

Spremnost odgojitelja na pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću

Stanić, Helena

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:946651>

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

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

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Helena Stanić

**SPREMNOST ODGOJITELJA NA
PRUŽANJE PRVE POMOĆI U DJEČJEM
VRTIĆU**

Diplomski rad

Zagreb, srpanj 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Helena Stanić

**SPREMNOST ODGOJITELJA NA
PRUŽANJE PRVE POMOĆI U DJEČJEM
VRTIĆU**

Diplomski rad

Mentor: prof. dr. sc. Maša Malenica

Zagreb, srpanj 2022.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. ŠTO JE PRVA POMOĆ	2
2.1. Postupak pružanja prve pomoći	3
2.2. Pribor za prvu pomoć	4
3. PREDŠKOLSKE USTANOVE.....	5
3.1. Sigurno okruženje i prevencija ozljeda	7
3.2. Sigurnost unutarnjeg prostora	8
3.3. Sigurnost vanjskog prostora.....	9
3.4. Uloga odgojitelja.....	11
4. POSTUPCI PRUŽANJA PRVE POMOĆI U HITNIM SLUČAJEVIMA	12
4.1. Besvjesno stanje	12
4.2. Oživljavanje	12
4.3. Febrilne konvulzije	14
4.4. Epileptički napadaji	14
4.5. Strana tijela	16
4.6. Alergijske reakcije	18
4.7. Prijelomi	18
5. CILJ I ISTRAŽIVAČKA PITANJA	19
6. METODA	20
7. REZULTATI I RASPRAVA.....	21
8. ZAKLJUČAK.....	31

SPREMNOST ODGOJITELJA ZA PRUŽANJE PRVE POMOĆI U DJEČJEM VRTIĆU

SAŽETAK

Djeca rane i predškolske dobi svoj dan provode aktivno, u igri i istraživanju. U takvoj svakodnevnici, bilo u kući, vrtiću ili na igralištu, neizbježne su povrede, a s njima dolazi i pitanje kako u ovakvim situacijama reagirati kako bi djeci osigurali zdravlje i sigurnost. Za djecu rane i predškolske dobi, nakon obitelji, dječji vrtić je druga najvažnija sredina za dijete, a odgojno-obrazovni djelatnici, posebno odgojitelji, odgovorni su za organizacijske i materijalne uvjete u kojima djeca borave u vrtiću, i to tako da im prije svega budu osigurani zaštita i sigurnost. Zdravlje i sigurnost djece mora biti primarni zadatak svima, a pravovremeno i sustavno moraju reagirati svi subjekti društva. Stoga je važno da upoznaju i svladaju tehnike pružanja prve pomoći i reagiranja u nepredvidivim situacijama. Upravo poznavanje osnovnih tehnika pružanja prve pomoći, njihova pravovremena i pravilna primjena, doprinose sprječavanju zdravstvenih komplikacija i neželjenih ishoda.

Cilj ovoga istraživanja bio je utvrditi koliko su odgojitelji spremni na pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću, steći uvid u poznavanje tehnika pružanja prve pomoći te njihova pravilna i pravovremena primjena. Za potrebe ovog istraživanja korišten je online anketni upitnik u kojem je sudjelovalo 125 odgojitelja, a provedeno je tijekom svibnja 2022. godine. Unatoč nedovoljnoj edukaciji u ovom području, odgojitelji su pokazali dovoljno stečenog znanja o pružanju prve pomoći u dječjem vrtiću.

Ključne riječi: dijete, odgojitelj, zdravlje, sigurnost, prva pomoć

COMPETENCE OF KINDERGARTEN TEACHERS TO PROVIDE FIRST AID IN KINDERGARTEN

SUMMARY

Preschool children spend their day actively playing and exploring. In everyday life, injuries are inevitable: whether at home, in kindergarten, or in the playground. How to react in such situations to ensure the health and safety of children? After the family, the second most important environment for preschool children is kindergarten, and educators, especially preschool teachers, are responsible for providing the organizational and material conditions which would, above all, assure safety and protection. Health and safety of children must be a number one priority, and all members of society must respond in a timely and systemic manner. Therefore, it is important to learn and master first aid, and know how to react in unpredictable situations. It is the knowledge of basic first aid, and its timely and proper application that contributes to the detection of health issues and preventing unwanted outcomes.

The aim of this research was to determine how ready, and if properly educated, the preschool teachers are to provide first aid in a timely manner, and to gain insight into their knowledge of the specific first aid techniques. This research was based on an online questionnaire. 125 preschool teachers participated, and it was conducted in May, 2022. Despite the insufficient education in this area, preschool teachers demonstrated enough acquired knowledge about providing first aid in kindergarten.

Key words: child, preschool teacher, health, safety, first aid

1. UVOD

Prva pomoć skup je vještina koje omogućavaju djelotvorne i brze intervencije s ciljem smanjenja ozljeda i njihovih posljedica čime se povećava šansa za preživljavanje. Naš zadatak u tom slučaju može biti: spriječiti gušenje, zaustaviti krvarenje, vratiti disanje ili oživjeti osobu, provesti imobilizaciju, postaviti ozlijeđenu osobu u odgovarajući položaj i slično. Budući da djeca čine značajan dio ljudske populacije koja nam pomaže u ostvarenju bolje sadašnjosti i budućnosti, svojim vještinama i znanjem o pružanju prve pomoći pomažemo u izgradnji otpornosti djece, a time i cjelokupnog društva i zajednice.

Svi zajedno moramo raditi na pridonosenju opće sigurnosti djece u dječjim vrtićima što uključuje odabir opreme, uređenje unutarnjeg i vanjskog prostora i slično. Veliki broj nesretnih slučajeva u dječjem vrtiću može se spriječiti upravo jednostavnim mjerama. Potrebno je da odgojitelji prepoznaju navike i individualne potrebe djeteta i uvijek bi trebali biti svjesni gdje se djeca nalaze i s čime se igraju. U tom slučaju bolje će moći uočiti rizične situacije kako bi na vrijeme mogli poduzeti mjere i postupke za sprječavanje situacija koje ugrožavaju sigurnost i zdravlje djeteta.

S obzirom na to da ozljede mogu ostaviti veliki trag na psihičko i fizičko zdravlje djeteta, ova tema odabrana je kako bi podsjetila odgojitelje da poduzmu sve preventivne mjere kako bi se ozljede spriječile ili ublažile. Obveza i dužnost svakog odgojitelja je da se kontinuirano usavršava u području prve pomoći kako bi u svakom trenutku bili spremni na pravilan način pružiti pomoć djetetu koje je ozlijeđeno te osigurati sigurno materijalno i prostorno okruženje. Teorijski dio opisuje postupke pružanja prve pomoći u nekim hitnim slučajevima poput besvjesnog stanja, oživljavanja, febrilnih konvulzija, epileptičkih napadaja, stranih tijela, alergijskih reakcija i prijeloma. Ističe i važnost sigurnog okruženja zbog prevencije ozljeda i ulogu odgojitelja u pružanju prve pomoći u dječjem vrtiću. U istraživačkom dijelu rada prikazani su rezultati dobiveni online anketnim upitnikom za odgojitelje o njihovoj spremnosti za pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću.

2. ŠTO JE PRVA POMOĆ

Prva pomoć skup je postupaka i praktičnih vještina kojima pomažemo ozlijeđenoj ili naglo oboljeloj osobi na mjestu događaja, prije dolaska hitne medicinske pomoći ili liječnika (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009). Početna je skrb nestručnjaka o oboljeloj ili ozlijeđenoj osobi, a nestručnjak je svaka osoba koja tijekom redovitog školovanja nije završila medicinsku školu i/ili fakultet (Pavliško Pekez, 2004).

Primjenom postupaka prve pomoći pomažemo osobi koja je ozlijeđena, a cilj postupka je spašavanje života, sprječavanje nastanka daljnjih komplikacija i invalidnosti i skraćivanje trajanja liječenja i oporavka (Rogić, 2011).

Prema Središnjem državnom portalu, kada se zateknemo na mjestu nesreće u kojoj ima ozlijeđenih osoba dužni smo pozvati hitne službe i zatražiti pomoć od njih. Broj 112 jedinstveni je europski broj za hitne službe koji je dostupan svim građanima Hrvatske i turistima u slučaju prirodnih ili tehničko-tehnoloških nesreća te prijetnji koje ugrožavaju život i zdravlje ljudi, imovinu ili okoliš, a ovisno o potrebi operateri obavještavaju nadležne službe: policiju, hitnu medicinsku službu, vatrogasce, Gorsku službu spašavanja, traganja i spašavanja na moru, komunalne i inspeksijske službe te druge sudionike u sustavu civilne zaštite.

Drugi brojevi kojima direktno kontaktiramo hitne službe su:

- Hitna medicinska služba – 194
- Policija – 192
- Vatrogasci – 193
- Služba traganja i spašavanja na moru - 195 (Središnji državni portal)

Ako se nađemo u situaciji da moramo pozvati hitnu medicinsku službu, nakon što se predstavimo osobi s kojom razgovaramo i kažemo joj broj s kojeg zovemo, trebamo joj reći i sljedeće:

- Što se dogodilo i je li još uvijek prisutna opasnost za unesrećene i osobe koje pružaju pomoć?
- Gdje je potrebna pomoć?

- Koliko je unesrećenih osoba?
- Tko su unesrećene osobe?
- Kakvo je stanje unesrećene osobe? (Rogić, 2011).

Ako je osoba koja zove hitnu medicinsku službu ista osoba koja i pruža prvu pomoć uvijek može zamoliti nekoga od prisutnih osoba da umjesto nje pozove pomoć, uputiti tu osobu što treba reći prilikom poziva, ako treba i udaljiti ga s mjesta nesreće i zamoliti ga da se vrati i prenese informacije i upute koje dobio od hitne medicinske službe. Razgovor uvijek završava osoba u hitnoj medicinskoj službi, a po završetku razgovora potrebno je slijediti dobivene upute, ne paničariti, biti strpljiv i ostati uz unesrećenu osobu (Rogić, 2011).

2.1. Postupak pružanja prve pomoći

Djeca predškolske dobi po svojoj su prirodi motorički aktivna i znatiželjna što ih ponekad može dovesti i u opasnost jer u toj dobi kod njih još uvijek nije dovoljno razvijen osjećaj za opasnost, kao ni obrambeni mehanizam. Sigurnost i zdravlje djece mora biti nacionalni, primarni zadatak svima, a sustavno i preventivno moraju djelovati svi subjekti društva (pojedinci i skupine: odgojitelji, roditelji, uža i šira društvena zajednica) (Vujić Šisler, 2004). Zbog toga se moramo na vrijeme pripremiti, a važno je da svi djelatnici budu upućeni i osposobljeni za pružanje prve pomoći, a osobito u postupak reanimiranja, kojim se često zna spasiti život (Stokes Szanton, 2005).

Nesreće se događaju bez obzira na sav oprez i pažnju djelatnika i bez obzira na planiranje i provođenje mjera sigurnosti. Ako su upute za postupke u slučaju hitnih intervencija na mjestu i ako je osoblje uvježbano, a uloge i zaduženja svakog djelatnika naznačene i napisane moći će se odgovarajuće reagirati u takvim situacijama (Stokes Szanton, 2005). Autor Kurikuluma za jaslice Stokes Szanton (2005) također navodi da je važno da postupke za hitne slučajeve pretpostavljaju i izvještene telefonske brojeve službi koje pomažu u slučaju povreda, bolesti, trovanja, požara, potresa i slično, a i roditelji bi trebali imati kopije odgovarajućih postupaka, kako bi znali što se od njih očekuje i što da oni očekuju u nekim od navedenih slučajeva.

Prema Vujić Šisler i Vučemilović (2009) navode se osnovna načela, postupci i metode pružanja prve pomoći, a to je da brzim opažanjem moramo ustvrditi postoji

li na mjestu nezgode neposredna životna opasnost poput, na primjer, urušavanja, požara i slično, zatim provjeriti stanje svijesti ozlijeđenog djeteta; ako je bez svijesti, a normalno diše, okrenuti ga u bočni položaj da ne dođe do gušenja i pri tome vodeći računa o mogućoj ozljedi kralježnice ili prijeloma drugih kostiju, kao i ozljeda glave i vrata. Ako je dijete pri svijesti, potrebno ga je umiriti i ohrabriti. U tim trenucima važno je biti priseban, brz i promišljen u postupcima i primijeniti stečena znanja u koja smo sigurni. Ako nismo sigurni u postupke, trebamo tražiti pomoć kolega s posla za koje smo sigurni da znaju više od nas. Svojim postupcima ne smijemo nanijeti štetu ozlijeđenom djetetu, a na umu imati da je ozdravljenje, a možda i život djeteta, u našim rukama. Unesrećenom djetetu ne treba davati ništa na usta (jesti i piti) i pozvati stručnu pomoć: višu medicinsku sestru – zdravstvenog voditelja, zaposlenika osposobljenog za pružanje prve pomoći ili hitnu medicinsku pomoć.

2.2. *Pribor za prvu pomoć*

U svakom objektu vrtića treba postaviti ormariće za prvu pomoć, koji će u svakom trenutku biti dostupan djelatnicima. Prije nego što se nađemo u situaciji u kojoj moramo upotrijebiti pribor, važno je upoznati se sa sadržajem kutije, na vrijeme nadomjestiti novim priborom, voditi brigu o roku valjanosti sterilnog materijala i držati van dohvata djece i držati pribor na mjestu zaštićenom od topline, vlage i svjetla (Rogić, 2011). Količina sanitetskog i drugog materijala i sredstava ovisi i planira se prema broju djece u vrtiću ili objektu (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Ormarić za prvu pomoć prema Jankoviću (2010) treba sadržavati sljedeće:

- sterilne gaze različitih veličina,
- sterilne komprese,
- ljepljive vrpce različitih veličina (flaster, leukoplast),
- zavoj različitih širina i dužina,
- trokutne marame,
- elastični zavoj za uganuti zglob,
- vatu,
- dezinficijens za pribor, npr. 2%-tni aseptol,
- alkohol, 76%-tni, za dezinfekciju kože,
- hidrogen, 3%-tni, za dezinfekciju kože,

- kremu ili mast za male opekline,
- kremu za ubode insekata,
- tablete protiv bolova,
- tablete protiv grčeva,
- biljne sirupe protiv kašlja i za olakšavanje iskašljavanja,
- tablete protiv mučnine tijekom vožnje
- razni pribor: škare, zaštićeni nožić za brijanje (žilet), sigurnosne igle, toplomjer, rukavice za jednokratnu uporabu, baterijska svjetiljka.

Namjena materijala za pružanje prve pomoći:

- sterilni materijali služe za prekrivanje otvorenih ozljeda
- zavojni materijali za učvršćivanje sterilnog materijala na mjestu gdje smo postavili, a trokutaste marame koriste se i za imobilizaciju
- zaštitni materijal poput npr. rukavica služe za našu osobnu zaštitu i zaštitu unesrećene osobe
- ostala sredstva i materijali poput samoljepljive vrpce i igle sigurnosnice služe za pričvršćivanje, škare sa zaobljenim vrhom za rezanje zavoja i uklanjanje odjeće s mjesta ozljede, a plastične vrećice za pohranjivanje materijala koji su onečišćeni (Rogić, 2011).

3. PREDŠKOLSKE USTANOVE

Djelatnosti ranog i predškolskog odgoja u Republici Hrvatskoj uređene su Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju (2019), a obuhvaćaju programe odgoja, obrazovanja, zdravstvene zaštite, prehrane i socijalne skrbi koji se ostvaruju u dječjim vrtićima sukladno navedenom Zakonu. Djelatnosti mogu obavljati i druge pravne osobe koje imaju ustrojene programe odgojno – obrazovnog rada s djecom u dobi od navršениh 6 mjeseci do polaska u osnovnu školu. Predškolski odgoj organizira se i provodi za djecu od navršениh 6 mjeseci života do polaska u osnovnu školu, a ostvaruje se u skladu s razvojnim osobinama i potrebama djece te socijalnim, kulturnim, vjerskim i drugim potrebama obitelji.

Programi predškolskog odgoja koji se mogu ostvariti u dječjem vrtiću s obzirom na trajanje mogu biti:

- cjelodnevni u trajanju od 7 do 10 sati dnevno,
- poludnevni u trajanju od 4 do 6 sati dnevno,
- višednevni u trajanju od jednoga do 10 dana (programi izleta, ljetovanja i zimovanja),
- programi u trajanju do 3 sata dnevno (Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju, 2019).

Program predškolskog odgoja ostvaruje se u skladu s programskim usmjerenjem, a donosi ga ministar prosvjete. Program zdravstvene zaštite i odgovarajuće mjere higijene i prehrane u dječjem vrtiću utvrđuje Ministarstvo zdravstva, a program socijalne skrbi Ministarstvo rada, socijalne skrbi i obitelji (Švel i Grgurić, 1996). Dječji vrtić ustanova je koja ima društveno-zaštitnu, odgojno-obrazovnu i zdravstvenu ulogu te je na temelju toga zakonodavac propisao broj djece koja mogu boraviti u skupinama (Markota, 2021).

U odgojno-obrazovnu skupinu djece u redovitom programu u dobi:

- od navršениh 6 do navršениh 12 mjeseci može se uključiti najviše 5 djece,
- od 13 do 18 mjeseci može se uključiti najviše 8 djece,
- od 19 do 24 mjeseca može se uključiti najviše 12 djece,
- u trećoj godini može se uključiti najviše 14 djece,
- u četvrtoj godini može se uključiti najviše 18 djece,
- u petoj godini može se uključiti najviše 20 djece,
- u šestoj godini može se uključiti najviše 23 djece,
- u sedmoj godini do polaska u školu može se uključiti najviše 25 djece (Državni pedagoški standard, 2008).

U mješovitoj odgojno – obrazovnoj skupini u redovitom programu u odgojno-obrazovnu skupinu djece u dobi:

- od 1 do 2 godine može se uključiti najviše 10 djece
- od 1 do 3 godine može se uključiti najviše 12 djece,
- od 3 godine do polaska u školu može se uključiti najviše 20 djece,
- od 4 godine do polaska u školu može se uključiti najviše 22 djece (Državni pedagoški standard, 2008).

Današnja situacija u dječjim vrtićima je takva da je u grupama veći broj djece od onog koji je propisan Državnim pedagoškim standardom, pa je tako u jasličkoj

skupini prisutno i do 18 djece, dok je u starijoj vrtićkoj čak 28 i više. Bez obzira na povećanje broja djece nije došlo i do povećanja broja odgojitelja i kvadrature dječjih soba te je, uz sav već prisutan namještaj, i povećana mogućnost da se dijete spotakne i ozlijedi (Markota, 2021).

3.1. Sigurno okruženje i prevencija ozljeda

Sigurnost je jedna od ključnih značajki za svu djecu u vrtiću, a posebno za djecu jasličke dobi koja tek uče hodati, istražuju svijet cijelim tijelom, pa tako i ustima te nemaju dovoljno iskustva o situacijama koje su opasne za njih i njihovo zdravlje. Za razliku od odraslih osoba, djeca predškolske dobi znatno su podložnija ozljeđivanju. Znatiželjna su, vole istraživati, osamostaljuju se, iskušavaju svoje mogućnosti, a zbog pomanjkanja realnog sagledavanja potencijalne opasnosti često su izložena povećanom riziku stradavanja u raznim oblicima nesreća. Što su aktivnija, njihovi pokreti nisu uvijek dovoljno koordinirani, posebno u četvrtoj godini života (Markota, 2021).

Za sigurnost i čistoću prostora dječjeg vrtića tijekom dana brinu se svi djelatnici vrtića: odgojitelj, spremačica, domar, stručni tim i ravnateljica svakodnevnim čišćenjem, dezinfekcijom i primjenom zaštitnih higijensko-epidemioloških mjera kako bi problem ozljeđivanja djece otklonili ili barem ublažili (Vujić Šisler, 2004). U sigurnom okruženju djeca se slobodno kreću i istražuju vršeći vlastite odabire, bez potrebe da ih odgojitelji neprestano nadziru li brinu zbog njihovih odabira, a kada je okruženje sigurno ne mora se često upotrebljavati riječ „ne“ i odgojitelji se mogu opušteno igrati i razgovarati s djecom. Tako će djeca postupno naučiti zaštititi sami sebe i paziti na druge (Stokes Szanton, 2005).

Kod oblikovanja vanjskog, ali i unutarnjeg prostora za igru djece, osobito je važno uskladiti potrebe djece kojoj je taj prostor namijenjen sa sigurnosnim, sanitarno-zdravstvenim, pedagoškim i arhitektonskim standardima (Vučemilović, 2006). U nekim situacijama u određeno doba dana veća je vjerojatnost da će djeca doživjeti nezgodu. Djelatnici bi tada posebno trebali biti pažljivi i oprezni. Neke od situacija su:

- odlazak djeteta iz sobe dnevnog boravka u sanitarni prostor
- boravak djeteta u sanitarnom prostoru
- priprema za popodnevni odmor

- odlasci na dežurstva - jutarnja i popodnevna
- boravak na dvorištu - odlazak i povratak
- rekreativni programi, kao i svi ostali programi i aktivnosti koji uključuju i druge sudionike, promjene prostora i ostalih uvjeta boravka djece (Jelašić 2007).

U takvim trenucima odgojitelj bi trebao uvijek budno pratiti djecu, a u određeno doba dana, kao što je, na primjer, vrijeme ručka, može se pojačati broj odgojitelja (Stokes Szanton, 2005).

3.2. *Sigurnost unutarnjeg prostora*

Soba dnevnog boravka prostorija je u kojoj dijete boravi veći dio dana pa prema tome mora biti i prikladno opremljena. Djetetu treba osigurati dovoljno prostora za igru i kretanje, stoga je važno da igračke i ostali predmeti za igru djeci budu nadohvat ruke. Vrlo je važno da oprema u vrtiću odgovara sigurnosnim standardima (Jelašić, 2007).

Jelašić (2007) navodi sljedeće:

- namještaj treba biti prilagođen dobi djece (paziti da su stolovi i stolice čvrsti i stabilni, bez oštrih rubova)
- igračke i centri za provedbu različitih aktivnosti trebaju biti pažljivo raspoređeni tako da ne dovode u pitanje sigurnost djece (igračke i igre postavljene na niske police, lako dostupne djeci)
- opremu je važno redovito pregledavati i provjeravati njezinu ispravnost, a slomljene i neispravne dijelove treba odmah ukloniti iz blizine djece radi popravka ili zamjene
- otvori raznih veličina trebali bi biti zatvoreni kako djeca ne bi gurala prste u njih, a treba usmjeriti pažnju i na elektroničke sklopke i rasvjetna tijela u blizini mjesta koje je dostupno djetetu, a ako se nalaze na mjestima lako dostupnima djeci, važno je da one budu zaštićene.

Predmeti manji od tri centimetra (u promjeru) ne smiju se nalaziti u blizini djece koja sve guraju u usta. To se posebno odnosi na djecu jasličke dobi koji još uvijek puzaju, ližu i stavljaju predmete u usta. Izbjegavati igračke, plišane igračke i lutke rađene tako da ih djeca mogu potrgati i biti pažljivi s predmetima kojima bi se

djeca mogla zagušiti (baloni i plastične vrećice) te izabrati igračke koje su sigurne i primjerene razvojnem stupnju djece. Drvene igračke moraju biti glatke, kako se djeca ne bi nabola ili ogrebla (Stokes Szanton, 2005).

Djeci između 12 i 24 mjeseci se mora pokazati da određena ponašanja ili djelovanja mogu dovesti do povreda. Budemo li im ukazivali da su na primjer električne utičnice opasne, djeca će naučiti izbjegavati te predmete i znat će što ne trebaju raditi. S druge strane, djeca trebaju isprobavati nove aktivnosti i bez opasnosti riskirati u donošenju odluka. Okruženje treba biti ravnoteža prostora koji djeci omogućuje fleksibilnost i kretanje i onog koji nije u skladu s njihovim zahtjevima i koji nije prezaštićen (Stokes Szanton, 2005).

3.3. *Sigurnost vanjskog prostora*

Zamjena za vrtić je dječje igralište. Značenje dječjeg igrališta je mnogostruko:

- djecu privikava na zdravu, vedru i aktivnu rekreaciju na svježem zraku
- pridonosi jačanju dječjeg organizma i povećavanju otpornosti djeteta prema raznovrsnim oboljenjima
- razvija koordinaciju pokreta djeteta i povećava njegovu ukupnu fizičku snagu i izdržljivost
- potpomaže pravilan rast i razvoj kostiju, zglobova, mišića i unutarnjih organa, pravilno držanje tijela, razvoj osjećaja ravnoteže, ispravlja eventualne tjelesne deformacije
- omogućuje oslobađanje napetosti
- omogućuje uključivanje djeteta u društvo vršnjaka, poticanje socijalizacije
- pomaže djetetu u stjecanju higijenskih navika
- omogućuje djeci da još bogatije izvršavaju svoje zadatke u planskom i sustavnom razvoju
- preuzima svu brigu o djetetu na nekoliko sati dnevno
- omogućuje suradnju pedagoga i roditelja (Švel i Grgurić, 1996).

Odgojitelji moraju sve vrijeme nadgledati djecu dok se igraju na otvorenom. Ipak, uvijek se može dogoditi da odgojitelj neće uspjeti spriječiti povredu i nesreću bude li dječje igralište samo po sebi opasno. Dječje igralište mora biti osmišljeno i napravljeno u skladu s općim sigurnosnim kriterijima (Stokes Szanton, 2005).

Sprave za igru na otvorenome poput ljuljački, tobogana, penjalica i vrtuljaka na dječjim igralištima potrebna su i važna oprema o čijoj sigurnosti treba voditi računa. Takve sprave trebaju biti postavljene na odgovarajućem mjestu, visinom prilagođene djetetu, te imati mekanu podlogu za ublažavanje posljedica pada i ozljeđivanja djece (Vučemilović, 2006). Igralište vrtića treba biti ograđeno, a klupe, stolovi i pješčanici trebaju biti pokriveni kada se djeca ne igraju. Pješčanik treba biti na mjestu koje omogućuje odgojitelju praćenje i nadzor dječje igre u pješčaniku. Za pješčanike je važno da imaju pokrivala i da se stalno održavaju radi prevencije bolesti i infekcija koje može izazvati igra u zagađenom pješčaniku. Domar vrtića svakog dana prije dječjeg boravka na otvorenome običi i urediti igralište, pokupiti staklo, granje i ostalo smeće, prekopati pijesak u pješčanicima i slično. Oprema dječjih igrališta i broj pješčanika trebaju odgovarati pedagoškim i higijensko-zdravstvenim standardima te zadovoljavati potrebe djece i odgojitelja za kvalitetnom i sigurnom provedbom aktivnosti na otvorenom (Jelašić, 2007).

U Kurikulumu za jaslice Stokes Szanton (2005) navodi neke od važnih kriterija za sigurnost dječjeg igrališta:

- izdvojiti igralište namijenjeno dojenčadi i maloj djeci, kako bi mogli puzati i gacati bez opasnosti od sudaranja sa starijom djecom
- paziti da djeca ne koriste opremu i sprave na dječjem igralištu na način na koji to nije predviđeno kako ne bi došlo do povreda (npr. hodanje po toboganu u obrnutom smjeru)
- ukloniti i ograditi sve potencijalno opasne materijale te svakodnevno provjeravati opremu, sprave i igralište
- površine igrališta pokriti materijalom koji će ublažiti posljedice pada (pijeskom, sitnim šljunkom, gumenim pokrivačem i slično)
- spriječiti da djeca stavljaju u usta biljke, travu, šljunak i slično; ukloniti sve biljke koje su toksične u bilo kojoj fazi rasta
- ne koristiti insekticide na biljkama koje rastu na igralištu
- ograditi igralište da djeca ne bi odšetala iz kruga
- ako ima vodenih površina, potrebno ih je ograditi kako ne bi došlo do utapanja

Zbog svih navedenih kriterija, pri oblikovanju vanjskog prostora važno je uvažavati mišljenja svih stručnjaka koji sudjeluju u procesu odgoja i obrazovanja djece u dječjim vrtićima te brinu o njihovom optimalnom razvoju. Zakoni, naputci i pravilnici kojima se određuje projektiranje, izgradnja i opremanje dječjih vrtića moraju omogućiti i poticati kvalitetu življenja djece u dječjim vrtićima i biti u funkciji optimalnog razvoja djeteta (Vučemilović, 2006).

3.4. Uloga odgojitelja

Prema Državno pedagoškom standardu (2008) odgojitelj je stručno osposobljena osoba za odgojno-obrazovni rad s djecom u dječjem vrtiću ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja djelatnost predškolskog odgoja i naobrazbe. „*Odgojitelji svojim ponašanjem sprječavaju nezgode i bolesti i spremni su reagirati u hitnim slučajevima*“ (Stokes Szanton, 2005, str. 135). Zbog svakodnevnog susretanja odgojitelja s raznim dječjim nezgodama i nesrećama koje zahtijevaju pružanje prve pomoći, potrebno je da njihovo znanje o prvoj pomoći bude na visokoj razini. Odgojitelji moraju u svakom trenutku biti spremni na pravilan način pružiti pomoć djetetu koje je ozlijeđeno, a isto tako moraju zaštititi djecu od ponavljanja iste ili slične nesreće. Stoga, može se zaključiti da je uloga odgojitelja vrlo kompleksna i da o njemu ovisi organizacija rada u skupini, ali i svi aspekti razvoja djeteta (Markota, 2021).

Markota (2021) također navodi da se prva pomoć pruža prema propisanim zdravstvenim smjernicama, prema Protokolu postupanja u kriznim situacijama te prema Individualnim protokolima postupanja za djecu kod kojih nisu naznačena određena zdravstvena stanja prilikom upisa u dječji vrtić.

Pružanje prve pomoći djetetu ponekad može biti izazov i za zdravstvene djelatnika, a za osobe izvan zdravstvene struke, poput odgojitelja, može biti veoma stresno i može izazvati jake osjećaje straha i panike. S obzirom na to da zdravstveni voditelj nije uvijek u mogućnosti biti na mjestu nezgode, važna je redovita edukacija odgojitelja o pružanju prve pomoći, ali i o mjerama prevencije nesreća unutar dječjeg vrtića. Uz redovitu edukaciju, važno je često djeci govoriti o sigurnosti i na vlastitom primjeru pokazati što znači sigurnost ponašanja. Ako odgojitelj bude pokazao koliko je njemu važna sigurnost, tada će i dijete još jednom imati priliku naučiti vrednovati sebe i druge oko sebe (Stokes Szanton, 2005).

4. POSTUPCI PRUŽANJA PRVE POMOĆI U HITNIM SLUČAJEVIMA

4.1. *Besvjesno stanje*

Besvjesno stanje je stanje gubitka svijesti do kojega mogu dovesti razne ozljede i tegobe, ali i vrlo teške, pa i po život opasne bolesti (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009). Ustanovljuje se laganim lupkanjem po licu, bez pomicanja glave, uz istovremeno postavljenje običnih pitanja kao npr. „Kako ste?“, „Što se dogodilo?“, a ako nismo postigli kontakt s unesrećenom osobom, a ona diše i srce joj radi tada govorimo o besvjesnom stanju (Sklepić, 1996).

Razlikujemo stanje kod dubokog gubitka svijesti, odnosno komu u kojem dijete nepomično leži, ne reagira na pitanje ili dozivanje i stanje kod plićeg gubitka svijesti gdje dijete na pitanje ili poziv osobe koja pruža prvu pomoć pomiče ruke, noge ili je vidljiva mimika lica, a kod plićeg poremećaja svijesti dijete može i povraćati (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Kod besvjesnog stanja postoji opasnost od gušenja jezikom ili aspiriranim sadržajem (povraćanjem, ugrušcima krvi i slično), a osobito kada unesrećena osoba leži na leđima, pa je cilj postupka pružanja pomoću sprječavanje gušenja, odnosno osiguravanje prohodnosti dišnih putova, te pozivanja stručne pomoći po potrebi. Nakon što smo uspostavili dijagnozu, provjerili disanje (ako je potrebno odmah treba započeti postupak oživljavanja), a ako je dijete bez svijesti i diše normalno, okrenuti ga na stabilni bočni položaj, a zatim pozvati liječničku pomoć (Sklepić, 1996). Stavljanje onesviještene osobe u bočni položaj jednostavna je i brza metoda u kojoj je potrebno kleknuti pored osobe, jednu nogu lijevu ili desnu saviti u koljenu pod oštrim kutom, a šaku ruke na istoj strani staviti ispod lijevog obraza, hvatajući ga za ruku i koljeno okrenuti ga na bok, a glavu lagano zabaciti prema natrag s licem prema dolje i obrazom fiksiranim na prstima šake. Ruka koja se nalazi ispod obraza treba biti ispružena tako da zajedno sa savijenom nogom osigurava stabilan položaj na boku (Sklepić, 1996). Smisao takvog bočnog položaja je da unesrećenu osobu u besvjesnom stanju tijekom transporta zadržimo u stabilnom položaju (Kratohvil, Bičanić i Peljušić, 2009).

4.2. *Oživljavanje*

Stanje u kojemu je potrebno neodgodivo pružanje prve pomoći, odnosno u kojem je život u opasnosti, jest stanje prividne smrti. „*Prividna smrt je stanje kada*

unesrećeni ne diše i kad mu ne radi srce, ali nema sigurnih znakova smrti. Jasno je da i tu imamo stanje bez svijesti“ (Kratohvil, Bičanić i Peljušić, 2009, str. 17). Prividna smrt ne znači i konačni prestanak života, a pravovremenim uspostavljanjem životnih funkcija (disanja i rada srca) takve ljude možemo vratiti u život.

Prva pomoć u prividnoj smrti su postupci održavanja života, odnosno oživljavanje koje čini: masaža srca i umjetno disanje (Kratohvil, Bičanić i Peljušić, 2009). Autorice Vujić Šisler i Vučemilović (2009) u svojem priručniku *Trebam tvoju pomoć* opisuju postupak oživljavanja djece iznad jedne godine do puberteta koji je sljedeći: kod umjetnog disanja potrebno je osigurati svoju sigurnost i sigurnost djeteta, a dijete položiti na tvrdu podlogu i provjeriti reagira li. Ako ne reagira, potrebno je započeti oživljavanje. Djetetu treba otvoriti dišni put nježnim zabacivanjem glave uz istodobno podizanje brade te provjeriti usnu šupljinu. Provjeriti diše li dijete normalno, a ako ne diše normalno, poslati nekoga da pozove hitnu medicinsku pomoć i započeti s umjetnim disanjem.

Umjetno disanje usta na usta izvodi se tako da kažiprstom i palcem stisnemo nosnice, udahnemo i svojim usnama obuhvatimo djetetova usta. Potrebno je odmjereno upuhivati zrak u djetetova usta kroz 1 – 1,5 sekunde, promatrajući podizanje prsnog koša. Zatim ponovno udahnuti i ponoviti taj slijed pet puta. Uspješnost postupka možemo provjeriti promatranjem djetetova prsnog koša, koji se treba dizati i spuštati slično kao kod normalnog disanja. Ako se umjetno disanje daje usta na nos, tada je potrebno podići djetetovu bradu da se zatvore usta, pa upuhati zrak kroz nosnice.

Nakon toga važno je započeti vanjsku masažu srca. Kod masaže srca moramo odrediti mjesto pritiska. Postavimo korijen dlana jedne ruke iznad donje trećine prsne kosti, a prste ruke koja je položena na prsnu kost podignut da ne bi pritiskali djetetova rebra. Okomito iznad djeteta, ispruženom rukom pritišćemo prsnu kost, tako da se utisne za oko 1/3 dubine prsnog koša. Masažu je potrebno ponavljati brzinom oko sto pritisaka u minuti. Kod djece do jedne godine života vanjska masaža srca izvodi se ritmičkim pritiscima s dva prsta (kažiprst i srednji prst) na donju trećinu prsne kosti, odnosno jedan poprečni prst iznad mjesta gdje se rebra spajaju na prsnu kost. Vanjska masaža srca i umjetno disanje izvode se naizmjenično u omjeru 30:2, a oživljavanje nastaviti do dolaska hitne pomoći, do pojave normalnog disanja ili do potpune iscrpljenosti spašavatelja (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

4.3. Febrilne konvulzije

Febrilne konvulzije definiraju se kao grčevi mišica tijela koji nastaju kao posljedica visoke tjelesne temperature iznad 38°C, a najčešće između 39 i 40°C. Jedan su od najčešćih neuroloških poremećaja male djece, a javljaju se kao posljedica i popratna pojava akutnih infekcija koje primarno ne zahvaćaju centralni živčani sustav. Najčešće se javljaju u djece od 9 do 20 mjeseci, a rijetko ispod 6 mjeseci ili iznad 5 godina (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Prema grupi stručnjaka Svjetske zdravstvene organizacije o uzroku nastanka febrilnih konvulzija, radi se o pojavi koja je rezultat iznenadnog pojačavanja konstitucionalne i dobne sklonosti konvulzijama, kada povišena temperatura napade samo provocira. Obiteljska anamneza pozitivna je u 10 do 30% slučajeva, a postoji mišljenje da se sklonost za febrilne konvulzije može i naslijediti. To znači da će 50% djece od majke ili oca koji su imali febrilne konvulzije imati iste smetnje, a u svakom sljedećem koljenu učestalost će biti niža 50% (Roganović).

Simptomi i znaci febrilne konvulzije su: temperatura iznad 38°C (rjeđe ispod 38°C), grčevi mišića tijela, najčešće generalizirani, trajanje 3 – 10 minuta, katkad i do 30 minuta i dulje, gubitak svijesti, prestanak disanja u trajanju oko pola minute, kad dijete počne disati, disanje može biti plitko i jedva zamjetno, nekontrolirano ispuštanje mokraće i stolice i nekontrolirani trzaji udova i okretanje očima (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

U slučaju pojave konvulzija odgojitelj treba znati postupati, a to uključuje da osigura djetetu dovoljno zraka kako dijete ne bi ostalo bez kisika u mozgu, za vrijeme napadaja ne gurati ništa djetetu u usta, lagano pridržati dijete da se ne ozlijedi, okrenuti ga u bočni položaj i pratiti vitalne funkcije, sniziti visoku tjelesnu temperaturu i voditi brigu o liječničkoj preporuci da neka djeca trebaju dobiti u debelo crijevo i klizmu diazepam. Važno je zapamtiti da se klizma ne smije dati djetetu samoinicijativno i da se daje samo onom djetetu kojemu je to odredio liječnik specijalist (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

4.4. Epileptički napadaji

Epilepsija je kronična neurološka bolest ili poremećaj čiju osnovnu kliničku manifestaciju čini epileptički napadaj koji poput električne oluje u mozgu osim bljeska i munje izaziva i pomračenje, odnosno različite poremećaje stanja svijesti te

motoričke i senzoričke fenomene koji su rezultat izbijanja i električnih pražnjenja neurona. Oko 2 milijuna djece boluje od epilepsije (Bašnec, Grubić, Jurin i Barišić, 2012).

Epilepsije s poznatim uzrokom nastanka nazivaju se simptomatskim epilepsijama, a one nepoznatog uzroka nazivaju se idiopatske epilepsije. Najčešći uzroci simptomatskih epilepsija kod djece predstavljaju traumatska oštećenja mozga koja se mogu javiti već u prvim satima pri porodu i najčešće se očituju moždanim krvarenjima različitog stupnja i različitog uzorka poput preuranjenog poroda, male porođajne težine djeteta, infekcije. Uzroci također mogu biti i poremećaji u razvoju mozga i tumori. Epilepsije nepoznatog uzroka ili idiopatske epilepsije mogu biti nasljedne (Bašnec i suradnici, 2012).

Ako dijete doživi epileptički napadaj to nužno ne mora značiti da dijete boluje od epilepsije. Prema načinu na koji napadaji nastaju mogu biti epileptički i neepileptički. Neepileptički napadaji mogu se javiti u različitim bolesnim stanjima kao što su hipoglikemija, dehidracija, hipoksija, a mogu biti uzrokovane i povišenom tjelesnom temperaturom (febrilne konvulzije). Takvi napadaji prestaju kada se ukloni njihov uzrok i ne zahtijevaju liječenje antiepileptičkim lijekovima, pa je stoga važno da takva stanja budu prepoznata zbog sprječavanja pogrešne dijagnoze epilepsije (Bašnec i suradnici, 2012).

Razlikujemo veliki napadaj (grand mal), mali napadaje (petit mal) i žarišni napadaj. Veliki napadaj je najčešće generaliziran napadaj a njegovi simptomi i znaci su: potpuni gubitak svijesti, grčevi mišića zbog kojih se dijete može ugristi za jezik ili usnicu, gušenje djeteta, plavljenje, pad na tlo, često se pojavljuje pjena na ustima, za vrijeme napadaja može doći do nekontroliranog ispuštanja mokraće i stolice i po završetku napadaja dijete duboko zaspi ili nastaje koma (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009). Mali napadaj (apsans) najčešći je u dječjoj dobi, a njegovi simptomi i znaci su: kratkotrajan prekid aktivnosti, gledanje u jednu točku, kratkotrajni gubitak svijesti s prestankom disanja od 20 sekundi i po prestanku napadaja dijete nastavlja aktivnost započetu prije napadaja. (priručnik) Mogu se javiti i psihomotorne epilepsije s „predosjećajem“ za napadaj koje se nazivaju aure, a one su upozorenje djetetu i okolini prije nastanka epileptičkog napadaja. Žarišni napadaj počinje grčenjem mišića lica, slijede grčevi u ruci, a potom počnu grčevi u proksimalnim

mišićima donjeg uda te na kraju u mišićima stopala i prstiju, a svijest je pritom potpuno očuvana (Bergman Marković, 2011).

Stanje u kojemu epileptički napadaj traje bez prekida 30 minuta i napadaji slijede jedan za drugim, a između napadaja osoba ne dođe svijesti, nazivamo epileptički status (Bergman Marković, 2011).

Osnovno načelo liječenja epilepsije je izbor primjerenog antiepileptičkog lijeka i/ili liječenje uzroka pri simptomatskoj epilepsiji, a na primarnoj razini, odnosno pri pružanju prve pomoći kod epileptičkog napadaja radimo sljedeće: dijete pri napadaju položimo na sigurno mjesto i pazimo da se ne ozlijedi, u usta ništa ne dajemo. Moramo biti pažljivi da dišni put bude slobodan te postaviti dijete u bočni položaj, postaviti jastuk ili neki drugi mekani predmet djetetu pod glavu. Važno je ostati pribran i ne paničariti i vikati te pozvati pomoć. Nakon prestanka napadaja pokriti i utoplit dijete, ostati uz njega i ne ostavljati ga samog (Bergman Marković, 2011). Djetetu ne davati ništa piti niti jesti za vrijeme napadaja, ne otvarati usta silom i ne davati lijekove ili nešto drugo ako liječnik nije propisao (Vučić Šisler i Vučemilović, 2009).

4.5. *Strana tijela*

Djeca predškolske dobi igrajući se mogu neoprezno rukovati malim i opasnim predmetima i zbog toga strano tijelo može dospjeti u mekano tkivo ili u prirodne otvore: nos, usnu školjku, dišne putove i slično (Kovrigina, 1980).

U uho djeca obično stavljaju metalne kuglice, kamenčiće, zrnca graška, kukuruza i slično, a u uho mogu dospjeti i živa strana tijela poput insekata koji se zavlaze u uho (Kovrigina, 1980). Kod stranog tijela u uhu kod djece se dogodi da imaju bol, oslabljen sluh i iscjedak iz uha (Bergman Marković, 2011). Strano tijelo iz uha uklanja liječnik, a prvu pomoć može pružiti i odgojitelj, ali samo pod stalnim nadzorom i ako smo u potpunosti mirni i mi i dijete. Jednom kada živa strana tijela uđu u uho, teško izlaze te se mogu pokušati isprati toplom vodom. Ako ispiremo uho hladnom vodom kod djeteta možemo izazvati vrtoglavicu, a veći kukci se ne mogu okretati u vanjskom zvukovodu stoga ih treba ubiti tako da se zvukovod ispuni toplim uljem (Pavliško Pekez, 2004). Ako strano tijelo ne možemo odstraniti, upućujemo dijete otorinolaringologu (Bergman Marković, 2011).

Kod stranog tijela u nosu dijete ima bol, iscjedak iz nosnice, krvarenje te neugodan, smrdljiv miris koji može izazvati strano tijelo koje je već duže vrijeme u nosnoj šupljini i prouzročilo je upalu. Najčešće su to organska tijela poput graha, kukuruza, kikirikija, no mogu biti i neorganska poput igračaka, kamenčića, dugmadi i slično (Bergman Marković, 2011). Ako je strano tijelo dobro vidljivo i dostupno, odgojitelj ga može sam pokušati odstraniti s instrumentom ili tražiti od djeteta da snažno puhne kroz jednu nosnicu. Ako se strano tijelo ne može odstraniti upućujemo dijete otorinolaringologu (Bergman Marković, 2011).

„Sitni predmet koje dijete stavlja u usta, mogu zbog naglog udisaja, smijeha ili krika dospjeti iz usta u dišne organe. Strano tijelo u dišnim organima može izazvati napad gušenja i kašlja. Napad traje od nekoliko sekundi do nekoliko minuta, a zatim se nakon kraće pauze ponavlja. Ako je strano tijelo velikog promjera, ugrožen je i život djeteta“ (Kovrigina, 1980, str. 306, 307).

Postupak pružanja prve pomoći kod stranog tijela u gornjim dišnim organima kod djece slično je kao u odraslih, samo što Heimlichov hvat ne izvodimo u djece ispod jedne godine starosti zbog veće mogućnosti ozljede trbušnih organa (Bergman Marković, 2011).

Ako dijete koje ima strano tijelo u dišnim putovima učinkovito kašlje, moramo ga poticati na kašalj i promatrati te poduzeti mjere ako se djetetovo stanje pogorša. Ako dijete kašlje slabašno, ili uopće ne može kašljati, neće moći samo odstraniti strano tijelo i zagušit će se i u tom slučaju primjenjujemo postupak za odstranjivanje stranog tijela iz dišnih organa (Bergman Marković, 2011).

Odstranjivanje stranog tijela u dojenčeta koje je pri svijesti izvodimo tako da dijete položimo potrbuške na svoju podlakticu s glavom na dlanu, prema dolje. Zatim dlanom druge ruke udaramo do 5 puta po dječjim leđima između lopatica. Ako strano tijelo ne ispadne, dijete okrećemo na leđa s glavom prema dolje i s dva prsta pritismo na donji dio prsne kosti do 5 puta. Oba postupka potrebno je ponavljati dok dijete ne izbaci strano tijelo ili dok ne izgubi svijest (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Postupak kod djeteta starijeg od jedne godine koje je pri svijesti provodimo tako da ga obuhvatimo oko struka, a stisnutu šaku položimo između pupka i vrha

prsne kosti, a drugom rukom obuhvatimo stisnutu šaku i snažno i brzo pritisnemo do 5 puta prema sebi i gore. Oba postupka također ponavljamo dok dijete ne izbaci strano tijelo ili dok ne izgubi svijesti (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

4.6. *Alergijske reakcije*

„Alergija je preosjetljivost organizma na određene tvari (pelud, prašinu, hranu, lijekove i dr.)“ (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009, str. 25).

Anafilaktički šok jedna je od najtežih alergijskih reakcija koja ugrožava život. Javlja se brzo, zahvaća cijeli organizam i javlja se brzo s naglim pogoršanjem općeg stanja te zahtjeva hitnu pomoć. Mogu ga izazvati lijekovi (posebno penicilin), ubodi insekata, anestetici, kontrastna sredstva te oraščići (Bergman Marković, 2011).

Neki od simptoma anafilaktičkog šoka su: strah, bljedilo, slabost, svrbež i osip, otežano disanje, zviždanje u prsima, mučnina, povraćanje, proljev, bolovi u trbuhu, nepravilni otkucaji srca, dezorijentiranost, nesvjestica, nemir ili agresija, pad krvnog tlaka, iskašljavanje pjenušavog sadržaja, otekline, zujanje u ušima, slabost, umor ili gubitak svijesti (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Djetetu ćemo u toj situaciji pomoći ako odstranimo alergene, ako je to moguće, osiguramo prohodnost dišnih putova, a ako dijete izgubi svijest, otvoriti dišni put, provjeriti disanje te u slučaju potrebe započeti oživljavanje te odmah pozvati hitnu medicinsku pomoć.

Vujić Šisler i Vučemilović (2009) navode da je pri upisu djeteta u vrtić roditelj dužan obavijestiti zdravstvenog voditelja o bolestima od kojih dijete boluje. Potrebno je donijeti i medicinsku dokumentaciju djeteta, odnosno povijest bolesti, a potom je uloga zdravstvenog voditelja u suradnji s pedijatrom uputiti odgojitelja i djetetovu sredinu u postupke pružanja prve pomoći, preventivne mjere, ali i prepoznavanje simptoma bolesti kako bi mogli na vrijeme i adekvatno reagirati u slučaju potrebe pružanja prve pomoći.

4.7. *Prijelomi*

Prijelomi su zatvorene ili otvorene ozljede kostiju s potpunim ili nepotpunim prekidom njihovog kontinuiteta. Kod zatvorenih (jednostavnih) prijeloma ne postoji ozljeda tkiva iznad prijeloma, a kod otvorenih (kompliciranih) prijeloma postoji

otvorena rana iznad prijeloma s opasnošću unošenja infekcije izvana (Švel i Grgurić, 1996).

Kod sigurnog prijeloma od simptoma se javljaju bol, oteklina te smanjena pokretljivost, a deformacija, abnormalna gibljivost te škripanje kosti pod prstima pri pomicanju pokazuju da je sigurno došlo do prijeloma (Švel i Grgurić, 1996).

Postupci prve pomoći u ovom slučaju imaju za cilj sprječavanje daljnjih komplikacija, odnosno njihovo ublažavanje. Stoga, ako sumnjamo na prijelom kosti, postupamo kao da je riječ o prijelomu. Sve poslove provodimo na mjestu nesreće, bez premještanja i prenošenja ozlijeđene osobe jer pomicanje uzrokuje jake bolove i stvara mogućnost pomicanja prelomljenih dijelova kostiju, što može dovesti do većih komplikacija (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

Osnovni postupak na mjestu nezgode kod prijeloma i sumnje na prijelom je imobilizacija. Imobilizacija je stavljanje određenog dijela tijela u nepokretan položaj, a cilj je sprječavanje daljnjih oštećenja i smanjenje bolova. Da bismo to postigli trebamo se pridržavati određenih pravila prilikom imobilizacije. Ozlijeđeni dio pridržavamo s dva susjedna zgloba, s laganim istezanjem, a sredstvom za imobilizaciju obuhvatimo susjedne zglobove od mjesta ozljede. Imobiliziramo u položaju maksimalne opuštenosti mišićja na određenom dijelu tijela, ozljede zglobova imobiliziramo u zatečenom stanju, a tvrda sredstva za imobilizaciju obložimo mekim materijalom (tkanina, vata). Imobilizaciju provodimo preko odjeće, a vrhove prstiju ostavljamo vidljivim radi kontrole cirkulacije, a imobilizirani dio ekstremiteta stavljamo u povišeni položaj (Švel i Grgurić, 1996). Pomoćna sredstva za pomoć prilikom imobilizacije mogu biti: novine, časopisi, kišobrani, daščice, kuhača, pelena, marame i slično (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009).

5. CILJ I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Cilj istraživanja bio je utvrditi koliko su odgojitelji spremni na pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću, odnosno steći uvid u poznavanje tehnika prve pomoći te njihova pravovremena i pravilna primjena.

Istraživačka pitanja su:

- mjesto stjecanja znanja o prvoj pomoći
- učestalost susretanja sa situacijama koje su zahtijevale pružanje prve pomoći
- ocjena vlastitog znanja o pružanju prve pomoći u dječjoj dobi
- broj hitne medicinske službe
- dostupnost ormarića/kutije prve pomoći u dječjem vrtiću
- ocjena poznavanja sadržaja i namjene ormarića/kutije prve pomoći
- kompetentnost za primjenu dosadašnjeg stečenog znanja o pružanju prve pomoći
- dijete u besvjesnom stanju
- simptomi i postupci kod febrilnih konvulzija
- strano tijelo u dišnim putovima
- prijelomi kod djece
- učestalost edukacija o hitnim stanjima djece.

S obzirom na cilj istraživanja postavljena je sljedeća pretpostavka: H1 – unatoč nedostatku edukacije u području pružanja prve pomoći, odgojitelji će pokazati znanje i spremnost za reakciju u hitnim stanjima djece.

6. METODA

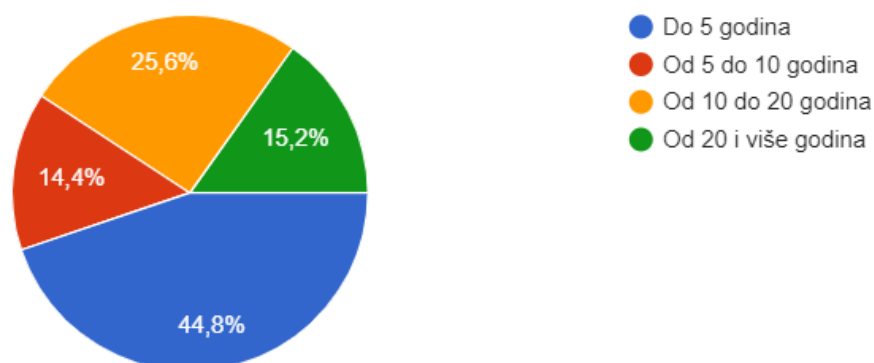
U istraživanju je sudjelovalo 125 odgojitelja koji rade u dječjim vrtićima, a istraživanje je provedeno tijekom svibnja 2022. godine. Kao metoda prikupljanja podataka za potrebe istraživanja kreiran je online anketni upitnik koji se ispunjavao putem poveznice koja je bila dostupna na društvenoj mreži Facebook. Anonimni upitnik sadrži 17 pitanja zatvorenog tipa, a ispunjavao se izborom jednog od ponuđenog odgovora prema vlastitom stupnju slaganja. Prikupljeni podaci su analizirani i obrađeni, te je svako pojedinačno pitanje iz upitnika prikazano u grafikonima.

7. REZULTATI I RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 125 ispitanika, a prvo pitanje je općenito i odnosi se na godine radnog iskustva odgojitelja. Od 125 ispitanika, 56 (44,9%) odgojitelja ima do 5 godina radnog iskustva, 18 (14,4%) ima od 5 do 10 godina, 32 (25,6%) od 10 do 20 godina i 19 (15,2%) od 20 i više godina radnog iskustva.

1. Godine radnog iskustva:

125 odgovora

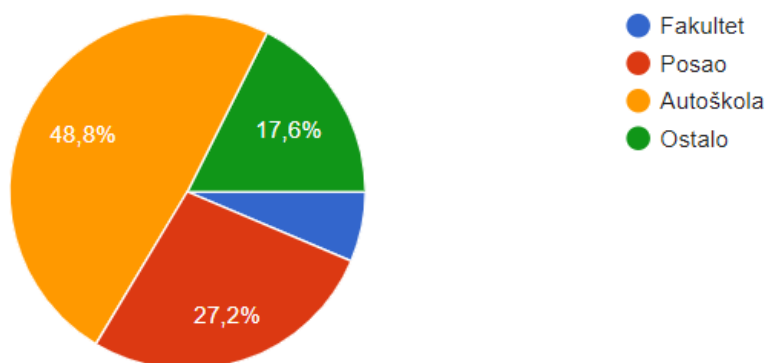


Slika 1. Godine radnog staža odgojitelja (Izvor: vlastito istraživanje)

Sljedeće pitanje odnosilo se na mjesto stjecanja najviše znanja o pružanju prve pomoći, gdje je 8 (6,4%) odgojitelja navelo fakultet kao mjesto stjecanja najviše znanja, 34 (27,2%) navodi posao, 61 (48,8%) autoškolu, a 22 (17,6%) ostalo.

2. Mjesto na kojem sam stekao/la najviše znanja o pružanju prve pomoći je:

125 odgovora

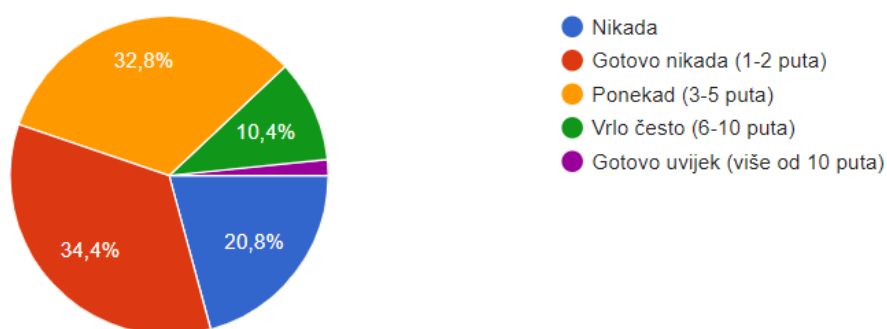


Slika 2. Mjesto stjecanja najviše znanja o pružanju prve pomoći (Izvor: vlastito istraživanje)

U dosadašnjem radu sa situacijom koja je od njih zahtijevala pružanje prve pomoći nikada se nije susrelo 26 (20,8%) odgojitelja, gotovo nikada 43 (34,4%), ponekad 41 (32,8%), vrlo često 13 (10,4%), a gotovo uvijek 2 (1,6%) odgojitelja.

3. Koliko često ste se u dosadašnjem radu susreli sa situacijom koja je od Vas zahtijevala pružanje prve pomoći?

125 odgovora

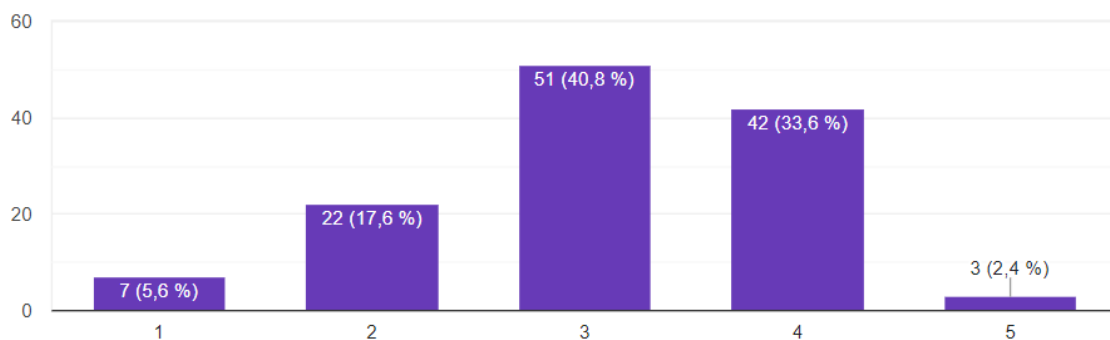


Slika 3. Učestalost susretanja sa situacijama koje su zahtijevale pružanje prve pomoći (Izvor: vlastito istraživanje)

Na sljedećem pitanju 7 odgojitelja (5,6%) ocijenilo je svoje znanja o pružanju prve pomoći kao loše (1), 22 odgojitelja (17,6%) ocjenjuje svoje znanje kao dovoljno (2), 51 odgojitelj (40,8%) kao dobro (3), 42 odgojitelja (33,6%) kao vrlo dobro (4) i 3 odgojitelja (2,4%) kao izvrsno (5).

4. Ocjenite svoje znanje o pružanju prve pomoći u dječjoj dobi.

125 odgovora

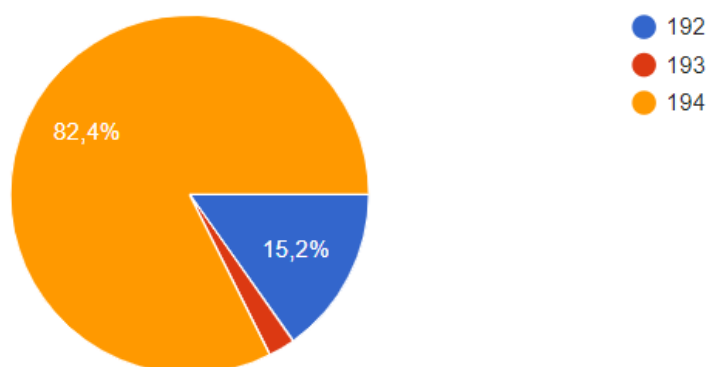


Slika 4. Ocjena vlastitog znanja o pružanju prve pomoći u dječjoj dobi (Izvor: vlastito istraživanje)

Na sljedećem pitanju prevladava jedan odgovor, 103 (82,4%) ispitanika odgovorilo je točno, a to je da je broj hitne medicinske službe 194, 19 (15,2%) odgojitelja nazvalo bi policiju 192, a 3 (2,4%) odgojitelja koja bi nazvala vatrogasce odgovorila su 193.

5. Broj hitne medicinske službe je:

125 odgovora



Slika 5. Broj hitne medicinske službe (Izvor: vlastito istraživanje)

Sljedeće pitanje istražuje postoji li ormarić/kutija prve pomoći u dječjem vrtiću u kojem rade odgojitelji i je li im u svakom trenutku dostupna. I u ovom pitanju prevladava jedan odgovor, 119 odgojitelja (95,2%) navodi da postoji i da je uvijek dostupna, 2 (1,6%) odgojitelja navode da ne postoji i nije dostupna, 3 (2,4%) odgojitelja ne znaju a 1 (0,8%) odgojitelj navodi: „*da, ali je načeta, upotrebljavana, dijelom nadopunjena i tko zna koliko je stara.*“

6. U mom vrtiću postoji ormarić/kutija prve pomoći koja je u svakom trenutku dostupna svim djelatnicima.

125 odgovora

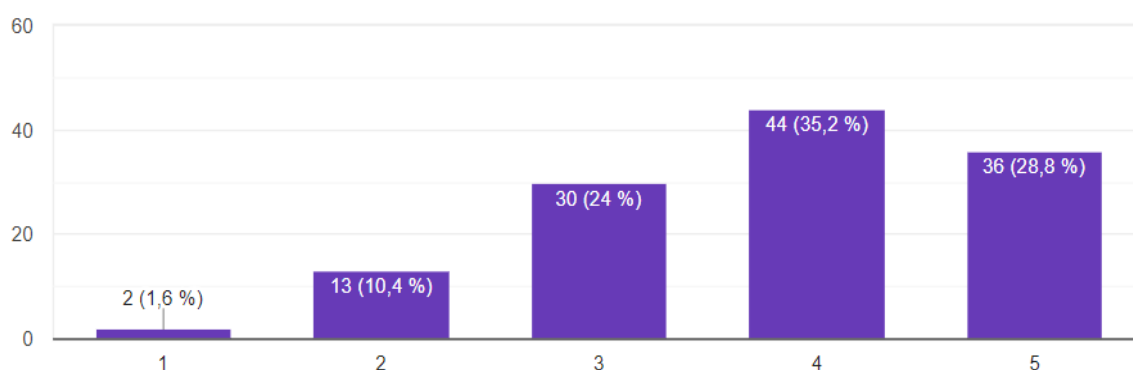


Slika 6. Dostupnost ormarića/kutije za prvu pomoć u dječjem vrtiću (Izvor: vlastito istraživanje)

Na sljedećem pitanju odgojitelji su dali ocjenu za svoje poznavanje sadržaja i namjene ormarića/kutije za prvu pomoć. 2 (1,6%) odgojitelja ocjenjuje svoje znanje kao loše (1), 13 (10,4%) kao dovoljno (2), 30 (24%) kao dobro (3), 44 (35,2%) kao vrlo dobro i 36 (28,8%) kao izvrsno.

7. Poznajem sadržaj ormarića/kutije za prvu pomoć i njegovu namjenu:

125 odgovora

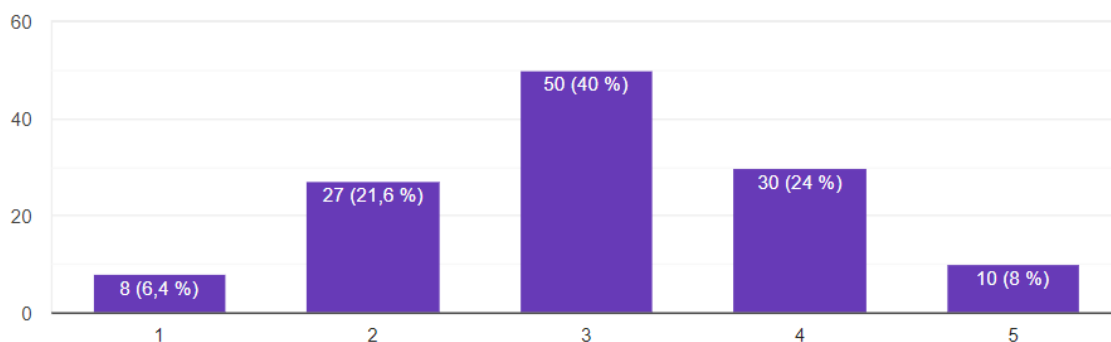


Slika 7. Ocjena poznavanja sadržaja i namjene ormarića/kutije za prvu pomoć

Na sljedećem pitanju o kompetentnosti za primjenu dosadašnjeg stečenog znanja o pružanju prve pomoći u dječjoj dobi 8 odgojitelja (6,4%) se u potpunosti slaže da su kompetentni, 27 (21,6%) smatraju da se ne slažu da su kompetentni, 50 (40%) odgojitelja se niti slaže niti ne slaže, 30 (24%) odgojitelja se slaže, a 10 (8%) se u potpunosti slaže da je kompetentni za primjenu dosadašnjeg znanja.

8. Dovoljno sam kompetentan/na za primjenu dosadašnjeg stečenog znanja o pružanju prve pomoći u dječjoj dobi?

125 odgovora

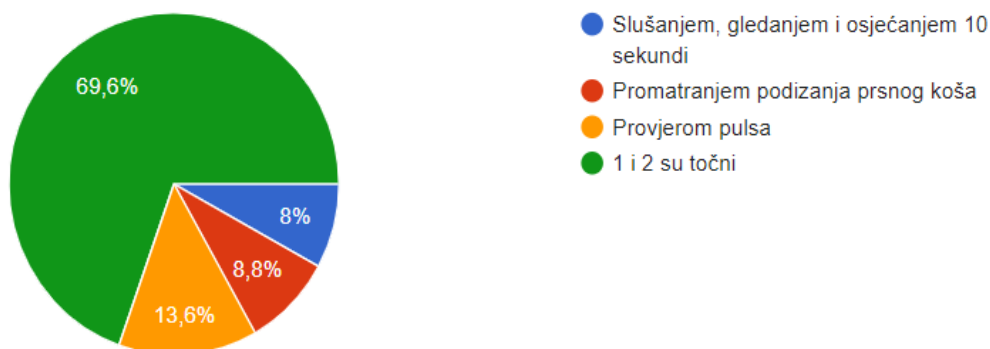


Slika 8. Kompetentnost za primjenu dosadašnjeg stečenog znanja o pružanju prve pomoći (Izvor: vlastito istraživanje)

Sljedeća dva pitanja odnose se na besvjesno stanje kod djece. Disanje djeteta u besvjesnom stanju 10 (8%) odgojitelja provjerilo bi slušanjem gledanjem i osjećanjem 10 sekundi, 11 (8,8%) odgojitelja promatranjem podizanja prsnog koša, 17 (13,6%) provjerom pulsa, a 87 (69,6%) odgojitelja suglasno je da su odgovori 1 i 2 točni, odnosno da bi disanje djeteta u besvjesnom stanju provjerili slušanjem, gledanjem i osjećanjem 10 sekundi, te promatranjem podizanja prsnog koša što je ujedno i ispravan postupak.

9. Disanje djeteta u besvjesnom stanju provjerit ćete:

125 odgovora

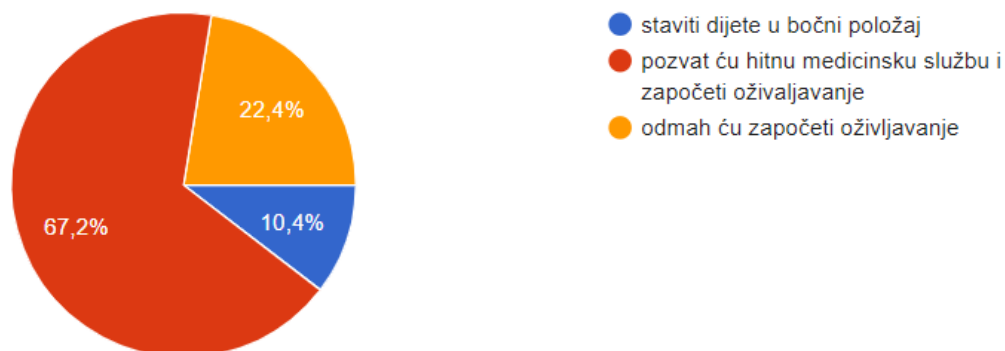


Slika 9. Dijete u besvjesnom stanju (Izvor: vlastito istraživanje)

Nakon provjere disanje ako dijete ne diše i nije pri svijesti ono što bi odgojitelji učinili je: njih 13 (10,4%) stavilo bi dijete u bočni položaj, 84 (67,2%) odgojitelja ispravno bi postupila te prvo pozvala hitnu medicinsku službu, a zatim započelo oživljavanje, a 28 (22,4%) odgojitelja bi odmah započelo oživljavanje.

10. Nakon provjere disanja, dijete ne diše i nije pri svijesti. Sljedeće što ćete učiniti je:

125 odgovora

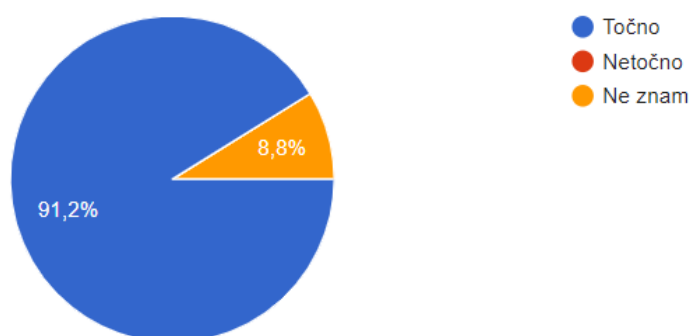


Slika 10. Dijete u besvjesnom stanju (Izvor: vlastito istraživanje)

Sljedeća dva pitanja odnose se na simptome i postupke kod febrilnih konvulzija. 114 (91,2%) odgojitelja suglasno je da su povišena tjelesna temperatura, grčevi mišića tijela, prestanak disanja i gubitak svijesti mogući simptomi febrilnih konvulzija, dok 11 (8,8%) odgojitelja ne zna jesu li to simptomi.

11. Povišena tjelesna temperatura, grčevi mišića tijela, prestanak disanja i gubitak svijesti mogući su simptomi febrilnih konvulzija.

125 odgovora

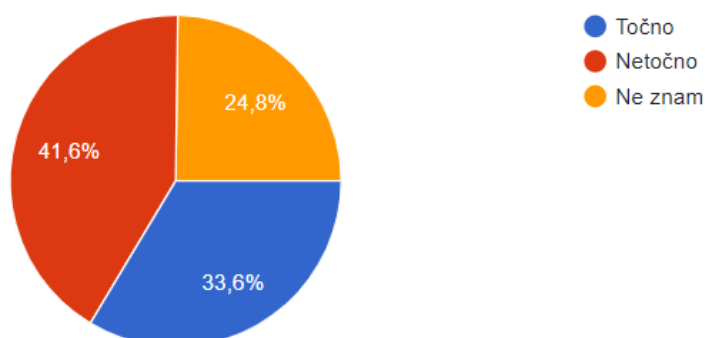


Slika 11. Simptomi i postupci kod febrilnih konvulzija (Izvor: vlastito istraživanje)

Slika 12. prikazuje da bi 42 (33,6%) odgojitelja kod febrilnih konvulzija djetetu stavilo čvrsti predmet u usta kako bi spriječio da pregrize jezik ili usnicu, 52 (41,6%) odgojitelja to ipak ne bi učinila i time ispravno postupila, dok 31 (24,8%) odgojitelj nije siguran u odgovor.

12. Kod febrilnih konvulzija djetetu ćemo staviti čvrsti predmet u usta kako bi spriječili da pregrize jezik ili usnicu.

125 odgovora

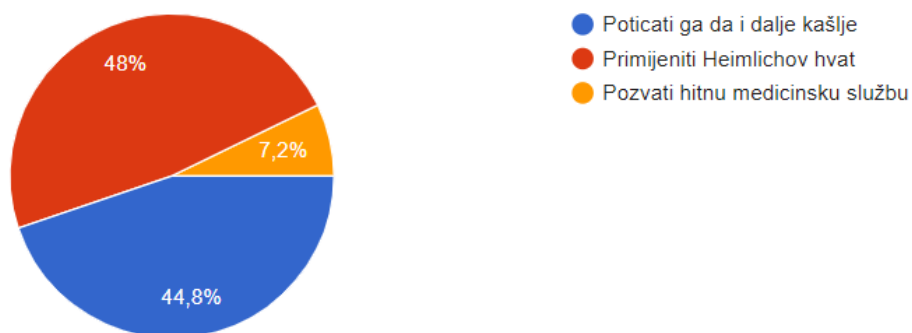


Slika 12. Simptomi i postupci kod febrilnih konvulzija (Izvor: vlastito istraživanje)

Slika 13. pokazuje koji postupak bi odgojitelji primijenili u slučaju da im se četverogodišnje dijete tijekom ručka kreće gušiti, ali može kašljati i disati. 56 (44,8%) odgojitelja ispravno je odgovorilo na pitanje i poticalo bi dijete da i dalje kašlje, 60 (48%) odgojitelja primijenilo bi Heimlichov hvat, a 9 (7,2%) odgojitelja odmah bi pozvalo hitnu medicinsku službu.

13. Četverogodišnje dijete Vam se tijekom ručka kreće gušiti, ali može kašljati i disati. Što ćete učiniti?

125 odgovora

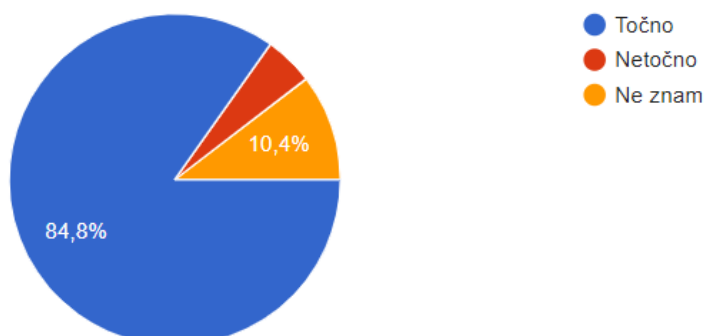


Slika 13. Strano tijelo u dišnim putovima (Izvor: vlastito istraživanje)

Sljedeća dva pitanja odnose se na simptome i postupke kod prijeloma djece. Najveći broj odgojitelja, njih 106 (84,8%) ispravno su odgovorili smatrajući da su simptomi sigurnog prijeloma bol, oteklina i smanjena pokretljivost, samo njih 6 (4,8%) odgovorilo je pogrešno i navelo da to nisu simptomi prijeloma, a njih 13 (10,4%) ne znaju jesu li to simptomi.

14. Kod sigurnog prijeloma kod djece od simptoma se javljaju bol, oteklina te smanjena pokretljivost.

125 odgovora

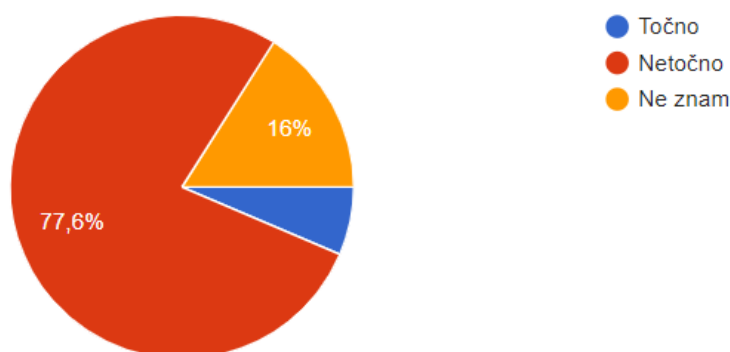


Slika 14. Prijelomi kod djece (Izvor: vlastito istraživanje)

97 (77,6%) odgojitelja zna da osnovni postupak kod prijeloma kosti djeteta nije ispravljanje deformiranog dijela tijela, 8 (6,4%) smatra da je, a 20 (16%) odgojitelja ne zna je li to točno ili ne.

15. Kod prijeloma kosti djeteta osnovni postupak je ispravljanje deformiranog dijela tijela.

125 odgovora

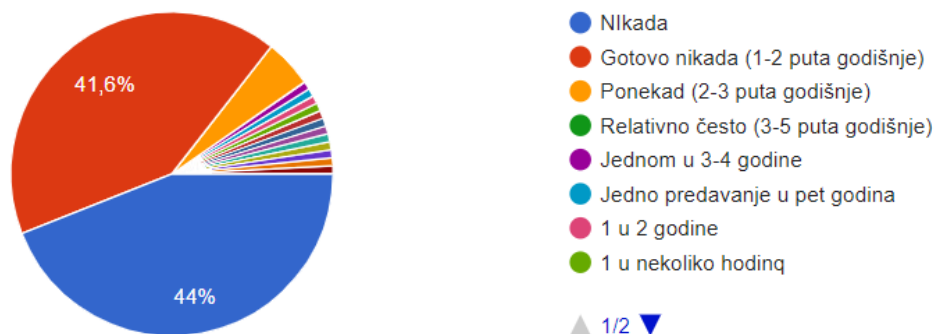


Slika 15. Prijelomi kod djece (Izvor: vlastito istraživanje)

Na 16. pitanju odgojitelji su dali odgovor na pitanje koliko često su im omogućene edukacije o hitnim stanjima djece od strane poslodavca (vrtića). Gdje 55 (44%) odgojitelja navodi da im nikada nisu omogućene, 52 (41,6%) odgojitelja navode da gotovo nikada (1 – 2 puta godišnje), 6 (4,8%) navodi ponekad (2 - 3 puta godišnje), 2 (1,6%) odgojitelja navode jedno predavanje u 5 godina, a po 1 odgojitelj navodi sljedeće: jednom u 2 godine, jednom u nekoliko godina, dva puta u 20 godina, jednom u 3 godine, jednom u 5 godina, svake 2 godine, dva puta u 11 godina, jednom u 2 godine ili rjeđe te jedan odgojitelj navodi odgovor „ne znam“.

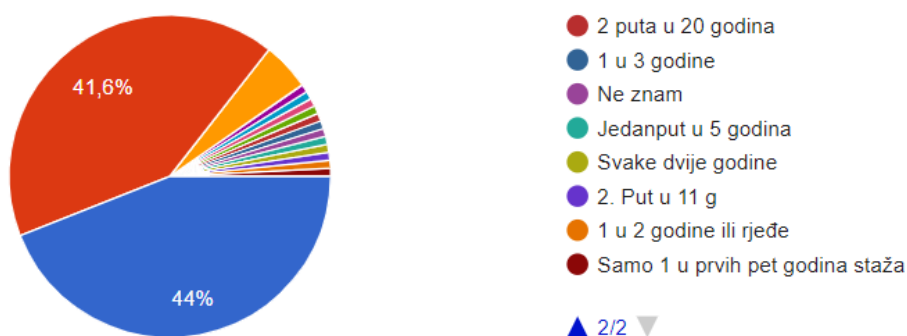
16. Koliko često Vam je omogućena edukacija o hitnim stanjima djece od strane poslodavca ?

125 odgovora



16. Koliko često Vam je omogućena edukacija o hitnim stanjima djece od strane poslodavca ?

125 odgovora

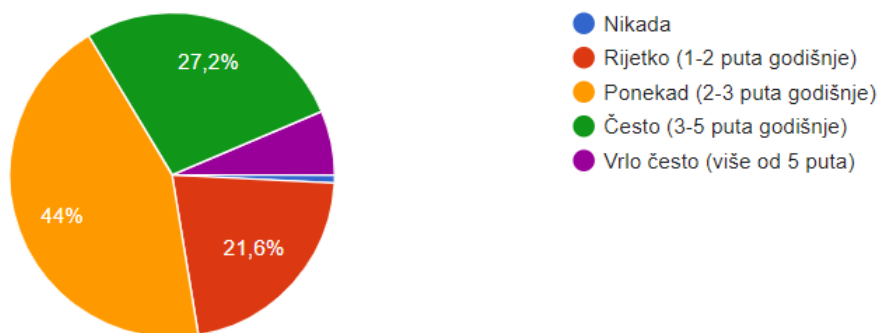


Slika 16. i 17. Učestalost edukacija o hitnim stanjima djece (Izvor: vlastito istraživanje)

Na kraju anketnog upitnika odgojitelji su izrazili svoje mišljenje o učestalosti održavanja edukacija za odgojitelje o postupcima pružanja prve pomoći tijekom pedagoške godine. 1 (0,8%) odgojitelj naveo je odgovor nikada, rijetko (1-2 puta godišnje) odgovorilo je 27 (21,6%) odgojitelja, ponekad (2 – 3 puta godišnje) 55 (44%) odgojitelja, 34 (27,2%) su za česte edukacije (3 – 5 puta godišnje), a njih 8 (6,4%) su za vrlo često (više od 5 puta).

17. Prema Vašem mišljenju koliko često bi se tijekom pedagoške godine trebale održavati edukacije za odgojitelje o postupcima pružanja prve pomoći?

125 odgovora



Slika 18. Učestalost edukacija o hitnim stanjima djece (Izvor: vlastito istraživanje)

Rezultati ovoga istraživanja pokazali su da je hipoteza prihvaćena i da su odgojitelji unatoč nedostatku edukacije u području pružanja prve pomoć pokazali znanje i spremnost za reakciju u hitnim stanjima djece. S obzirom na to da unutar ustanove zdravstveni voditelj ne može uvijek biti na mjestu nezgode, važno je da se odgojitelji redovito educiraju kako bi doprinijeli smanjenju pogrešaka i kako bi što kvalitetnije zbrinuli dijete kojem je potrebna hitna intervencija.

ZAKLJUČAK

Odgojitelji imaju značajnu ulogu u djetetovu životu u kojem zajedno s roditeljima sudjeluju u njegovu rastu, razvoju i odgoju, a svatko tko se skrbi o djetetu trebao bi biti educiran kako bi se izbjegle neželjene situacije. Tijekom obrazovanja odgojitelji dobivaju osnovno znanje o zdravstvenoj zaštiti djece koje je potrebno obnavljati tijekom rada. Osim edukacije odgojitelja, važno je napomenuti i edukaciju djece u tom području kako bi se spriječile ili umanjile neželjene situacije koje mogu dovesti do ozljede djece. Važno im je često govoriti o sigurnosti i na vlastitom primjeru im pokazati što znači sigurnost ponašanja. Treba ih naučiti kako reagirati u takvim situacijama, a ako se ozljeda dogodi da odmah pozovu odgojitelja u pomoć. Odgojitelji u tom slučaju moraju biti smireni te utješiti i smiriti dijete, a njihova odgovornost je pravovremeno i pravilno postupiti pri pružanju prve pomoći jer to može biti presudno u daljnjem liječenju djeteta. Ako odgojitelj bude pokazao da je njemu važna sigurnost, tada će i djeca imati priliku naučiti zaštititi sebe i druge oko sebe.

Rezultati anketnog upitnika u ovom istraživanju pokazali su da odgojitelji imaju dobro znanje i da su dobro educirani o pružanju prve pomoći u dječjem vrtiću, a pokazatelj tome su postoci točnih odgovora na teorijskim pitanjima. Unatoč većinskim točnim odgovorima, većina odgojitelja svoje znanje i kompetencije o pružanju prve pomoći ocjenjuju ocjenom dobar (3) i suglasni su u mišljenju da su im edukacije na ovu temu potrebne barem 2 do 3 puta godišnje, što im u njihovim ustanovama nije omogućeno.

Redovita edukacija odgojitelja o pružanju prve pomoći, ali i o mjerama prevencije nesreća unutar dječjeg vrtića važna je kako bi odgojitelji mogli češće utvrditi i prisjetiti se znanja koja ne koriste često, a i pomažu da se pogreške pri pružanju prve pomoći svedu na minimum. Također, primjenom mjera prevencije kroz rad s djecom, ali i ostalim sudionicima u procesu odgoja i obrazovanja, pridonosi se povećanju sigurnosti tijekom boravka djece u vrtiću što je obveza svih odgojitelja, ali i cjelokupne ustanove.

LITERATURA

1. Bašinec, M., Grubić, M., Jurin, M., Barišić, N. (2012). *Dijete i epilepsija*. Zagreb. Preuzeto s <http://www.epilepsija.hr/wp-content/uploads/2012/01/dijete-i-epilepsija.pdf> (22.3.2022.)
2. Bergman Marković, B. (2011). *Hitna stanja – pravodobno i pravilno*. Zagreb: Alfa d.d.
3. Janković, S. (2012). *Prevenција ozljeđivanja male djece*. Preuzeto s https://www.zzjzpgz.hr/odjeli/socmed/brosure/Prevencija_ozljedjivanja_djec_e.pdf (5.3.2022.)
4. Jelašić Đ. (2007). *Zdravo i sigurno dijete u jaslicama i vrtiću*. Zagreb: *Dijete, vrtić, obitelj*, 13 (49), 29 – 30. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/file/261691> (28.3.2022.)
5. Kovrigina, M. D. (1980). *Sestra odgojiteljica u jaslicama i dječjem vrtiću*. Priručnik za njegu i odgoj djeteta do treće godine života. Zagreb: Školska knjiga.
6. Kratochvil, M., Bičanić, V., Peljušić, V. (2009). *Pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenima u prometnoj nesreći*. Zagreb: HAK.
7. Markota, A. (2021). *Uloga odgojitelja kod ozljeda djece*. *Zbornik radova za medicinske sestre*. Split. Preuzeto s <https://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2021/sestre/32%20ULOGA%20ODGOJITELJA%20KOD%20OZLJEDA%20DJECE.pdf> (28.3.2022.)
8. Pavliško Pekez, T. (2004). *Prva pomoć – priručnik za pružanje prve pomoći*. Rijeka: Dušević & Kršovnik d.o.o.
9. Republika Hrvatska. (2019). *Zakon o predškolskom odgoju i naobrazbi*. Narodne novine 10/97.
10. Republika Hrvatska. (2008). *Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe*. Narodne novine 10/97, 107/07.
11. Roganović, J. *Febilne konvulzije. Dramatična slika izaziva strah roditelja*. Nastavni zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/6/kinvulzija.htm> (28.3.2022.)

12. Rogić, Ž. (2011). *Prva pomoć. Priručnik za kandidate za vozače i sve sudionike u prometu*. Zagreb: Hrvatski crveni križ.
13. Schäfer, C. (2015). *Poticanje djece prema odgojnoj metodi Marije Montessori*. Priručnik za odgojitelje i roditelje. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga.
14. Sklepić S. (1996). *Hitni medicinski postupci*. Čakovec: Zrinski d.d.
15. Stokes Szanton, E. (2005). *Kurikulum za jaslice. Razvojno-primjereni program za djecu od 0 do 3 godine*. Zagreb: Pučko otvoreno učilište Korak po korak.
16. Švel I, Grgurić J. (1996). *Zdravstvena zaštita djece*. Zagreb: Školska knjiga.
17. Vučemilović Lj. (2006). *Igralište po mjeri djeteta*. Zagreb: *Dijete, vrtić, obitelj*, 12 (44), 27- 28. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/file/262102> (28.3.2022.)
18. Vujić Šisler, Lj. (2004). *Ozljede djece u vrtiću - kako ih spriječiti, prepoznati i sanirati*. *Dijete, vrtić, obitelj*, 10 (38), 18 - 20. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/file/262650> (28.3.2022.)
19. Vujić Šisler, Lj. i Vučemilović Lj. (2009). *Trebam tvoju pomoć – priručnik za pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću*. Hrvatska udruga medicinskih sestara, podružnica medicinskih sestara dječjih vrtića grada Zagreba. Zagreb: MIŠ.

Izjava o izvornosti diplomskog rada

Izjavljujem da je moj diplomski rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)