

Utjecaj stila života na bolesnike oboljele od epilepsije

Filipović, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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:152:922084>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-09-22**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Lucija Filipović

**UTJECAJ STILA ŽIVOTA NA
BOLESNIKE OBOLJELE OD
EPILEPSIJE**

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Lucija Filipović

**UTJECAJ STILA ŽIVOTA NA
BOLESNIKE OBOLJELE OD
EPILEPSIJE**

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren u Kliničkom bolničkom centru u Osijek.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Davor Jančuljak, dr. med.

Rad ima: trideset pet listova i osam tablica

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru, prof. prim. dr. sc. Davoru Jančuljaku, dr. med. i Vlasti Pekić, mag. med. techn. na korisnim savjetima, usmjeravanju i pomoći tijekom izrade završnog rada.

Također, zahvaljujem svim ispitanicima koji su svojim sudjelovanjem u istraživanju pomogli u nastanku ovoga rada.

Najveću zahvalnost pripisujem svojoj obitelji koja mi je omogućila bezbrižno školovanje i završetak studija te tijekom cijelog studiranja bila velika podrška.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Povijest epilepsije	1
1.2. Definicija epilepsije	2
1.3. Epidemiologija.....	2
1.4. Etiologija	3
1.5. Klasifikacija epileptičnih napadaja.....	3
1.6. Klinička slika	4
1.7. Postavljanje dijagnoze i dijagnostički postupci.....	5
1.8. Liječenje	6
2. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA ČEŠĆU POJAVU EPILEPTIČNIH NAPADAJA.....	7
2.1. Kvaliteta života oboljelih od epilepsije	8
2.2. Zdravstveni odgoj oboljelih od epilepsije	9
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	10
4. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA.....	11
4.1. Ustroj istraživanja.....	11
4.2. Ispitanici	11
4.3. Metode istraživanja.....	11
4.4. Statističke metode.....	11
4.5. Etička načela.....	12
5. REZULTATI	13
6. RASPRAVA.....	22
7. ZAKLJUČAK	25
8. SAŽETAK.....	26
9. SUMMARY	27
10. LITERATURA.....	28
11. ŽIVOTOPIS	30

1. UVOD

Epilepsija je jedna od najučestalijih bolesti ili poremećaja u neurologiji, koja zbog svojih karakteristika predstavlja ozbiljan medicinski i socijalni problem. U Hrvatskoj od epilepsije boluje oko 40 000 ljudi (1).

Uzroci epilepsije mogu biti brojni poremećaji središnjeg živčanog sustava (infekcije, tumori, bolesti krvnih žila, degenerativne bolesti, metabolički poremećaji, poremećaji izmjene tvari ili traume). U odrasloj dobi najčešći su uzrok moždani udari, ozljede glave, intoksikacije alkoholom i/ili drogama, tumori i infekcije. Uzroci pojave epileptičkih napadaja, osim nabrojanih bolesti, mogu biti i dugotrajnije sprječavanje spavanja, hipoglikemija, duži i intenzivniji tjelesni napor, nedovoljna opskrba mozga kisikom, a u rijedim slučajevima i emocionalni stres (1).

Iako je epilepsija medicinsko stanje, osoba oboljela od epilepsije trebala bi se suočiti sa činjenicom da bolest ima i mnoge ne medicinske učinke na ljude oboljele od epilepsije, njihovu obitelj i zajednicu. Postavljanje dijagnoze epilepsije može rezultirati brojnim psihološkim poteškoćama kao što su šok, tjeskoba, poricanje, žalovanje i depresija što može dovesti do ponovne pojave napada ili pogoršanja tijeka bolesti (2).

Važno je istaknuti kako epilepsija, osim na psihološki status bolesnika utječe i na njegov svakodnevni život, te često ograničava radne mogućnosti, bavljenje sportskim aktivnostima i obavljanje drugih aktivnosti.

Također, bolesnici se suočavaju sa socijalnom isključenosti, koja je posljedica negativnih stavova drugih prema osobama s epilepsijom i stigmatizacija zbog koje te osobe imaju problema u školi, braku, radnom mjestu ili prilikom zapošljavanja, što utječe na ukupnu kvalitetu života (3). Uzrok tome je nedovoljna informiranost zajednice o bolesti.

Neke od tih poteškoća iskusila je i meni važna osoba, što me dodatno motiviralo na istraživanje o utjecaju životnih navika na oboljele od epilepsije i pisanje rada na ovu temu.

1.1. Povijest epilepsije

Epilepsija je vjerojatno jedna od najstarijih poznatih bolesti. Hipokrat, koga često zovemo i ocem medicine, (oko 400.god prije Krista), prvi je utvrdio da je epilepsija izazvana prirodnim uzrokom, tj. bolešću mozga (4).

Bitan napredak u pristupu epilepsiji nalazimo tek sredinom 19. stoljeća. U to vrijeme djeluju veliki neurolog Jean Martin Charcot u Francuskoj, Koževnikov u Rusiji i Hughlings Jackson u Engleskoj. Jackson je prvi utvrdio da su epileptički grčevi izraz „iznenadnog, povremenog, prekomjernog izbijanja sive tvari nekog dijela mozga.“ Locock uvodi u liječenje epilepsije bromovu sol, to je ujedno i prvi djelotvorni lijek protiv epilepsije (4).

Tridesetih godina ovog stoljeća, Hans Berger, njemački psihijatar otkrio je tehniku snimanja moždanih potencijala. Ta je metoda nazvana elektroencefalografija (EEG) i postala je nezamjenjiva tehnika za registriranje promjena mozga kod epilepsije (4).

1.2. Definicija epilepsije

Epilepsija je paroksizmalni poremećaj funkcije središnjeg živčanog sustava koji je po svom karakteru rekurentan, stereotipan i povezan s ekscitativnim, sinhronim i u početku ograničenim neuronalnim izbijanjima (5).

Epileptički napadaj je nagli i prolazan klinički manifestni simptom koji je posljedica abnormalnog, ekscitativnog i sinhronog izbijanja moždanih neurona. Simptomi napadaja ovise o moždanoj regiji koja je zahvaćena epileptogenim neuronalnim izbijanjem. Ovisno o tipu, napadaji mogu varirati od vrlo blagih i za okolinu nezamjetnih pa sve do vrlo izraženih, ponekad čak i „dramatičnih“ za okolinu (6).

U postavljanju dijagnoze odlučujući su ponavljani napadaji (7). Jedan epileptički napadaj ne znači epilepsiju. Dijagnoza epilepsije se uobičajeno postavlja nakon dva ili više neprovocirana epileptička napadaja, a često se temelji na heteroanamnestičkim podacima o naglom gubitku svijesti i/ ili promjeni ponašanja osobe. Anamnestički podatci o simptomima koji prethode poremećaju svijesti, tzv. auri ili „predosjećaju“, zatim smetenosti nakon napadaja, također su vrlo indikativni za epileptičke napadaje (6).

1.3. Epidemiologija

Epilepsija je najčešća kronična neurološka bolest, a rizik da će osoba tijekom života razviti epileptične napadaje iznosi oko 3-5%. Prevalencija epilepsije u razvijenim zemljama je 5-10 na 1000 stanovnika, a incidencija oko 40-70 novih slučajeva na 100 000 stanovnika godišnje, za razliku od nerazvijenih zemalja gdje su brojke gotovo dvostruko veće (6). Bolest je češća u muškaraca, a prvi simptomi pojavljuju se već u djetinjstvu (8). Učestalost pojave

epilepsije u djece se smanjuje, vjerojatno zbog bolje perinatalne skrbi, dok incidencija kod starijih osoba raste. Epilepsija je učestalija pojava u određenoj populaciji, primjerice kod osoba sa cerebralnom paralizom i autizmom (9).

1.4. Etiologija

Etiološki, epilepsije dijelimo u tri glavne kategorije: idiopatske, simptomatske i kriptogene. Idiopatska epilepsija definira se kao epilepsija pretežno genetskog podrijetla, u kojem nema neuroanatomske ili neuropatološke abnormalnosti. Simptomatska epilepsija je epilepsija poznatog uzroka, može biti povezana s anatomskim ili patološkim abnormalnostima. Kriptogena epilepsija je epilepsija pretpostavljene simptomatske prirode, ali joj uzrok nije identificiran (10).

1.5. Klasifikacija epileptičnih napadaja

Po klasifikaciji ILAE iz 1981. godine, napadaji se dijele temeljem kliničke manifestacije i neurofizioloških karakteristika, odnosno nalaza elektroencefalograma na dvije velike grupe: parcijalni (žarišni ili fokalni) napadaji i generalizirani napadaji (6).

Parcijalne (žarišne ili fokalne) epilepsije su zajednički naziv za one napadaje koji jasno upućuju na žarišnu cerebralnu disfunkciju epileptogenog karaktera (4). Obzirom na moždanu regiju u kojoj se nalazi epileptogeni fokus (ishodište napadaja) i time posljedičnu kliničku manifestaciju, parcijalni napadaji mogu biti motorički (motorički simptomi; tonički, klonički, verzivni, toničko-klonički, atonički i fonatorni), osjetni (osjetni simptomi; parestezije, bol, toplina odnosno termalne senzacije, epigastrične senzacije, laringealni spazam i sl.), sa specijalnim osjetnim simptomima (vidni, slušni, njušni, gustatorni), i s psihičkim simptomima (kognitivni, afektivni, iluzije, halucinacije) (6).

Generalizirane epilepsije su zajednički naziv za one vrste epilepsije u kojih je klinički najuočljivija osobina nagli gubitak svijesti, praćen katkad konvulzijama, padom ili drugim kliničkim manifestacijama, koje ne upućuju na neki žarišni cerebralni poremećaj odnosno disfunkciju. Uvođenjem elektroencefalografije potvrdilo se da dva veoma rano opisana oblika epilepsije, grand mal (veliki napadaj) i petit mal (mali napadaj) pripadaju toj skupini

epilepsije (1). Generalizirani napadaji mogu se manifestirati konvulzivnom (grand mal) i nekonvulzivnom simptomatologijom (petit mal) (6).

1.6. Klinička slika

Veliki epileptični napadaj (grand mal) karakteriziran je naglim gubitkom svijesti, toničkim grčem, nakon kojeg slijede kloničke konvulzije uz niz vegetativnih i drugih manifestacija (4). Velikom napadu može prethoditi aura ili se bolesnik iznenada sruši bez toga prethodno upozoravajućeg simptoma. Vrsta aure ima dijagnostičku važnost, jer se po njoj ponekad može prepoznati iz koje se moždane regije širi epileptičko izbijanje. Često na početku velikog napadaja bolesnik ispušta inicijalni krik. On nastaje kontrakcijom respiratornih mišića uz istodobno gotovo zatvorene glasnice. Potom se bolesnik sruši na pod. Bolesnikove oči većinom ostaju otvorene. Bulbusi su okrenuti prema gore ili u stranu, a zjenice ne reagiraju na svjetlo. Razvija se tonički grč u kojem se bolesnikovo tijelo isteže. Zbog apneje, bolesnikovo lice je cijanotično. Nakon nekoliko sekundi počinju ritmički klonički trzaji. Oni neprekidno traju jednu do dvije minute. U napadaju bolesnik često izgrize jezik sa strane, tako da se u ustima pojavljuje krvava pjena. Nakon napadaja bolesnik leži uz popratno hroptavo, teško disanje i zatim zapada u terminalni san u trajanju od nekoliko minuta do otprilike sat vremena (7).

Mali epileptični napadaj (petit mal) počinje često nakon četvrte ili pete, katkad nakon desete godine, rijetko se javlja nakon dvadesete godine. Petit mal može se pojaviti u tri oblika: apsansi (absences), atonički napadaji (astatske krize) i mioklonički napadaji. *Apsansi* se pojavljuju u obliku kratkotrajnih poremećaja svijesti, trajanja 5-10 s, u kojima je bolesnik kao „odsutan“, ne odgovara ni na kakva pitanja ili vanjske podražaje, često je nepokretan, bezizražajnog lica i s praznim pogledom u daljinu. Takvi napadaji mogu biti praćeni titranjem kapaka i trzajima u licu i rukama. Bolesnik ima potpunu amneziju za kratak napadaj odsutnosti, nakon kojega može nastaviti prekinutu radnju kao da se ništa nije dogodilo, ili s osjećajem čuđenja i nelagodnosti nastavlja započetu aktivnost. *Atonički napadaji (astatske ili akinetske krize)* karakterizirani su naglim gubitkom tonusa, stoga bolesnik naglo pada bez svijesti, pri čemu se može i povrijediti. *Mioklonički napadaji* karakterizirani su nepravilnim ili ritmičkim grčevima mišića, koji obično zahvaćaju jedan ili više udova ili dijelova trupa. Često su izazvani osjetnim stimulacijama pa se mogu percipirati zvukom, svjetlom ili promjenom položaja tijela, ali se javljaju i u stanju pospanosti ili pri emocionalnim promjenama (4).

Žarišne (parcijalne) epilepsije zajednički su naziv za one napadaje koji jasno upućuju na žarišnu cerebralnu disfunkciju epileptogenog karaktera. Najjednostavnija je podjela na jednostavne motorne, odnosno senzorne parcijalne epilepsije i na kompleksne parcijalne epilepsije. Obično se javljaju kao grčevi jednog dijela tijela, ruku, nogu ili polovice lica, no mogu se širiti i na susjedne dijelove. Napadaji se pojavljuju bez gubitka svijesti, a bolesnik obično prije napadaja ima auru koja upozorava da će se napadaj dogoditi (4).

Epileptični status (status epilepticus) je svaki napadaj koji traje dulje od 30 minuta, ili serija od više napadaja koji traju dulje od 30 minuta ukoliko bolesnik između napadaja ne dođe svijesti (6). Epileptički status može biti, ovisno o etiologiji, simptomatski i kriptogeni. Najčešći tip epileptičkog statusa je generalizirani toničko-klonički. Liječenje epileptičkog statusa počinje se odmah pri nastupu napada osiguranjem adekvatne ventilacije pluća, zaštitom od pada i povreda i primjenom kisika čim je to moguće. Što ranije je potrebno početi s primjenom adekvatne terapije (11).

1.7. Postavljanje dijagnoze i dijagnostički postupci

Dijagnoza epilepsije postavlja se nakon što se jave dva ili više neprovocirana napadaja u razmaku većem od 24 sata uz abnormalne promjene u EEG-u. Dijagnoza epilepsije je u osnovi klinička prosudba donesena na temelju anamneze i kliničke slike (12). Postavlja se temeljem anamnestičkih i/ili heteroanamnestičkih podataka koji nadopunjuju dijagnostičke pretrage. Anamnestički podatci obuhvaćaju ispitivanje o događaju, obiteljsku i osobnu anamnezu uz ispitivanje čimbenika rizika (13). Dijagnostička ispitivanja, uključujući laboratorijske nalaze, elektroencefalogram (EEG) i slikovne pretrage glave, trebaju dopuniti anamnestičke podatke i potvrditi kliničku sumnju na epilepsiju ili odbaciti tu dijagnozu. Elektroencefalografija je neinvazivna dijagnostička i istraživačka metoda koja registrira bioelektrične aktivnosti mozga elektrodama s kože lubanje, gdje se električna aktivnost prenosi na monitor koji je registrira u vidu zapisa na papiru ili digitalnog zapisa. Koristi se za potvrdu dijagnoze napadaja i klasifikacije vrste epilepsije i epileptičnih sindroma (12).

1.8. Liječenje

Osnovna svrha liječenja epilepsije prevencija je nastanka epileptičnog napadaja i to redovnim uzimanjem medikamentozne terapije. Specijalist neurolog određuje terapiju antiepileptičnim lijekovima (8). U slučajevima kada je epilepsija uzrokovana nekim bolestima, poremećajima ili oštećenjima, potrebno je liječiti osnovni uzrok bolesti i nije nužno uključiti antiepileptik. Potrebno je izbjegavati čimbenike koji potiču napadaje kao što su umor, nespavanje, alkohol, narkotici i sl. U nekim slučajevima koristi se kirurško liječenje. Antiepileptička terapija uvodi se tek nakon dva neprovocirana epileptička napadaja. Cilj je antiepileptičke terapije suzbijanje napadaja sa što manje nuspojava (13). Potrebno je vršiti česte i redovite kontrole, a lijekove treba uzimati redovito radi prevencije napada. Uzimanje lijekova ne smije se prekidati bez savjeta s liječnikom (8). Liječnik može isključiti terapiju ako je bolesnik bez napadaja 2-5 godina, ovisno od slučaja do slučaja. Postupak isključivanja terapije je postupan, u trajanju od 6 mjeseci do godinu dana (13). Kirurško liječenje epilepsija može se ugrubo podijeliti na uklanjanje epileptogenog žarišta u mozgu i na palijativne metode. Ukoliko se epileptogeno žarište ne može sa sigurnošću odrediti i nije dostupno operativnom zahvatu zbog rizika od velikog postoperativnog neurološkog deficita, može se pristupiti nekoj od palijativnih metoda (6).

2. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA ČEŠĆU POJAVU EPILEPTIČNIH NAPADAJA

Poznato je da epilepsiju mogu izazvati tzv. „triggeri“ ili okidači. Najvažniji nespecifični čimbenici koji mogu provocirati napadaje su sljedeći: neredovito uzimanje lijeka, nedostatno spavanje, konzumiranje prevelikih količina alkoholnih pića te veći psihički ili fizički stres (1). Važno je dovoljno spavati, izbjegavati stres, opuštati se uz odgovarajuću glazbu, šetati, provoditi vježbe disanja i primjerene slobodne aktivnosti. Terapiju antiepileptičkim lijekovima treba uzimati redovito bez preskakanja pojedinih doza lijeka i onda kada se napadaji ne javljaju. Jedino specijalist neurolog smije terapiju promijeniti ili ukinuti (8).

Stres

Stres je učestal okidač napadaja za mnoge osobe s epilepsijom. Postoje razni oblici stresa, neki od oblika mogu biti posljedica pritiska na poslu, nedostatka novca te emocionalnih poteškoća. Često u kombinaciji s drugim čimbenicima, stres može dovesti do napadaja te je vrlo važno da se osoba nauči nositi s vlastitim stresom (14).

Nedostatak sna

Epileptički napadaji mogu se javiti u budnosti i/ili spavanju. Mogu se javiti u pospanosti ili u bilo kojem stadiju spavanja, a isto tako i prilikom buđenja. U mnogih osoba oboljelih od epilepsije cjelonoćni gubitak spavanja, učestalo kasno lijevanje ili općeniti manjak sna mogu biti rizični čimbenici za pojavu napadaja (1). Kako bi se izbjegao epileptični napadaj, osoba treba spavati najmanje 8 sati tijekom noći (8).

Konzumacija alkoholnih pića

Neosporno je da konzumiranje prevelikih količina alkoholnih pića može dovesti do izbijanja napadaja. Što se tiče konzumiranja malih količina alkoholnih pića, kao što je naprimjer čaša vina ili odgovarajuća doza drugog pića, nije vjerojatno da će to dovesti do napadaja. Iznimku predstavljaju osobe posebno osjetljive na alkohol (1).

Nepravilna prehrana

Istraživanja su pokazala da većina ljudi tijekom epileptičnog napadaja ima nisku razinu šećera u krvi, stoga je vrlo važna konzumacija sva tri obroka dnevno. Redovni unos hrane može biti ključni faktor u sprječavanju epileptičnih napadaja (14).

Konsumacija gaziranih pića i kave

Kofein se prirodno pojavljuje u kavi, čajevima i gaziranim pićima. Velike količine ovih pripravaka mogu uzrokovati razdražljivost, anksioznost, nemir, mogu ometati san i nepovoljno djelovati na bolesnike te uzrokovati pojavu epileptičnih napadaja (1). Konzumaciju kofeinskih pripravaka potrebno je svesti na najmanju moguću mjeru (8).

Fotosenzitivni provokativni čimbenici

Najčešće su to svjetlosni podražaji bilo koje vrste ili pojedinačni i izmjenični bljeskovi (obično oko 30-50 bljeskova u sekundi). Detaljni su uzročni izazivači gledanje televizije (naročito tzv. lightshow), ali provokatori mogu biti i kompjutorski ekrani (video igrice) (1).

Nepravilna konzumacija propisane terapije

Liječenje epilepsije se sastoji od primjene odgovarajućih propisanih lijekova. Liječnik propisuje odgovarajući lijek obično nakon što su uslijedila dva napadaja. Oboljeli od epilepsije treba biti upoznat s činjenicom da se u 70% slučajeva konzumacijom propisane terapije postiže potpuna kontrola napadaja. Uspjeh izostaje ako se lijekovi ne uzimaju ili ako se ne konzumiraju na način koji je određen. Potrebne su redovite liječničke kontrole, jer nerijetko se događa da se nakon izvjesnog vremena terapija mora promijeniti (1).

2.1. Kvaliteta života oboljelih od epilepsije

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao pojedinačevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu. O kvaliteti života može se kod epilepsije brinuti na dva područja. Prvo je njena primjena kod određenih problema koji se pojavljuju kod specifičnih grupa - djece, adolescenata, mlađih odraslih osoba i starijih ljudi, kao što su: pitanje školovanja, izbora zvanja, pitanje radnog mjesta, osnivanje braka, potomstvo, trudnoća te skrb o starim osobama koje boluju od epilepsije. Pojava epileptičnih napadaja je najčešće neugodno iskustvo za promatrača, a u bolesnika se nakon napadaja javljaju sram, napetost i depresija. Upravo se zbog tih razloga bolest nerijetko taji, čemu vrlo često može biti sklona i bolesnikova obitelj. Reakcije obitelji mogu varirati od potpuna neprihvatanja problema do pretjerane zaštite bolesnika. Bolesnik je pod stalnim opterećenjem kada će se i gdje napadaj ponoviti (8). S druge strane, uvijek se pitanje kvalitete života nameće kod odluke o početku liječenja, prestanku liječenja te o eventualnom kirurškom

liječenju. Pronaći najbolji lijek i omogućiti bolesniku što bolju kvalitetu života - prvi je i osnovni zadatak svakog liječnika. Epilepsija predstavlja specijalno kompleksno stanje u kojem se uspjeh liječenja ne bazira samo na kontroli epileptičnih napadaja (zaustavljanju), već i poboljšanju kvalitete života (15).

2.2. Zdravstveni odgoj oboljelih od epilepsije

Ciljevi zdravstvenog odgoja bolesnika s epilepsijom jesu: usvajanje potrebnih znanja o epilepsiji, razumijevanje simptoma, nadzor učestalosti napadaja te psihosocijalna prilagodba. Potrebno je informirati bolesnika i članove obitelji o bolesti, njezinu tijeku i liječenju, pri čemu medicinska sestra ima važnu ulogu. Epilepsija je bolest kronična karaktera, stoga je zadaća medicinske sestre da bolesnik i njegova obitelj usvoje znanja o samoj bolesti i o njezinu tijeku, te da nauče prepoznati čimbenike koji mogu pridonijeti pojavi epileptičnog napadaja. Bolesnik mora poznavati učinke terapije, neželjene pojave i nužnost redovitog uzimanja terapije te redovitoga liječničkog nadzora. Bolesnici s epilepsijom često mogu osjećati zabrinutost zbog organizacije svakodnevnih aktivnosti u obitelji i na radnome mjestu. Zadaća medicinske sestre je individualan pristup oboljelom te pružanje psihološke potpore. Epilepsija nije zapreka za čovjekov profesionalni razvoj, iako je broj zanimanja djelomično ograničen. Bolesnici ne smiju obavljati poslove na kojima bi mogli ozlijediti sebe ili druge ako nastupi napadaj (visinski radovi, profesionalni vozači). Najbliže suradnike na poslu bolesnik samostalno mora upoznati s dijagnozom bolesti (8).

Zadaća medicinske sestre je upoznati bolesnika s mogućnošću vlastita utjecaja na smanjivanje broja epileptičnih napadaja. Pridržavanjem propisane terapije, usvajanjem određenog načina života i izbjegavanjem provokativnih faktora mogu se izbjeći napadaj ili bar znatno produžiti intervali između njihove pojave. Kontrola učestalosti napadaja ovisi o bolesnikovoj kooperaciji i emocionalnoj stabilnosti (8).

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovoga istraživanja je:

- istražiti koji su oblici stila života promjenjeni kod oboljelih od epilepsije
- utvrditi povezanost stila života s:
 - učestalosti napada
 - dužinom bolovanja od epilepsije

4. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

4.2. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovali bolesnici oboljeli od epilepsije koji se liječe kroz ambulantu Klinike za neurologiju, Kliničkog bolničkog centra Osijek. U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika. Istraživanje je provedeno u svibnju 2017. godine.

4.3. Metode istraživanja

Kao instrument istraživanja koristio se anonimni upitnik strukturiran za ovo istraživanje. Upitnik sadrži dva dijela. Prvi dio čine demografski podatci: dob, spol, stručna sprema, status stanovanja, dužina bolovanja od epilepsije i učestalost napadaja. Drugi dio sadrži 21 tvrdnju kojima se procjenjuju zdravstvene navike ispitanika kao što su redovitost terapije i kontrola, redovitost konzumacije obroka, izbjegavanje „trigera“ kao što su intenzivniji tjelesni napor, stres i bljeskajuće svjetlo, dugo gledanje televizije i rad na računalu. Odgovori na tvrdnje su rangirani po Likertovoj skali od 1 do 5, pri čemu 1 predstavlja „nikada“ , a 5 „uvijek“.

4.4. Statističke metode

Podatci su računalno obrađeni u programu SPSS (inačica 16.0, SPSS inc., Chicago, IL, SAD). Kategorijski su podatci deskriptivno prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, a numerički, ovisno o razdiobi aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, ukoliko je razdioba normalna, a medijanom i interkvartilnim rasponom, ukoliko nije. Razlike među kategorijskim varijablama ispitane su pomoću χ^2 testa. Razlike među numeričkim varijablama ispitane su pomoću Mann Whitney U i Kruskal Wallisovog testa. Povezanosti među numeričkim varijablama ispitane su pomoću Kendallovog tau korelacijskog testa. Razina statističke značajnosti određena je za $p < 0,05$.

4.5. Etička načela

Prije provedbe istraživanja dobivena je pisana suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara, Kliničkog bolničkog centra Osijek. Svi su ispitanici obaviješteni o cilju istraživanja uz pisanu obavijest za ispitanike te izjavu i dokument o suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju. Sudionici su dobrovoljno pristali na sudjelovanje, što su potvrdili vlastoručnim potpisom. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima, anketa je bila anonimna, a pristup rezultatima ima samo istraživač.

5. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika, od kojih je 52 % muškaraca i 48 % žena ($p=0.773$). Prema razini obrazovanja najviše je bilo ispitanika sa srednjom stručnom spremom (62 %). Većina ispitanika imala je napadaje s razmakom većim od mjesec dana (75 %). Medijan dobi ispitanika iznosio je 47 godina, a duljina trajanja bolesti u godinama iznosi 11,5 godina. (Tablica 1.)

Tablica 1. Opći podatci o ispitanicima

Obilježja ispitanika		n (%)	p*
Spol	M	26 (52)	0,773
	Ž	24 (48)	
Razina obrazovanja	KV/ NKV	14 (28)	<0,001
	SSS	31 (62)	
	VŠS/ VSS	5 (10)	
Učestalost napadaja	Do jednom tjedno	7 (14)	<0,001
	Jednom mjesečno	5 (10)	
	Razmak između napadaja veći od mjesec dana	38 (76)	
S kime osoba živi	Sam/ sama	4 (8)	<0,001
	Sa članom obitelji	40 (80)	
	Ostalo	6 (12)	
Dob†	Prosječna dob ispitanika	47 (36-60)	
Duljina trajanja bolesti†	Prosječna duljina trajanja bolesti	11,5 (4-26)	

* χ^2 test, †medijan (25 % - 75 %)

Ispitanici se pridržavaju važnosti redovitog uzimanja terapije (aritmetička sredina je 5 sa standardnom devijacijom 0) te redovito odlaze na kontrole (aritmetička sredina je 4,7 sa standardnom devijacijom 0,61) (Tablica 2.)

Tablica 2. Prikaz rezultata čimbenika stila života za sve ispitanike

	$\mu \pm s.d.$
OKIDAČI KOJI MOGU PRIDONIJETI POJAVI NAPADAJA	
Redovito uzimate sva tri obroka	4,04 \pm 1,03
Konzumirate više od jedne kave dnevno	2,58 \pm 1,31
Konzumirate gazirana pića	2,48 \pm 1,16
Bavite se sportskim aktivnostima	2,3 \pm 1,18
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	3,76 \pm 1,49
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	3,46 \pm 1,33
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	3,44 \pm 1,42
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	3,26 \pm 1,16
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	3,62 \pm 1,48
Izbjegavate teže fizičke napore	3,38 \pm 1,52
Izloženi ste stresnim situacijama	3,02 \pm 1,36
Redovito uzimate propisanu terapiju	5 \pm 0
Redovito odlazite na kontrole	4,7 \pm 0,61
UTJECAJ BOLESTI	
Imate dovoljno energije	3,64 \pm 1,14
Osjećate se slabo	2,58 \pm 1,07
Imate poteškoća s pamćenjem	2,6 \pm 1,2
Strah Vas je napadaja	2,08 \pm 1,08
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	2,92 \pm 1,26
Bolest ograničava Vašu samostalnost	2,66 \pm 1,27
Izostajete s posla zbog bolesti	2,14 \pm 1,33
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	1,62 \pm 0,9

μ - aritmetička sredina, s.d. - standardna devijacija

Statistički značajne razlike su pronađene u učestalosti konzumacije pića ($p=0,001$), gdje je vidljivo kako žene navode da konzumiraju manje gaziranih pića. Također, više su vrijednosti rezultata za osjećanje slabosti u ženskoj populaciji ($p=0,024$). (Tablica 3.)

Tablica 3. Usporedba čimbenika stila života prema spolu

	M	Ž	
	$\mu \pm s.d.$		p^*
Redovito uzimate sva tri obroka	4,12±1,03	3,96±1,04	0,600
Konzumirate više od jedne kave dnevno	2,62±1,44	2,54±1,18	0,915
Konzumirate gazirana pića	3±1,1	1,92±0,97	0,001
Bavite se sportskim aktivnostima	2,42±1,3	2,17±1,05	0,567
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	3,62±1,55	3,92±1,44	0,478
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	3,35±1,35	3,58±1,32	0,567
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	3,46±1,36	3,42±1,5	0,992
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	3,08±1,02	3,46±1,28	0,218
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	3,5±1,48	3,75±1,51	0,528
Izbjegavate teže fizičke napore	3,27±1,4	3,5±1,67	0,449
Izloženi ste stresnim situacijama	2,88±1,42	3,17±1,31	0,455
Redovito uzimate propisanu terapiju	5±0	5±0	0,992
Redovito odlazite na kontrole	4,69±0,62	4,71±0,62	0,915
Imate dovoljno energije	3,92±1,13	3,33±1,09	0,084
Osjećate se slabo	2,23±0,99	2,96±1,04	0,024
Imate poteškoća s pamćenjem	2,54±1,1	2,67±1,31	0,655
Strah Vas je napadaja	2,08±1,13	2,08±1,06	0,930
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	2,85±1,22	3±1,32	0,669
Bolest ograničava Vašu samostalnost	2,46±1,14	2,88±1,39	0,273
Izostajete s posla zbog bolesti	2,18±1,29	2,09±1,45	0,707
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	1,54±0,9	1,71±0,91	0,547

μ - aritmetička sredina, s.d. - standardna devijacija, *KruskalWallisov test

Statistički značajna pozitivna korelacija slabe snage pronađena je između dobi i redovite konzumacije sva tri obroka ($\tau=0,214$), redovitog odlaska na spavanje ($\tau=0,321$), izbjegavanja

rada na računala više od dva sata ($\tau=0,357$), izbjegavanja fizičkih napora ($\tau=0,263$), osjećaja slabosti ($\tau=0,2$), poteškoća s pamćenjem ($\tau=0,192$), ograničavanja radne mogućnosti ($\tau=0,268$) i ograničavanja samostalnosti ($\tau=0,333$). Statistički značajne negativne korelacije slabe snage pronađene su između dobi i konzumacije gaziranih pića ($\tau=-0,238$), bavljenja sportskim aktivnostima ($\tau=-0,401$). (Tablica 4.)

Tablica 4. Povezanost dobi ispitanika i čimbenika stila života

	τ
Redovito uzimate sva tri obroka	0,214
Konzumirate više od jedne kave dnevno	0,015
Konzumirate gazirana pića	-0,238
Bavite se sportskim aktivnostima	-0,401
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	0,061
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	0,321
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	0,095
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	-0,130
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	0,357
Izbjegavate teže fizičke napore	0,263
Izloženi ste stresnim situacijama	-0,177
Redovito odlazite na kontrole	-0,155
Imate dovoljno energije	-0,162
Osjećate se slabo	0,200
Imate poteškoća s pamćenjem	0,192
Strah Vas je napadaja	-0,049
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	0,268
Bolest ograničava Vašu samostalnost	0,333
Izostajete s posla zbog bolesti	-0,012
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	0,138

*Kendallovtau test

Statistički značajna pozitivna korelacija srednje snage pronađena je između duljine trajanja bolesti i konzumacije kave ($\tau=0,210$), redovitog odlaska u isto vrijeme na spavanje ($\tau=0,288$), osjećaja slabosti ($\tau=0,247$), ograničavanja radnih mogućnosti ($\tau=0,196$) i ograničavanja samostalnosti ($\tau=0,229$). Statistički značajna negativna korelacija slabe snage je pronađena između subjektivnog osjećaja snage i duljine trajanja bolesti ($\tau=-0,203$.) (Tablica 5.)

Tablica 5. Povezanost duljine bolesti ispitanika i čimbenika stila života

	τ
Redovito uzimate sva tri obroka	0,167
Konzumirate više od jedne kave dnevno	0,210
Konzumirate gazirana pića	-0,030
Bavite se sportskim aktivnostima	0,059
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	0,069
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	0,288
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	0,097
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	0,109
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	0,173
Izbjegavate teže fizičke napore	0,108
Izloženi ste stresnim situacijama	-0,009
Redovito odlazite na kontrole	-0,134
Imate dovoljno energije	-0,203
Osjećate se slabo	0,247
Imate poteškoća s pamćenjem	0,036
Strah Vas je napadaja	0,047
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	0,196
Bolest ograničava Vašu samostalnost	0,229
Izostajete s posla zbog bolesti	0,050
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	0,183

*Kendallovtau test

Statistički značajne razlike su pronađene u duljini spavanja tijekom noći, gdje je vidljivo kako najviše spavaju samci, a najmanje oni koji žive s članom obitelji ($p=0,007$). Također, samci, statistički značajno, svakodnevno spavaju 8 sati tijekom noći ($p=0,029$). (Tablica 6.)

Tablica 6. Usporedba čimbenika stila života prema načinu života

	Sam	Član obitelji	Ostalo	
	$\mu \pm s.d.$			p^*
Redovito uzimate sva tri obroka	4,5 \pm 0,84	3,93 \pm 1,05	4,5 \pm 1	0,252
Konzumirate više od jedne kave dnevno	2,67 \pm 1,63	2,63 \pm 1,29	2 \pm 1,15	0,654
Konzumirate gazirana pića	2 \pm 0,63	2,63 \pm 1,23	1,75 \pm 0,5	0,205
Bavite se sportskim aktivnostima	2,17 \pm 1,17	2,28 \pm 1,2	2,75 \pm 1,26	0,609
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	2,83 \pm 1,83	3,85 \pm 1,42	4,25 \pm 1,5	0,286
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	4,67 \pm 0,52	3,18 \pm 1,3	4,5 \pm 1	0,007
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	4,83 \pm 0,41	3,25 \pm 1,41	3,25 \pm 1,5	0,029
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	3,67 \pm 1,21	3,23 \pm 1,19	3 \pm 0,82	0,642
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	3,5 \pm 1,76	3,6 \pm 1,48	4 \pm 1,41	0,895
Izbjegavate teže fizičke napore	3,5 \pm 1,64	3,28 \pm 1,52	4,25 \pm 1,5	0,373
Izloženi ste stresnim situacijama	2,67 \pm 1,03	3,13 \pm 1,38	2,5 \pm 1,73	0,6
Redovito uzimate propisanu terapiju	5 \pm 0	5 \pm 0	5 \pm 0	>0,999
Redovito odlazite na kontrole	4,83 \pm 0,41	4,65 \pm 0,66	5 \pm 0	0,479
Imate dovoljno energije	4 \pm 0,89	3,5 \pm 1,18	4,5 \pm 0,58	0,169
Osjećate se slabo	2,67 \pm 1,03	2,65 \pm 1,1	1,75 \pm 0,5	0,207
Imate poteškoća s pamćenjem	3,17 \pm 1,17	2,6 \pm 1,19	1,75 \pm 0,96	0,154
Strah Vas je napadaja	2,33 \pm 1,03	2,1 \pm 1,13	1,5 \pm 0,58	0,452

Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	2,5±1,05	3,03±1,29	2,5±1,29	0,482
Bolest ograničava Vašu Samostalnost	2,5±1,05	2,68±1,29	2,75±1,71	0,954
Izostajete s posla zbog bolesti	2,33±2,31	2,17±1,27	1,5±0,71	0,784
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	1,5±0,84	1,68±0,94	1,25±0,5	0,708

μ - aritmetička sredina, s.d.- standardna devijacija, *KruskalWallisov test

Statistički značajna razlika je pronađena u konzumaciji sva tri obroka, gdje je vidljivo kako najniže vrijednosti odgovora imaju osobe sa srednjom stručnom spremom ($p < 0,001$). (Tablica 7.)

Tablica 7. Usporedba čimbenika stila života s razinom obrazovanja

	KV/NKV	SSS	VŠS/VSS	
	$\mu \pm s.d.$			p^*
Redovito uzimate sva tri obroka	4,64±0,63	3,61±1,02	5±0	<0,001
Konzumirate više od jedne kave dnevno	3±1,18	2,58±1,34	1,4±0,89	0,054
Konzumirate gazirana pića	2±0,78	2,74±1,29	2,2±0,84	0,142
Bavite se sportskim aktivnostima	1,71±0,91	2,55±1,15	2,4±1,67	0,058
Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	4,07±1,59	3,68±1,45	3,4±1,67	0,466
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	3,86±1,23	3,16±1,34	4,2±1,1	0,109
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	4,14±1,46	3,16±1,34	3,2±1,3	0,054
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	3,21±1,05	3,23±1,23	3,6±1,14	0,778
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	4,07±1,54	3,52±1,43	3±1,58	0,243

Izbjegavate teže fizičke napore	4±1,66	3,03±1,43	3,8±1,3	0,067
Izloženi ste stresnim situacijama	2,29±1,38	3,32±1,33	3,2±0,84	0,07
Redovito uzimate propisanu terapiju	5±0	5±0	5±0	>0,999
Redovito odlazite na kontrole	4,5±0,85	4,74±0,51	5±0	0,367
Imate dovoljno energije	3,86±1,1	3,42±1,18	4,4±0,55	0,144
Osjećate se slabo	2,64±1,15	2,58±1,12	2,4±0,55	0,889
Imate poteškoća s pamćenjem	2,71±1,38	2,68±1,14	1,8±0,84	0,254
Strah Vas je napadaja	1,79±0,89	2,19±1,22	2,2±0,45	0,468
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	3,14±1,35	2,9±1,27	2,4±0,89	0,471
Bolest ograničava Vašu samostalnost	3±1,18	2,61±1,33	2±1	0,279
Izostajete s posla zbog bolesti	2±1,73	2,3±1,3	1,33±0,58	0,373
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	1,64±0,93	1,61±0,92	1,6±0,89	0,998

μ - aritmetička sredina, s.d.- standardna devijacija, *KruskalWallisov test

Nisu pronađene statistički značajne razlike u čimbenicima stila života u odnosu na učestalost napadaja u ispitanika. (Tablica 8.)

Tablica 8. Usporedba čimbenika stila života prema učestalosti napadaja

	Do 1 puta tjedno	1 mjesečno	Razmak napadaja > 1 mjesec	
	μ±s.d.			p*
Redovito uzimate sva tri obroka	4,14±1,07	4,8±0,45	3,92±1,05	0,173
Konzumirate više od jedne kave dnevno	2±1,15	3,8±0,84	2,53±1,31	0,056
Konzumirate gazirana pića	2,14±1,35	2,6±1,34	2,53±1,13	0,609
Bavite se sportskim aktivnostima	1,57±0,79	2,2±0,84	2,45±1,25	0,183

Izbjegavate aktivnosti kao što su plivanje i penjanje	4,71±0,76	3,2±1,79	3,66±1,51	0,139
Redovito odlazite u isto vrijeme na spavanje	3,86±1,35	4±1,22	3,32±1,34	0,4
Svakodnevno spavate 8 sati tijekom noći	3,43±1,72	4,6±0,55	3,29±1,39	0,162
Izbjegavate dugo gledanje TV-a (duže od 2 sata)	3,29±1,38	3,4±0,89	3,24±1,17	0,934
Izbjegavate rad na računalu (duže od 2 sata)	4±1,15	3,8±1,64	3,53±1,54	0,837
Izbjegavate teže fizičke napore	3,86±1,46	2,8±1,79	3,37±1,51	0,509
Izloženi ste stresnim situacijama	3,57±1,4	2,6±1,52	2,97±1,35	0,438
Redovito uzimate propisanu terapiju	5±0	5±0	5±0	>0,999
Redovito odlazite na kontrole	4,29±0,95	4,4±0,89	4,82±0,46	0,118
Imate dovoljno energije	3±1	3,8±1,1	3,74±1,16	0,257
Osjećate se slabo	3,29±0,76	2,4±1,34	2,47±1,06	0,122
Imate poteškoća s pamćenjem	2,71±1,11	3,4±1,52	2,47±1,16	0,267
Strah Vas je napadaja	2,14±1,07	2,4±1,14	2,03±1,12	0,673
Bolest ograničava Vaše radne mogućnosti	3,29±0,76	3,4±1,34	2,79±1,32	0,428
Bolest ograničava Vašu samostalnost	3±0,58	3,6±1,14	2,47±1,33	0,126
Izostajete s posla zbog bolesti	3±1,63	2,5±1,91	1,9±1,12	0,353
Izbjegavate društvene aktivnosti zbog straha od napadaja	2,14±1,07	2±1	1,47±0,83	0,081

μ - aritmetička sredina, s.d. - standardna devijacija, *KruskalWallisov test

6. RASPRAVA

Većina osoba epileptički napadaj može naslutiti prema specifičnim vlastitim osjećajima i situacijama. Takva saznanja mogu uvelike pomoći u određivanju načina i stila života te rada. Vrlo je važno da osoba prepozna čimbenike koji pospješuju pojavu epileptičnog napadaja. Važni faktori u izbjegavanju i kontroliranju napadaja su izbjegavanje stresa, pronalaženje vlastitog mira i opuštajućih hobija te dovoljno sna i odmora (1).

Istraživanje je provedeno na 50 ispitanika koji se liječe kroz ambulantu Klinike za neurologiju, Kliničkog bolničkog centra Osijek. U istraživanju je sudjelovalo 26 (52 %) osoba muškog spola i 24 (48 %) ženskog spola. U usporedbi sa sličnim istraživanjem provedenim u Beču, kojem je cilj bio istražiti koji čimbenici uzrokuju pojavu epileptičnih napadaja, u kojem je sudjelovao 151 ispitanik, od toga 87 ženskih ispitanika i 64 muška ispitanika, zamijećen je znatno veći broj ispitanika u odnosu na broj ispitanika u ovom istraživanju (16). Prosječna dob ispitanika je 47 godina. Medijan duljine trajanja bolesti iznosi 11,5 godina. U istraživanju provedenom u Beču prosječna dob ispitanika je 35,9 godina, a prosječna duljina trajanja bolesti iznosi 19,9 godina.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako žene konzumiraju manje gaziranih pića nego muškarci. Također, više su vrijednosti rezultata za „osjećanje slabosti“ u ženskoj populaciji. U istraživanju provedenom u Beču značajna razlika između žena i muškaraca uočena je u konzumaciji gaziranih i alkoholnih pića, gdje je, slično kao i u ovom istraživanju, vidljivo kako muškarci konzumiraju više gaziranih i alkoholnih pića nego žene (16). U istraživanju provedenom u SAD-u u kojem je sudjelovalo 400 ispitanika, 200 žena i 200 muškaraca, 13 % ispitanika izjavilo je kako su umor i slabost uzroci pojave epileptičnog napadaja (17). Iako je u našem istraživanju uzorak ispitanika manji u usporedbi s istraživanjima provedenim u Beču i SAD-u, možemo primijetiti kako su rezultati istraživanja podjednaki, odnosno kako isti čimbenici djeluju nepovoljno na bolesnike i uzrokuju pojavu epileptičnih napadaja.

Istraživanje je pokazalo kako osobe starije životne dobi redovitije uzimaju sva tri obroka dnevno te odlaze u isto vrijeme na spavanje. Isti bolesnici izbjegavaju rad na računalu duže od dva sata, izbjegavaju teže fizičke napore, češće se osjećaju slabo, imaju poteškoća s pamćenjem, bolest im ograničava radne mogućnosti i samostalnost. Isto tako, istraživanje je pokazalo kako starije osobe rijede konzumiraju gazirana pića i rijede se bave sportskim aktivnostima. Prema dobivenim rezultatima vidljivo je kako osobe starije životne dobi više

posvećuju pažnju zdravom načinu života i pridržavaju se zdravstvenih preporuka kako bi se smanjila učestalost epileptičnih napadaja. Jedan od razloga zasigurno je taj što starija populacija ima više iskustva s bolesti i ozbiljnije pristupa zdravstvenom problemu. Mlađa populacija ima drugačiji, brži životni stil. Izloženi su dužem boravku za računalom, večernjim izlascima, stoga i kraćem snu. Iako možda i znaju koji čimbenici nepovoljno utječu na pojavu napadaja, veliki utjecaj na stil njihova života i nepridržavanje zdravstvenih preporuka ima i društvo. U istraživanju provedenom u SAD-u, gdje je prosječna dob ispitanika 24,6 godina, 2 % ispitanika izjavilo je kako nisu zamijetili pojavu epileptičnih napadaja ukoliko ne uzimaju redovito obroke, dok je 98 % ispitanika odgovorilo potvrdno. Također, u istom istraživanju možemo primijetiti kako je nedostatak sna, kod 18 % ispitanika bio drugi čimbenik za pojavu epileptičnog napadaja u oba spola (17). U istraživanju provedenom u Brazilu gdje se ispitala kvaliteta života bolesnika oboljelih od epilepsije, sudjelovalo je 107 ispitanika, a prosječna dob ispitanika iznosila je 39,2 godine, uočeno je kako se samo 0,96 % ispitanika aktivno bavi sportom što je slično kao i u ovom istraživanju, s obzirom na sličnu starosnu dob ispitanika (18). U istraživanju koje su proveli Blake, Wroe, Breen i McCarthy, u kojem je sudjelovalo 37 pacijenata, prosječna dob ispitanika bila je 20,81 godina, uočeno je kako pacijenti imaju poteškoće s pamćenjem, tako je 14,3 % pacijenata izjavilo kako nema poteškoća, 38,1 % ima blage poteškoće s pamćenjem, 38,1 % ima umjerene poteškoće, a 9,5 % izjavilo je kako ima teške poteškoće s pamćenjem (19).

Istraživanje je pokazalo da dužina bolesti ograničava fizičke mogućnosti bolesnika, gdje je uočeno da bolesnici s dužim trajanjem bolesti redovito odlaze u isto vrijeme na spavanje, osjećaju se slabo, bolest im ograničava samostalnost i radne mogućnosti. Isti bolesnici što duže bolest traje, konzumiraju više od jedne kave dnevno. Istraživanje provedeno u SAD-u, gdje je prosječna duljina bolesti 13 godina prikazuje kako 2 % ispitanika epileptični napadaj dobije prilikom konzumiranja kofeinskih pripravaka (17). U literaturi možemo pronaći podatak kako je u starijoj dobi i pojava epileptičnih napadaja veća, jer su i oštećenja mozga brojnija (1). Iz ovoga podatka i iz dobivenih rezultata ovoga istraživanja možemo zaključiti kako duže trajanje bolesti iscrpljuje bolesnike, nemaju dovoljno energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti pa iz tog razloga i konzumiraju više kofeinskih pripravaka, čime se smanjuje osjećaj umora.

Pregledom literature utvrđeno je kako gubitak spavanja, učestalo kasno lijevanje ili općenito manjak spavanja mogu biti rizični čimbenici za pojavu epileptičnih napadaja. U istraživanju je prikazano kako tijekom noći najviše spavaju samci, a najmanje osobe koje žive

sa članom ili članovima obitelji, te ispitanici koji žive sami svakodnevno odlaze u isto vrijeme na spavanje, za razliku od ispitanika koji žive sa članovima obitelji. Možemo zaključiti kako pacijenti koji žive u obiteljskoj zajednici imaju više odgovornosti i obaveza nego pacijenti koji žive sami i zbog toga nemaju dovoljno vremena za san i odmor.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako osobe sa srednjom stručnom spremom najrijeđe konzumiraju sva tri obroka dnevno. U istraživanju provedenom u Beču vidljivo je kako zaposlene osobe konzumiraju manje obroka nego nezaposlene (16). Iz ovoga podatka možemo zaključiti kako zaposlene osobe često ne stignu konzumirati sva tri obroka dnevno, pa tako možemo pretpostaviti da je većina naših ispitanika sa srednjom stručnom spremom zaposlena i zbog toga ne konzumiraju sva tri obroka dnevno, kao što je navedeno i u istraživanju provedenom u Beču.

Uspoređujući čimbenike stila života prema učestalosti napadaja, nema statistički značajnih razlika. S obzirom na to da je mali broj ispitanika u ovom istraživanju, podjednake odgovore dali su ispitanici koji epileptični napadaj imaju u razmaku većem od jednog mjeseca, jednom mjesečno i jednom tjedno.

Rezultati ovoga istraživanja, kao i oni objavljeni u literaturi, pokazuju da ograničavanje aktivnosti svakodnevnog života ima negativan utjecaj na pojavu epileptičnih napadaja i narušava bolesnikovo zdravlje. Stoga je zadaća medicinske sestre poticati bolesnike obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti.

Razumijevanje nošenja s epilepsijom i njihovom samoprocjenom kvalitete života doprinijeti će boljoj procjeni potreba zdravstvenih intervencija, a time i učinkovitijoj skrbi. Medicinska sestra treba imati profesionalan, ali prije svega holistički pristup svakom pacijentu. Samim pristupom pridobit će pacijenta i njegovu obitelj za suradnju i to će olakšati svaki vid edukacije. Vrlo je važno individualizirati pristup, demonstrirati postupke i omogućiti što više pisanih materijala. Edukacija bolesnika s epilepsijom i njegove obitelji jedna je od mnogobrojnih intervencija koje provode medicinske sestre s ciljem postizanja što veće samostalnosti bolesnika i omogućavanja što bolje kvalitete života (8).

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenoga istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Životni stil bolesnika s epilepsijom u značajnoj mjeri obilježavaju sljedeći čimbenici koji utječu na bolest (triggeri): pozitivan stav prema redovitom uzimanju terapije i redovitom uzimanju obroka, a s druge strane izbjegavanje sportskih aktivnosti. Bolest vrlo malo utječe na sljedeća obilježja životnog stila bolesnika – na anksioznost bolesnika, izbjegavanje društvenih aktivnosti i izostanak s posla.
- Postoje spolne razlike u stilu života bolesnika s epilepsijom: konzumacija gaziranih pića značajno je veća kod muškaraca, a osjećaj slabosti značajno je prisutniji kod ispitanica ženskog spola.
- U starijoj životnoj dobi bolesnici se (statistički značajno) pridržavaju čimbenika u stilu života koji smanjuju okidanje napadaja: redovitije konzumiraju sva tri obroka, odlaze redovito u isto vrijeme na spavanje, izbjegavaju dugi rad na računalu (više od 2 sata), izbjegavaju teže fizičke napore, rijede konzumiraju gazirana pića i manje se bave sportskim aktivnostima.
- Starija populacija ispitanika ima češća ograničenja u stilu života: osjećaju se slabije, češće imaju poteškoća sa pamćenjem i bolest im češće ograničava radne mogućnosti i samostalnost.
- Ispitanici koji žive sami redovitije odlaze u isto vrijeme na spavanje i redovitije spavaju osam sati tijekom noći nego oni koji žive u obiteljskoj zajednici.
- Ispitanici sa srednjom stručnom spremom značajno manje konzumiraju sva tri obroka dnevno u odnosu na one s nižom i višom stručnom spremom.
- Dokazana je značajna pozitivna povezanost između duljine trajanja bolesti i sljedećih čimbenika stila života: konzumacije kave, redovitog odlaska u isto vrijeme na spavanje, osjećaja slabosti, ograničavanja radnih mogućnosti i ograničavanja samostalnosti.
- Nisu pronađene statistički značajne razlike u čimbenicima stila života u odnosu na učestalost napadaja u ispitanika.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj je istraživanja otkriti koji su oblici stila života promjenjeni u oboljelih od epilepsije te utvrditi povezanost stila života s učestalosti napadaja i dužinom bolovanja od epilepsije.

Nacrt studije: Istraživanje je provedeno kao presječno.

Ispitanici i metode: U istraživanju su sudjelovali bolesnici oboljeli od epilepsije koji se liječe kroz ambulantu Klinike za neurologiju, KBC Osijek. U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika. Kao instrument istraživanja koristio se anonimni upitnik strukturiran za ovo istraživanje. Prvi dio čine demografski podatci, drugi dio sadrži tvrdnje kojima se procjenjuju zdravstvene navike ispitanika. Odgovori su rangirani po Likertovoj skali od 1 do 5.

Rezultati: Statistički značajne razlike pronađene su u prikazu rezultata ankete prema spolu kod učestalosti konzumacije gaziranih pića, muškarci konzumiraju više gaziranih pića, a žene imaju više vrijednosti rezultata za osjećanje slabosti. U povezanosti dobi s rezultatima upitnika značajno je da se stariji bolesnici pridržavaju preporuka koje sprječavaju pojavu epileptičnih napadaja. Povezanost duljine trajanja bolesti i rezultata ankete pokazuje kako bolest iscrpljuje bolesnika i što duže bolest traje, bolesnik ima manje snage. Usporedba rezultata ankete prema načinu života prikazuje kako najviše spavaju samci, u odnosu na ispitanike koji žive sa članovima obitelji. Rezultati ankete prema obrazovanju prikazuju kako osobe sa srednjom stručnom spremom rjeđe konzumiraju sva tri obroka dnevno u odnosu na ispitanike sa nižom i višom stručnom spremom.

Zaključak: Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da ograničavanja aktivnosti svakodnevnog života imaju negativan utjecaj na bolesnikovo zdravlje. Potrebno je poticati bolesnike obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti.

Ključne riječi: epilepsija; životni stil; okidači

9. SUMMARY

Title: The impact of lifestyle on patients with epilepsy

Aim of the study: The aim of the study is to find out which forms of lifestyle have been changed in patients with epilepsy and to determine the association of lifestyle with the frequency of seizures and length of epilepsy.

A draft of the study: This research is a crosscutting research.

Participants and methods: The participants of this study are epilepsy patients that are treated in the medical neurology clinic in the Osijek CHC. Fifty patients have participated in the research. An anonymous questionnaire made especially for this research was used as an instrument of the research. First part consists of demographic data, second part contains claims that assess the health habits of the participants. Answers were ranked on Likert scale from 1 to 5.

Results: Statistically significant differences have been found in the review of the research results according to sex and the frequency of consumption of carbonated drinks. Men consume more carbonated drinks, whereas women more often have feeling of weakness. As far as the age of the participants and the results of the research goes, it is significant that older participants stick to recommendations that prevent the occurrence of epileptic fits. The correlation between the duration of the disease and the questionnaire results shows that disease exhausts the patient and the longer it lasts, the patient has less strength. The questionnaire results considering lifestyle of the patients show that single patients sleep more than the patients who live with other family members or in the homes. The results that consider education of the patients show that patients with secondary education infrequently consume all three meals a day, unlike the patients with college education, and skilled or unskilled workers who do.

Conclusion: The results of this research show that limitations of everyday life activities have a negative impact on the patient's health. It is necessary to encourage patients to carry out everyday life activities.

Key words: epilepsy, lifestyle, triggers

10. LITERATURA

1. Bielen I, i sur. Živjeti s epilepsijom. Pliva učilište; 2001.
2. Hills M. The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia*. 2007; 12(1): 10-12.
3. Hanneke M, Mula M, Sander J. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy and behavior* 12. 2008;540-6.
4. Barac B, i sur. *Neurologija*. Zagreb: Naprijed; 1992.
5. Hajnšek S. Epilepsije: Klasifikacija i klinička slika. *Neurologia Croatica*. 2010;59:5-23.
6. Butković-Soldo S, Bašić S, i sur. Epilepsija i ostali poremećaji svijesti. Medicinski fakultet Osijek; 2013.
7. Poeck K. *Neurologija*. Zagreb: Školska knjiga; 1994.
8. Keserović S, Čović I, Špehar B. Zdravstvena njega kod bolesnika s epilepsijom. *Sestrinski glasnik*. 2014;19:141-6.
9. Smithons H, Walker M. *ABC of epilepsy*. Wiley-Blackwel; 2012.
10. Shorvon SD. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52:1052-7.
11. Butković-Soldo S. *Neurorehabilitacijska i restauracijska neurologija*. Medicinski fakultet u Osijeku; 2013.
12. Cvitanović-Šojat Lj, i sur. Pretrage kod postavljanja dijagnoze epilepsije. *Pediatr Croat*. 2012;56(1):170-5. Poeck K. *Neurologija*. Zagreb: Školska knjiga; 1994.
13. Butković-Soldo S, Titlić M. *Neurologija*. Medicinski fakultet u Osijeku; 2012.
14. Marshal F. *Epilepsy: Your natural way to complementary therapies, alternative techniques and conventional treatments*. London: Collins& Brown; 2015.
15. Šepić-Grahovac D. Nesmanjena kvaliteta života. *Narodni zdravstveni list*. 2000;482-483:19-20.
16. Spatt J, Langbauer G, Mamoli B. Subjective perception of seizure precipitants: results of a questionnaire study. *Seizure*. 1998;7:391-5.
17. Frucht MM, Quigg M, Schwander C, Fountain NB. Distribution of seizure precipitants among epilepsy syndromes. *Epilepsia*. 2000;41(12):1534-9.
18. Nickel R, Silvado CE, Germiniani FMB, de Paola L, da Silvera NL, Cassiano R, i sur. Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70:140-4.

19. Blake RV, Wroe SJ, Breen EK, McCarthy RA. Accelerated forgetting in patients with epilepsy: Evidence for an impairment in memory consolidation. *Brain*. 2000;123:472-48

11. ŽIVOTOPIS

Opći podatci:

Ime i prezime: Lucija Filipović

Datum i mjesto rođenja: 26. prosinca 1994., Osijek

Adresa: Kralja Tomislava 40, 31404, Vladislavci

e-mail: lucija.filipovic.994@gmail.com

Obrazovanje:

2014. – 2017. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2009. – 2013. Medicinska škola Osijek, smjer medicinska sestra/ tehničar

2001. – 2009. Osnovna škola Mate Lovraka, Vladislavci