31 (17.32%)	
nije prestao do sada	14 (7.82%)	

* χ^2 test

U Tablici 4. nalazi se prikaz karakteristika školovanja i cijepljenja djece. Jaslice je pohađalo 20.59% ($p < 0.001$), dječji vrtić 83.55% ($p < 0.001$), po kalendaru je cijepljeno 92.74% djece ($p < 0.001$), a ukupno 98.52% krenulo je u školu do najkasnije dobi između 7 i 8 godina ($p < 0.001$). Od sveukupno 256 ispitanika od autizma boluje 58 ispitanika, što čini 22.83% ispitanika.

Tablica 4. Karakteristike školovanja i cijepljenja djece

	n (%)	p*
Jaslice		
da	42 (20.59%)	<0.001
ne	162 (79.41%)	

Dječji vrtić			
	da	193 (83.55%)	<0.001
	ne	38 (16.45%)	
Cijepljen po kalendaru			
	da	217 (92.74%)	<0.001
	ne	17 (7.26%)	
Dob kad je krenulo u školu			
	sa 6 godina	33 (16.34%)	<0.001
	između 6 i 7 godina	121 (59.9%)	
	između 7 i 8 godina	45 (22.28%)	
	>8 godina	2 (0.99%)	
	ostalo	1 (0.5%)	
Oboljelo od autizma			
	da	58 (22.83%)	<0.001
	ne	196 (77.17%)	

* χ^2 test

Tablica 5. sadrži prikaz preboljelih dječjih bolesti. Najveći broj djece prebolio je vodene kozice (90%), dok je 4% djece preboljelo zaušnjake, a 1 i manje od 1% djece preboljelo je rubeolu i ospice.

Tablica 5. Preboljene dječje bolesti

	n (%)
Vodne kozice	166 (90%)
Rubeola	3 (1%)
Zaušnjaci	9 (4%)
Ospice	2 (1%)
Ostalo	3 (1%)

5. RASPRAVA

U istraživanje je bilo uključeno 256 ispitanika, djece i adolescenata, u dobi od 3 do 19 godina koji su stacionarno i ambulantno liječeni na Kliničkom odjelu dječje i adolescentne psihijatrije Kliničkog bolničkog centra u Osijeku. Ovaj rad temelji se na istraživanju djece koja su liječena u razdoblju od 2010. do 2014. godine. Prilikom obrade prikupljenih podataka formirane su skupine podataka, ovisno o karakteristikama pitanja u samom obrascu. Obrazac pomoću kojeg se istraživanje provelo sastavljen je u obliku nestrukturiranog sociodemografskog upitnika iz kojeg su se dobili sljedeći podaci:

Prosječna dob djece bila je 15,05 godina, prosječna dob očeva 47,01 godina, a majki 43,07 godina. Zaposlenost očeva iznosila je 69,06%. Također se ispitalo žive li roditelji zajedno ili odvojeno. Njih 150 se izjasnilo kako žive zajedno, a 74 da žive odvojeno. Na temelju pitanja kako roditelji žive postoje još potpitanja o obiteljskoj zajednici i ukoliko roditelji ne žive u istom kućanstvu uzdržava li dijete samohrana majka ili samohrani otac. Na temelju podataka dobivenih iz analize 67,16% živi u potpunoj obitelji, dok ih 21,39% živi u nepotpunoj obitelji. Također njih 7,96% živi sa samohranim ocem dok njih 3,48% živi sa samohranom majkom. Roditelji koji imaju dijete s autizmom imaju problema s prilagodbom na život autističnog djeteta i to predstavlja visoku razinu stresa za njih, ali i za dijete. Treba pružiti podršku takvim obiteljima i naučiti ih kako se suočiti s poteškoćama. Proces prilagodbe vrlo je važan za uspješno funkcioniranje i odgajanje djeteta s autizmom (11). Svjetska istraživanja pokazala su da je spol roditelja veliki faktor koji utječe na prilagodbu obitelji. Za majke, djetetovo ponašanje i poteškoće su predstavljale veći stres i izazov dok su očevi pokazali viši prag tolerancije na stres (12). Prisutnost autizma također utječe na promjenu u obiteljskoj strukturi i zapošljavanju roditelja. Povećava se stres i rizik od psihičkih oboljenja kao što je depresija. Stope brakova u kojima je rođeno autistično dijete su manje, a broj rastava se povećava. Roditelji autistične djece pokazali su višu razinu stresa, nego roditelji djece s mentalnom retardacijom, Downovim sindromom i cerebralnom paralizom. Takvi roditelji pokazuju veći intenzitet i učestalost problema s ponašanjem koji unutar obitelji remete obiteljsko blagostanje (13).

Prisutnost komorbiditeta kod roditelja utjecao je na kvalitetu života cijele zajednice i obiteljske zajednice. Za najčešći psihički poremećaj ističe se depresija koja je prisutna u 18.61 % roditelja, zatim alkoholizam 16.02 % i PTSP 15.12 %. Nezanemariv postotak čini

nasilje u obitelji koji iznosi 12.99 %. Ostali komorbiditeti su manje zastupljeni. Shizofreniju ima 3.46 % roditelja, ovisnost o drogama i drugim kemijskim supstancama prisutna je kod 4.33% roditelja, epilepsija 8.23 %, mentalna retardacija 4.76 %. Također suicidalnost je prisutan kod 6.93 % roditelja te na poslijetku 9.52 % roditelja kao komorbiditet navodi boravak u zatvoru. Zbog mogućnosti višestrukih komorbiditeta zbroj relativnih frekvencija ne iznosi 100%. Depresija je istaknut komorbiditet u ovom istraživanju. Neka istraživanja su pokazala da veza između depresije majke i stres koji autistično dijete osjeća jako utječe na težinu autizma kod djece (14).

Što se tiče pitanja o karakteristikama djece APGAR score iznosi 10 što je pokazatelj da dijete nije bilo vitalno ugroženo nakon poroda što nužno ne znači da je to pokazatelj dugoročnog razvoja kod djeteta. Rodna masa je u prosjeku iznosila 3267.59 grama te rodna duljina 50.22 centimetra.

Razlika koja je pronađena, a od statističkog je značaja, je podatak da 80.56 % djece je prohodalo između 10 do 14 mjeseci života ($p < 0.001$). 15 % djece je prohodalo između 14 i 18 mjeseci dok je 3.33% prohodalo između 18 i 24 mjeseca. Jedno dijete prohodao je između 24 i 48 mjeseci što iznosi 0.56 % od ukupnih odgovorenih pitanja vezani za taj dio razvoja djeteta i jedno dijete nije prohodalo unutar 10 do 48 mjeseci s obzirom na raspon skale u ponuđenim odgovorima. Prema svjetskoj literaturi poznato je da djeca s autističnim poremećajem kasne s razvojem motorike. Roditelji to primjećuju tijekom njihove predškolske i školske dobi. Istraživanja govore o tome da djeca imaju motornu disfunkciju koja uključuje poteškoće sa radom ruku, vježbama s loptom i ravnotežom. S obzirom da 77,17 % nije oboljelo od autizma i da je 80,56% djece prohodalo na vrijeme vidimo da većina djece koja boluju od autizma kasne s motorikom (15, 16).

Razlika od statističkog značaja ($p < 0.001$) pronađena je u pitanju kada je dijete progovorilo. Većina djece progovorila je unutar 10 do 14 mjeseci što iznosi 61.93 %. Dok je sa 14 do 18 mjeseci progovorilo 18.75% djece, sa 18 do 24 mjeseca njih 14.77%, a sa 24 do 48 mj. progovorilo je njih 2.27%. Također četvero djece nije progovorilo do sada što iznosi 2.27% od ukupnog broja djece, tj. roditelja koji su odgovorili na pitanje u upitniku. Prema svjetskim istraživanjima je dokazano da jedna trećina pa čak i polovina djece s autizmom imaju poteškoća s usporenim razvojem govora te su im potrebne terapijske govorne vježbe.

Studije koje su provedene nisu dovoljno dokazale to da bi se sa sigurnošću reklo da sve osobe koje boluju od autizma imaju problema s govornim razvojem (17).

Djeca su uspostavila kontrolu mokrenja između 10. do 14. mjeseca, a njih je 19,54 % zatim 24.71 % djece je uspostavilo kontrolu mokrenja između 14 do 18 mjeseci dok 33.33 % djece je počelo kontrolirati mokrenje između 18. do 24. mjeseca. Također 16.67 % djece je uspostavilo kontrolu mokrenja između 24 do 48 mjeseci dok njih 5.75% do sada nije prestalo kontrolirati mokraću. Što se tiče kontrole stolice pronađena je statistički značajna razlika $p < 0.001$. Kontrolu stolice između 10 do 14 mjeseci uspostavilo je 16,08 % djece, između 14 do 18 mjeseci 25,14% djece, između 18-24 mjeseca 34.64 % djece te između 24 do 48 mjeseca uspostavilo je kontrolu stolice 17.32 % djece. Postotak djece koja nisu uspostavila kontrolu stolice iznosi 7.82 %. Osobe koje boluju od autističnog spektra uglavnom imaju više problema sa zatvorom i dijarejom nego opća populacija. Postizanje neovisnog odlaska u toalet i vršenje nužde je bitna životna vještina. Kod osoba s autizmom nemogućnost samostalnog odlaska na toalet i vršenje nužde uzrokuje fizičku nelagodu te negativno utječe na osobnu higijenu, samopouzdanje, društvenu interakciju i prihvaćanje od strane drugih osoba. Osobe s autizmom kasne sa osamostaljenjem, a u nekim slučajevima se nikada ni ne osamostale. Zbog ovakvih problema osmišljen je program pod nazivom toalet trening koji obuhvaća raspored obavljanja nužde, te unos tekućine kako bi se potaklo mokrenje i razvile pozitivne navike odlaska na toalet (18).

Najvažniji dio pitanja u upitniku su pitanja vezana uz cijepljenje djece. Statistički značajna razlika pronađena je kod 92.74 % djece koja su cijepljena po kalendaru cijepljenja što znači 217 djece ($p < 0.001$) dok njih 7.26 % nije cijepljeno po kalendaru cijepljenja. Upitnik pomoću kojeg se istraživanje provodilo dao nam je uvid u postojeću stacionarnu i ambulantnu medicinsku dokumentaciju u svrhu da se kod prvog pregleda djeteta i adolescenta dobije detaljna anamneza o svim navedenim podacima. Podaci o broju oboljelih od autizma su izvučeni iz medicinske dokumentacije te nije bilo moguće izračunati relativan rizik, niti odds ratio povezanosti cjepiva s autizmom pošto je 22.83. % djece oboljelo od autizma dok njih 77.17% ne boluje od autizma. Obzirom na broj oboljelih od autizma i djece koja su cijepljena po kalendaru cijepljenja, odnosno djece koja nisu cijepljena po kalendaru cijepljenja ne možemo dokazati povezanost cjepiva s nastankom autizma. Prema brojnim svjetskim istraživanjima u etiologiji autizma važna je genetska predispozicija. Također usko je povezana obitelj autistične djece koja uključuje roditelje te braću i sestre kod kojih je često

zapažen autistični fenotip. Autistični fenotip uključuje poteškoće u društvenom funkcioniranju, nedostatak bliskih prijatelja, nedostatak fleksibilnosti, sklonost perfekcionizmu te usporen razvoj jezika. Ukoliko u obitelji jedno dijete ima autizam, mogućnost rizika da drugo dijete dobije bilo koji poremećaj autističnog spektra veći za dvadeset do pedeset puta nego u općoj populaciji (19). Kad studije MMR cjepiva i Thimerosala koji sadrže cjepiva nisu pokazale povezanost s autizmom, pojavile su se alternativne teorije (20).

U skupini pitanja što se odnose na karakteristike školovanja djeteta i adolescenta pronađena je statistički značajna razlika $p < 0.001$ da je njih 20.59 % išlo u jaslice dok njih 79.41 % nije išlo. Statistički značajna razlika u učestalosti je pronađena kod pitanja vezana za pohađanje vrtića. Njih 83.55 % je pohađalo vrtić dok 16.45 % djece nije pohađalo vrtić. Ukupno 98.52% djece krenulo je u školu između 7 i 8 godina što dokazuje podatak o dobi početka školovanja. Sa 6 godina ih je krenulo 16.34%, između 6 i 7 godina ih je krenulo 59.9% , između 7 i 8 godina krenulo je u školu njih 22.28%. Također mali postotak djece 0.99% krenuo ju u školu poslije 8. godine života dok 0.5 %, svega jedan ispitanik spada pod ostalo. Djecu s autizmom treba uključiti u sustav obrazovanja što je prije moguće kako bi se steklo znanje, savladale društvene vještine i komunikacija. Poteškoće djece s autizmom se pojavljuju u ranom djetinjstvu, a posebno je izražen problem s uklapanjem u društvo. Uzrok problema je odbijanje i nerazumijevanje okoline te sama zatvorenost autistične djece (21).

Epidemiološki podatak o preboljelim zaraznim bolestima djece govori da 90% djece je preboljelo vodene kozice. Od rubeole je bolovalo 1% djece, od zaušnjaka njih 4%, od ospica 1% te od ostalih zaraznih bolesti 1% djece. Kod ovih podataka moramo uzeti u obzir to da broj oboljelih od vodenih kozica i ospica moramo uzeti s oprezom jer roditelji znaju pomiješati kozice i ospice. Svjetsko povećanje stope autizma potaknule su povećanu svijest i zabrinutost da cjepiva mogu uzrokovati autizam. Te su teorije bile osnovane na usredotočenosti pojedinih grupa ljudi na ospice, mumps i rubeolu te cijepiva, timerosal i velik broj drugih cjepiva koja su se počela primjenjivati. Dokazano je da cjepivo protiv ospica, parotitisa i rubeole nema veze s povećanim rizikom od autizma. Također istraživanja koja su se provodila samo među djecom koja su se liječila pod dijagnozom autizma potvrđuju gore navedeni rezultat istraživanja. Međutim, kako epidemiološka i biološka studija to nije mogla potkrijepiti ove teorije su odbačene (22,23).

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- većina djece živi u potpunoj obiteljskoj zajednici
- depresija je naistaknutiji komorbiditet kod roditelja autistične djece
- karakteristike djece prema APGAR score-u nisu pokazatelj dugoročnog razvoja djece jer u istraživanju Apgar score iznosi 10
- 92,74% djece je cijepljeno po kalendaru cijepljenja
- 7,26% djece nije cijepljeno po kalendaru cijepljenja
- 22,83% djece je oboljelo od autizma
- s obzirom na broj oboljelih od autizma i broj cijepljenih uzevši u obzir i druge svjetske studije dolazimo do zaključka da nema povezanosti cijepljenja s autizmom
- genetska predispozicija ide u prilog razvoju autizma
- ako u obitelji već ima autistične djece rizik da druga rođena djeca obole od autizma je dvadeset do pedeset puta veći
- alternativne teorije vezane za nastanak autizma uzrokovane cjepivima nisu znanstveno potvrđene
- ne postoji niti jedan konkretan dokaz da cjepivo protiv rubeole, parotitisa i ospica uzrokuje autizam
- etiologija se odnosi na mnogo faktora od kojih su istaknuti genetska predispozicija i štetni čimbenici
- autizam još nije poznat u potpunosti

7. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Cilj rada je, uz pomoć nestrukturiranog sociodemografskoga upitnika kao anketnog listića, dobiti podatke o tome koliki je broj djece unazad 4 godine koji su ambulantno i stacionarno obrađivani na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju od 2010. do 2014. godine cijepljeni prema kalendaru cjepiva. Istražiti koliki broj djece je liječen pod dijagnozom autizma, a cijepljen odnosno necijepljen prema kalendaru cijepljenja.

USTROJ STUDIJE: Retrospektivna stručno istraživačka studija

ISPITANICI I METODE: Broj ispitanika je 256, a to su djeca i adolescenti oba spola u dobi od 3 do 19 godina, a koji su stacionarno i ambulantno obrađivani na Kliničkome odjelu za dječju i adolescentnu psihijatriju u razdoblju od 2010. do 2014. godine. Metoda ispitivanja je nestrukturirani sociodemografski upitnik i uvid u postojeću stacionarnu i ambulantnu medicinsku dokumentaciju na Kliničkome odjelu dječje i adolescentne psihijatrije.

REZULTATI: Statistički značajna razlika pronađena je kod 67,16% djece koja dolaze iz potpune obiteljske zajednice. 92,74% djece redovito je cijepljeno prema kalendaru cijepljenja dok njih 7,26% nije cijepljeno redovito prema kalendaru cijeljenja. 22,83% djece oboljelo je od autizma.

ZAKLJUČAK: S obzirom na broj oboljelih od autizma i broj cijepljenih te uzevši u obzir i druge svjetske studije, dolazi se do zaključka kako nema povezanosti cjepiva s autizmom. Alternativne teorije o nastanku autizma vezano za cijepljenje djece protiv rubeole, parotitisa i ospica nema znanstvenu podlogu. Autizam nije još u potpunosti poznat kao ni svi uzroci autizma.

KLJUČNE RIJEČI: autizam, cijepljenje, cjepivo, djeca, kalendar cijepljenja

8. SUMMARY

TITLE: The vaccination of children and adolescents who were treated on inpatient and outpatient bases at the Clinical Department of Pediatric and Adolescent Psychiatry from 2010 to 2014.

OBJECTIVES: The aim of this thesis is to, with the use of an unstructured questionnaire, investigate and get information on how many children were treated at the Clinical Department of Child and Adolescent Psychiatry under the diagnosis of autism and were or were not vaccinated according to the vaccinating schedule.

STUDY DESIGN: A retrospective study.

PARTICIPANTS AND METHODS: The subjects were children and adolescents of both genders, aged 3-19, who were treated at the Clinical Department of Pediatric and Adolescent Psychiatry from 2010. to 2014. The test method was a sociodemographic unstructured questionnaire and insight into the existing inpatient and outpatient medical records at the Clinical Department of Pediatric and Adolescent Psychiatry.

RESULTS: A statistically significant difference was found in 67.16 % of children who come from two-parent families. 92.74 % of children were regularly vaccinated according to the vaccination schedule, 7.26 % were not. The percentage of children with autism was 22.83 %.

CONCLUSION: Given the number of individuals with autism, the number of ones who were vaccinated, and taking other global studies into account, this paper comes to the conclusion that there are no connections between the vaccines and autism.

KEY WORDS: autism, vaccination, vaccine, children, vaccination schedule

9. LITERATURA

1. Malčić I, Ilić R. *Pedijatrija sa zdravstvenom njegom djeteta*. 2. Izd. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Kalendar kontinuiranog cijepljenja*. Dostupno na adresi http://www.zzjzdnz.hr/hr/usluge/cijepljenje/kalendar_cijepljenja
(Datum pristupa 30.11.2015.)
3. Kirkland A. The Legitimacy of Vaccine Critics: *What Is Left after the Autism Hypothesis?*. J Health Polit Policy Law. 2012;37:69-97.
4. Ljubičić M, Šare S, Markulin M. *Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom*. SG/NJ. 2015;20:148-50
5. Blažević K, Škrinjar J, Cvetko J, Ružić L. *Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom*. Hrvat Športskomed Vjesn. 2006;21:70-83.
6. Cave SF. *The history of vaccinations in the light of the autism epidemic*. Altern ther health m. 2008;14:54-6.
7. Tomljenović L, Dorea JG, Shaw CA. *Commentary: A Link Between Mercury Exposure, Autism Spectrum Disorder, and Other Neurodevelopmental Disorders? Implications for Thimerosal-Containing Vaccines*. J Dev Disabl. 2012;18:34-41.
8. Turkington C, Anan R. *The Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. 1. izd. New York; Infobase Publishng; 2007.
9. Bera C. S, Khandelwal K. S, Sood M, Goyal V. *A comparative study of psychiatric comorbidity, quality of life and disability in patients with migraine and tension type headache*. Neurol India. 2014; 62:516-520.
10. Jekel, James F., et al. *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. Elsevier Health Sciences, 2007.
11. Dodig Ćurković K. *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. 1.izd. Osijek: Svjetla grada; 2013.
12. McStay RL, Trembath D, Dissanayake C. *Stress and Family Quality of Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: Parent Gender and the Double ABCX Model*. J Autism Dev Disord. 2014;44:3101-18.
13. Hillman J. *Grandparents of children with autism: a review with recommendations for education, practice and policy*. Educ Gerontol. 2001;33:513-27.
14. Athari P, Ghaedi L, Mohdkosnin A. *Mothers depression and stress severity od autism among children and family income*. Int J Psycol Res. 2013;6:98-106.

15. Liu T. *Motor milestone development in young children with autism spectrum disorders: an exploratory study*. *Educ Psychol Prac*. 2012;18:315-26.
16. Leonard HC, Elsabbagh M, Hill EL. *Early and persistent motor difficulties in infants at risk of developing autism spectrum disorder: A prospective study*. *Eur J Dev*. 2014;11:18-35.
17. Neeley RA, Pulliam MH, Catt M, Mc Daniel DM. *The impact of interrupted use of a speech generating device on the communication acts of a child with autism spectrum disorder: A case study*. *Education* 2015;135:321-9.
18. Lee CYQ, Anderson A, Moore DW. *Using Video Modeling to Toilet Train a Child with Autism*. *J Dev Phys Disabil* 2014;26:123-34.
19. Gerber JS, Offit PA. *Vaccines and Autism: A Tale of Shifting Hypothesis*. *Vaccines*. 2009; 48:456-61.
20. Graff JC. *The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress and coping*. *Issues compr pediatr nurs*. 2011;34:4-25.
21. Hart JE, Whalon K. *Misbehavior or missed opportunity? Challenges in interpreting the behavior of young children with autism spectrum disorder*. *Early Childhood Educ J*. 2013;41:257-63.
22. Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Harvey L, Rodrigues LC, Smith PG i sur. *MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case control study*. *Lancet*. 2004;364:963-69.
23. Kirkland A. *The Legitimacy of Vaccine Critics: What Is Left after the Autism Hypothesis?*. *J Health Polit Policy Law*. 2012;37:69-97.

10. ŽIVOTOPIS

Ivan Šoh, student 3. godine,
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Medicinski fakultet Osijek
Preddiplomski studij sestrinstva
Cara Hadrijana 10E

Datum, godina i mjesto rođenja:

20. studeni 1993. godine, Virovitica

Kućna adresa:

Vladimira Nazora 41, 33 411 Gradina

E-mail adresa: ivsoh2011@gmail.com

Obrazovanje:

2001.-2008. Osnovna škola Gradina

2008.-2012. Medicinska škola Virovitica

2012.-2015. Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva

Članstvo: Hrvatska udruga studenata sestrinstva Osijek

11. PRILOZI

Prilog 1. Nestrukturirani sociodemografski upitnik

Prilog 1.

Upitnik kod prvog pregleda djeteta/adolescenta na KODAPU-u:

Datum pregleda: _____

Ime i prezime djeteta: _____ godina rođenja: _____

Ime oca, godina rođenja oca, zanimanje oca: _____

Ime majke, godina rođenja majke i zanimanje majke: _____

Majka zaposlena/ nije zaposlena (ako je, gdje radi) _____

Otac zaposlen/ nije zaposlen (ako je, gdje radi) _____

Obitelj: (zaokružiti točan odgovor)

1 potpuna 2 nepotpuna

1 samohrani otac 2 samohrana majka

Roditelji:

1 žive zajedno 2 razvedeni

(ako da navesti koliko dugo

1. Manje od 6 mjeseci
2. Od 6 mjeseci do 1 godinu
3. Od 1-5 godina
4. Od 5- 10 godina
5. Više od 10 godina

Razlog rastave roditelja

1. Neslaganje karaktera
2. Alkoholizam
3. Nasilje u obitelji
4. Druga psihijatrijska bolest
5. Ostalo

Ukupan broj djece u obitelji:

1. Jedno
2. Dvoje
3. Troje

4. Četvero
5. Više od 4

1. OBITELJSKA ANAMNEZA

Jel u u obitelji bilo sljedećih bolesti (ako da zaokruži 1 i navesti tko u obitelji, ako ne zaokruži 2)

Schizoprenia: 1 2

Depresija: 1 2

Alkoholizam: 1 2

Narkomanija: 1 2

Epilepsija; 1 2

Mentalna retardacija: 1 2

Boravak u zatvoru: 1 2

Suicidi: 1 2

Nasilje u obitelji: 1 2

PTSP- posttraumatski stresni poremećaj: 1 2

Neke druge bolesti/ povišeni tlak , šećerna bolest, tumori, bolesti majke u trudnoći

2. PODACI O DJETETU/ ADOLESCENTU: zaokružiti točan broj

Trudnoća majke:

1 planirana 2 neplanirana

1 kontrolirana 2 nije kontrolirana

1 uredna 2 nije uredna

Ako nije uredna navesti razloge:

1. Visok tlak u trudnoći
2. Povišene vrijednosti šećera
3. Ovisnost o drogama majke
4. Stres za vrijeme trudnoće
5. Rođeno prije termina
6. Krvarenja majke u trudnoći

Porod

1 prirodni putem 2 carski rez

1 na termin 2 prijevremeno/ poslije termina

Ako je na carski rez navesti razlog _____

1. Apgar score _____

2. Tjelesna težina djeteta pri rođenju _____ **tjelesna dužina djeteta pri rođenju** _____

Rani psihomotorni razvoj djeteta:**Sa koliko mjeseci je dijete prohodalo:**

1. Od 10-14 mj
2. 14.8 mj
3. 18- 24
4. 24-48 mj.
5. Ne može samostalno hodati

Sa koliko mjeseci je dijete progovorilo:

1. Od 10-14 mj
2. 14.8 mj
3. 18- 24
4. 24-48 mj.
5. Nije progovorilo do sada ili su prisutne poteškoće

Sa koliko mjeseci je prestalo mokriti:

1. Od 10-14 mj
2. 14.8 mj
3. 18- 24 mj
4. 24-48 mj.
5. Nije prestalo do sada

Sa koliko je mjeseci počelo kontrolirati stolicu:

1. Od 10-14 mj
2. 14.8 mj
3. 18- 24
4. 24-48 mj.

5. Nije prestalo do sada

Je li u dobi do 3. godine djeteta bilo:

1. Trauma glave
2. Febrinih konvulzija
3. Gubitka svijesti
4. Povreda
5. Infekcija u dobi do 3. Godine (ako jeste koje, je li zbog toga bio bolnički liječen i je li uzimao terapiju i navesti koju

Nabrojati koje je dječje zarazne bolesti prebolio:

1. Vodene kozice
2. Rubeolu
3. Zaušnjake
4. Ospice
5. Ostalo

Je li pohađalo jaslice do 3. godine života?

1 da 2 ne

Je li pohađalo dječji vrtić i predškolski program:

1 da 2 ne

Je li redovito i po kalendaru cijepljen:

1 da 2 ne

3. Školovanje djeteta /adolescenta

U kojoj je dobi dijete krenulo u školu:

1. Sa 6 godina
2. Između 6 i 7 godina
3. Između 7 i 8 godina
4. Nakon 8 godina i više
5. Ostalo

Ako je krenulo sa više od 8 godina navesti razlog zašto:_____

Kako se uklopilo u grupu vršnjaka:

1. Odlično
2. Dobro
3. Dobro ali s poteškoćama u početku školovanja
4. Sa poteškoćama
5. Nije se uklopilo

Uspjeh u školi (opisati eventualne poteškoće, ocjene tokom školovanja, odnos s profesorima., vladanje u školi i i sl.

Ponavljao razred: 1 da 2 ne (ako je navesti koji razred)

1. 1- 3
2. 3-6
3. 7-8
4. 1.srednje-2.srednje
5. 3-4 srednje

Razlog ponavljanja:

1. Bolest djeteta
2. Neopravdani izostanci
3. Negativne ocjene
4. Problemi u obitelji
5. Ostalo

Opisati odnos prema roditeljima ili skrbnicima (navesti s kim se bolje slaže, tko je autoritet u obitelji, ako postoje poteškoće navesti koje su i razlozi sukoba s roditeljima)

IV. Navike djeteta / adolescenta

Pušač 1 da 2 ne

Ako da koliko dugo?

1. manje od godinu dana
2. 1-3 godine
3. 3-5 godina
4. Više od 5 godina
5. Ostalo

Alkohol 1 da 2 ne

Ako da- koliko dugo?

1. manje od godinu dana
2. 1-3 godine
3. 3-5 godina
4. Više od 5 godina
5. Ostalo

Psihostimulirajuća sredstva: ako da zaokruži 1, ako ne zaokruži 2

1. Marihuana 1 2
2. Kokain 1 2
3. Kanabis 1 2
4. Ecstasy 1 2
5. Heroin 1 2
6. Ljepilo 1 2

Dosadašnji problemi djeteta/ adolescenta sa zakonom i policijom:

1 da 2 ne

Druge zdravstvene tegobe ili bolnička liječenja djeteta, navesti kada, zbog čega, gdje i koliko dugo? _____

Spolni život djeteta (početak stupanja u spolni odnos, koristi li zaštitu i koju, dosadašnje trudnoće,pobačaji)

Lijekovi koje je dijete koristilo do sada, koliko dugo i u kojoj dozi?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Alergije na lijekove ili neke druge alergije do sada: _____

PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE DO SADA:

1. Pregled _____
2. Pregled _____

Podatke daje: (Zaokruži)

1. otac
2. majka
3. skrbnik
4. ostali

Datum ispunjavanja: _____

Potpis roditelja/skrbnika: _____