

Informiranost studenata sestrinstva o poremećaju hiperaktivnosti među djecom i adolescentima

Čičić, Marija

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:152:404762>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Studij sestrinstva

Marija Čičić

INFORMIRANOST STUDENATA
SESTRINSTVA O POREMEĆAJU
HIPERAKTIVNOSTI MEĐU DJECOM I
ADOLESCENTIMA

Završni rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Studij sestrinstva

Marija Čičić

**INFORMIRANOST STUDENATA
SESTRINSTVA O POREMEĆAJU
HIPERAKTIVNOSTI MEĐU DJECOM I
ADOLESCENTIMA**

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren u: Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Mentor rada: doc.dr.sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr. med. specijalist dječje i adolescentne psihijatrije

Rad ima 32 lista i 7 tablica.

Želim zahvaliti svim ljudima koji su pomogli u ostvarenju ovoga rada. Veliko hvala mojoj mentorici, doc.dr.sc. Katarini Dodig-Ćurković na preuzetom mentorstvu, ukazanom povjerenju te pruženoj pomoći prilikom izrade cjelokupnog rada. Hvala joj na uloženom vremenu i trudu. Također, zahvaljujem svojoj obitelji, bez koje ništa od ovoga ne bi bilo moguće. Hvala na strpljenju, bezuvjetnoj potpori i podršci tijekom cijelog mog školovanja do završetka studija. Zahvaljujem također Matiji Jagodanoviću te Marini Marijić na bezuvjetnoj potpori. Zahvalnost iskazujem i svim kolegama za sudjelovanje prilikom provedbe ovog istraživanja.

Veliko hvala svima!

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Pojam poremećaja hiperaktivnosti	1
1.2. Hiperaktivnost kroz povijest	1
1.3. Etiologija	1
1.4. Klinička slika.....	2
1.5. Dijagnostika	4
1.6. Terapija.....	5
1.7. Uloga medicinske sestre u radu s djecom i adolescentima s ADHD-om.....	6
2. CILJ	7
3. ISPITANICI I METODE.....	8
3.1. Ustroj studije	8
3.2. Ispitanici.....	8
3.3. Metode.....	8
3.4. Statističke metode	8
4. REZULTATI	9
5. RASPRAVA.....	23
6. ZAKLJUČAK.....	26
7. SAŽETAK.....	27
8. SUMMARY.....	29
9. LITERATURA	30
10. ŽIVOTOPIS.....	32

1. UVOD

1.1.Pojam poremećaja hiperaktivnosti

Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje/ ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) je poremećaj kojeg karakterizira visok stupanj motoričke aktivnosti nastao kao posljedica visoke aktivnosti uma, te je najčešći poremećaj ponašanja dječje dobi (1). Najčešće se javlja između 3. i 4. godine života, rjeđe u ranom djetinjstvu ili iza 6. godine (2). Pojavnost ADHD-a među djecom i adolescentima iznosi između 2 i 7 % te se češće javlja u dječaka (3, 4). Iako se ovaj poremećaj najčešće javlja u dječjoj i adolescentskoj dobi a ponekim slučajevima se prenosi i u odraslu dob.

Slaba pozornost, motorički nemir (hiperaktivnost) te impulzivnost su tri osnovne karakteristike ovog poremećaja. Ovi oblici ponašanja, ovisno o dobi djeteta, mogu se manifestirati na različite načine te u određenoj mjeri značajno utjecati na djetetove obiteljske odnose, odnose s vršnjacima te akademski uspjeh. Također su ova djeca češće žrtve psihičkog nasilja te posljedično tomu i društvene izoliranosti za razliku od ostale djece.

1.2.Hiperaktivnost kroz povijest

Kroz povijest koristile su se razne definicije i klasifikacije koje su opisivale ovaj poremećaj, a ovisile su o zdravstvenim djelatnicima i ostalim stručnjacima koji su u radu s djecom primijetili određena odstupanja od “normalnog” ponašanja. Neki od tih naziva su: minimalna cerebralna disfunkcija, hiperkinetičko impulzivni poremećaj, hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, hiperaktivni poremećaj te današnji naziv, deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj (5). Prvi koji je govorio o ovom poremećaju je George Frederic Still 1902. godine. Smatrao da je ovaj poremećaj bio isključivo organski problem. 1920. godine ovaj poremećaj sve više se počinje spominjati nakon pandemije encefalitisa u SAD-u (5, 6).

1.3.Etiologija

Iako je dugo istraživani i proučavan, sam uzrok ADHD-a još uvijek nije poznat. Tako je još 1998. godine Tannock naveo tri glavna područja istraživanja: kognitivna, neurobiološka te genetska što je dovelo do zaključka da je uzrok zapravo u oštećenju moždane funkcije. Novija istraživanja pokazuju da su uzroci nastanka genetika ili određeni čimbenici u trudnoći i porodu

(7). Točnije, uzroci mogu biti u području nasljeđivanja, promijenjenoj strukturi mozga, povezanosti dviju hemisfera te neurotransmitera tj. u disfunkciji adrenergičkog i serotoninergičkog sustava što dovodi do smanjenog iskorištavanja noradrenalina i dopamina što dovodi do nemogućnosti održavanja pažnje i impulzivnosti (7). Napredak u genetici i daljnja genetska istraživanja i analize ponašanja roditelja će sa sigurnošću donjeti nove rezultate u područje koje sada nije još uvijek dovoljno istraženo.

Iako dugo povezan, ovaj poremećaj nije posljedica loše roditeljske brige, gledanja televizije i suvremenog života, ali sve navedeno može znatno utjecati na razvoj agresivnosti, izolaciju i nedruštveno ponašanje djeteta. Pored navedenog, opisuje se šest čimbenika u obiteljskom okruženju koji pogoduju nastanku mentalnih poremećaja dječje dobi, a to su neskadni odnosi u obiteljima (često su to obitelji s velikim brojem djece) te niski socio-ekonomski status obitelji, kriminalitet i postojeće mentalne bolesti roditelja, ali i davanje djeteta na usvajanje (7).

1.4.Klinička slika

Karakteristična ponašanja za ADHD su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Tijekom djetinjstva sva djeca su u nekom trenutku nemirna pa čak i hiperaktivna ili impulzivna, dok su kod djece s ADHD-om ova ponašanja izraženija i učestalija (8).

1.4.1. Nepažnja

Zbog nepažnje djeca s ADHD-om često griješe u zadanim im zadacima, ne prate upute, ne posvećuju pažnju detaljima. U školi ili kod kuće teško će održati pažnju na određenu aktivnost ili zadatak jer ih u tome ometaju okolinski činitelji i vanjski podražaji, posebice ukoliko su zadaci teži i zahtijevaju puno vremena i pažnje te ih često ostavljaju nedovršene, ali i sami imaju poteškoće s planiranjem zadataka i aktivnostima ili jednostavno zaborave na njih. Iako se doimaju nepažljivim, njihov um i pažnja su usmjereni na njima bitnije, kreativne i maštovite misli (8).

1.4.2. Hiperaktivnost

Djeca s ADHD-om često su u „pogonu“ i teško mogu ostati na mjestu ili sjediti na stolici ukoliko su primorani. U takvim situacijama se vrpolje, tresu rukama ili nogama te njihov nemir

Podsjeća na nemir leptira. Često imaju poteškoća u školi gdje moraju mirno sjediti na mjestu pa često ustaju, traže nešto po učionici i puno govore, glasno komentiraju ili pjevaju na glas. S pozitivne strane, u određenim situacijama, kada je dijete slobodno i bavi se onime što je njemu bitno, primjerice u igri i sportu, koristi se ovom neiscrpnom energijom koju ima u sebi. Kod adolescenata i starijih sa ovim poremećajem ovakav osjećaj nemira nije toliko izražen fizičkim nemirom kao kod djece, već je često prikazan kao subjektivni osjećaj nemira (8).

1.4.3. Impulzivnost

Učenici s ovim poremećajem često započinju sa zadanim im zadacima i aktivnostima iako nisu do tada poslušali pravila i upute te ih rješavaju vrlo brzo što dovodi do nastanka nepotrebnih pogrešaka. Zbog brzopletosti, na upute često ne odgovaraju točno ili odgovaraju nerazumljivo i nejasno. Također, zbog nestrpljivosti često imaju poteškoća sa čekanjem u redovima. Ove osobe neuspješno postižu kontrolu i djeluju bez obzira na posljedice i pokazuju emocije bez ograničenja (9).

Prema DSM-IV-TR (2000), ADHD se sastoji od tri podtipa:

1. Pretežno hiperaktivan-impulzivan tip u kojemu većina (minimalno 6) simptoma proizilazi iz kategorija hiperaktivnosti i impulzivnosti dok je nepažnja prisutna u manjoj mjeri.
2. Pretežno nepažljiv tip u kojemu je minimalno 6 simptoma iz područja nepažnje, a iz hiperaktivnosti i impulzivnosti manje, posljedično tomu ova djeca mogu mirno sjediti na mjestu i biti neprimjećena, ali su vrlo nepažljivi.
3. Kombinirani tip hiperaktivnosti impulzivnosti i nepažnje je najučestaliji tip ADHD-a i karakterizira ga pojava 6 i više simptoma iz sve tri skupine najučestalijih simptoma (9).

Izuzev nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti kod osoba dijagnosticiranih ADHD-om često se pojavljuju popratni simptomi kao što su poremećaj spavanja, manjak samopouzdanja, depresija koja dovodi do društvene izolacije, strah od učenja nečeg novog, devijantno ponašanje i zlouporaba alkohola i droga te otpor prema promjenama (6). Odrasle, zaposlene osobe loše organiziraju vlastito vrijeme, često kasne na posao i poslove ne završavaju u zadanom im vremenu (17). Takve osobe, za profesiju biraju kreativne ili dinamične poslove u kojima mogu pokazati dio svojeg pogleda na svijet.

Tijekom djetinjstva i adolescencije, a kasnije i života, osobe s mentalnim poremećajima pa tako i ADHD-om se često susreću sa stigmom. Pripisuju im se karakterizacije kao što su: lijen, neodgojen, zločest, problematičan i neposlušan što znatno utječe na njih, ali i na njihovu obitelj koja je „previše popustljiva“ što kasnije dovodi do prenošenja negativnih razmišljanja na same roditelje koji u vlastitom djetetu uviđaju samo negativno (10).

Osobama s ADHD-om teško je živjeti u današnjem svijetu jer se ne uklapaju u kalupe današnjeg društva. Takva djeca trebaju nekoga tko će ih hrabriti i pomagati im u teškim trenucima. Važno je djecu poticati u razvoju onoga što ih čini posebnima i unapređenja onoga u čemu su dobri jer oni mogu iskoristiti svoju kreativnost i maštovitost, energiju, koncentraciju, osjećajnost i odlučnost za otkrivanje novih spoznaja bitnih čovječanstvu po uzoru na svjetski poznate hiperaktivne osobe kao što su Beethoven, Thomas Edison, Albert Einstein, Izac Newton i Leonardo da Vinci. Ovi izuzetno sposobni, talentirani i pametni ljudi iskoristili su svoju kreativnost i pamet na najbolji način zahvaljujući tome što su se bavili onime što ih zanima i ispunjava (6).

1.5. Dijagnostika

Za dijagnosticiranje ADHD-a kao i bilo koje druge bolesti ili poremećaja, važno je uzeti dobru osobnu i obiteljsku anamnezu. Osobna anamneza daje podatke o preboljenim bolestima uzimanju lijekova, cijepljenju, trudnoći i porodu te razvoju poslije poroda, ali i djetetovim poremećajima pažnje, opsesivno-kompulzivnom poremećaju ili tikovima, ali i talentima i sposobnostima. Obiteljska anamneza od velike je važnosti jer daje podatke o postojanju poremećaja hiperaktivnosti u obitelji, obiteljskoj dinamici, traumama, nasljednim bolestima, mentalnim bolestima u obitelji, sučeljavanju sa stresom i eventualnim promjenama u obitelji. Za dobivanje dijagnoze ADHD-a potrebna je prisutnost minimalno šest simptoma nepažnje ili šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti (9). Također je bitno da su se neki simptomi pojavili prije djetetove 7. godine života i da traju minimalno šest mjeseci, a nisu u skladu s djetetovim razvojnim stupnjem. Važno je primjetiti pojavu simptoma u minimalno dvije sredine djetetova boravka, primjerice kod kuće i u školi.

Prilikom postavljanja dijagnoze koriste se specijalizirani upitnici i ljestvice za roditelje i za djecu prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije, a važan je i neurološki pregled kako bi se isključila epilepsija koja se često javlja uz ADHD te se u svrhu toga rade CT i MR;

laboratorijski nalazi jer je anemija česti uzrok problema koncentracije i pažnje, kao i poremećaj rada štitne žlijezde. Uz sve navedeno, obavlja se pregled sluha i vida (5). Kod adolescenata postavljanje dijagnoze ADHD-a je nešto teže za razliku od mlađe djece zbog promjene kliničke slike tijekom razvoja.

1.6. Terapija

Terapija ADHD-a danas je usmjerena ublažavanju i preveniranju simptoma, ali ne i potpunom izlječenju koje još nije moguće (11). Zbog posebnosti samog poremećaja, u liječenju mora sudjelovati multidisciplinarni tim kojeg čine: dječji psihijatar, medicinska sestra, klinički psiholog, pedagog, socijalni radnik, pedijatar i psihoterapeut. Najuspješniji način liječenja je kombinacija medikamentozne i bihevioralno-kognitivne terapije (16).

Medikamentozna terapija se koristi ukoliko bihevioralno- kognitivna terapija ne pokaže pozitivne rezultate ali u nekim slučajevima uvodi odmah po postavljanju dijagnoze.

Lijekovi prvog izbora često su stimulansi primjerice metilfenidat, dekstroamfetamin i pemolin. Ovi lijekovi su izrazito efikasni i u vrlo kratkom vremenu pokazuju rezultate. Negativna strana im je njihovo kratkotrajno djelovanje, ali u 60% slučajeva umanjuju simptome ADHD-a te popravlja društveno ponašanje.

U liječenju se koriste i triciklički antidepresivi kod djece i adolescenata s depresijom i anksioznošću, za razliku od stimulansa imaju dugotrajno djelovanje. Najčešće korišten antidepresiv je Bupropion. Od ostalih lijekova koriste se specifični inhibitori transporta serotonina, i alfa adrenergički agonisti.

Kao posljedica neznanja i straha od ovisnosti, dolazi do otpora prema lijekovima i od strane obitelji i djeteta, stoga je važno provesti edukaciju djeteta i obitelji.

Bihevioralna terapija usmjerena je poboljšanju i promjeni djetetova ponašanja i vještina. Prilikom planiranja bihevioralne terapije važno je postaviti realne i ograničene ciljeve, dobro procijeniti djetetova ponašanja kako bi se provele i evaluirale intervencije. Važno je svako djetetovo pozitivno ponašanje potkrijepiti pohvalom ili nagradom kako bi ono počelo mijenjati svoje ponašanje u pozitivnom smjeru. Kognitivno- bihevioralna terapija koristi kognitivne strategije kao što su samoopažanje i rješavanje problema i bihevioralne tehnike potkrepljenja,

samopotkrepljenja i modeliranja. Ova vrsta liječenja pokazala se manje djelotvornom u liječenju simptoma ADHD-a, ali se pokazala izrazito uspješnom u smanjenju simptoma depresije i anksioznosti (12, 13).

Obiteljska terapija indicirana je u slučaju disfunkcionalnih slučajeva u obitelji, primjerice nasilja i ovisnosti u obitelji.

Terapeutska rekreacija odvija se u posebnim terapijskim kampovima i daje pozitivne rezultate zbog poticanja djeteta na sportske aktivnosti, potiče socijalizaciju i poboljšava odnose sa djecom ali i potiče samopouzdanje (14).

1.7.Uloga medicinske sestre u radu s djecom i adolescentima s ADHD-om

Prvostupnici sestinstva svojom titulom moraju opravdati određene vještine ali i znanja koja moraju prenijeti na pacijente u svrhu očuvanja i unapređenja zdravlja. Tako, svaka medicinska sestra mora posjedovati znanja iz područja medicine, psihologije, etike, sociologije te osnova komunikacije kako bi uspješno educirala pojedinca, obitelj i zajednicu o određenim bolestima i stanjima. Dužnost svake medicinske sestre je prepoznati, procijeniti, planirati i provesti intervencije u svezi promjene u zdravstvenom stanju pacijenata pa tako i promjene ponašanja u dječjoj i adolescentskoj dobi, ali i utjecaj njegovog ponašanja na obitelj i okolinu ili obrnuto.

Uloga medicinske sestre je educirati dijete i obitelj, ali i školu o nastanku, etiologiji i simptomatologiji ADHD-a te njegovom liječenju i nuspojavama te postupanju sa takvom djecom i adolescentima. Osim kliničke procjene djeteta ili adolescenata, medicinska sestra bi trebala procijeniti globalni utjecaj poremećaja mentalnog zdravlja djeteta na njegovo socijalno funkcioniranje, obrazovanje i obiteljski život. Rizik ozljeđivanja sebe ili drugih, ali i potencijalno zlostavljanje ili zanemarivanje važni su elementi procjene. Medicinska sestra treba također utvrditi obiteljsku anamnezu poremećaja mentalnog zdravlja te savjetovati roditelje da se obrate zdravstvenim djelatnicima za savjete i informacije prije nego ih preplavi količina informacija na internetu koje često znaju biti neistinite (15).

2. CILJ

Cilj ovog istraživanja je procijeniti razinu informiranosti studenata I. i III. godine preddiplomskog studija sestrinstva o poremećaju hiperaktivnosti i deficitu pažnje u djece. U istraživanju je također cilj utvrditi postoje li razlike u informiranosti studenata s obzirom na:

- spol
- dob
- srednjoškolsko obrazovanje
- godina studija (I. ili III.)
- radni status
- godine radnog staža.

3. ISPITANICI I METODE

3.1.Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao presječna studija tijekom mjeseca lipnja 2017. godine na studentima preddiplomskog studija sestrinstva.

3.2.Ispitanici

Ispitanici su bili student prve i treće godine sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva, Medicinskog fakulteta u Osijeku. U istraživanje je bilo uključeno ukupno 76 studenata preddiplomskog studija sestrinstva. Prije početka istraživanja svim ispitanicima su detaljno objašnjeni svi postupci, koji su opisani na obrascu informativnog pristanka, koji su po vlastitoj odluci potpisali sami ispitanici. Istraživanje je izvršeno na Medicinskom fakultetu u Osijeku.

3.3.Metode

U svrhu istraživanja koristio se samokonstruirani anketni upitnik koji se sastojao od dva pitanja otvorenog tipa na koje je osoba trebala odgovoriti s jednom riječju, pet pitanja zatvorenog tipa pri čemu je bilo potrebno zaokružiti jedan od ponuđenih odgovora te 20 tvrdnji gdje je ispitanik trebao zaokružiti smatra li da je tvrdnja točna, netočna ili ne zna odgovor. Upitnik se sastojao od općih demografskih podataka (spol, dob, godina studija, radni odnos, obrazovanje i radni staž) te 20 tvrdnji koje se odnose na prepoznavanje karakteristika ovog poremećaja, pojavnost poremećaja hiperaktivnosti i deficit pažnje, uzroke njegova nastanka, liječenje i pristup, svakodnevno funkcioniranje hiperaktivne djece te položaj takve djece u društvu i njihov utjecaj na okolinu.

3.4.Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli su testirane χ^2 testom te Fisherovim egzaktnim testom. Razlike između više od dvije nezavisne skupine su testirane Kruskal-Wallisovim testom. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 76 ispitanika, od čega 12 (15,79 %) muškoga spola i 64 (84,21 %) ženskoga spola. Prosječna starost ispitanika iznosi 22,25 sa standardnom devijacijom 3,88 godine. Prema godini studija, 30,26 % bilo je studenata 1. godine, dok je studenata treće godine bilo 69,74 %. Prema srednjoškolskom obrazovanju najviše studenata pohađalo je medicinsku školu smjera medicinska sestra/tehničar i to njih 39 (51,32 %), a 86,84 % studenata je nezaposleno. Medijan radnog staža ispitanika iznosio je 0 godina. Prethodno iskustvo s ADHD poremećajem imalo je njih 40 (52,63 %).

Tablica 1. Opći podaci

Obilježja ispitanika		Broj (%) ispitanika	P*
Spol	M	12 (15,79)	<0,001
	Ž	64 (84,21)	
Dob		22,25±3,88	
Godina studija	Prva	23 (30,26)	<0,001
	Treća	53 (69,74)	
Završena srednja škola	Medicinska (MS/MT)	39 (51,32)	<0,001
	Medicinska (ostalo)	14 (18,42)	
	Ostalo	2 (2,63)	
	Gimnazija	21 (27,63)	
Radni status	Nezaposlen	66 (86,84)	<0,001
	Zaposlen (u struci)	5 (6,58)	
	Zaposlen (ostalo)	5 (6,58)	
Duljina radnog staža		0 (0-0)	
Iskustvo s oboljelima	Da	40 (52,63)	0,646
	Ne	36 (47,37)	

* χ^2 test

4. REZULTATI

Tablica 2 sadrži detaljan prikaz informiranosti svih studenata sestristva o poremećaju hiperaktivnosti.

Tablica 2. Prikaz rezultata informiranosti za sve ispitanike

Pitanja	Broj (%) ispitanika			P*
	Točno	Netočno	Ne znam	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	46 (60,5)	8 (10,5)	22 (28,9)	<0,001
ADHD može biti nasljedna bolest.	20 (26,3)	31 (40,8)	25 (32,9)	<0,001
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	69 (90,8)	3 (3,9)	4 (5,3)	<0,001
ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	42 (55,3)	14 (18,4)	20 (26,3)	0,103
Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	65 (85,5)	3 (3,9)	8 (10,5)	<0,001
Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	68 (89,5)	5 (5,3)	4 (5,3)	<0,001
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	67 (88,2)	2 (2,6)	7 (9,2)	<0,001
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	39 (51,3)	9 (11,8)	28 (36,8)	<0,001
ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	7 (9,2)	39 (51,3)	30 (39,5)	<0,001
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	6 (7,9)	53 (69,7)	17 (22,4)	<0,001
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razješen.	54 (71,1)	4 (5,3)	18 (23,7)	<0,001
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	24 (31,6)	18 (23,7)	34 (44,7)	0,076
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	62 (81,6)	3 (3,9)	11 (14,5)	<0,001
Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	65 (85,5)	6 (7,9)	5 (6,6)	<0,001
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	13 (17,1)	51 (67,1)	12 (15,8)	<0,001

4. REZULTATI

Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	63 (82,9)	4 (5,3)	9 (11,8)	<0,001
Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	59 (77,6)	3 (3,9)	14 (18,4)	<0,001
Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	1 (1,3)	68(89,5)	7 (9,2)	<0,001
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	48 (63,2)	9 (11,8)	19 (25,0)	<0,001
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	63 (82,9)	3 (3,9)	10 (13,2)	<0,001

* χ^2 test

Tablica 3. Prikazuje rezultat informiranost studenata sestriinstva o poremećaju hiperaktivnosti s obzirom na spol. Niti u jednom slučaju nisu pronađene statistički značajne razlike s obzirom na spol.

Tablica 3. Prikaz rezultata s obzirom na spol

Pitanja		Broj (%) ispitanika		P*
		Muški	Ženski	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	Točno	6 (50,0)	40 (62,5)	0,175
	Netočno	0 (0,0)	8 (12,5)	
	Ne znam	6 (50,0)	16 (25,0)	
ADHD može biti nasljedna bolest.	Točno	1 (8,3)	19 (29,7)	0,271
	Netočno	6 (50,0)	25 (39,1)	
	Ne znam	5 (41,7)	20 (31,3)	
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	Točno	11 (91,7)	58 (90,6)	0,716
	Netočno	0 (0,0)	3 (4,7)	
	Ne znam	1 (8,3)	3 (4,7)	
ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	Točno	7 (58,3)	35 (54,7)	>0,999
	Netočno	2 (16,7)	12 (18,8)	
	Ne znam	3 (25,0)	17 (26,6)	
Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	Točno	10 (83,3)	55 (85,9)	0,174
	Netočno	1 (8,3)	2 (3,1)	
	Ne znam	1 (8,3)	7 (10,9)	

4. REZULTATI

Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	Točno	9 (75,0)	59 (92,2)	0,108
	Netočno	2 (16,7)	2 (3,1)	
	Ne znam	1 (8,3)	3 (4,7)	
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	Točno	10 (83,3)	57 (89,1)	0,024
	Netočno	2 (16,7)	0 (0,0)	
	Ne znam	0 (0,0)	7 (10,9)	
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	Točno	8 (66,7)	31 (48,4)	0,239
	Netočno	2 (16,7)	7 (10,9)	
	Ne znam	2 (16,7)	26 (40,6)	
ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	Točno	1 (8,3)	6 (9,4)	0,529
	Netočno	8 (66,7)	31 (48,4)	
	Ne znam	3 (25,0)	27 (42,2)	
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	Točno	1 (8,3)	5 (7,8)	>0,999
	Netočno	9 (75,0)	44 (68,8)	
	Ne znam	2 (16,7)	15 (23,4)	
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razješen.	Točno	10 (83,3)	44 (68,8)	0,86
	Netočno	0 (0,0)	4 (6,3)	
	Ne znam	2 (16,7)	16 (25,0)	
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	Točno	3 (25,0)	21 (32,8)	0,722
	Netočno	4 (33,3)	14 (21,9)	
	Ne znam	5 (41,7)	29 (45,3)	
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	Točno	9 (75,0)	53 (82,8)	0,515
	Netočno	0 (0,0)	3 (4,7)	
	Ne znam	3 (25,0)	8 (12,5)	
Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	Točno	10 (83,3)	55 (85,9)	0,379
	Netočno	2 (16,7)	4 (6,3)	
	Ne znam	0 (0,0)	5 (7,8)	
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	Točno	1 (8,3)	12 (18,8)	0,139
	Netočno	11 (91,7)	40 (62,5)	
	Ne znam	0 (0,0)	12 (18,8)	
Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	Točno	10 (83,3)	53 (82,8)	0,821
	Netočno	1 (8,3)	3 (4,7)	
	Ne znam	1 (8,3)	8 (12,5)	
Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	Točno	9 (75,0)	50 (78,1)	>0,999
	Netočno	2 (16,7)	1 (1,6)	
	Ne znam	1 (8,3)	13 (20,3)	

4. REZULTATI

Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	Točno	0 (0,0)	1 (1,6)	0,157
	Netočno	9 (75,0)	59 (92,2)	
	Ne znam	3 (25,0)	4 (6,3)	
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	Točno	6 (50,0)	42 (65,6)	0,416
	Netočno	1 (8,3)	8 (12,5)	
	Ne znam	5 (41,7)	14 (21,9)	
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	Točno	10 (83,3)	53 (82,8)	0,616
	Netočno	1 (8,3)	2 (3,1)	
	Ne znam	1 (8,3)	9 (14,1)	

*Fisherov egzakti test

Tablica 4. prikazuje informiranost studenata sestrinstva prema godinama studija. Statistički značajne razlike su u mišljenju kako djeca s ADHD imaju problem u kontroli ponašanja, s čim se značajno više studenata treće godine slaže, u odnosu na prvu ($p=0,44$). Razlika je pronađena u izjavi kako djeca s ADHD-om često mijenjaju aktivnosti, unatoč nedovršenosti, s čim se značajno više slažu studenti treće godine ($p=0,011$). Značajno više studenata treće godine smatra kako je ADHD jedino učinkovito liječiti farmakoterapijom ($p=0,048$), kao i da se djeca teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć okoline ($p=0,018$).

Tablica 4. Prikaz rezultata informiranosti s obzirom na godinu studija

Pitanje		Broj (%) ispitanika		P*
		Prva	Treća	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	Točno	14 (60,9)	32 (60,4)	0,532
	Netočno	1 (4,3)	7 (13,2)	
	Ne znam	8 (34,8)	14 (26,4)	
ADHD može biti nasljedna bolest.	Točno	6 (26,1)	14 (26,4)	0,701
	Netočno	8 (34,8)	23 (43,4)	
	Ne znam	9 (39,1)	16 (30,2)	
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	Točno	18 (78,3)	51 (96,2)	0,044
	Netočno	2 (8,7)	1 (1,9)	
	Ne znam	3 (13,0)	1 (1,9)	
ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	Točno	14 (60,9)	28 (52,8)	0,528
	Netočno	5 (21,7)	9 (17,0)	
	Ne znam	4 (17,4)	16 (30,2)	

4. REZULTATI

Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	Točno	21 (91,3)	44 (83,0)	0,739
	Netočno	0 (0,0)	3 (5,7)	
	Ne znam	2 (8,7)	6 (11,3)	
Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	Točno	19 (82,6)	49 (92,5)	0,155
	Netočno	3 (13,0)	1 (1,9)	
	Ne znam	1 (4,3)	3 (5,7)	
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	Točno	17 (73,9)	50 (94,3)	0,011
	Netočno	2 (8,7)	0 (0,0)	
	Ne znam	4 (17,4)	3 (5,7)	
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	Točno	14 (60,9)	25 (47,2)	0,437
	Netočno	3 (13,0)	6 (11,3)	
	Ne znam	6 (26,1)	22 (41,5)	
ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	Točno	4 (17,4)	3 (5,7)	0,083
	Netočno	8 (34,8)	31 (58,5)	
	Ne znam	11 (47,8)	19 (35,8)	
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	Točno	2 (8,7)	4 (7,5)	0,048
	Netočno	12 (52,2)	41 (77,4)	
	Ne znam	9 (39,1)	8 (15,1)	
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razjašen.	Točno	13 (56,5)	41 (77,4)	0,103
	Netočno	1 (4,3)	3 (5,7)	
	Ne znam	9 (39,1)	9 (17,0)	
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	Točno	8 (34,8)	16 (30,2)	0,853
	Netočno	6 (26,1)	12 (22,6)	
	Ne znam	9 (39,1)	25 (47,2)	
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	Točno	14 (60,9)	48 (90,6)	0,005
	Netočno	2 (8,7)	1 (1,9)	
	Ne znam	7 (30,4)	4 (7,5)	
Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	Točno	16 (69,6)	49 (92,5)	0,018
	Netočno	3 (13,0)	3 (5,7)	
	Ne znam	4 (17,4)	1 (1,9)	
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	Točno	3 (13,0)	10 (18,9)	0,079
	Netočno	13 (56,5)	38 (71,7)	
	Ne znam	7 (30,4)	5 (9,4)	
Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	Točno	16 (69,6)	47 (88,7)	0,1
	Netočno	2 (8,7)	2 (3,8)	
	Ne znam	5 (21,7)	4 (7,5)	

4. REZULTATI

Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	Točno	15 (65,2)	44 (83,0)	0,173
	Netočno	1 (4,3)	2 (3,8)	
	Ne znam	7 (30,4)	7 (13,2)	
Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	Točno	1 (4,3)	0 (0,0)	<0,001
	Netočno	16 (69,6)	52 (98,1)	
	Ne znam	6 (26,1)	1 (1,9)	
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	Točno	12 (52,2)	36 (67,9)	0,167
	Netočno	2 (8,7)	7 (13,2)	
	Ne znam	9 (39,1)	10 (18,9)	
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	Točno	14 (60,9)	49 (92,5)	0,002
	Netočno	2 (8,7)	1 (1,9)	
	Ne znam	7 (30,4)	3 (5,7)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 5. Prikazuje rezultate informiranosti studenata sestrinstva s obzirom radnog statusa, zaposleni u struci, zaposleni izvan struke i nezaposleni. Niti u jednoj izjavi nije pronađena statistički značajna razlika.

Tablica 5. Rezultati informiranosti prema radnom statusu

Pitanje		Broj (%) ispitanika			P*
		Nezaposlen	Zaposlen (MS/MT)	Zaposlen (ostalo)	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	Točno	39 (59,1)	3 (60,0)	4 (80,0)	0,859
	Netočno	7 (10,6)	1 (20,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	20 (30,3)	1 (20,0)	1 (20,0)	
ADHD može biti nasljedna bolest.	Točno	17 (25,8)	1 (20,0)	2 (40,0)	0,903
	Netočno	28 (42,4)	2 (40,0)	1 (20,0)	
	Ne znam	21 (31,8)	2 (40,0)	2 (40,0)	
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	Točno	61 (92,4)	4 (80,0)	4 (80,0)	0,094
	Netočno	1 (1,5)	1 (20,0)	1 (20,0)	
	Ne znam	4 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	Točno	35 (53,0)	2 (40,0)	5 (100,0)	0,048
	Netočno	11 (16,7)	3 (60,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	20 (30,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	

4. REZULTATI

Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	Točno	55 (83,3)	5 (100,0)	5 (100,0)	>0,999
	Netočno	3 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	8 (12,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	Točno	58 (87,9)	5 (100,0)	5 (100,0)	>0,999
	Netočno	4 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	4 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	Točno	58 (87,9)	5 (100,0)	4 (80,0)	0,74
	Netočno	2 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	6 (9,1)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	Točno	33 (50,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	0,914
	Netočno	8 (12,1)	1 (20,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	25 (37,9)	1 (20,0)	2 (40,0)	
ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	Točno	6 (9,1)	0 (0,0)	1 (20,0)	0,585
	Netočno	33 (50,0)	4 (80,0)	2 (40,0)	
	Ne znam	27 (40,9)	1 (20,0)	2 (40,0)	
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	Točno	5 (7,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	0,759
	Netočno	46 (69,7)	4 (80,0)	3 (60,0)	
	Ne znam	15 (22,7)	1 (20,0)	1 (20,0)	
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razjašen.	Točno	48 (72,7)	2 (40,0)	4 (80,0)	0,319
	Netočno	3 (4,5)	1 (20,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	15 (22,7)	2 (40,0)	1 (20,0)	
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	Točno	22 (33,3)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,881
	Netočno	15 (22,7)	2 (40,0)	1 (20,0)	
	Ne znam	29 (43,9)	2 (40,0)	3 (60,0)	
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	Točno	53 (80,3)	5 (100,0)	4 (80,0)	0,323
	Netočno	2 (3,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	
	Ne znam	11 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	

4. REZULTATI

Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	Točno	56 (84,8)	5 (100,0)	4 (80,0)	0,612
	Netočno	6 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	4 (6,1)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	Točno	11 (16,7)	2 (40,0)	0 (0,0)	0,452
	Netočno	43 (65,2)	3 (60,0)	5 (100,0)	
	Ne znam	12 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	Točno	54 (81,8)	4 (80,0)	5 (100,0)	0,866
	Netočno	4 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	8 (12,1)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	Točno	51 (77,3)	3 (60,0)	5 (100,0)	0,524
	Netočno	3 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	12 (18,2)	2 (40,0)	0 (0,0)	
Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	Točno	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
	Netočno	58 (87,9)	5 (100,0)	5 (100,0)	
	Ne znam	7 (10,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	Točno	41 (62,1)	3 (60,0)	4 (80,0)	0,275
	Netočno	7 (10,6)	2 (40,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	18 (27,3)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	Točno	53 (80,3)	5 (100,0)	5 (100,0)	>0,999
	Netočno	3 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	10 (15,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 6. Prikazuje rezultate informiranosti prema srednjoškolskom obrazovanju. Niti u jednom slučaju nisu pronađene statistički značajne razlike.

4. REZULTATI

Tablica 6. Prikaz rezultata informiranosti prema srednjoškolskom obrazovanju

Pitanje		Broj (%) ispitanika				P *
		Medicinska (MS/MT)	Medicinska (Ostali)	Druga strukovna	Gimnazija	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	Točno	19 (48,7)	10 (71,4)	2 (100,0)	15 (71,4)	0,552
	Netočno	5 (12,8)	1 (7,1)	0 (0,0)	2 (9,5)	
	Ne znam	15 (38,5)	3 (21,4)	0 (0,0)	4 (19,0)	
ADHD može biti nasljedna bolest.	Točno	12 (30,8)	5 (35,7)	0 (0,0)	3 (14,3)	0,671
	Netočno	16 (41,0)	4 (28,6)	1 (50,0)	10 (47,6)	
	Ne znam	11 (28,2)	5 (35,7)	1 (50,0)	8 (38,1)	
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	Točno	33 (84,6)	14 (100,0)	2 (100,0)	20 (95,2)	0,559
	Netočno	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	
	Ne znam	4 (10,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
ADHD je učestaliju u dječaka nego u djevojčica.	Točno	21 (53,8)	9 (64,3)	0 (0,0)	12 (57,1)	0,695
	Netočno	8 (20,5)	2 (14,3)	1 (50,0)	3 (14,3)	
	Ne znam	10 (25,6)	3 (21,4)	1 (50,0)	6 (28,6)	
Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	Točno	36 (92,3)	11 (78,6)	2 (100,0)	16 (76,2)	0,114
	Netočno	1 (2,6)	2 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	2 (5,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	5 (23,8)	
Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	Točno	32 (82,1)	14 (100,0)	2 (100,0)	20 (95,2)	0,537
	Netočno	3 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	
	Ne znam	4 (10,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	Točno	33 (84,6)	13 (92,9)	2 (100,0)	19 (90,5)	0,917
	Netočno	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	
	Ne znam	5 (12,8)	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (4,8)	
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	Točno	19 (48,7)	5 (35,7)	1 (59,0)	14 (66,7)	0,498
	Netočno	6 (15,4)	1 (7,1)	0 (0,0)	2 (9,5)	
	Ne znam	14 (35,9)	8 (57,1)	1 (50,0)	5 (23,8)	

4. REZULTATI

ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	Točno	4 (10,3)	3 (21,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,285
	Netočno	20 (51,3)	7 (50,0)	2 (100,0)	10 (47,6)	
	Ne znam	15 (38,5)	4 (28,6)	0 (0,0)	11 (52,4)	
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	Točno	2 (5,1)	0 (0,0)	1 (50,0)	3 (14,3)	0,138
	Netočno	26 (66,7)	13 (92,9)	1 (50,0)	13 (61,9)	
	Ne znam	11 (28,2)	1 (7,1)	0 (0,0)	5 (23,8)	
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razjašnjen.	Točno	23 (59,0)	11 (78,6)	2 (100,0)	18 (85,7)	0,093
	Netočno	2 (5,1)	2 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	14 (35,9)	1 (7,1)	0 (0,0)	3 (14,3)	
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	Točno	14 (35,9)	4 (28,6)	0 (0,0)	6 (28,6)	0,289
	Netočno	8 (20,5)	1 (7,1)	1 (50,0)	8 (38,1)	
	Ne znam	17 (43,6)	9 (64,3)	1 (50,0)	7 (33,3)	
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	Točno	31 (79,5)	11 (78,6)	1 (50,0)	19 (90,5)	0,551
	Netočno	2 (5,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	6 (15,4)	2 (14,3)	1 (50,0)	2 (9,5)	
Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	Točno	32 (82,1)	13 (92,9)	1 (50,0)	19 (90,5)	0,154
	Netočno	2 (5,1)	1 (7,1)	1 (50,0)	2 (9,5)	
	Ne znam	5 (12,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	Točno	3 (7,7)	3 (21,4)	1 (50,0)	6 (28,6)	0,087
	Netočno	29 (74,4)	10 (71,4)	0 (0,0)	12 (57,1)	
	Ne znam	7 (17,9)	1 (7,1)	1 (50,0)	3 (14,3)	

4. REZULTATI

Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	Točno	32 (82,1)	12 (85,7)	1 (50,0)	18 (85,7)	0,199
	Netočno	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (50,0)	2 (9,5)	
	Ne znam	6 (15,4)	2 (14,3)	0 (0,0)	1 (4,8)	
Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	Točno	30 (76,9)	9 (64,3)	2 (100,0)	18 (85,7)	0,447
	Netočno	3 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Ne znam	6 (15,4)	5 (35,7)	0 (0,0)	3 (14,3)	
Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	Točno	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0,331
	Netočno	33 (84,6)	14 (100,0)	2 (100,0)	19 (90,5)	
	Ne znam	6 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	Točno	25 (64,1)	8 (57,1)	1 (50,0)	14 (66,7)	0,925
	Netočno	4 (10,3)	2 (14,3)	0 (0,0)	3 (14,3)	
	Ne znam	10 (25,6)	4 (28,6)	1 (50,0)	4 (19,0)	
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	Točno	32 (82,1)	12 (85,7)	2 (100,0)	17 (81,0)	0,945
	Netočno	1 (2,6)	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (4,8)	
	Ne znam	6 (15,4)	1 (7,1)	0 (0,0)	3 (14,3)	

*Fisherov egzakti test

Tablica 7. Prikazuje rezultate informiranosti prema dobi ispitanika. Statistički značajna razlika je pronađena u mišljenju kako djeca oboljela od ADHD često mijenjaju aktivnosti ($p=0,018$), gdje negativnom navedenu tvrdnju smatraju studenti s medijanom dobi od 22 godine. Značajno niži medijan dobi je u tvrdnji kako su djeca oboljela od ADHD svakodnevno izložena diskriminaciji ($p=0,008$). Medijan dobi onih koji to smatraju točnim, je viši u odnosu na ostale izjave, kao što u tvrdnji da se oboljela djeca teže nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja i sl. ($p=0,021$). Statsitički značajna razlika je pronađena i u tvrdnji kako su djeca često sklona impulzivnim i neprekidivim reakcijama, na što oni koji nisu znali odgovor, imaju niži

4. REZULTATI

medijan dobi ($p=0,036$). Medijan dobi ispitanika koji smatraju da hiperaktivno dijete treba kažnjavati bio je niži u odnosu na ostale odgovore ($p=0,011$), dok je medijan dobi bio viši u izjavi kako djeca oboljela od ADHD zahtijevaju multidisciplinarnan pristup i skrb ($p=0,002$).

Tablica 7. Prikaz rezultata informiranosti studenata prema dobi

Pitanja	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Točno	Netočno	Ne znam	
ADHD je najčešći neurološki razvojni poremećaj u djece.	21 (21-22)	23 (21.5-26)	21.5 (20-22)	0,113
ADHD može biti nasljedna bolest.	22 (20.5-22)	21 (21-22)	21 (21-22)	0,894
Djeca s ADHD-om imaju problem u kontroli svoga ponašanja.	22 (21-22)	20 (20-30)	20.5 (20-21)	0,159
ADHD je učestaliji u dječaka nego u djevojčica.	21 (21-22)	22 (20-27)	22 (21-22.5)	0,277
Djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću, ali ne moraju nužno biti hiperaktivna.	21 (21-22)	23 (22-24)	21 (20.5-23.5)	0,165
Kod djece s ADHD-om često se može uočiti kako se vrpolje na stolici.	22 (21-22)	20 (19-21)	20 (20-21)	0,329
Djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili.	21 (21-22)	22 (20-23)	21.5 (21-22)	0,018
Za razliku od dječaka djevojčice imaju više psihičkih poteškoća kao što su stres i depresija.	21 (20-21)	22 (21-22)	21 (20-22)	0,978
ADHD je stanje koje će dijete prerasti.	21 (21-21)	22 (21-22)	21 (20-22)	0,073
ADHD je stanje koje se jedino učinkovito može liječiti farmakoterapijom.	22 (21-22)	21.5 (21-26)	21 (20-22)	0,226
Uzrok ADHD-a nije još uvijek do kraja razjašen.	22 (20-22)	21 (21-22)	22 (21-22)	0,205
ADHD je poremećaj koji se pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece.	22 (21-22)	20 (20-21)	21 (20-21)	0,301
Djeca oboljela od ADHD-a izložena svakodnevnoj diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva.	22 (21-22)	20.5 (20-21)	21 (20-21)	0,008
Djeca se teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka.	22 (21-22)	22 (21-22)	21 (20-21.5)	0,021
Djeca s ADHD-om mogu normalno funkcionirati u školskoj nastavi i sve zadatke obavljati bez ikakvih poteškoća.	22 (21-22)	20.5 (19.5-21)	21 (21-21)	0,371
Djeca s ADHD-om često su sklona impulzivnim i nepredvidivim reakcijama.	22 (21-22)	22 (21-24)	21 (21-21)	0,036

4. REZULTATI

Ponašanje djece s ADHD-om u školi remeti nastavu i ometa druge učenike u radu.	19 (19-19)	22 (21-22)	21 (20-21)	0,211
Hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati.	22 (21-22)	21 (21-22)	21 (20-22)	0,011
Hiperaktivno dijete pati u sebi i ne zadovoljava svoje potrebe za komunikacijom i izražavanjem.	22 (21-22)	20 (19-23)	20.5 (20-21)	0,086
Djeca oboljela od ADHD-a zahtjevaju multidisciplinarni pristup i skrb.	22 (21-22)	19 (19-19)	21 (21-21)	0,002

*Kruskal Wallisov test

5. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 76 ispitanika. S obzirom na dob najviše je bilo osoba ženskog spola, 64 (84,21 %), te 12 (15,79 %) osoba muškoga spola. Prosječna starost ispitanika bila je 22,25 sa standardnom devijacijom 3,88 godine. Studenata prve godine bilo je 23 (30,26 %), dok je studenata treće godine bilo 53 (69,74 %). Prema vrsti prethodnog obrazovanja najviše ispitanika završilo je medicinsku školu smjera medicinska sestra/tehničar, 39 (51,32 %), zatim gimnaziju njih 21 (27,63 %), ostale smjerove medicinske škole završilo je 14 (18,42 %) te ostale srednje škole 2 (2,63 %) ispitanika. 66 (86,84 %) ispitanika je nezaposleno, dok je 5 (6,58 %) studenata zaposleno u svojoj struci te također 5 (6,58 %) studenata je zaposleno izvan svoje struke. Medijan radnog staža ispitanika iznosio je 0 godina. Prethodno iskustvo s poremećajem hiperaktivnosti imalo je 40 (52,63 %) ispitanika.

U istraživanju ispitana je informiranost studenata sestinstva o poremećaju hiperaktivnosti pomoću samostalno konstruiranog anketnog upitnika koji se sastojao od 7 općih i demografskih pitanja i 20 tvrdnji gdje su ispitanici trebali zaokružiti smatraju li da je tvrdnja točna, netočna ili ne znaju odgovor.

Tvrdnju da je ADHD najčešći neurološki razvojni poremećaj dječje dobi ispitanici smatraju točnom što je pozitivan podatak, te se da zaključiti da su studenti upoznati sa poremećajem hiperaktivnosti. Od ukupnog broja studenata prve godine njih nešto više od polovine je potvrdno odgovorilo na prethodnu izjavu iako na prvoj godini studija još nisu odslušali kolegij psihijatrije, za razliku od studenata treće godine. Tek manji broj studenata smatra da ADHD može biti nasljedna bolest dok ih polovina smatra da uzrok nastanka još u potpunosti nije razriješen. Slične odgovore na ovu tvrdnju pokazuje istraživanje provedeno u Južnoj Koreji na 245 medicinskih sestara zaposlenih u školama (18). Također u navedenom istraživanju medicinske sestre smatraju da ADHD može biti uzrokovan šećerom i aditivima u prehrani (18). Velika većina studenata zna da djeca s ADHD-om ima problema u kontroli svoga ponašanja, dok nešto više od polovice vjeruje da je učestaliji u dječaka nego u djevojčica. Studenti su upoznati sa činjenicom da se djeca s ADHD-om često vrpolje na stolici te prelaze s jednog zadatka na drugi iako još ni prvi nisu dovršili. Polovina ispitanika ne smatra da je ADHD stanje koje će dijete prerasti, dok manji

broj smatra da je obrnuto ili jednostavno ne zna odgovor. Na tvrdnju da se ADHD pojavljuje kod nadprosječno inteligentne djece većina ispitanika nema konkretan odgovor, uglavnom nisu sigurni iako istraživanja pokazuju da većina hiperaktivne djece ima visok stupanj inteligencije (6). Velika većina ispitanika upoznata je s činjenicom da su djeca oboljela od poremećaja hiperaktivnosti izložena diskriminaciji i stigmatizaciji od strane okoline i društva te da se teško nose sa poremećajem ukoliko nemaju pomoć roditelja, učitelja i stručnjaka s čime se također slažu gotovo svi ispitanici sličnog istraživanja provedenoga u Južnoj Koreji (18). Vrlo pozitivan podatak je da samo jedna od ukupno 76 osoba uključenih u istraživanje smatra da hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu se ukazalo kako se treba pravilno ponašati.

U istraživanju je, također, prikazan rezultat informiranosti studenata sestrinstva o poremećaju hiperaktivnosti obzirom na spol. U datom istraživanju, u niti jednom slučaju nisu pronađene statistički značajne razlike između muških i ženskih ispitanika. Dakle, oba spola su podjednako informirana. Uzimajući u obzir informiranost studenata sestrinstva prema godini studija postoje statistički značajne razlike u mišljenju studenata prve i treće godine. Značajna razlika pronađena je u mišljenju kako djeca s ADHD-om imaju problema u kontroli svoga ponašanja, s čime se značajno više studenata treće godine slaže u odnosu na prvu. Također, postoji razlika u izjavi kako djeca s ADHD-om često mijenjaju aktivnosti unatoč nedovršenosti, s čime se značajno više studenata treće godine slaže. Značajno više studenata treće godine smatra kako je ADHD jedino učinkovito liječiti farmakoterapijom, kao i da se djeca teško nose s ADHD-om ukoliko nemaju pomoć okoline. Ovi podaci ukazuju nam da su studenti treće godine sestrinstva bolje upoznati s ovim poremećajem u usporedbi sa ispitanicima prve godine studija sestrinstva. S obzirom na radni status, zaposlene u struci i izvan struke te nezaposlene, rezultati istraživanja pokazuju da nema značajne statističke razlike. Ipak, zaposleni u struci u nekim stavkama poput izjave da je poremećaj hiperaktivnosti u djece prolazno stanje posjeduju više saznanja od zaposlenih u drugim oblastima i nezaposlenih. Uzevši u obzir prethodno srednjoškolsko obrazovanje ispitanika, ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima na ponuđene tvrdnje. Gotovo svi ispitanici smatraju da djeca s ADHD-om mogu imati poteškoće s pozornošću dok ne moraju nužno biti hiperaktivna. Iako su u većini tvrdnji ispitanici koji su završili smjer medicinska sestra ili tehničar točno odgovarali na pitanja dio njih nije znao da li djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili. Uzevši u obzir dob pronađene su statistički značajne razlike. Primjerice ispitanici s medijanom dobi 22 ne smatraju da djeca s

ADHD-om često prelaze na drugu aktivnost iako još niti prvu nisu dovršili. Također mlađi ispitanici smatraju kako su djeca s ADHD-om izložena svakodnevnoj diskriminaciji dok nisu znali da li su djeca s ovim poremećajem često sklona impulzivnim i neprekidivim reakcijama. Mlađi ispitanici smatraju da hiperaktivno dijete treba kažnjavati kako bi mu ukazali kako se treba pravilno ponašati. Dok su stariji ispitanici upućeni da djeca oboljela od poremećaja hiperaktivnosti zahtijevaju multidisciplinarni pristup i skrb.

Prednost ovog istraživanja je što je prvo ovakvo provedeno u Hrvatskoj na studentima sestrištva. Iako daljnjom pretragom literature nisu pronađena istraživanja provedena na studentima sestrištva na ovu temu, puno je više istraživanja ali i priručnika i literature posvećeno odgajateljima i učiteljima jer su upravo oni u svakodnevnom izravnom kontaktu sa djecom što je ujedno veliki nedostatak obrazovanju medicinskih sestara. Neka istraživanja pokazuju lošu informiranost učitelja razredne nastave što ima negativan utjecaj na adaptaciju djece u školski sustav (19). Iz aspekta medicinske sestre pretragom literature pronađeno je istraživanje provedeno u KB Sestre Milosrdnice u Zagrebu na 30 medicinskih sestara gdje je ustanovljeno da prvostupnice sestrištva pokazuju više znanja i bolje vještine od ostalih ispitanica u ophođenju s djecom na bolničkim odjelima dok značajni broj ispitanica pokazuje slabiju razinu znanja po pitanju individualnog pristupa svakom djetetu (20). Individualni pristup je izrazito bitan djeci s poremećajem hiperaktivnosti i stoga je potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara kako bi se malim bolesnicima olakšao svakodnevni život ali i eventualne hospitalizacije.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci.

1. Pronađena je značajna razlika među ispitanicima prve i treće godine gdje su studenti treće godine pokazali bolje znanje o ovoj problematici.
2. Uzimajući u obzir spol ispitanika nije pronađena značajna razlika.
3. Razlika među ispitanicima prema statusu zaposlenosti i srednjoškolskom obrazovanju nije pronađena.
4. Pronađena je statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika gdje su stariji ispitanici pokazali bolje znanje o poremećaju hiperaktivnosti.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Procijeniti razinu informiranosti studenata prve i teće godine preddiplomskog studija sestrinstva o poremećaju hiperaktivnosti i deficita pažnje u djece. U istraživanju je također cilj utvrditi postoje li razlike u informiranosti studenata s obzirom na spol, dob, srednjoškolsko obrazovanje, godina studija (prva ili treća), radni status i godine radnog staža.

Nacrt studije: Istraživanje je provedeno kao presječno.

Ispitanici i metode: U istraživanju je bilo uključeno 76 studenata prve i treće godine preddiplomskog studenata sestrinstva. Najveći broj ispitanika je nezaposlen te je završio srednju medicinsku školu smjera medicinska sestra/tehničar. Korišten je anketni upitnik koji se sastojao od 2 pitanja otvorenog tipa te 5 pitanja zatvorenog tipa i 20 tvrdnji koje se odnose na poremećaj hiperaktivnosti.

Rezultati: Studenti treće godine sestrinstva su pokazali bolje znanje odgovarajući na tvrdnju djeca s ADHD-om imaju problema u kontroli svog ponašanja gdje se njih 96,2 % slagalo sa tvrdnjom te su bolje odgovarali na tvrdnju djeca s ADHD-om često prelaze s jedne aktivnosti na drugu, iako niti prvu još nisu dovršili ($p=0,011$). Značajno više studenata treće godine smatra kako je ADHD jedino učinkovito liječiti farmakoterapijom ($p=0,048$). Mlađi ispitanici smatraju da hiperaktivno dijete treba kažnjavati ($p=0,011$), dok su stariji bolje upućeni da djeca oboljela od ADHD zahtijevaju multidisciplinarni pristup i skrb ($p=0,002$).

Zaključak: Postoje razlike u informiranosti studenata sestrinstva o ADHD-u prema godini studija, dok razlike nisu pronađene s obzirom na spol, radni odnos i srednjoškolsko obrazovanje.

Ključne riječi: ADHD, informiranost, poremećaj hiperaktivnosti, sestrinstvo, student

8. SUMMARY

AWARENESS OF NURSING STUDENTS ABOUT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Aim: The aim is to assess the level of awareness of hyperactivity and attention deficit disorder in children among the first and third year nursing students. The research should also determine whether there are differences in student awareness regarding their gender, age, secondary education, years of study (first and third), working status and years of work experience.

The draft of the study: The research was conducted as a cross-sectional study.

Examinees and Methods: The study included 76 undergraduate nursing students of the first and third year. Most of the respondents are unemployed and have previously finished nursing school. A questionnaire consisting of 2 open-ended questions, 5 closed-ended questions, and 20 statements about hyperactivity disorder was used.

Results: Third-year nursing students showed better knowledge responding to the statement that ADHD children have problems in controlling their behavior, where 96,2% agreed with the statement. Third year students responded better to the claim that ADHD children often switch from one activity to the next without finishing the previous one ($p = 0,011$). Significant majority of third year students agrees that ADHD is only effectively treated with pharmacotherapy ($p = 0,048$). Younger respondents believe that a hyperactive child should be punished for their actions ($p = 0.011$), while older respondents are better informed that children with ADHD require multidisciplinary approach and care ($p = 0.002$).

Conclusion: There were differences in the level of awareness of ADHD between nursing students based on their age and year of study, while differences were not found in terms of gender, work, and secondary education.

Keywords: ADHD, information, hyperactivity disorder, nursing, student

9. LITERATURA

1. Hughes, L. Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore : strategija za nastavnike, roditelje i ostale stručnjake.1. izd. Jastrebarsko : Naklada Slap, 2009.
2. Anastopolus, A. Child And Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook, 1.izd. Oxford, Oxford University Press, 1999.
3. Tannock, R. AD/HD:advances in cognitive, neurobiological and genetic research, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1998;39:65-99.
4. McGoey KE, Eckert TL, Dupaul GJ. Early Intervention for Preschool-Age Children with ADHD: A Literature Review. Journal of Emotional and Behavioral Disorder 2002;10: 14-29.
5. Kocijan-Hercigonja, D. Buljan-Flander, G. Vučković D.Hiperaktivno dijete, uznemireni roditelji i odgajatelji, 3.izd. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
6. Ferek, M. Hiperaktivni sanjari : bolji, lošiji, drugačiji : osvrt na ADHD - deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj. 3.izd.. - Zagreb : Buđenje - Udruga za razumijevanje ADHD-a, 2010.
7. Barkley, RA. Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment. New York : Guilford Press, 3rd edition. 1998.
8. Kudek Mirošević, J. Ponašanja karakteristična za ADHD, odgojne znanosti, 2010;19: 167-183.
9. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Washington DC: Text Revision, 5th edition .2000.
10. Bartolac, A. Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih sa ADHD-om,ljetopis socijalnog rada, Zagreb, 2013, 20:269-300.
11. Sekušak-Galešev S. Hiperaktivnost. Dijete i društvo, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, 2005;7:40-59.
12. Barkley R A, Shelton T L, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S et al. Early psycho-educational intervention for children with disruptive behavior: Preliminary post-treatment outcome. J Child Psychol Psychiatr 2000;41:319-332.

9. LITERATURA

13. Abikoff H. Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. In: Shaywitz SE, Shaywitz BA. (Eds.). Attention deficit disorder comes of age: toward the twenty-first Century. Pro-Ed, Austin, TX, 1992; 261-272.
14. Wells KC, Chi TC, Hinshaw SP, Epstein JN, Pfiffner LJ, Nebel-Schwain M. i suradnici. Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 649-657.
15. Stokowski LA. Bipolar Disorder and ADHD in Children: Confusion and Comorbidity. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal, 2009;9:1-11.
16. Jurin, M. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) : multimodalni pristup. // Paediatrica Croatica, 2007; 53:195-202.
17. Dodig-Ćurković, K. Hiperaktivni poremećaj (ADHD) u odrasloj dobi : možemo li ga ignorirati. // Socijalna psihijatrija, 2008; 26:58-63.
18. Oh, HY. Kim, S. Kim, JS. Knowledge and Attitudes of School Nurses to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Korean Acad Child Health Nurs,2008; 14: 243-251.
19. Opić S, Kudek- Mirošević J. Handling Students with ADHD Syndrome in Regular Elementary Schools. Napredak. 2011;152:75-92.
20. Kostović-Srzić M, Gavran Ž. Znanje medicinskih sestara o utjecaju hospitalizacije na djecu pripremi za medicinske postupke.Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2009;5:17-7.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Marija Čičić

Datum i mjesto rođenja: 05.10.1994. Slavonski Brod, Hrvatska

Adresa: Zagrebačka 378, 35 000 Slavonski Brod

Telefon: 095/362 3448

E-mail: marija.cicic.94@gmail.com

Obrazovanje

2014. - 2017. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009. – 2013. Srednja medicinska škola, Slavonski Brod

2001. – 2009. Osnovna škola Ivana Brlić-Mažuranić, Slavonski Brod