

Poremećaj pažnje u studenata sestrinstva

Baždar, Ivana

Master's thesis / Diplomski 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:152:302868>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-04-23**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Ivana Baždar

POREMEĆAJ PAŽNJE U STUDENATA
SESTRINSTVA

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Ivana Baždar

POREMEĆAJ PAŽNJE U STUDENATA
SESTRINSTVA

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet
Osijek

Mentor rada: izv. prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić

Rad ima 29 stranica, 19 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici izv. prof. prim. dr. sc. Dunji Degmečić koja me pratila tijekom cijeloga procesa nastajanja ovoga diplomskog rada te me svojim znanjem i savjetima usmjeravala sve do njegova završetka.

Želim zahvaliti prijateljici Ani Budrovac koja mi je odgovorila na sva pitanja i nejasnoće vezane uz pisanje rada te svojoj obitelji, dečku i prijateljima na strpljenju i podršci koju su mi pružali.

Od srca hvala.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Poremećaj pomanjkanja pažnje	1
1.2. Dijagnostički kriteriji za ADHD.....	2
1.3. Etiologija	3
1.4. Klinička slika.....	5
1.5. Liječenje	6
1.5.1. Psihosocijalne intervencije.....	6
1.5.2. Farmakoterapija.....	6
1.5.3. Alternativne vrste terapije	7
1.6. Nastavak obrazovanja, studij.....	7
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	8
3. ISPITANICI I METODE.....	9
3.1. Ustroj studije.....	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode	9
3.4. Statističke metode.....	10
4. REZULTATI.....	11
5. RASPRAVA	19
6. ZAKLJUČCI.....	22
7. SAŽETAK	23
8. SUMARRY	24
9. LITERATURA	25
10. ŽIVOTOPIS	28
11. PRILOZI.....	29

1. UVOD

1.1. Poremećaj pomanjkanja pažnje

U današnjem društvu većina populacije donekle je upoznata s pojmom poremećaja pomanjkanja pažnje (*engl. Attention Deficit Disorder, ADD*). Poremećaj pažnje s, odnosno bez hiperaktivnosti, jedan je od najčešćih poremećaja današnjice u djetinjstvu i može se nastaviti do zrele dobi. Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne bolesti (*engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*) utvrđene su dvije vrste ADD-a: ADD s hiperaktivnošću i ADD bez hiperaktivnosti. Oba su tipa uključivala ADD ili teškoću pažnje, ali djeca koja su imala ADD s hiperaktivnošću bila su prekomjerno aktivna, impulzivna i nametljiva. Obično je bila riječ o dječacima. Djeca s ADD-om bez hiperaktivnosti također su imala teškoće s održavanjem pažnje, ali nisu ispoljavala problematično ponašanje. U slučaju ovog tipa najčešće se radilo o djevojčicama. U DSM-III također je prepoznato da djeca s ADD-om često odrastaju u odrasle ljude s ADD-om (1).

Navedeni poremećaj nije fenomen suvremenoga doba. Još prije 2500 godina Hipokrat opisuje stanje koje je nalik na današnji pojam ADHD-a. Znanstveni opisi hiperaktivnoga ponašanja pojavili su se tek 1902. godine, a navodi ih engleski pedijatar George Still (2, 3) donoseći podatak kako je četrdeset i troje impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem. Danas bi se ta djeca dijagnosticirala kao djeca s hiperaktivnim poremećajem. U pedesetim godinama prošloga stoljeća pojavljuje se pojam MCD-a, odnosno minimalne cerebralne disfunkcije koji prethodi današnjem konceptu ADHD-a. Osamdesetih godina 20. stoljeća prvi se put spominje ADD u DSM-III. klasifikaciji. Poboljšanjem dijagnostičkih kriterija 1994. godine u sklopu DSM IV definirani su kriteriji prema kojima danas postavljamo dijagnozu ADHD-a (3). Otad je publicirano više tisuća znanstvenih radova koji su se bavili prirodom poremećaja, etiologijom, liječenjem (4).

Prevalencija značajno varira, a kreće se u rasponu od 1 % do 39 %, ovisno o primijenjenim testovima i kriterijima definiranja ADHD-a (5). Ovaj je poremećaj dva do četiri puta češći u muške djece, a javlja se u pravilu do sedme godine života. Neprepoznavanje bolesti te izostanak odgovarajućeg liječenja mogu voditi prema ozbiljnim dugoročnim posljedicama za razvoj djeteta kako u smislu problema u akademskom napredovanju,

poteškoća u socijalnom funkcioniranju tako i u smislu povećanoga rizika od ozljeda i povećane sklonosti za ovisnostima (6, 7, 8).

1.2. Dijagnostički kriteriji za ADHD

S obzirom na poboljšanje dijagnostičkih kriterija za ADHD, prema DSM IV, ne bi li se potvrdilo da pojedinac ima poremećaj, mora biti zadovoljeno nekoliko kriterija. Kod osobe mora biti prisutan uzorak nepažljivosti i/ili hiperaktivnosti - impulzivnosti koji se uklapa u iduće kriterije:

- ponašanje traje najmanje šest mjeseci
- simptomi su prisutni (ne nužno dijagnosticirani) prije sedme godine života
- smetnje se pojavljuju u dvama ili više okruženjima, npr. škola (posao), kod kuće i u društvenim situacijama
- nepažljivost i/ili hiperaktivnost - impulzivnost krajnje su izrazite u odnosu na dob
- uzorak ponašanja mora ometati sposobnosti funkcioniranja pojedinca.

DSM IV postavlja dva popisa od kojih se svaki sastoji po devet simptoma. Prvi uključuje pojavnost nepažljivosti:

- a) često ne uspijeva obraćati posebnu pozornost na detalje ili čini nemarne pogreške
- b) često ima teškoću u održavanju pažnje tijekom rada ili igre
- c) često ne sluša kada mu se izravno obraćaju
- d) često ne uspijeva dovršiti školsku zadaću, kućne poslove ili poslovne obaveze
- e) često ima teškoće u organiziranju aktivnosti
- f) često izbjegava zadatke koji zahtijevaju ustrajan mentalni napor
- g) često gubi stvari
- h) često mu je jednostavno odvratiti pažnju vanjskim stimulansima
- i) često zaboravlja.

Drugi popis simptoma uključuje obilježja hiperaktivnosti (prvih šest) i obilježja impulzivnosti (zadnja tri).

Obilježja hiperaktivnosti:

- a) često se vrpolti na mjestu ili poigrava rukama/nogama

- b) često napušta svoje mjesto kada se očekuje mirno sjedenje
- c) često trči ili se kreće u situacijama kada je to neprimjereno (kod odraslih se to manifestira kao osjećaj nemira)
- d) često mu se teško igrati u tišini odnosno ne može se odmarati u miru
- e) često se ponaša „kao da ga pokreće motor“
- f) često je pretjerano govorljiv.

Obilježja impulzivnosti:

- a) često odgovara prije nego je pitanje dokraja postavljeno
- b) često mu je teško čekati u redu
- c) često prekida i upada u riječ.

Ukoliko se utvrdi da se na ispitanu osobu odnosi šest ili više tvrdnji s obaju popisa, može se postaviti dijagnoza poremećaja pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, kombinirani tip, šifra F90.2. No, potvrdi li se da se na ispitanu osobu odnosi šest ili više tvrdnji s popisa nepažljivosti, smatra se da osoba ima poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti, pretežno nepažljiv tip, šifra F90.0, a ukoliko se potvrdno uoči šest ili više tvrdnji s popisa hiperaktivnosti i impulzivnosti, zaključuje se da osoba ima poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnost, pretežno hiperaktivno-impulzivni tip, šifra F90.1. (9).

1.3. Etiologija

Provedene su mnoge studije ne bi li se pronašao uzrok nastanka ADHD-a, no još nema potpuno sigurnih podataka o njegovom nastanku. Pretpostavka je da je tu riječ o više različitih čimbenika.

Istraživanjima u genetici proučavane su obitelji, blizanci i posvojena djeca te je potvrđeno da poneki geni u kombinaciji s drugim rizičnim čimbenicima imaju ulogu u razvoju ADHD-a (10, 11). Uzimajući u obzir neurobiološka istraživanja kojima se može pretpostaviti da neurotransmiteri, odnosno genski produkti, imaju ulogu u patogenezi navedenoga poremećaja, smatra se da je dopaminergički sustav vrlo važan u nastanku ADHD-a (12, 13). Zahvaćene su strukture mali mozak, bazalni ganglij i prefrontalni korteks. Prefrontalni korteks područje je u mozgu koji upravlja planiranjem, rasuđivanjem, razumijevanjem, memorijom i govornim vještinama, odnosno regulira pozornost i odvaja bitno od nebitnoga. Iz

prefrontalnoga korteksa živčani impulsi projiciraju se na niže razine u bazalne ganglije i mali mozak (14). Asocijativni putovi prefrontalnoga korteksa projiciraju se u mali mozak te se vraćaju u asocijativne regije kore mozga preko projekcija dentatusa i talamusa. Provedene studije na djeci s ADHD-om u Kini zabilježile su prefrontalne kortikalne regije bogate dopaminom te se smatraju odgovornima za navedeni poremećaj (15, 16).

Pod neurotransmitterskim sustavima odgovornima za poremećaj smatraju se dopaminergički sustav i noradrenergički sustav. Dopaminergički sustav pretežno se nalazi u bazalnim ganglijima te je njegova glavna uloga u motivacijskim procesima. Djeluje preko D1 (D1 i D5) skupine i D2 (D2, D3, D4) skupine. Najčešće je istraživani D4 receptor (DRD4) koji u tri četvrtine provedenih istraživanja daje pozitivne rezultate (17). Malim mozgom upravlja noradrenalin koji poboljšava radnu memoriju i regulira budnost i raspoloženje. U istraživanju provedenom na životinjama, dokazano je da nedostatkom enzima potrebnoga za sintezu noradrenalina dolazi do pojave simptoma ADHD-a (18, 19).

U jednom od novijih istraživanja koje se bavilo pitanjem povezanosti anatomije mozga s ADHD-om dokazano je da je dijagnoza kod odraslih i posebice u djetinjstvu povezana s mikro i makrostrukturnim promjenama u mozgu te navode audio-vizualne, motivacijske i emocionalne poremećaje povezane s ADHD-om kod mladih osoba (20).

Nadalje, osim genetike i anatomije mozga, znanstvenici istražuju i moguću povezanost ponekih čimbenika poput cigareta, niske porođajne težine i prehrane. U istraživanjima provedenima na skupini gdje su majke pušile za vrijeme trudnoće dobiveni rezultati govore o povezanosti pušenja majki s pojavom ADHD-a i antisocijalnih ponašanja poput delikvencije i kriminaliteta u djece (21, 22). Zatim, niska porođajna težina također je označena kao mogući uzročnik pojave spomenutoga poremećaja te znanstvenici koji su istraživali tu pojavu tvrde da je kod djece rođene prije termina (< 26 tjedana) zabilježena četiri puta veća sklonost ADHD-u, posebice nepažljiv tip (23).

Osim toga, u istraživanju iz 2005. godine proučavan je nutritivni deficit i nedostatak cinka u djece s ADHD-om te je dobivena pozitivna korelacija između navedenih mogućih čimbenika i jačine simptoma ADHD-a (24).

1.4. Klinička slika

U kliničkoj slici ADHD-a prevladavaju simptomi poremećaja pažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti. Osobe s navedenim poremećajem ne pokazuju ista ponašanja te im pažnja oscilira tijekom dana i najčešće je bolja ujutro, a postoje i varijacije u danima.

Kada je riječ o djeci, simptomi se mogu pojaviti od treće godine, a prisutna su ponašanja poput stalnoga trčanja, hodanja, vrpoljenja, ometanja i okretanja što se nastavlja i u starijem uzrastu kada djeca krenu u školu. Tada se primjećuje da dijete ne može svladati školsko gradivo iako je normalnoga intelektualnog razvoja što se očituje izbjegavanjem zadataka koji zahtijevaju duži mentalni napor, čestim postavljanjem pitanja, dezorganiziranošću, gubljenjem pribora, nedovršavanjem domaće zadaće, itd. Pojavljuju se i problemi sa spavanjem u kojima se dijete vrlo rano budi, često se budi tijekom noći, uglavnom kratko spava što rezultira iscrpljenošću djeteta. Nadalje, u ovom poremećaju se nerijetko nailazi na emocionalnu nestabilnost te dijete često plače, okrivljuje druge za vlastite nedaće, ne tolerira kritiku i vrlo je svadljivo. Ulaskom djeteta u adolescenciju simptomi poremećaja pažnje ne nestaju već ovise o situacijama i manifestiraju se najčešće u području samokontrole i motivacije.

U kontekstu navedenoga, ADHD može imati veliki utjecaj na pojavu problematičnoga ponašanja među mladima. Stoga, u istraživanju iz 2016. godine dobiveni su rezultati koji pokazuju da osobe kod kojih prevladavaju obilježja hiperaktivnosti imaju veću sklonost konzumiranja alkohola i kod muških i kod ženskih osoba dok se konzumiranje marihuane više ističe kod muške populacije. Sklonost prema konzumaciji marihuane javlja se također kod muškaraca kod kojih prevladavaju obilježja impulzivnosti. Nasuprot tome, dobiveni rezultati upućuju na to da je zabilježena veća sklonost alkoholu i marihuani kod "nepažljivoga tipa" i to isključivo kod žena (25).

Postoje istraživanja koja kroz svoje dokaze upozoravaju na ADHD kao nimalo bezazlen poremećaj pa se tako došlo do saznanja da se osobe sa simptomima poremećaja vrlo često susreću s pretjeranom dnevnom pospanošću (26) što može biti vrlo opasno. U tu svrhu provedeno je istraživanje među vozačima s ADHD-om te je dokazano kako oni imaju veći broj prometnih nesreća i češće osjećaju pospanost za vrijeme vožnje nego ostali vozači (27).

1.5. Liječenje

Iako trenutno lijek za potpuno izlječenje ADHD-a ne postoji, postoje dvije glavne mogućnosti koje se međusobno nadopunjuju. Riječ je o farmakološkoj terapiji i psihosocijalnome pristupu kojima se simptomi uspijevaju kontrolirati.

Prvi i najvažniji korak pravilno je i na vrijeme otkrivanje problema. Vrlo je važno uključiti pacijenta i njegove bližnje u edukaciju o poremećaju kako bi mogli u suradnji sa stručnjacima doći do najboljega ishoda u liječenju. S obzirom na predrasude i etičke dvojbe, kada se radi o primjeni farmakoterapije, prednost se daje psihosocijalnome pristupu, a nerijetko se pribjegava i kombinaciji obaju pristupa.

1.5.1. Psihosocijalne intervencije

Psihosocijalne intervencije usmjerene su na detaljnu procjenu osobe s ADHD-om pri čemu se pozornost obraća na ponašanje koje se pojavljuje, uvijete u kojima se pojavljuje i okolinu koja osobu okružuje. Tu ubrajamo bihevioralnu terapiju - intervenciju usmjerenu na promjenu ponašanja, odnosno identifikaciju i razdvajanje poželjnih i nepoželjnih ponašanja te poticanje na ona prihvatljiva. Nadalje, kognitivno - bihevioralna terapija primjenjuje strategije rješavanja problema i samoopažanje. Navedena terapija se provodi postupno, strpljivo tijekom određenoga broja tretmana i kroz obuku prolaze i osoba s ADHD-om i obitelj ili netko bližnji kako bi surađivali i doprinijeli brzome i učinkovitome napretku.

1.5.2. Farmakoterapija

Farmakološke intervencije odnose se na liječenje ADHD-a pomoću lijekova, pod nadzorom liječnika, odnosno dječjega psihijatra ili neuropedijatra. Najčešće se primjenjuju stimulansi središnjega živčanog sustava (npr. *Metilfenidat*, *Amfetamin*) (28). Učinkovitost navedenih lijekova potvrđena je u smanjivanju simptoma hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje, no privremena je i kratkotrajna. U primjeni su lijekovi koji ne stimuliraju središnji živčani sustav, primjerice kao što su *Atomoksetin*, *Guanfacin*, *Klonidin*. Kod osoba kod kojih ne pomažu stimulansi, pokušava se primijeniti postupak s antidepresivima (npr. *Bupropion*, *Venlafaksin*, *Reboksetin*, *Desipramin*, *Imipramin*) ili antipsihoticima (npr. *Risperidon*, *Aripirazol*, *Karbamazepin*).

1.5.3. Alternativne vrste terapije

Postoje i razne dodatne, alternativne vrste terapija kojima se nastoji smanjiti simptome poremećaja, npr. *terapija dijetom* (ograničenje konzumacije određenih masnih kiselina, određenih vitamina, salicilata, aditiva i umjetnih boja), *homeopatska terapija*, „*Tijelo i um*“ *terapija* koja se odnosi na tjelesnu aktivnost, odnosno tjelovježbu i mnoge druge.

1.6. Nastavak obrazovanja, studij

Kao što je već spomenuto, ADHD je poremećaj koji se pojavljuje u cijelom svijetu, u rasponu od djetinjstva do odrasle dobi. Na tom putu odrastanja osoba s ADHD-om često nailazi na mnoštvo prepreka, a ponajviše u školskome okruženju što može rezultirati osjećajem manje vrijednosti, osjećajem nemoći i nerazumijevanja, negativizmom ili čak agresijom.

Sve se više mladih ljudi odlučuje nastaviti školovanje te se ovaj poremećaj proteže i kroz studentsko doba. U istraživanju provedenom 2013. godine dobiveni rezultati govore o nizu štetnih ishoda s kojima se susreću studenti s ADHD-om kao što su niže ocijene, viša stopa odustajanja, rjeđe dugoročno zaposlenje i slabije financijske perspektive (29). Nadalje, mladi s ADHD-om često se susreću s poteškoćama u spavanju (buđenje i osjećaj nemira tijekom noći, teže usnivanje, rano buđenje) što može ostaviti posljedice na obavljanje aktivnosti tijekom dana i izvršenja studentskih obaveza (npr. predavanja).

Nadovezujući se na navedeno, na predavanjima je iznimno važna tzv. radna memorija. Radna memorija ima sposobnost istovremenoga pohranjivanja i manipuliranja informacijama (30). U jednome istraživanju znanstvenici su ispitivali kako odrasli s ADHD-om reagiraju na interferirajuće podražaje okoline u eksperimentalnim okolnostima te su pokazali da interferirajući podražaji poput buke, pokreta, istovremene aktivnosti ometaju radnu memoriju kod svih pojedinaca s ADHD-om s obzirom na njihovu ograničenu pažnju (31).

Premda su predavanja najčešće koncipirana za velike skupine studenata, može se pretpostaviti koliko se navedenih ometajućih čimbenika pojavljuje i u kojoj mjeri ometaju pažnju osoba s ADHD-om.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj je istraživanja ispitati pojavnost poremećaja pažnje u studenata sestrinstva.

Specifični su ciljevi usmjereni na sljedeća pitanja:

- Postoji li razlika u pojavnosti poremećaja pažnje kod studenata s obzirom na dob?
- Postoji li razlika u pojavnosti poremećaja pažnje kod studenata s obzirom na spol?
- Postoji li razlika u pojavnosti poremećaja pažnje kod studenata s obzirom na godinu obrazovanja?

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija (32).

3.2. Ispitanici

Ispitanici su studenti prve, druge i treće godine Sveučilišnoga preddiplomskog te prve i druge godine Sveučilišnoga diplomskog studija Sestrinstva Medicinskoga fakulteta u Osijeku.

Broj je ispitanika na preddiplomskome studiju sestrinstva koji imaju status redovnoga studenta 130, a onih sa statusom izvanrednoga studenta je 36. Dakle, ukupno ih je 166. S druge strane, broj je ispitanika na diplomskome studiju sestrinstva koji imaju status redovnog studenta 60, a status izvanrednoga studenta ima njih 21 što ukupno iznosi 81 broj ispitanih osoba.

Istraživanje je provedeno u mjesecu travnju i svibnju 2017. godine na Medicinskom fakultetu u Osijeku.

3.3. Metode

U istraživanju je kao instrument ispitivanja korišten anonimni samoocjenski *ADHD upitnik za odrasle – Lista simptoma* (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS-v1.1 Symptom Checklist Instructions) za identifikaciju poremećaja pažnje. Upitnik se sastoji od općih socio-demografskih podataka, tj. spola, dobi, godine studija, bračnog statusa, dosadašnjega akademskog uspjeha, tjelesnih i psihičkih bolesti, obiteljske anamneze (tjelesne i psihičke bolesti), tj. ukupno deset pitanja.

Samoocjenski upitnik za identifikaciju poremećaja sastoji se od osamnaest pitanja s pet ponuđenih odgovora poput *nikada (1), rijetko (2), ponekad (3), često (4), vrlo često (5)* na tzv. *Likert skali* te ispitanici odgovaraju na pitanja vezana uz njihove osjećaje i ponašanja u posljednjih šest mjeseci.

Navedena pitanja podijeljena su u dva dijela. "A" dio sastoji se od šest pitanja koja su osnova ASRS v1.1 upitnika te "B" dio koji sadrži preostalih dvanaest pitanja.

U upitniku su određeni kvadratići tamnije obojeni (odgovori *često* i *vrlo često* u cijelosti, a odgovor *ponekad* mjestimično) te oni ulaze u zbroj za krajnji rezultat. Ukoliko su u "A" dijelu ankete četiri i više odgovora zabilježeni u tamnije obojenim kvadratićima, pacijent ima simptome koji odgovaraju ADHD-u i daljnje istraživanje je opravdano, a ostalih dvanaest pitanja iz "B" dijela služe kao nadopuna kompletnoj slici poremećaja.

3.4. Statističke metode

Kategorijski su podaci deskriptivno prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija. Numerički, ovisno o razdiobi aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, ukoliko je riječ o normalnoj razdiobi, a u protivnom medijanom i interkvartilnim rasponom.

Razlike među kategorijskim podacima ispitane su pomoću Fisherova egzaktnog i χ^2 testa. Razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$.

Podaci su računalno analizirani pomoću računalnoga programa R (www.r-project.org).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 209 ispitanika, oba spola, od čega 31 (14,83 %) muškaraca i 178 (85,17 %) žene (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema spolu

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Spol	Muški	31 (14,83)
	Ženski	178 (85,17)
	Ukupno	209 (100)

S obzirom na dob, najveći broj studenata je u dobi od 21 do 30 godina, njih 135 (64,59 %) (Tablica 2).

Tablica 2. Ispitanici prema dobi

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Dob	18-20	31 (14,83)
	21-30	135 (64,59)
	31-40	26 (12,44)
	41-50	14 (6,07)
	51+	3 (1,44)
	Ukupno	209 (100)

Nešto je više ispitanika s 3. godine preddiplomskog studija u odnosu prema ostalim godinama, njih 56 (26,79 %) (Tablica 3).

Tablica 3. Ispitanici prema godini studija

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Godina studija	1. godina preddiplomskog studija	24 (11,48)
	2. godina preddiplomskog studija	51 (24,04)
	3. godina preddiplomskog studija	56 (26,79)
	1. godina diplomskog studija	29 (13,88)
	2. godina diplomskog studija	49 (23,44)
	Ukupno	209 (100)

Prema statusu studenta (načinu studiranja) većina studenata ima status redovnog studenta, 170 (81,34 %) (Tablica 4).

Tablica 4. Ispitanici prema statusu studenta

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Status studenta	Redovni	170 (81,34)
	Izvanredni	39 (18,66)
	Ukupno	209 (100)

S obzirom na bračni status, većina ispitanika je u vezi, njih 103 (49,28 %), a rastavljenih svega 2 (0,96 %) (Tablica 5).

Tablica 5. Ispitanici s obzirom na bračni status

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Bračni status	Slobodan	68 (32,54)
	U vezi	103 (49,28)
	U braku	36 (17,22)
	Rastavljen	2 (0,96)
	Ukupno	209 (100)

Prema dosadašnjem akademskom uspjehu vrlo dobrih učenika je najviše, 152 (72,73) (Tablica 6).

Tablica 6. Ispitanici s obzirom na akademski uspjeh

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika
Akademski uspjeh	Dobar	20 (9,57)
	Vrlo dobar	152 (72,73)
	Odličan	37 (17,07)
	Ukupno	209 (100)

Najveći broj studenata ne boluje od tjelesnih bolesti, njih 198 (94,74 %), a svih 209 (100 %) izjavilo je da ne boluju od mentalnih bolesti (Tablica 7).

Tablica 7. Prikaz učestalosti tjelesnih i mentalnih bolesti kod ispitanika

Učestalost tjelesnih i mentalnih bolesti		Broj (%) ispitanika
Tjelesne bolesti	Ne	198 (94,74)
	Da	11 (5,26)
	Ukupno	209 (100)
Mentalne bolesti	Ne	209 (100)
	Da	0 (0)
	Ukupno	209 (100)

Nadalje, u obiteljskoj anamnezi tjelesne bolesti pojavljuju se kod 45 (21,53 %) studenata, a mentalne bolesti među članovima obitelji prisutne su kod 18 (8,61 %) studenata (Tablica 8).

Tablica 8. Prikaz učestalosti tjelesnih i mentalnih bolesti u obiteljskoj anamnezi ispitanika

Učestalost tjelesnih i mentalnih bolesti u obitelji		Broj (%) ispitanika
Tjelesne bolesti u obitelji	Ne	164 (78,47)
	Da	45 (21,53)
	Ukupno	209 (100)
Mentalne bolesti u obitelji	Ne	191 (91,39)
	Da	18 (8,61)
	Ukupno	209 (100)

U tablici 9. prikazani su rezultati vrijednosti odgovora pojedinačnih pitanja u „A“ dijelu upitnika, najveći broj studenata odgovorio je potvrdno na pitanje *Koliko često se meškoltite/ vrpoltite kada trebate dugo sjediti.*

Tablica 9. Rezultati vrijednosti odgovora pojedinačnih pitanja u „A“ dijelu

Pitanja		Aritmetička sr. (std. dev.)*
Dio A	1. Koliko često imate poteškoća pri završavanju zadatka nakon što ste završili sa zahtjevnim/ izazovnim dijelovima?	1,3 (0,83)
	2. Koliko često imate poteškoća u organiziranju vlastitih zadataka?	1,34 (0,88)
	3. Koliko često imate poteškoća sjetiti se dogovorenog sastanka i/ili obveze?	0,93 (0,86)
	4. Kada imate zadatak koji podrazumijeva puno razmišljanja, koliko često izbjegavate ili odgađate započinjanje njegova rješavanja?	1,56 (0,93)
	5. Koliko često se meškoltite/ vrpoltite kada trebate dugo sjediti?	2,11 (1,03)
	6. Koliko često se osjećate pretjerano aktivni i primorani izvršiti nešto?	1,99 (0,94)

*Aritmetička sredina i standardna devijacija

U tablici 10. prikazani su rezultati vrijednosti odgovora pojedinačnih pitanja u „B“ dijelu upitnika, najmanje studenata potvrdno je odgovorilo na pitanje *Koliko često napuštate Vaše mjesto na sastancima/predavanjima, za vrijeme kojih se očekuje da sjedite na mjestu.*

Tablica 10. Rezultati vrijednosti odgovora pojedinačnih pitanja u „B“ dijelu

Pitanja		Aritmetička sr. (std. dev.)*
Dio B	7. Koliko često radite nepromišljene greške kada morate raditi na dosadnom ili teškom zadatku?	1,48 (0,79)
	8. Koliko često imate poteškoća u održavanju pažnje kada radite dosadne ili ponavljajuće zadatke/ poslove?	1,93 (0,89)
	9. Koliko često imate poteškoće u održavanju pažnje dok Vam netko govori, čak i onda kada govori izravno Vama?	1,22 (0,89)
	10. Koliko često gubite ili imate poteškoća u pronalaženju Vaših stvari kod kuće ili na poslu?	1,43 (0,94)
	11. Koliko često Vam pažnju odvlače aktivnost ili buka u Vašoj okolini?	1,65 (0,9)
	12. Koliko često napuštate Vaše mjesto na sastancima/predavanjima, za vrijeme kojih se očekuje da sjedite na mjestu?	0,91 (0,91)
	13. Koliko često se osjećate nemirni ili uzvrpoljeni?	1,53 (0,84)
	14. Koliko često Vam je teško opustiti se kada imate vremena za sebe?	1,35 (1,14)
	15. Koliko često primjećujete da previše pričate dok ste u društvu?	1,54 (1,02)
	16. Koliko često, tijekom razgovora, primjećujete da dovršavate rečenice ljudi s kojima razgovarate, prije nego ih oni sami imaju priliku dovršiti?	1,37 (0,95)
	17. Koliko često imate poteškoća čekajući da dođete na red u situacijama kada je to potrebno?	1,5 (0,94)
	18. Koliko često prekidate/ometate druge dok su zauzeti?	1,11 (0,87)

*Aritmetička sredina i standardna devijacija

Tablica 11. sadrži prikaze najznačajnijih vrijednosti pozitivnih odgovora za ispitanike. Statistički značajno je manje ispitanika s vjerojatnim ADHD-om ($p < 0,001$), koji su u dijelu A imali više od četiri od šest pozitivnih odgovora. Prevalencija iznosi 17,22 % s 95 %-tnim intervalom pouzdanosti od 12,36 % do 23,04 %. Prema udjelu značajnih odgovora, medijan vrijednosti za sve ispitanike je iznosio 17 %.

Tablica 11. Prikaz najznačajnijih vrijednosti pozitivnih odgovora

Odgovori		Broj (%) ispitanika	95% C.I.†	p*
ADHD	Ne	173 (82,78)		< 0,001
	Vjerojatno	36 (17,22)	12,36-23,04	
Udio pozitivnih odgovora†† 0,17 (0-0,5)				

* χ^2 test, †interval pouzdanosti, ††medijan i interkvartilni raspon

U tablici 12. se nalazi prikaz povezanosti ispitanika sa ADHD-om (s više od četiri značajna odgovora) prema spolu. Pronađena je statistički značajna razlika ($p = 0,002$) te je vidljivo kako je značajno više ženskih studenata imalo više od četiri odgovora u „A“ dijelu u odnosu na muške studente.

Tablica 12. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema spolu

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Spol	Muški	19 (10,98)	12 (33,33)	0,002
	Ženski	154 (89,02)	24 (66,67)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U tablici 13. se nalazi prikaz povezanosti ispitanika sa ADHD-om (s više od četiri značajna odgovora) prema dobi. Nema značajne razlike u učestalosti odgovora u „A“ dijelu ($p = 0,552$) prema dobi ispitanika.

Tablica 13. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema dobi

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Dob	18-20	25 (14,45)	6 (16,67)	0,552
	21-30	113 (65,32)	22 (61,11)	
	31-40	20 (11,56)	6 (16,67)	
	41-50	13 (7,51)	1 (2,78)	
	50+	2 (1,16)	1 (2,78)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U tablici 14. se nalazi prikaz povezanosti ispitanika sa ADHD-om (s više od četiri značajna odgovora) prema godini studija. Nema značajne razlike u učestalosti odgovora u „A“ dijelu ($p = 0,245$) prema godini studija ispitanika.

Tablica 14. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema godini studija

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Godina studija	1. godina preddiplomskog studija	19 (10,98)	5 (13,89)	0,245
	2. godina preddiplomskog studija	41 (23,07)	10 (27,78)	
	3. godina preddiplomskog studija	51 (29,48)	5 (13,89)	
	1. godina diplomskog studija	25 (14,45)	4 (11,11)	
	2. godina diplomskog studija	37 (21,39)	12 (33,33)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzakti test

U tablici 15. se nalazi prikaz povezanosti ispitanika sa ADHD-om (s više od četiri značajna odgovora) prema statusu studenta. Nema značajne razlike u učestalosti odgovora u „A“ dijelu ($p = 0,402$) prema statusu studenta (načinu studiranja) ispitanika.

Tablica 15. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema statusu studenta

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Status studenta	Redovni	143 (82,66)	27 (75)	0,402
	Izvanredni	30 (17,34)	9 (25)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzakti test

U tablici 16. se nalazi prikaz povezanosti ispitanika sa ADHD-om (s više od četiri značajna odgovora) prema bračnom statusu. Nema značajne razlike u učestalosti odgovora u „A“ dijelu ($p > 0,999$) prema bračnom statusu ispitanika.

Tablica 16. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema bračnom statusu

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Bračni status	Slobodan	56 (32,37)	12 (33,33)	> 0,999
	U vezi	85 (49,13)	18 (50)	
	U braku	30 (17,34)	6 (16,67)	
	Rastavljen/a	2 (1,16)	0 (0)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzakti test

Značajna razlika pronađena je i u učestalosti odgovora u „A“ dijelu prema akademskom uspjehu ($p = 0,001$). Vidljivo je kako značajno veći udio studenata s dobrim uspjehom ima više od četiri odgovora u „A“ dijelu. Recipročno tome, studenti s odličnim uspjehom imaju najčešće manje od četiri odgovora u „A“ dijelu (Tablica 17.)

Tablica 17. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema akademskom uspjehu

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Akademski uspjeh	Dobar	12 (6,94)	8 (22,22)	0,001
	Vrlo dobar	125 (72,25)	27 (75)	
	Odličan	36 (20,81)	1 (2,78)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 18. sadrži prikaze učestalosti ispitanika s više od četiri značajna odgovora prema tjelesnim i mentalnim bolestima u osobnoj anamnezi. Nema značajne razlike u učestalosti odgovora u „A“ dijelu upitnika prema tjelesnim i mentalnim bolestima ispitanika.

Tablica 18. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema tjelesnim i mentalnim bolestima

Učestalost tjelesnih i mentalnih bolesti		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Tjelesne bolesti	Ne	166 (95,95)	32 (88,89)	0,099
	Da	7 (4,05)	4 (11,11)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	
Mentalne bolesti	Ne	173 (100)	36 (100)	> 0,999
	Da	0 (0)	0 (0)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Statistički značajna razlika pronađena je kod studenata čiji članovi obitelji su oboljelih od tjelesnih bolesti ($p = 0,026$), odnosno više studenata s ADHD-om potječe iz obitelji s najmanje jednom kroničnom bolesti (Tablica 19).

Tablica 19. Prikaz ispitanika s ADHD-om prema tjelesnim i mentalnim bolestima u obiteljskoj anamnezi

Učestalost tjelesnih i mentalnih bolesti		Broj (%) ispitanika		p*
		Ne	Da	
Tjelesne bolesti u obitelji	Ne	141 (81,05)	23 (63,89)	0,026
	Da	32 (18,05)	13 (36,11)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	
Mentalne bolesti u obitelji	Ne	160 (92,49)	31 (86,11)	0,205
	Da	13 (7,51)	5 (13,89)	
	Ukupno	173 (100)	36 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

Svrha istraživanja bila je ispitati pojavnost poremećaja pažnje u studenata sestrinstva. Prevalencija poremećaja pažnje u ovom istraživanju na uzorku od 209 studenata iznosi 17,22 %. U istraživanju koje je provedeno na uzorku od 2 172 studenta u Koreji ADHD simptomi pronađeni su kod 7,6 % studenata (33) dok je veća pojavnost poremećaja pronađena kod 237 studenata u Indiji (23,6 %) i među 403 studenta u Iranu (25,1 %) (34, 35). Dobiveni rezultat prevalencije poremećaja pažnje pokazuje koliko je navedeni poremećaj zastupljen u svakodnevnom životu mladih osoba koje žele nastaviti školovanje, no nastavak školovanja ujedno znači i susret s nerazumijevanjem od strane okoline. Prema dostupnoj literaturi, nema provedenih istraživanja u Hrvatskoj na temu pojavnosti poremećaja pažnje među studentima sestrinstva.

Prema rezultatima vrijednosti odgovora pojedinačnih pitanja, najveći je broj studenata odgovorilo potvrdno na pitanje *Koliko često se meškoltite/ vrpoltite kada trebate dugo sjediti* što može rezultirati ometanjem nastave i ostalih kolega na predavanjima, kao i na pitanje *Koliko često se osjećate pretjerano aktivni i primorani izvršiti nešto?* Najmanje studenata odgovorilo je potvrdno na pitanje *Koliko često napuštate Vaše mjesto na sastancima/predavanjima, za vrijeme kojih se očekuje da sjedite na mjestu* što je pozitivan, odnosno pohvalan rezultat jer su predavanja na studiju sestrinstva često vrlo duga i najčešće u popodnevnim satima kada studenti mogu izraženije osjećati umor, iscrpljenost, odnosno gubitak energije.

Prema rezultatima ovoga istraživanja, nema značajne razlike u učestalosti poremećaja pažnje prema dobi što nije u suglasnosti s istraživanjem u Iranu gdje je istraživanje provedeno na studentima u dobi od 17. do 34. godine te je bila veća učestalost simptoma poremećaja među najmlađom dobnom skupinom (17. do 22. godine života), a također i među korejskim studentima gdje učestalost pojave poremećaja prevladava u skupini od 18. do 20. godine (33, 35).

U kontekstu navedenoga, statistički značajna razlika pronađena je u učestalosti prema spolu koja je pokazala kako su izričito studentice imale više od četiriju odgovora u „A“ dijelu, odnosno simptome poremećaja pažnje, u odnosu na muške kolege studente. No, takav rezultat nije slučaj ni u jednom od dvaju prethodno spomenutih istraživanja u kojima se pokazalo da poremećaj prevladava među muškim studentima (34, 35).

S obzirom na bračni status u ovom istraživanju, nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti simptoma poremećaja pažnje što odgovara rezultatima istraživanju u Koreji (33). No, u istraživanju, koje se bavilo pitanjem utjecaja ADHD-a na ljubavnu vezu kod studenata, dobiveni su rezultati o povezanosti ADHD-a s lošijom kvalitetom veze, odnosno oni sudionici istraživanja kod kojih je identificiran poremećaj pažnje imali su manje kvalitetnu vezu od onih kod kojih poremećaj nije zabilježen (36).

Kada se radi o bračnim zajednicama, postoje dokazi da se osobe u braku sa simptomima ADHD-a češće rastaju nego osobe bez navedenih simptoma (37). Razlog tomu mogu biti različite svakodnevne obaveze koje obavljaju bračni parovi i koje se onda očekuju od osobe koja ima poremećaj pažnje, ali ponekad obavljanje takvih obaveza izostane. Primjer su recimo situacije u kojima osoba s poremećajem ne dovršava određene poslove/zadatke nakon što je završila s izazovnim dijelovima pa ona nerijetko zaboravlja dogovorene obveze ili ne uspijeva održati pažnju dok supružnik/ica govori izravno njoj.

Značajna razlika pronađena je i u učestalosti odgovora u „A“ dijelu prema akademskom uspjehu studenata što je u suglasnosti s istraživanjem u Koreji gdje je također skupina studenata sa simptomima ADHD-a imala ocjene ispod prosjeka (33). Takav podatak pokazuje kako je ovaj poremećaj potrebno shvatiti krajnje ozbiljno jer dobivena prevalencija od 17,22 % studenata govori o ne tako malom broju osoba s poremećajem, a isto tako uvelike otežava školovanje počevši od obaveznoga do visokoga obrazovanja.

Studentsko doba iziskuje mnoštvo promjena u životu jednoga studenta, a osobe koje imaju poremećaj pažnje i krenu na studij još teže se prilagođavaju navedenim promjenama. Osoba s poremećajem vrlo teško se prilagođava rasporedu predavanja, višesatnim predavanjima s rijetkim stankama zbog čega osjeća zamor i dosadu puno prije nego drugi studenti i često pokazuje potrebu za aktivnošću i kretanjem što može rezultirati ometanjem drugih tijekom rada. Školski neuspjeh takve osobe slabiji je od intelektualnoga potencijala, a to može biti iznimno frustrirajuće.

Pogledaju li se dobiveni rezultati s obzirom na pojavnost poremećaja pažnje prema tjelesnim i mentalnim bolestima među studentima može se navesti kako ne postoji statistički značajna razlika. Dobiveno nije u suglasnosti s istraživanjem provedenom u Koreji, gdje dobiveni rezultati govore o povezanosti mentalnih bolesti, pretilosti i pretjerane upotrebe alkohola s pojavom simptoma poremećaja pažnje (33).

Nadalje, statistički značajna razlika u ovom istraživanju je pronađena kod studenata čiji su članovi obitelji oboljeli od tjelesnih bolesti. Dakle, više studenata s poremećajem pažnje potječe iz obitelji s najmanje jednom kroničnom bolesti, dok učestalost pojave simptoma poremećaja nije statistički značajno s obzirom na mentalne bolesti u obiteljskoj anamnezi što je sukladno s istraživanjem u Koreji (33).

6. ZAKLJUČCI

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

1. Prevalencija poremećaja pažnje među redovnim i izvanrednim studentima sestrištva iznosi 17, 22 %.
2. Učestalost simptoma poremećaja pažnje veća je kod ženskih studenata.
3. Nije uočen utjecaj dobi ispitanika na pojavnost simptoma poremećaja pažnje.
4. Nije uočen utjecaj godine studija ispitanika na pojavnost simptoma poremećaja pažnje.
5. Učestalost simptoma poremećaja pažnje veća je kod studenata s dobrim uspjehom.
6. Učestalost simptoma poremećaja pažnje veća je kod studenata koji potječu iz obitelji u kojoj netko od njezinih članova boluje od najmanje jedne tjelesne bolesti.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj je istraživanja ispitati pojavnost poremećaja pažnje u studenata sestriinstva.

Nacrt studije: Istraživanje putem presjeka provedeno je na Medicinskom fakultetu u Osijeku među studentima preddiplomskoga i diplomskoga studija sestriinstva.

Ispitanici i metode: Ispitanici su studenti prve, druge i treće godine Sveučilišnoga preddiplomskog te prve i druge godine Sveučilišnoga diplomskog studija Sestriinstvo Medicinskoga fakulteta u Osijeku. U istraživanju su sudjelovala 209 ispitanika. Istraživanje je provedeno tijekom travnja i svibnja 2017. godine. U istraživanju je kao instrument ispitivanja korišten anonimni samoocjenski *ADHD upitnik za odrasle – Lista simptoma* (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS- v1.1 Symptom Checklist Instructions) za identifikaciju poremećaja pažnje.

Rezultati: Prevalencija ADHD-a među redovnima i izvanrednima studentima sestriinstva iznosi 17,22 %. Uočene su statistički značajne razlike u učestalosti pojave simptoma poremećaja prema spolu, akademskome uspjehu i tjelesnim bolestima u obiteljskoj anamnezi.

Zaključak: Prevalencija ADHD-a među redovnima i izvanrednima studentima sestriinstva iznosi 17,22 %.

Ključne riječi: ADHD, poremećaj pažnje, studenti sestriinstva

8. SUMARRY

Attention deficit hyperactivity disorder in nursing students

Objective: The aim of the research was to examine the incidence of attention deficit hyperactivity disorder in nursing students.

Research Draft: A cross-sectional survey was conducted at the Faculty of Medicine in Osijek among undergraduate and graduate nursing students.

Subject(s) and method(s): The subjects were students of first, second and third year of the undergraduate and first and second year of the university graduate studies at the Nursing School of Medicine in Osijek. The study involved 209 examinees. The survey was conducted during April and May 2017. The instrument used was an anonymous questionnaire ADHD in adults - List of symptoms (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS- v1.1 Symptom Checklist Instructions) – to identify the attention disorders.

Results: The prevalence of ADHD among full-time and part-time nursing students is 17.22 %. Significant differences observed in the frequency of symptoms of disorder by gender, academic success and physical illnesses in the family history.

Conclusion. The prevalence of ADHD among full-time and part-time nursing students is 17.22 %.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, nursing students

9. LITERATURA

1. Phelan TW. Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: Simptomi, dijagnoza, terapija u djece i odraslih. 1. izd. Lekenik: Ostvarenje; 2005.
2. Strock M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The National Institute of Mental Health (NIMH), U.S. Department of Health and Mental Services, 2003.
3. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York, The Guilford Press, 1998.
4. Jurin M, Sekušak-Galešev S. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)- Multimodalni pristup. Paediatr Croat. 2008; 52:1952–01.
5. Boyle MH, Offord DR, Racine Y. Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: issues and prospects. J Am Acad Adolesc Psychiatr. 1996;35:1440.
6. Holborow PL, Berry PS. Hyperactivity and learning difficulties. J Lern Dis. 1986;19:426.
7. Biederman J, Faraone SV, Milberger S. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 1996;35:1193.
8. Biederman J, Wilen T, Mick E. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 1997;36:21.
9. Alkaline Software. ICD10Data.com. Dostupno na adresi: <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes>. Datum pristupa: 23.07.2017.
10. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M. Etiology and pathophysiology of adult attention hyperactivity disorder. Primary Psychiatry. 2004;11:28–40.
11. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005;57:1313–23.
12. Cook EH, Stein MA, Krasowski MD. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. Am J Hum Genet. 1995;56:993.
13. Pauls DL. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatr. 2005;57:1310–12.
14. Dum RP, Li C, Strick PL. Motor and nonmotor domains in the monkey dentate. Ann NY Acad Sci. 2002;978:289–301.
15. McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Chua SE, Murphy DG. Mapping brain structure in attention deficit-hyperactivity disorder: a voxel-based MRI study of regional grey and white matter volume. Psychiatry Res. 2007;154:171–180.

16. McAlonan GM, Cheung V, Chua SE, Oosterlaan J, Hung SF. Age-related grey matter volume correlates of response inhibition and shifting in attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2009;194:123–129.
17. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res*. 2014;219:10–24.
18. Ma CL, Qi XL, Peng JY. Selective deficit in no-go performance induced by blockade of prefrontal cortical alpha2-adrenoreceptors in monkeys. *Neuroreport*. 2003;14:1013–6.
19. Ma CL, Arnsten AFT, Li BM. Locomotor hyperactivity induced by blockade of prefrontal cortical alpha2-adrenoreceptors in monkey. *Biol Psychiatry*. 2005;57:192–5.
20. Gehricke J-G, Kruggel F, Thampipop T, Dyan Alejo S, Tatos E, Fallon J, i sur. The brain anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults - a magnetic resonance imaging study. *Plos One*. 2017;12(4):6–9.
21. Button TM, Maughan B, McGuffin P. The relationship of maternal smoking to psychological problems in the offspring. *Early Human Development*. 2007;83:727–732.
22. Cornelius MD, Day NL. Developmental consequences of prenatal tobacco exposure. *Current Opinion in Neurology*. 2009;22:121–125.
23. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49:453–463.
24. Arnold LE, Bozzolo H, Hollway J, Cook A, Disilvestro RA, Bozzolo DR, i sur. Serum zinc correlates with parent- and teacher-rated inattention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2005;15:628–636.
25. Kolla NJ, van der Maas M, Toplak ME, Erickson PG, Mann RE, Seeley J, i sur. Adult attention deficit hyperactivity disorder symptom profiles and concurrent problems with alcohol and cannabis: sex differences in a representative, population survey. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:4–5.
26. Bioulac S, Chaufton C, Taillard J, Claret A, Sagaspe P, Fabrigoule C, i sur. Excessive daytime sleepiness in adult patients with ADHD as measured by the Maintenance of Wakefulness Test, an electrophysiologic measure. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(7):943–8.
27. Philip P, Micoulaud-Franchi J-A, Lagarde E, Taillard J, Canel A, Sagaspe P, i sur. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Sleepiness and Accidental Risk in 36140 Regularly Registered Highway Drivers. *Plos One*. 2015;10(9):5–7.

28. Catalá-López F, Hutton B, Nuñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Saint-Gerons DM, i sur. *Plos One*. 2017;12(7):8–18.
29. Becker SP, Langberg JM, Luebke AM, Dvorsky MR, Flannery AJ. Sluggish Cognitive Tempo is Associated With Academic Functioning and Internalizing Symptoms in College Students With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;70(4):388.
30. Baddeley AD. Working memory and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*. 2003;36:189–208.
31. Adams R, Finn P, Moes E, Flannery K, Rizzo AS. Distractibility in Attention/ Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): The virtual reality classroom. *Child Neuropsychology*. 2009;15:120–135.
32. Marušić M. I sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
33. Young-Sook K, Young-Eun J, Moon-Doo K. Prevalence and correlates of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in Korean college students. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:797–802.
34. Jhambh I, Arun P, Garg J. Cross-sectional study of self-reported ADHD symptoms and psychological comorbidity among collage students in Chandigarh, India. *Ind Psychiatry J*. 2014;23:114.
35. Bakhshani NM, Babaei S, Raghobi M. Self-Reported ADHD SYmtoms Prevalence in a University Student Population: Using Adult Self-Reported-V1.1 Screener. *Modern Applied Science*. 2012;6:63–67.
36. Bruner MR, Kuryluk AD, Whitton SW. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Levels and Romantic Relationship Quality in College Students. *J.Am.Coll. Health*. 2015;63:98–108.
37. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1,001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:524–540.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ivana Baždar

Datum i mjesto rođenja: 19. prosinca 1993., Osijek

Adresa: Ante Starčevića 8, Đakovo

E mail: iwana.bazdar@gmail.com

Obrazovanje:

2015. – Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2012. – 2015. Zdravstveno veleučilište, studij sestrinstva u Zagrebu

2008. – 2012. Opća gimnazija „Antun Gustav Matoš“, Đakovo

2000. – 2008. Osnovna škola „Ivan Goran Kovačić“, Đakovo

Radno iskustvo:

2017. – Ordinacija dentalne medicine dr. Ines Baždar

2016. – 2017. Klinički bolnički centar Osijek (pripravnički staž)

11. PRILOZI

1. Prilog 1. Anketni upitnik

Prilog 1. Anketni upitnik

I. OPĆI PODACI

Molim Vas, zaokružite ili nadopunite sljedeće tvrdnje te odgovorite na pitanja.

1. Kojeg ste spola? M / Ž
2. Koliko imate godina?
 - a) 18 – 20
 - b) 21 – 30
 - c) 31 – 40
 - d) 41 – 50
 - e) 51 i više
3. Godina studija?
 - a) 1. godina preddiplomskog studija
 - b) 2. godina preddiplomskog studija
 - c) 3. godina preddiplomskog studija
 - d) 1. godina diplomskog studija
 - e) 2. godina diplomskog studija
4. Način (status) studiranja?
 - a) Redovni
 - b) Izvanredni
5. Bračni status?
 - a) Slobodan/na
 - b) U vezi
 - c) U braku
 - d) Rastavljen/a
 - e) Udovac/ica
6. Dosadašnji akademski uspjeh?
 - a) dovoljan
 - b) dobar
 - c) vrlo dobar
 - d) odličan
7. Bolujete li od kakve tjelesne bolesti?
 - a) da
 - b) ne
 - c) ako da, upišite koje: _____
8. Bolujete li od kakve mentalne bolesti?
 - a) da
 - b) ne
 - c) ako da, upišite koje: _____
9. Boluje li tko iz Vaše obitelji od tjelesne bolesti?
 - a) da
 - b) ne
 - c) ako da, upišite koje: _____
10. Boluje li tko iz Vaše obitelji od mentalne bolesti?
 - a) da
 - b) ne
 - c) ako da, upišite koje: _____

Molim Vas da odgovorite na pitanja koja se nalaze u tablici na način da se koristite skalom s desne strane tablice. Učestalost pojave određenih poteškoća procijenite s „Nikada“, „Rijetko“, „Ponekad“, „Često“, „Vrlo često“. Ispunite kvadratić s oznakom X pokraj tvrdnje koja najbolje opisuje kako ste se osjećali ili ponašali posljednjih 6 mjeseci .	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često
1. Koliko često imate poteškoća pri završavanju zadatka nakon što ste završili sa zahtjevnim/ izazovnim dijelovima?					
2. Koliko često imate poteškoća u organiziranju vlastitih zadataka?					
3. Koliko često imate poteškoća sjetiti se dogovorenoga sastanka i/ili obveze?					
4. Kada imate zadatak koji podrazumijeva puno razmišljanja, koliko često izbjegavate ili odgađate započinjanje njegova rješavanja?					
5. Koliko često se meškolljite/ vrpolljite kada trebate dugo sjediti?					
6. Koliko često se osjećate pretjerano aktivni i primorani izvršiti nešto?					
A					
7. Koliko često radite nepromišljene greške kada morate raditi na dosadnom ili teškom zadatku?					
8. Koliko često imate poteškoća u održavanju pažnje kada radite dosadne ili ponavljajuće zadatke/ poslove?					
9. Koliko često imate poteškoće u održavanju pažnje dok Vam netko govori, čak i onda kada govori izravno Vama?					
10. Koliko često gubite ili imate poteškoća u pronalaženju Vaših stvari kod kuće ili na poslu?					
11. Koliko često Vam pažnju odvlače aktivnost ili buka u Vašoj okolini?					
12. Koliko često napuštate Vaše mjesto na sastancima/predavanjima, za vrijeme kojih se očekuje da sjedite na mjestu?					
13. Koliko često se osjećate nemirni ili uzvrpoljeni?					
14. Koliko često Vam se teško opustiti kada imate vremena za sebe?					
15. Koliko često primjećujete da previše pričate dok ste u društvu?					
16. Koliko često, tijekom razgovora, primjećujete da dovršavate rečenice ljudi s kojima razgovarate, prije nego ih oni sami imaju priliku dovršiti?					
17. Koliko često imate poteškoća čekajući da dođete na red u situacijama kada je to potrebno?					
18. Koliko često prekidate/ometate druge dok su zauzeti?					
B					