

Hitna stanja kod djece predškolske dobi

Ćosić, Gabriela

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:147:067135>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-12**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Gabriela Ćosić

HITNA STANJA KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Diplomski rad

Zagreb, rujan, 2020.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Gabriela Ćosić

HITNA STANJA KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Diplomski rad

**Mentor(i) rada:
prof. dr. sc. Maša Malenica**

Zagreb, rujan, 2020.

Sažetak

Hitna stanja u dječjoj dobi odnose se na stanja koja ugrožavaju život djeteta, a mogu biti posljedica akutne bolesti, ozljede, nesreće i slično. U prvoj godini života najčešća su hitna stanja vezana za aspiraciju stranog tijela, otrovanja lijekovima ili drugim sredstvima, opekline, utapanja i padove. U drugoj godini života događaju se i prometne nesreće zbog mobilnosti djeteta. U trećoj i četvrtoj godini češće dolazi do padova, utapanja i prometnih nesreća. Od pete godine česte su i nesreće na biciklu, a od desete godine dolazi i do nesreća uzrokovanih vatrenim oružjem. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, Europa ima jednu od najnižih stopa smrtnosti djece u svijetu. U Hrvatskoj su najčešći sljedeći uzroci smrti kod djece: prometne nesreće (73%), utapanja (8%), otrovanja (6%), padovi (5%), gušenja (5%) i udar električne struje (3%).

U radu se opisuju najčešća hitna stanja, ozljede i nesreće kod djece te postupci prve pomoći. Opisani su i protokoli u kriznim situacijama u vrtićima, mjere sigurnosti, prevencija ozljeda i edukacije odgojitelja o prvoj pomoći. Na kraju rada prikazano je istraživanje kojem je cilj bio utvrditi razinu znanja studenata ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja o postupcima prve pomoći te ispitati njihove stavove o vlastitom iskustvu tijekom inicijalnog obrazovanja. Istraživanje je utvrdilo kako studenti tijekom studija stječu dovoljno znanja o karakteristikama dječjeg rasta i razvoja, ali ne stječu dovoljno znanja o postupcima hitne pomoći, iako postoje kolegiji koji se bave navedenim temama. Rezultati pokazuju kako se studenti osjećaju sigurnijima kod nekih jednostavnijih postupaka prve pomoći, a manje sigurni kod složenijih postupaka. Može se zaključiti kako studiji ne pripremaju dovoljno studente na različite neočekivane situacije, kako trebaju reagirati u hitnim situacijama i kako izgledaju određeni protokoli u vrtićima.

Ključne riječi: prva pomoć, ozljede, nesreće, hitna stanja, prevencija.

Summary

Emergencies in childhood refer to conditions that endanger the life of a child and can be the result of acute illness, injury, accident and et cetera. In the first year of life, the most common emergencies are related to foreign body aspiration, poisoning by drugs or other means, burns, drowning and falls. In the second year of life, traffic accidents also occur due to the mobility of the child. In the third and fourth year, falls, drownings and traffic accidents often occur. From the age of five, bicycle accidents are more frequent and from the age of ten, there are also accidents caused by firearms. According to the World Health Organization, Europe has one of the lowest child mortality rates in the world. The following causes of death in children are the most common in Croatia: traffic accidents (73%), drowning (8%), poisoning (6%), falls (5%), suffocation (5%) and electric shock (3%).

The paper describes the most common emergencies, injuries and accidents in preschool age and first aid procedures. Crisis protocols in preschool, safety measures, injury prevention and first aid education are also described. At the end of the paper, a research was presented with the aim of determining the level of knowledge of early and preschool education students about first aid procedures and examining their attitudes about their own experience during initial education. The research found that students gain enough knowledge about the characteristics of child growth and development during their studies, but do not acquire enough knowledge about emergency procedures, although there are courses that deal with these topics. The results show that students feel safer with some simpler first aid procedures and less secure with more complex procedures. It can be concluded that studies do not sufficiently prepare students for various unexpected situations, how they should react in emergencies and what certain protocols in kindergartens look like.

Key words: first aid, injuries, accidents, emergencies, prevention.

SADRŽAJ

UVOD	1
1. Hitna stanja.....	1
1. 1. Najčešća hitna stanja kod djece	2
1. 2. Čimbenici rizika za nastanak ozljeda kod djece	3
2. Prva pomoć.....	4
2. 1. Kutija prve pomoći	4
2. 2. Temeljni postupci oživljavanja.....	5
2. 3. Gušenje stranim tijelom u dišnim putevima	7
2. 4. Astmatski napad	8
2. 5. Afektivne respiratorne krize	8
2. 6. Šok.....	9
2. 7. Alergije i anafilaktički šok	9
2. 8. Vrućica.....	9
2. 9. Febrilne konvulzije i epilepsija.....	10
2. 10. Proljev.....	11
2. 11. Šećerna bolest	12
2. 12. Bol kod djece	12
2. 13. Ozljede.....	13
2. 13. 1. Imobilizacija	13
2. 13. 2. Ozljede glave	14
2. 13. 3. Ozljede trupa	14
2. 13. 4. Ozljede kralježnice.....	14
2. 13. 5. Ozljede udova	15
2. 13. 6. Ozljede nosa.....	15
2. 13. 7. Ozljede oka	15

2. 13. 8. Ozljede usta i usne šupljine.....	16
2. 13. 9. Ozljede uha	16
2. 14. Krvarenje	16
3. Nesreće kod djece.....	18
3. 1. Opekline.....	18
3. 2. Otrovanje	18
3. 3. Pothlađivanje	19
3. 4. Toplinski udar.....	19
3. 5. Udar električne struje.....	20
3. 6. Utapanje.....	20
3. 7. Ubodi, ujedi, ugrizi	20
3. 8. Posjekotine, ubodne rane i ogrebotine.....	21
3. 9. Zlostavljano dijete	21
4. Krizne situacije u vrtiću, mjere sigurnosti i edukacija odgojitelja	23
4. 1. Karakteristike djece predškolske dobi	23
4. 2. Krizni događaji u vrtiću	23
4. 3. Najčešće ozljede u vrtiću.....	24
4. 4. Postupanje u slučaju krizne situacije na primjeru jednog vrtića	24
4. 5. Izvori opasnosti u roditeljskom domu	25
4. 6. Mjere sigurnosti i prevencija ozljeda u vrtiću, roditeljskom domu i javnom prostoru. 25	
4. 7. Odgojitelji i edukacije o prvoj pomoći u vrtićima.....	27
4. 8. Zdravstveni voditelj/ica u vrtiću.....	28
4. 9. Suradnja s roditeljima	28
4. 10. Aktivnosti s djecom o temama zaštite zdravlja i sigurnosti	29
4. 11. Zdravstveni odgoj na fakultetima za odgojno-obrazovne znanosti	29
5. Metodologija istraživanja	32
5. 1. Cilj istraživanja.....	32

5. 2. Problemi istraživanja	32
5. 3. Hipoteze.....	32
5. 4. Metoda istraživanja, instrumentarij i uzorak	32
5. 5. Rezultati istraživanja i interpretacija	33
ZAKLJUČAK	41
PRILOG	42
LITERATURA.....	44
Izjava o izvornosti diplomskog rada	48

Hitna stanja kod djece predškolske dobi

UVOD

Predškolska dob je razdoblje u kojem dijete postaje aktivnije, samostalnije i pokretljivije. Povećanjem autonomije i interesa za vanjski svijet, dijete istražuje okolinu i dovodi se u nove, nepoznate situacije. Zbog povećanog interesa, ali i psihofizičkih karakteristika djeteta predškolske dobi, ono postaje podložnije nesrećama i nastanku ozljeda. Na odraslima je odgovornost da djeci pružaju osjećaj samostalnosti, ali da ih i poučavaju kako da zaštite sebe i druge. Djecu treba upozoriti koje su opasne situacije, kako da preveniraju nesreće i kako da si najbolje pomognu u danim situacijama, sve u skladu s njihovom dobi. Odrasli također trebaju biti spremni na nepredvidljive situacije i imati osnovna znanja za identificiranje ozljede i njezine težine te vještine za pružanje prve pomoći, kako bi pomogli svakome tko zahtijeva hitnu skrb.

U prvom dijelu rada opisuju se najčešća hitna stanja, ozljede i nesreće kod djece te postupci prve pomoći. Zatim se opisuju najčešća hitna stanja u vrtićima, protokoli u kriznim situacijama, mjere sigurnosti i prevencija ozljeda i edukacije odgojitelja o prvoj pomoći. Na kraju rada prikazano je istraživanje kojem je cilj bio utvrditi razinu znanja studenata ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja o postupcima prve pomoći te ispitati njihove stavove o vlastitom iskustvu tijekom inicijalnog obrazovanja.

1. Hitna stanja

“Hitna stanja u dječjoj dobi odnose se na stanja nastala zbog različitih bolesti ili ozljeda što ugrožavaju život djeteta, ili na stanje djeteta bez vitalnih funkcija” (Aljukić, 2011). Hitno stanje može biti posljedica akutne bolesti ili ozljede, neadekvatan odgovor kronično bolesne djece na terapiju ili pojava komplikacija kod izlječivih bolesti. Hitna medicinska pomoć (HMP) je najčešće prva služba koja zbrinjava hitna stanja bolesnika. Hitna stanja kod djece su najčešće posljedica raznih nesreća. “Nesreća je iznenadan događaj nastao nekontroliranim djelovanjem energije (mehaničke, termičke, električne, radijacijske, kemijske i dr.), a najčešće interakcijom više čimbenika s posljedicom ranjavanja, invalidnosti ili smrti osobe ili/i s materijalnom štetom i drugim nepovoljnim posljedicama” (Mujkić, 2006, str. 5).

Nesreće mogu biti namjerne (nasilje, rat, samoubojstvo, ubojstvo) i nenamjerne (nesreće u prometu, kući, igralištu, školi itd.). Kod djece i manje povrede mogu ugrožavati život jer

neprimjerenim liječenjem i zbrinjavanjem vrlo brzo mogu prijeći u ozbiljna stanja (Aljukić, 2011).

1. 1. Najčešća hitna stanja kod djece

U prvoj godini života najčešća su hitna stanja vezana za aspiraciju stranog tijela, otrovanja lijekovima ili drugim sredstvima, opekline, utapanja i padove. U drugoj godini života događaju se i prometne nesreće jer dijete postaje mobilnije. U trećoj i četvrtoj godini često dolazi do padova, utapanja i prometnih nesreća. Od pete godine česte su i nesreće na biciklu, a od desete godine dolazi i do nesreća uzrokovanih vatrenim oružjem (Levačić, 2016, prema Malčić, Ilić, 2009¹).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, Europa ima jednu od najnižih stopa smrtnosti djece u svijetu. Glavni uzroci smrti djece su prometne nesreće, a nakon toga prirodne greške i bolesti živčanog sustava (Connolly, 2011). U Hrvatskoj su najčešći sljedeći uzroci smrti kod djece: prometne nesreće (73%), utapanja (8%), otrovanja (6%), padovi (5%), gušenja (5%) i udar električne struje (3%) (Grba Bujević, Bošan Kilibarda, 2011).

Glavobolja je jedan od najučestalijih razloga posjeta liječniku kod djece. Od migrene pati 3,5% petogodišnjaka (Đuranović, 2011). Konvulzije s poremećajem svijesti su najčešći neurološki problemi kod djece. Febrilne konvulzije se javljaju kod 2-5% djece do pete godine života i čine 30% svih konvulzija kod djece (Cvitanović-Šojat, 2011). Epilepsija se kod djece javlja kod 0,8-1% naspram cijele populacije, a kod 8% djece javlja se epileptični status (Mejaški Bošnjak, 2001).

Upale dišnih puteva su najčešće bolesti kod djece i mladih. Problemi s disanjem čine oko 10% posjeta hitnim službama, a prestanak disanja je jedan od glavnih uzroka smrti u dječjoj populaciji, uz prirodne anomalije, ozljede, zloćudne bolesti te srčane bolesti (Radonić, 2011). Većina smrtnih ishoda kao posljedica opstrukcije dišnih puteva se događa djeci predškolske dobi (Meštrović, 2011).

Proljev je vrlo česta bolest kod djece, posebice u nerazvijenim zemljama. Druga je bolest koja uzrokuje smrtnost (godišnje umire oko 3 milijuna djece zbog dijarealnih bolesti). U Europskoj uniji se hospitalizira oko 87.000 djece (Kolaček, 2011).

Ozljeda kralježnice kod djece nije česta zbog svoje pomičnosti te čini 1-10% ozljeda kralježnica kod cjelokupne populacije (Jakobović, Barčot, 2011). Ozljede glave čine čak 70%

¹ Malčić, I., Ilić, R. (2009). Pedijatrija sa zdravstvenom njegom djeteta. Zagreb: Školska knjiga.

smrti djece s ozljedama. Najčešća su stradavanja glave u prometnim nesrećama, u kojima u Hrvatskoj u prosjeku godišnje strada do 90 osoba mlađih od 18 godina (Meštrović, 2011).

Od električnog udara najčešće stradaju djeca do šeste godine i to u obiteljskom domu. Opekline su česte kod djece od prve do pete godine i u životnoj opasnosti bude 3-5% djece (Škarić, 2011). Prema prosjeku, u Americi godišnje premine 39 djece ispod dobi od 15 godina od toplinskog udara, koji je posljedica boravka u zaključanom autu.²

1. 2. Čimbenici rizika za nastanak ozljeda kod djece

Za nastanak ozljeda kod djece predškolske dobi odgovorni su razni čimbenici. Djeca se po mnogim karakteristikama razlikuju od odraslih: građi tijela, mišićno-koštanom sustavu, (ne)otpornosti organizma, psihičke nezrelosti (povećana aktivnost, znatiželja, manjak pažnje, nerazumijevanje uzroka i posljedica određenih situacija), što djecu vrlo lako može dovesti u opasnost.

Djeca u dobi do godinu dana postaju pokretna (teže kontroliraju pokrete tijela, imaju lošiju ravnotežu) i imaju ograničenu mogućnost slušanja uputa i naredbi od odraslih. Djetetu do treće godine se ravnoteža stabilizira, uči se penjati i trčati, samostalnije je i može slijediti jednostavnije upute. Dijete do pete godine života ima povećanu mobilnost (penjanje, trčanje, igre na otvorenom), povećanu znatiželju te počinje sudjelovati u timskim igrama i aktivnostima i počinje shvaćati uzročno-posljedične veze.³

Djeca su niže tjelesne građe i zbog smanjenje vidljivosti postoji veća opasnost u prometu. Također djeca nisu svjesna opasnosti u prometu i teže im je percipirati prometne situacije. Oni imaju manje dijelove tijela (ruke, noge, prsti, glava) i time postoji mogućnost da se ti dijelovi zaglave (u ogradama, utorima i slično). Koža im je tanja, površinski manja i time podložnija vanjskim utjecajima. Djeca imaju manje tekućine u tijelu i time gubitak tekućine (dehidracija, krvarenje) može imati veće posljedice (Stojković, 2017).

² Injury facts. Hot Car Deaths. Preuzeto 7. 7. 2020.: <https://injuryfacts.nsc.org/motor-vehicle/motor-vehicle-safety-issues/hotcars/> (7.7.2020.)

³ WHO (2010). Unintentional Childhood Injuries. Preuzeto 15. 8. 2020.: <https://www.who.int/ceh/capacity/injuries.pdf>

2. Prva pomoć

“Prva pomoć hitni je postupak ili zahvat koji se pruža unesrećenoj ili bolesnoj osobi prije odgovarajuće medicinske pomoći. Obično ju pruža nestručna osoba, a gdjekad i osoba sama sebi. Uključuje i postupke što se primjenjuju tijekom prijevoza u medicinsku ustanovu.”⁴ Prije primjene prve pomoći, potrebno je provjeriti okolinu oko ozlijeđene osobe, stanje svijesti te položaj žrtve koji mora biti primjeren/prilagođen samoj vrsti ozljede i stanju unesrećenog. Prema *Zakonu o sustavu civilne zaštite* (2015; članak 46), prva pomoć je jedna od mjera civilne zaštite⁵. Prema članku 43., “svaki građanin dužan je provoditi mjere osobne i uzajamne zaštite i sudjelovati u aktivnostima sustava civilne zaštite (...) (samopomoć, prva pomoć, premještanje osoba, zbrinjavanje djece, bolesnih i nemoćnih osoba i pripadnika drugih ranjivih skupina (...)).” Osnovna načela i metode pružanja prve pomoći su: brzo zapažanje okoline (postoji li neposredna životna opasnost), provjera stanja svijesti, prisebno, brzo i promišljeno postupanje, korištenje znanja u koja je osoba sigurna, potražnja pomoći od iskusnije osobe i pozivanje stručne hitne pomoći (viša medicinska sestra, hitna medicinska pomoć ili zaposlenik osposobljen za pružanje prve pomoći). Osoba svojim postupcima ne smije štetiti ozlijeđenom (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009). Jedinstveni broj za hitnu službu u Republici Hrvatskoj je 112. Broj za hitnu medicinsku pomoć je 194, za policiju 192, za vatrogasce 193, a za spašavanje na moru je 195.⁶

2. 1. Kutija prve pomoći

Kutija prve pomoći mora odgovarati normi HRN 1112. Ona ima rok trajanja (5 godina) te je bitno voditi računa o tome. U kutiji se nalaze: prvi zavoj s jednim jastučićem (2 komada), kaliko zavoji (4), aluplast za opekline (2), sterilna kompresa od gaze (10), sterilna kompresa (2), flaster (5), samoljepiva vrpca (1), trokutni rubac (2), igle sigurnosnice (10), škare sa zaobljenim vrhom (1), rukavice za jednokratnu uporabu (PVC) (2), polivinilski rukavac – vrećica (1), poliesterska folija metalizirana (1), zaštitna folija za davanje umjetnog disanja (2), specifikacija sadržaja spremnika i podsjetnik o pružanju prve pomoći. Prema Zakonu o

⁴Hrvatska enciklopedija: *prva pomoć*. Leksikografski zavod Miroslava Krležje. Preuzeto 28. 6. 2020.: <https://enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=50870>

⁵Članak 46: Mjere civilne zaštite su jednokratni postupci i zadaće koje provode svi sudionici u sustavu civilne zaštite na svim razinama radi spašavanja života i zdravlja građana, materijalnih i kulturnih dobara i okoliša (...) Preuzeto 28. 6. 2020.: <https://www.zakon.hr/z/809/Zakon-o-sustavu-civilne-za%C5%A1tite>

⁶Hitne službe. Preuzeto 30. 8. 2020.: <https://www.hakom.hr/default.aspx?id=156>

sigurnosti prometa na cestama, ona je dio obvezne opreme.⁷ Svaki vrtić bi trebao imati ormarić za prvu pomoć čija količina ovisi o broju djece u objektu. Neki od sredstava, materijala i lijekova koji se nalaze u ormariću su sterilni prvi zavoji, flasteri, ovratnik, udlage za imobilizaciju, škare, toplomjer, sredstvo za rehidraciju, pinceta, kreme za ublažavanje reakcija na ubode, opekline i slično (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 2. Temeljni postupci oživljavanja

Postupci koji se provode moraju biti prilagođeni dobi djeteta i usmjereni prvenstveno na povećanu opskrbu tijela kisikom. Osoba koja provodi oživljavanje mora biti stručna u osnovnoj tehnici održavanja života te davati trajnu potporu tijekom cijelog procesa oživljavanja.

Prema Meštrović (2011) etape postupka oživljavanja djece su:

1. Siguran pristup, micanje od opasnosti.
2. Pitanje: *jesi li u redu?* (Nježno protresti za ramena, mlađe dijete (dojenče) će proizvesti zvuk ili otvoriti oči).
3. Poziv u pomoć (Poziv se obavlja prije postupka oživljavanja, a ako su dvije osobe, jedna odlazi po pomoć).
4. Postupak otvaranja dišnih puteva (**A-airway**)
 - Otkloniti zapreku (opstrukciju) iz dišnih puteva ako postoji.
 - Dijete koje je pri svijesti, a ima teškoće disanja, treba odvesti u bolnicu.
 - Zapadanje jezika i opstrukcija ždrijela kao uzrok teškoća disanja: postupak otvaranja dišnih puteva je nagnjanje glave natrag i podizanje brade-dijete se položi na leđa, osoba stavlja ruku djetetu na čelo te nagnje mu glavu prema natrag (neutralni položaj kod dojenčadi)-prst druge ruke se stavlja ispod brade te polagano podiže prema gore-palcem iste ruke se otvaraju usne.
 - Ukoliko taj postupak nije moguć, dišni se putevi otvaraju tako da se podigne donja čeljust drugim ili trećim prstom ispod kuta donje čeljusti obostrano i podigne se prema gore, a glava se blago nagne. Potrebno je voditi brigu o kralježnici (druga osoba objema rukama pridržava vrat: laktovi položeni na istoj podlozi gdje leži dijete).

⁷Imate li ispravnu kutiju prve pomoći? (2019). Preuzeto 7. 7. 2020.: <https://emedjimurje.net.hr/vijesti/automobilizam/3357523/imate-li-ispravnu-kutiju-prve-pomoci/> (7.7.2020.)

5. Procjena disanja (**B-breathing**)-*gledaj, slušaj, osjećaj*

- Gledati pokrete prsa i/ili trbuha, slušati šum disanja, dodirrom osjetiti disanje na koži: osoba stavlja lice blizu djetetova lica, uho iznad nosa, obraze iznad usta, a očima gleda prsni koš maksimalno 10 sekundi.
- Ako dijete samostalno diše, stavlja ga se u bočni položaj* (po sumnji ozljede kralježnice, učvrstiti glavu i vrat pri okretanju). Ako dijete ne diše, započinje spašavateljsko upuhivanje zraka.

6. Spašavateljsko upuhivanje zraka

- Nakon otvaranja dišnih puteva, spašavatelj otvara usta djeteta i stavlja svoja usta na usta žrtve (dojenčadi obuhvati i nos). Nos se začepi palcem i kažiprstom ruke koja drži glavu nagnutom.
- Prije svakog upuhivanja, koje traje 1-1,5 sekundi, osoba koja spašava treba udahnuti. Promatra se prsni koš djeteta.
- Ako se prsni koš ne podiže, dišni putevi nisu zapravo otvoreni. Ako dođe do neuspjeha treba nagnuti glavu, podići bradu ili podići donju čeljust te provjeriti postoji li strano tijelo u dišnim putevima.

7. Provjera cirkulacije (**C-circulation**)

- Cirkulaciju predstavljaju disanje/kašalj nakon upuhivanja, središnji puls** (puls nad velikom arterijom; 10 sekundi) i prisutan puls. Ako izostaju navedeni znakovi cirkulacije (i prisutan puls s nedovoljnim brojem otkucaja), cirkulacija nije dostatna. Kod djeteta se može palpirati⁸ arterija na vratu, a kod novorođenčadi, zbog debljine vrata, treba palpirati nadlaktičnu arteriju (najduže 10 sekundi). Masaža srca se provodi ako nema znakova cirkulacije, pulsa (do 10 sekundi) ili je niska frekvencija (manje od 60/min).

8. Vanjska masaža srca

- Dijete leži ravno na leđima na tvrdoj podlozi (dojenčad na dlanu). Dio tijela koji se pritišće je donja polovica prsne kosti, iznad spoja rebara za širinu prsta. Prsna kost se pritišće dlanom jedne ruke (ili obje, ovisno o veličini djeteta) barem 4 cm kod dojenčeta ili 5 cm kod starijeg djeteta. Ruka mora biti ispružena, a osoba je okomito nagnuta nad djetetom. Kod dojenčeta se provodi dvama prstima ili palčevima, tehnikom obuhvaćanja.

⁸Palpacija: metoda pregleda određenoga dijela bolesnikova tijela dodirivanjem kože dlanom ili prstima, ili dubljim pritiskom radi opipavanja unutarnjih organa. Preuzeto: Hrvatska enciklopedija.

- Broj pritisaka je 100-120 po minuti. Omjer pritiska i upuhivanja je 30 pritisaka naspram 2 upuhaja. Može se i masirati srce bez ventilacije (upuhivanja zraka). Tijekom ventilacije prsni koš ostaje netaknut. BLS (*basic life support*) se ne prekida dok se ne vidi reakcija djeteta (pokret ili spontani udah). Slobodnom rukom se pridržava glava djeteta.

*Stavljanje djeteta na bok

Ako je dijete onesviješteno i leži na leđima, postoji mogućnost spuštanja jezika koji može zatvoriti dišni put. Također postoji mogućnost od gušenja povraćenim sadržajem, krvi ili sline. Ležanjem na boku se osigurava istjecanje tog sadržaja. Osoba (dijete) leži na leđima, a jedna ruka se digne u ravnini ramena, pod kutom od 90 stupnjeva. Osoba se primi za koljeno i povuče prema suprotnoj strani tako da je stopalo ispruženo na podlozi. Onesviještena se osoba povuče hvatajući ju za rame i potkoljenu. Privučena (gornja) noga se povuče prema naprijed, a gornja ruka se stavi ispod obraza, tako da osigurava glavu u zabačenom položaju.⁹

**Provjera pulsa kod djece

Pojačan ili usporen puls (bilo) može biti znak djetetova narušenog zdravstvenog stanja. Djeci se mjeri puls tako da se dvama prstima broje otkucaji srca tijekom 15 sekundi i zatim se dobiveni broj otkucaja pomnoži s četiri. Puls se može provjeriti na nadlaktici (kod dojenčadi) i na djetetovom zglobu. Normalan broj otkucaja kod djece nakon godinu dana je 100-120 po minuti (Stoppard, 2004).

2. 3. Gušenje stranim tijelom u dišnim putevima

“Većina smrtnih slučajeva uzrokovanih opstrukcijom dišnih puteva stranim tijelom događa se u predškolske djece. Strano je tijelo najčešće hrana, a sumnju treba pobuditi nagli početak otežanog disanja praćen kašljem i stridorom” (Meštrović, 2011, str. 16).

Postupak prve pomoći kod gušenja stranim tijelom je sljedeći:

- Pažljivo ukloniti strano tijelo iz usta ako postoji.

⁹Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba. *Bočni položaj*. Preuzeto 17. 8. 2020.: <https://www.hitnazg.hr/prva-pomoc/2/bocni-polozaj.html>

- Postupci se provode kada: zabacivanjem glave ili podizanje brade/čeljusti nije otvoren dišni put ili ako postoji kašalj, gubitak svijesti ili prestanak disanja. Ako dijete kašlje, potrebno je poticati ga.
- Dojenčad: dojenče se položi niz podlakticu odrasle osobe s glavom prema dolje, šaka osobe podupire djetetovu čeljust tako da ju drži otvorenom, a glavu u neutralnom položaju. Odrasla osoba prisloni ruku niz bedro te pet puta dijete udari po leđima otvorenim dlanom. Ukoliko taj zahvat ne bude uspješan, dijete se okrene na bedro odrasle osobe, glavom prema dolje. Frekvencijom jedan u sekundi, vrši se pritiskanje na mjesto gdje se masira srce (5 puta).
- Djeca: Mogućnost primjene istog postupka kao i kod dojenčadi. Drugi postupak je Heimlichov zahvat (ležeći ili stojeći položaj djeteta, koji je prikladniji). Zahvat se vrši tako da odrasla osoba stane iza djeteta te ga obuhvati rukama tako da jednu šaku stavi na djetetov trbuh iznad pupka, a dlanom druge ruke obuhvati šaku prve ruke te se snažno pritisnu prema trbuhu i gore (ponovi se pet puta, ili više ako strano tijelo nije izbačeno). Ako dijete leži, odrasla osoba klekne kraj djeteta, ostali postupak je isti. Ako dijete ne diše potrebno je obaviti ventilaciju i/ili masažu srca.

2. 4. Astmatski napad

Astma je kronična upalna bolest dišnih putova. Simptomi su napadaji kašlja, piskutanje te osjećaj stezanja. Oni su posljedica ograničenja protoka zraka. Često se znaju javiti i astmatski napadi (epizode akutnog progresivnog pogoršanja bolesti) koji se mogu razvijati tijekom vremenskog razdoblja od nekoliko minuta, pa čak i dana. Tijekom napadaja, javljaju se slični navedeni simptomi, uz kratak dah, ubrzano disanje, piskutav izdisaj i slično (Lokar-Kolbas, Kljajić-Turkalj, 2001). Kod napadaja, dijete treba smiriti te staviti u povišeni položaj. Djetetu se daje propisani lijek (putem babyhalera i drugih aparata). Odgojitelj treba biti upućen u djetetovu povijest bolesti te kako se koriste navedeni aparati (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 5. Afektivne respiratorne krize

“Afektivne respiratorne krize su stanje koje se događa na nesvjesnoj razini, na emocionalnoj. Nastaju obično u djece starije od šest mjeseci, a nestaju do pete godine” (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009, str. 47). Početak krize počinje djetetovim plačem: mozak postaje slabije opskrbljen krvlju, a grč organa za disanje dovodi do porasta tlaka u plućima i time dijete

ostaje bez zraka. Ostali simptomi su snažan plač, plava boja lica, nesvjestica, prestanak rada srca na nekoliko sekundi i slično. Krize obično nastaju naglo kod djece koja su osjetljivija i emotivnija, najčešće uz prisutnost odrasle osobe. Najčešće su razlozi vrlo banalne djetetove želje, strah od liječnika, ali i nedostaci u odgoju (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 6. Šok

Šok je poremećaj cirkulacije krvi i opskrbe kisikom, a javlja se zbog krvarenja, prijeloma, straha, boli, raznih bolesti, gubitka tekućine i slično. Simptomi su uznemirenost i strah, blijeda i hladna koža, plitko disanje, poremećaj svijesti, dezorijentiranost, mučnina i tako dalje. U toj situaciji potrebno je reagirati tako da se dijete polegne i stavi mu se podloga (20-30 cm) ispod nogu. Daljnja se pomoć pruža ovisno o uzroku. Potrebno je pozvati hitnu pomoć te osigurati primjeren prijevoz jer sam prijevoz može naškoditi djetetu. Djetetu se ne smiju davati hrana i piće te sredstva za smanjenje boli (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 7. Alergije i anafilaktički šok

Alergija je preosjetljivost organizma na određene tvari (hrana, lijekovi, prašina, pelud i drugo), a anafilaktički šok je jedna od najtežih alergijskih reakcija. Simptomi su osip, slabost, proljev, bolovi u trbuhu, poremećaj svijesti, slabost, otekline i slično. Bitno je osigurati prohodnost dišnih puteva te postaviti dijete u sjedeći položaj. Postupak je isti kao kod stanja šoka. Također se uklanja uzrok koji je doveo do alergijske reakcije. Da bi se prevenirale alergijske reakcije, roditelj je pri upisu djeteta dužan obavijestiti vrtić o zdravstvenom stanju djeteta, kako bi se provodile preventivne mjere, prepoznali simptomi i primjerenom reagiralo (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 8. Vrućica

“Vrućica je povišenje tjelesne temperature iznad granice normale, a posljedica je febrilnog odgovora organizma na različite vanjske i unutrašnje podražaje” (Ivić, 2011, str. 83). Vrućicom se smatra sva temperatura iznad: 38°C rektalno, 37,5°C oralno, 37°C aksilarno¹⁰, 37, 5°C u uhu, za djecu do 11. godine. Normalna temperatura varira od 36°C-37°C (Stoppard, 2004). Povišena

¹⁰Aksilarno mjerenje-mjerenje tjelesne temperature ispod ruke.

temperatura može imati pozitivne učinke u ranim fazama infekcije. Kod djece do pete godine može povećati šansu za pojavu konvulzija. Ako vrućica dugo traje i raste, ona uzrokuje slabiji imunski odgovor domaćina, ubrzava disanje, povećava pospanost, razdražljivost, gubitak teka i bolove u mišićima. Prvi znak povišene tjelesne temperature je vruće čelo. Mjerenje tjelesne temperature vrši se najčešće pod pazuhom, jezikom, rektalno tri minute živinim termometrom ili mjerenje temperature bubnjića infracrvenim termometrom. Mogući uzroci vrućice kod djece su infekcije, cijepljenja, upalne bolesti, hematomi i slično. U slučaju sumnje na povišenu temperaturu, potrebno je izmjeriti temperaturu i ponoviti mjerenje nakon 20 minuta. Dijete se nepokriveno polegne na krevet i da mu se tekućina za piti. Djetetu starije od 3 mjeseca se može dati paracetamol. Dijete se također treba razodjenuti (Stoppard, 2004).

2. 9. Febrilne konvulzije i epilepsija

Konvulzije, napadaj ili grčevi nespecifični su simptomi, koji mogu imati mnogo mogućih uzorka. Konvulzije se očituju iznenadnim poremećajima svijesti, ponašanja, emocija, motoričkih, osjetnih ili autonomnih funkcija. (...) Konvulzije praćene iznenadnim poremećajem svijesti najčešći su neurološki poremećaji u djece i među najčešćim simptomima koji zahtijevaju hitno liječenje. (Cvitanović-Šojat, 2011, str. 309)

- Febrilne konvulzije

Febrilne konvulzije se javljaju oko pete godine života (2-5% djece). Mogu se javiti 24 sata nakon pojave temperature (38,5°-39°C; rektalno). Jednostavne konvulzije traju do petnaest minuta i javljaju se do dva puta. Pojavljuju se klonični grčevi (grčenje i opuštanje mišića), tonični grčevi (ukočenost) ili kombinacija oba. Složene konvulzije traju dulje od petnaest minuta i javljaju se 3-4 puta. Febrilni epileptični status ima 4-5% djece i to u trajanju do trideset minuta ili više napadaja u istom razdoblju (Cvitanović-Šojat, 2011). Febrilne konvulzije najčešće prestaju same nakon nekoliko minuta. Tijekom napadaja, dijete je potrebno postaviti na bok te snižavati mu temperaturu. Ako konvulzije traju dulje od deset minuta, može se primijeniti tableta (diazepam, 0,5 mg/kg, rektalno). Klizma (diazepam) se daje samo onom djetetu kojem je klizma propisana od strane liječnika. Nakon davanja klizme, dijete treba smiriti, presvući te pustiti da se odmori (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

- Epilepsija

Epilepsija je jedna od češćih poremećaja neurološkog sustava. Javlja se zbog poremećaja stanica moždane kore koje su preosjetljive na podražaj te njihovom prekomjernom aktivnošću

dolazi do epileptičkih napadaja (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009). Napadaji mogu biti generalizirani (cijelo tijelo) i parcijalni (dijelovi tijela). *Grand mal* (veliki napad; najčešće generaliziran) okarakteriziran je potpunim gubitkom svijesti, grčanjem mišića ruku i nogu, pojavom pjene na ustima, gušenjem, ugrizom za jezik i nekontroliranim uriniranjem ili defekacijom. Nakon toga dijete zaspi ili nastupi koma. *Petit mal* (mali napadaj) je napadaj koji se najčešće javlja u dječjoj dobi i karakteriziraju ga kratkotrajan gubitak svijesti, prestanak disanja na 20-ak sekundi, prekid aktivnosti i zurenje u točku. Na kraju dijete nastavlja prekinutu aktivnost.

Prva pomoć kod epileptičnog napadaja ovisi o vrsti napadaja i duljini trajanja. Počinje tako da se uklone predmeti koji su potencijalno opasni. Zatim se postavi mekani predmet djetetu pod glavu. Nakon napadaja dijete treba staviti u bočni položaj i pokriti ga. Poželjno je u vrtiću izvesti ostalu djecu, a dijete koje je ozlijeđeno nikada ne smije biti samo. Osoba koja spašava dijete treba ostati pribrana i pozvati pomoć. Hitnu medicinsku pomoć treba pozvati ako dijete ne dolazi k svijesti, ako se ozlijedilo ili ako je napadaj trajao dulje od pet minuta (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 10. Proljev

Akutni proljev, bolest koja se definira kao gubitak tjelesne tekućine stolicom, jedna je od najčešćih bolesti kod djece (Kolaček, 2011). Javlja se zbog tekuće konzistencije stolice, povećanog obujma ili povećanog broja defekacija. S obzirom na trajanje, postoje akutni proljev (traje do sedam dana), perzistentni (traje oko četrnaest dana, posljedice su mršavljenje) i kronični proljev (traje do trideset dana, postoje razni uzroci). Budući da se proljevom gubi tjelesna tekućina, potrebno je procijeniti stupanj dehidracije: blaga dehidracija (dobro opće stanje, plač uz suze), umjerena dehidracija (nemir, žeđ, slabije mokrenje, odsutne suze) i teška dehidracija (bez svijesti, ubrzano disanje, suha usta i suhe oči). U vrtiću je najbitnije nadoknaditi tekućinu koje je dijete izgubilo, odnosno rehidrirati ga.

Dehidracija je isušivanje organizma uslijed proljeva i povraćanja. Najbolja rehidracijska tekućina za djecu je oralna rehidracijska sol (ORS) koja se priprema s vodom. Tekućina se treba davati postepeno, u manjim količinama u određenim vremenskim intervalima. Nakon prestanka povraćanja, dijete može jesti kuhano povrće i meso, tjesteninu, žitarice, ribu i žitne kaše. Kod bolova u trbuhu, dijete treba staviti u ležeći bočni položaj sa savijenim nogama prema trbuhu (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 11. Šećerna bolest

Šećerna bolest je stanje povećane vrijednosti glukoze u krvi (hiperglikemija). Osnovno liječenje se sastoji od davanja inzulina, određene prehrane i tjelovježbe, kontrole šećera u krvi i kontrole cjelokupnog stanja djeteta. Najčešća komplikacija ove bolesti je hipoglikemija (smanjena razina glukoze u krvi). Simptomi hipoglikemije su znojenje, slabost, glad, vrtoglavica, blijeda koža, gubitak svijesti i slično. U slučaju sumnje na hipoglikemiju, preporuča se mjerenje razine šećera u krvi (aparatom kojeg bi roditelji trebali donijeti u vrtić). Ako je dijete svjesno, a nije jelo, treba mu dati koncentrirani šećer na jezik jer dolazi do brzog rasta koncentracije šećera u krvi (kocka šećera, sok, ne čokolada). Ako je bez svijesti, treba mu osloboditi dišne puteve te se ne smije davati hrana ili tekućina. Kod težih slučajeva, djetetu se daje glukagon ako je određen od strane liječnika. Glukagon povećava razinu šećera u krvi kroz petnaest minuta (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 12. Bol kod djece

Bol je najčešći simptom ozljeda ili upala te je vrlo važna jer upozorava na nekakvo oštećenje. Kod djece je teško procijeniti intenzitet boli zbog djetetove nemogućnosti procjene boli (pogotovo u predverbalnoj fazi) i zabudama da djeca ne osjećaju bol kao odrasli. Kod djece se primjenjuju ljestvice za mjerenje boli u skladu s kognitivnim razvojem. Prema Butković (2011), dijete u dobi do tri mjeseca na bol odgovara refleksno. Do šestog mjeseca bol je praćena tugom i ljutnjom, a do osamnaestog mjeseca dijete lokalizira bol i pokazuje strah. Dijete u dobi do dvije godine može reći da ga 'boli' te bol može 'izliječiti' zagrljajem ili poljupcem. Do treće godine može opisati bol i pokazati vanjski uzrok. U petoj godini može procijeniti jakost boli i emocionalno reagirati na nju. U dobi od pete do sedme godine može vrlo precizno odrediti intenzitet boli i koristiti tehnike opuštanja. Vrlo je važno zapamtiti da djeca razumiju više nego što mogu i znaju reći. Ne smije im se umanjivati strah i postupke liječenja potrebno je objasniti na način primjeren njihovoj dobi.

2. 13. Ozljede

Ozljeda je oštećenje tkiva nastalo zbog djelovanja mehaničke sile, topline ili hladnoće, kemijskih sredstava, električne struje ili radioaktivnog zračenja.

Mehaničke ozljede najčešće su ozljede u vrtićima i nastaju zbog pritiska, kidanja, razvlačenja ili rezanja. Zatvorene ozljede su ozljede nastale zbog pada, udarca ili sudara s podlogom. Glavna ozljeda se nalazi ispod kože. Otvorene ozljede su rane i modrice. Rane mogu biti porezotine, nagnječenja, razderotine, prostrijelne rane, ugrizne rane, rane od eksplozije i slično. Prije saniranja rane, potrebno je provjeriti stanje svijesti djeteta. Zatim se oslobodi prostor oko rane i zaustavlja se krvarenje. Imobilizira se ozlijeđeni dio i rana se prekriva sterilnim materijalom (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

Modrice nastaju uslijed lakšeg udarca. Na modricu se stavlja hladni oblog. Hladni oblozi mogu biti dobro iscijeđena mekana tkanina, vrećice s ledom ili povrće omotano tkaninom. Prijelom je prekid kontinuiteta kosti. Znakovi prijeloma su modrice, otekline, prestanak funkcije određenog dijela tijela, bol, osjetljivost na dodir ili deformacija. Kod prijeloma je bitno da se prva pomoć provodi na samom mjestu nesreće. Ako se radi o otvorenom prijelomu, potrebno je zaštititi ranu sterilnim materijalom. Ozlijeđeni dio se također imobilizira (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 1. Imobilizacija

Imobilizacija je "stavljanje pojedinih dijelova tijela u stanje mirovanja pomoću udlaga, sadrenih zavoja ili improviziranoga pomagala, radi pospješivanja liječenja ozljeda (prijeloma kosti, iščašenja zglobova, težih rana i dr.) i nekih zglobovni bolesti."¹¹ Tijekom imobilizacije dva susjedna zglobova treba učiniti nepokretnima. Koristi se čvrsta udlaga da se prelomljeni dio fiksira, a udlaga se obloži mekanim materijalom. Ud se imobilizira u fiziološkom položaju, a zglobovi u zatečenom. Također je potrebno pratiti cirkulaciju ozlijeđenog dijela tijela (boja, toplina kože, kontrola pulsa) (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

¹¹Imobilizacija. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krlež. Preuzeto 11. 7. 2020.: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=27180>.

2. 13. 2. Ozljede glave

Prema Meštrović (2011), ozljede glave uzrok su smrti kod 70% djece s ozljedama. Ako dijete doživi težu ozljedu, izgubi svijest ili ima simptome neuroloških ozljeda, potrebno je posumnjati na težu ozljedu mozga te reagirati sukladno tome. Prvo treba provjeriti stanje djetetove svijesti (budnost, reakcije na glas bol ili podražaj). Također je potrebno primijeniti postupke oživljavanja ako je dijete bez svijesti i ne diše. Ako dijete nije pri svijesti, glava-vrat-trup se imobiliziraju stavljanjem debljih, mekanih materijala (ručnik, deke) ne mijenjajući djetetov položaj. Ako je dijete pri svijesti, ne treba ga pomicati bez razloga. Duboke rane glave se ne ispiru, a strano tijelo ne treba uklanjati. Ako ozljeda krvari, stavlja se sterilna gaza. Pri ozljedi glave uvijek treba posumnjati i na ozljedu vratne kralježnice. Glava se imobilizira stavljanjem ovratnika (Pavliško-Pekez, 2004).

2. 13. 3. Ozljede trupa

Najčešće ozljede prsnog koša su ozljede (prijelom) rebara. Simptomi su: bol pri pokretu, nedostatak zraka i plitko disanje. Ozljeđenog se stavlja u polusjedeći položaj. Kod otvorene rane, rana se prekriva materijalom koji ne propušta zrak i preko toga se stavlja zavoj. Ako postoji strano tijelo, ono se ne vadi. Kod ozljeda trbuha, dijete treba staviti u ležeći položaj s lagano podignutom glavom, a deke se stavljaju ispod koljena. Kod otvorene rane trbuha, rana se prekriva sterilnom gazom. Kod ozljeda zdjelice, potrebno je saviti koljena i ispod njih staviti deku u obliku valjka. Također se između koljena i potkoljenica postavlja sličan materijal u obliku valjka (Pavliško-Pekez, 2004).

2. 13. 4. Ozljede kralježnice

Ozljede kralježnice kod djece nisu česte, ali mogu pak biti uzrok trajne nesposobnosti ili smrti kod djece. Zbog toga, svako ozlijeđeno dijete treba tretirati kao da ima ozljedu kralježnice. Najčešći uzroci su prometne nesreće, padovi, problemi pri porodu i sportske ozljede (skok u vodu). Često se javlja tzv. *sindrom automobilske pojasa*-ozljede kralježnice i abdomena, koje se javljaju u prometnim nesrećama zbog loše pričvršćenog pojasa u automobilu. Svaka ozljeda može uzrokovati ozljedu vratne kralježnice, koje čine dva posto svih dječjih fraktura. U slučaju ozljede kralježnice, potrebno je djetetu rukama imobilizirati glavu i vrat, zatim staviti ovratnik, jastuk pod toraks i zavoj preko čela, da se postigne neutralan položaj. Budući da dijete nije na

boku, potrebno je biti uz dijete da se osigura dišni put (Jakobović, Barčot, 2011). Također je poželjno napraviti nosiljku od čvrstog materijala poput daske ili vrata. Tijelo se pomiče kao cjelina i pri pomicanju treba sudjelovati više osoba. Dijete se pomoću zavoja pričvrsti za nosiljku (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 5. Ozljede udova

Ozljede udova su česte i ponajviše nastaju uslijed padova u igri i sportu te u prometnim nesrećama. Prijelom kosti može biti otvoren i zatvoren, a simptomi su bol, oteklina, modrica, osjetljivost na pritisak, deformacija ili ispad slomljenog dijela kosti (uda) (Jakobović, Barčot, 2011). Prvo se moraju zbrinuti vitalne funkcije te zatim ozljede udova. Imobilizacija se vrši tako da se prvo dva susjedna zgloba učine nepokretnima. Zatim se prelomljeni dio fiksira uz čvrstu udlagu, koji se onda obloži mekanim materijalom, da se ne ošteti tkivo. Zglobovi se imobiliziraju u zatečenom položaju, a udovi, ako je moguće, u fiziološkom položaju (Jakobović, Barčot, 2011). Prst se imobilizira tako da se stavi mala udlaga i prst se fiksira uz nju pomoću zavoja. Žrtvi se ne smiju pokušavati namjestiti iščašene kosti (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 6. Ozljede nosa

Kod krvarenja iz nosa potrebno je posjesti dijete i nagnuti mu glavu prema naprijed. Dijete treba uputiti da diše na usta. Nosnice iz kojih potječe krv potrebno je lagano pritisnuti i držati 10 minuta. Ako krvarenje ne prestaje, potrebno je pozvati hitnu pomoć. Nos se ne smije ispuhivati nekoliko sati nakon ozljede. Ako se nađe strano tijelo u nosu, ono se ne pokušava izvaditi, osim ako se to može vrlo jednostavno učiniti. U protivnom, treba otići liječniku. Dijete ne smije ni ispuhivati nos da ne bi došlo do udisanja stranog tijela (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 7. Ozljede oka

Ozljede oka se često događaju u igri (zbog lopte, igračkaka, oštrih predmeta i slično). Kod ozljeda očiju i vjeđa potrebno je staviti sterilan zavoj i uputiti dijete doktoru (okulistu, oftalmologu). Ako dođe do doticaja oka s kemikalijama, potrebno je brzo reagirati: dugotrajno ispirati oči velikim količinama obične vode. Nakon dužeg ispiranja, hitno se treba uputiti

liječniku (Kuliš, 2001). Ako se na donjem kapku nađu strana tijela, predmet se odstrani vrhom gaze. Ako se nalazi na gornjem kapku, strano tijelo se ispire vodom tako da odrasla osoba uhvati djetetove gornje trepavice između palca i kažiprsta i prebaci ih preko vatenog štapića, a dijete gleda prema dolje. Ako dijete ima rasječeni kapak, on se pritisne gazom na vjeđu i kost te omota zavojem (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 8. Ozljede usta i usne šupljine

Moguće ozljede su ozljede usana, zubi, desni, nepca ili jezika. Krvarenje se zaustavlja izravnim pritiskom na ozljedu. Potrebno je pregledati usnu šupljinu da bi se uklonio zub, ako je došlo do prijeloma ili ispadanja. Dijete treba odvesti liječniku prema težini same ozljede, ali i kod klimanja zubi, koji mogu dovesti do gušenja (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

2. 13. 9. Ozljede uha

Najčešće ozljede uha su posjekotine i otrgnuće ušne školjke te puknuće bubnjića. Krvarenje se zaustavlja pritiskom gaze na ranu i zamatanjem širim zavojem. Ako curi krv ili bistra tekućina, potrebno je ranu prekriti sterilnom gazom. To može biti i znak ozljede glave. U djetetovo uho se ne smije ništa ugurivati. Rana u uhu pokušava se sanirati pritiskom sterilne gaze barem deset minuta. Ako dalje krvari, pokriveno uho zamota se zavojem, a dijete se postavi u poluležeći položaj na stranu ozlijeđenog uha, kako bi krv istjecala prema van (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009). Većinom se strana tijela u uhu mogu lako izvaditi, a ona koja zapnu i ostanu neprimijećena, mogu izazvati bakterijske infekcije. U tom slučaju, potrebno je pozvati liječnika (Cahill Allison, 2005).

2. 14. Krvarenje

- Unutarnje krvarenje

Unutarnje krvarenje predstavlja istjecanje krvi u tjelesne organe i šupljine. Ono se može prepoznati po iskašljavanju, povraćanju, krvi u urinu ili stolici. Znakovi su slabost, mučnina, strah, iskrenje pred očima i pospanost. Dijete tada treba staviti u ležeći položaj na ravnu podlogu. Bitno je podići mu ruke i noge. Ako se dijete prevozi do bolnice, njemu se može davati tekućina u manjim količinama, osim ako se sumnja na ozljede trbuha (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

- Vanjsko krvarenje

Kod vanjskog krvarenja ozljede su vidljive. Simptomi su slični kao kod unutarnjeg (uz gubitak boje na dijelu tijela, bol, šum u ušima i slično). Krv se može zaustaviti pritiskom na ranu, kompresivnim zavojem, pritiskom na krvnu žilu ili podvezivanjem (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

Pritisak na ranu vrši se gazom ili čistom krpom na samu ranu (ili sa strane, ako je u rani strano tijelo koje se ne vadi). Ako krvarenje ne prestaje, stavljaju se dodatni slojevi gaze na početnu i učvrste se zavojem. Ako je ozlijeđen ud, potrebno ga je podići.

Drugi oblik zaustavljanja krvarenja je kompresivni zavoj. Na ranu se stavi gaza, a zatim se stavi neodmotani zavoj ili komad drveta, koji se pričvrsti zavojem. Potrebno je opipati puls.

Pritisak na krvnu žilu izbor je za zaustavljanje krvarenja, ako je krvarenje snažno i osoba nema pribor za prvu pomoć. Pritišće se krvna žila između rane i srca. Ako je krvarenje na glavi, ne smiju se obostrano pritisnuti vratne arterije. Točke pritiska su: pazuh (zaustavljanje krvarenja iz ruke), unutarnja strana lakta (krvarenje iz podlaktice), prepona (krvarenje iz noge) i stražnja strana koljena (zaustavljanje krvarenja iz potkoljenice).¹²

Podvezivanje se vrši kada je došlo do odsjecanja, otrgnuća ili nagnječenja. Podvezivanje se odvija nekoliko centimetara iznad rane i zateže pomoću štapića do prestanka krvarenja. Koristi se šira vrpca, trokutasta marama i slično. Ova metoda koristi se ako su sve ostale metode neuspješne jer tkivo ispod poveza odumire (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

¹² Lojpur, M. (2014). Prva pomoć. Preuzeto 1. 9. 2020.: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/klinicke_vjestine/medicina/Nastavni_materijali/MLojpur_PRVA_POMOC_2014.pdf

3. Nesreće kod djece

3. 1. Opekline

“Opekline nastaju kao posljedica djelovanja prevrućih tekućina, raznih kemikalija, električne struje, ili raznih zračenja na površinu kože i/ili sluznice usne šupljine, jednjaka, larinksa, traheje, bronha i na pluća, pri čemu se akutno razvija i respiratorna insuficijencija” (Audy-Kolarić, 2001, str. 198). Nakon nesreće djetetu je potrebno prvo skinuti odjeću i/ili predmete koji dotiču ranu, opečenu površinu polijevati hladnom vodom te nakon hlađenja opeklinu zamotati u čist ručnik ili plahtu. Dijete koje ima opekline 2. i 3. stupnja (10% tjelesne površine kod starije i 6% kod mlađe djece), opekline na licu, vratu, spolovilu, šakama, stopalu, kemijske i električne opekline ili kod težih kroničnih opeklina, potrebno je hospitalizirati. Opekline su vrlo česte u dječjoj dobi, pogotovo između prve i pete godine te su jedan od čestih uzroka smrtnosti djece do 14. godine (Audy-Kolarić, 2001). Potrebno je osvještavati roditelje i stručnjake koji rade s djecom i samu djecu na potencijalno opasne izvore topline te kako se zaštititi.

3. 2. Otrovanje

Otrovanje je jedan od vrlo čestih oblika nesreća kod djece. Prema Ficnar, Huzjak (2001) u Hrvatskoj u evidenciji bolničkog morbiditeta je od 2-5% djece. Najčešći uzročnici trovanja koja djeca nađu u svojoj bliskoj okolini su kozmetički preparati, sredstva za čišćenje i lijekovi. Lijekovi koji mogu biti opasni su antidepresivi, kardiovaskularni lijekovi i tako dalje. Također treba spomenuti i alkohole (metanol, etanol), opojne droge (nikotin, LSD), hidrokarbone (benzin, motorno ulje, tekućina za upaljače) i ostale toksične tvari. Javlja se i problem otrovanja biljkama, prvenstveno zbog nepoznavanja onih biljaka koje su opasne. Prema Novak, Galić (2011), toksidromi (skupovi simptoma koji ukazuju na otrovanje) mogu ukazati koji određeni otrov je dijete konzumiralo. Na primjer, ako je dijete konzumiralo narkotik, pojavit će se sljedeći simptomi: konfuzija, hipotenzija, konvulzije, bradikardija i ostali. Za prevenciju smrtnosti djece od trovanja, nužno je rano i učinkovito reagirati. Potrebno je prvo konzultirati liječnika, identificirati toksičnu tvar i količinu iste. Također, moguće je i kontaktirati *Centar za kontrolu otrovanja* (tel. broj 01 2348 342)¹³.

¹³ Centar za kontrolu otrovanja na adresi <https://www.imi.hr/hr/jedinica/centar-za-kontrolu-otrovanja/> (30.6.2020.)

Kod otrovanja, prva dva sata su ključna za oporavak. Ako se otrov prolio po koži ili očima, njih treba isprati mlakom vodom. Ako je toksična tvar u ustima djeteta, ona se treba odstraniti, a zatim se usta obrišu suhom krpom. Djeci se u tom slučaju ne smije davati ništa za piće. Ako je dijete udahnuo otrovne pare, potrebno ga je odvesti na svjež zrak i kontaktirati *Centar za kontrolu otrovanja* i slijediti njihove upute (Cahill Allison, 2005).

3. 3. Pothlađivanje

Pothlađivanje (hipotermija) javlja se kada je dijete duže vrijeme izloženo vrlo niskoj temperaturi okoliša (dulje ležanje u hladnoj prostoriji ili snijegu, pad u hladnu vodu). Rektalna temperatura djeteta spušta se ispod 35°C. Tada se javljaju vrlo izraženi simptomi: ubrzano disanje, drhtanje i ježenje kože. Kada temperatura pređe 30°C, mogu nastupiti koma, gubitak svijesti te slabiji rad srca i disanja. Ranu intervenciju čine zbrinjavanje djeteta na toplo mjesto, skidanje mokre odjeće i davanje tople tekućine za piće. Također može doći do pojave smrzotina koje treba umotati u sterilnu gazu. Smrzotine se ne smiju trljati (Audy-Kolarić, 2001).

3. 4. Toplinski udar

U pretoplom okruženju i bez konzumiranja tekućine, dolazi do zakazivanja termoregulacije tijela (znojenje i vazodilatacija¹⁴) te može doći do toplinskog udara. Simptomi toplinskog udara su: vruća i suha koža, šok (pad srčanog udarnog volumena; znojenje vodi dehidraciji), ubrzano plitko disanje, hiperpireksija (temperatura iznad 40°C), žutica i tako dalje. Toplinski udar liječi se tako da se djetetu skine odjeća, tijelo masira hladim oblozima te nadomještavaju izgubljeni elektroliti. Potrebno je postupno hladiti tijelo da ne bi došlo do pojave grčeva. Kod dojenčadi su simptomi izraženiji i brže se razvijaju. Jedan od velikih problema ljeti je taj što dio roditelja ostavlja dijete zaključano u autu na užarenom suncu. Tada temperatura iznimno brzo raste (čak i do 60°C u trajanju od 15 minuta, a dijete razvija hiperpireksiju od 41-43°C). Onda vrlo brzo može nastupiti kardiorespiratorni arrest (Audy-Kolarić, 2001).

¹⁴ Vazodilatacija (lat.), širenje krvnih žila zbog opuštanja glatkog mišićja u žilnoj stijenci. Na taj se način povećava protok krvi i smanjuje krvni tlak. Preuzeto 30. 6. 2020.: <https://proleksis.lzmk.hr/56500/>

3. 5. Udar električne struje

Do udara električne struje može doći kod kuće (zbog utičnica, pokvarenih instalacija) ili u vanjskom okruženju (kontakt sa žicama ili strujom visokog napon). Simptomi udara su opekline, šok, nesvijest, grčenje mišića, srčani arrest i slično. Spašavatelj žrtvi (djetetu) pomaže tako da odvoji žrtvu od izvora struje (ili spriječi protok tako da stavi materijal koji ne provodi struju), provodi reanimaciju ako je potrebno te stavi sterilan zavoj na opekline. Spašavatelj treba voditi brigu o tome da golim rukama ne dotiče žrtvu kako ne bi i on postao žrtva električnog udara (Audy-Kolarić, 2001).

3. 6. Utapanje

Prema Audy-Kolarić (2001) kod utapanja vrlo je bitna rana intervencija kako ne bi došlo do oštećenja neurološkog sustava. Za malo dijete i samo pet centimetara vode može biti vrlo opasno, stoga dijete nikada ne smije biti bez nadzora u blizini vode. Nakon potapanja može doći do suhog potapanja, gubitka svijesti, prestanka disanja i slično. Dijete se može oporaviti ako spašavatelj primijeni reanimacijski postupak (ABC postupak) prvih tri do pet minuta od potapanja te stručno osoblje nastavi reanimaciju i kasnije dijete hospitaliziraju. Kod hladnije vode, reanimacijski postupak ima povoljnije ishode. Ako je dijete neosviješteno i diše, potrebno ga je staviti na bok jer je uobičajeno da dođe do povraćanja. Ako ne diše, umjetno disanje daje se sve dok dijete ne počne kašljati ili disati. Dijete se spašava tako da ga se dohvati iz daljine pomoću ruke ili nekog dugačkog predmeta ili da odrasla osoba zapliva do njega. Potrebno je znati da postoji mogućnost da odrasla osoba postane druga žrtva u procesu spašavanja te je potrebno adekvatno reagirati (Cahill Allison, 2005).

3. 7. Ubodi, ujedi, ugrizi

Najčešći ujedi kod djece dolaze od insekata (mrav, pauk, osa, pčela), krpelja, zmija, psa, mačke, riba, meduza, ježinaca i slično. Kod uboda simptomi su slični: crvenilo kože i svrbež. Kod uboda insekata potrebno je dezinficirati mjesto uboda, izvaditi žalac ako postoji te obložiti mjesto uboda s ledom. Kod uboda krpelja bitno je odstraniti preostali dio krpelja (na krpelj staviti vatru koja je natopljena uljem te rotirati krpelj pincetom). Ujed zmijske može se vidjeti po dvjema točkicama. U tom slučaju, potrebno je podvezati ekstremitet iznad uboda te staviti oblog s alkoholom, uz hitnu hospitalizaciju (Audy-Kolarić, 2001). Kako bi se prevenirala ova vrsta

nesreće, potrebno je djecu podučiti na poznavanje koje su životinjske (ili biljne) vrste otrovne i opasne te kako se ponašati u njihovoj blizini.

3. 8. Posjekotine, ubodne rane i ogrebotine

Posjekotine su ozljede gdje je ozlijeđena koža i tkivo ispod nje. Posjekotine nastaju djelovanjem oštrog predmeta i mogu dovesti do jačeg krvarenja ili oštećenja živaca. Ubodne rane uzrokovane od nečistog oštrog predmeta, kao što su olovka, čavao, životinjski zub i slično, mogu dovesti do infekcija. Ogrebotine se javljaju nakon što se oguli vanjski sloj kože, koji može biti krvav nakon grebanja.

Krvarenje kod posjekotine može se zaustaviti izravnim pritiskom sterilne gaze na ranu. Rana se zatim ispere vodom, nježno osuši i povije sterilnim zavojem. Ubodna rana (npr. od čavla) prvo se ispere te zatim prekrije sterilnim zavojem. Ogrebotine bi se prvo trebale očistiti i dezinficirati prije stavljanja zavoja. Zavoje treba mijenjati, rane provjeravati te zvati liječnika ako je područje dulje bolno, crveno ili ima iscjedak (Cahill Allison, 2005).

3. 9. Zlostavljano dijete

U radu će se spomenuti i zlostavljanje, budući da i svaka sumnja na zlostavljanje mora rezultirati hitnim zbrinjavanjem te prijavom nadležnim institucijama (nadležnom CZSS, policijskoj postaji i državnom odvjetništvu). Prvotno je potrebno osigurati djetetove životne funkcije, a zatim odraditi zakonske obveze-prijavu. Iako ne postoji standardizirana forma za prijavu zlostavljanja, potrebno je navesti što više podataka (Zakanj, 2011). Prema *Protokolu o postupanju u slučaju zlostavljanja i zanemarivanja djece* (2014), odgojno-obrazovni djelatnici dužni su prijaviti sumnju na zlostavljanje ili zanemarivanje ravnatelju ili stručnom suradniku. Oni su dužni voditi detaljne bilješke koje predaju ravnatelju i/ili stručnom suradniku. Odgojno-obrazovne ustanove također su dužne implementirati preventivne programe u svoj godišnji program. Da bi se psihološka pomoć adekvatno pružala svoj djeci, vrtići bi trebali imati *Program mjera povećane sigurnosti u dječjem vrtiću* i *Protokole ponašanja u slučaju nezgoda, nesreća i drugih izvanrednih situacija* (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

Najčešći znakovi djeteta na nezgodu/nesreću ili izvanrednu situaciju su strah, uznemirenost, plač ili bolovi u dijelovima tijela. Prvi korak u pružanju psihološke prve pomoći je prepoznavanje simptoma. Bitno je stvoriti osjećaj sigurnosti, povjerenja i smirenosti. Djetetu treba jasno i jednostavno odgovarati na pitanja. Dijete se može uputiti liječniku na pregled.

Odgovornik također treba pratiti djetetove promjene u ponašanju, budući da se reakcije na traumu mogu pojaviti i nakon duljeg vremena (Vujić Šisler, Vučemilović, 2009).

“Zlostavljanje podrazumijeva nanošenje tjelesne i/ili psihičke neugode, aktivno ili pasivno, jednokratno ili kronično, u slučajevima kada počinitelj postupa izvan okvira ili u okviru uobičajenih pravila kažnjavanja, te kada omogućuje bilo kakvo djelovanje protiv djeteta” (Zakanj, 2011, str. 667). Zlostavljanje se može podijeliti na nekoliko vrsta: tjelesno, emocionalno i seksualno zlostavljanje te zanemarivanje.

Tjelesno zlostavljanje očituje se prema različitim promjenama na tijelu koje dijete najčešće pokušava sakriti (modrice, ugrizi, dijelovi glave bez kose, posjekotine, krvarenja; promjene u ponašanju: autoagresija, nelagoda pri tjelesnom kontaktu, strah i slično). U tjelesno zlostavljanje ubrajaju se batine, čupanje kose, udarci rukama/nogama, bacanje na pod, vezanje, gašenje opušaka, otrovanje, davljenje, nekontrolirana trešnja djeteta (*sindrom tresenog djeteta*) i slično.

Seksualno zlostavljanje predstavlja prisilu djeteta na bilo koju vrstu seksualnog kontakta kako bi zlostavljači zadovoljili svoje seksualne želje (neprikladni dodiri, ljubljenje, izlaganje pornografskim sadržajima ili seksualnim aktivnostima, direktno uključivanje djeteta u seksualne aktivnosti i slično). Djeca u ranoj dobi ne mogu dati pristanak na navedene aktivnosti te time je nedobrovoljnost osnova seksualnog zlostavljanja (Zakanj, 2011). U ovom slučaju, izraženiji su emocionalni simptomi od tjelesnih, koji nestaju nakon nekog vremena ako se ne detektiraju na vrijeme.

Emocionalno zlostavljanje odnosi se na povrede integriteta djeteta, manipulaciju, nezadovoljenje djetetovih potreba i negativan pristup (vrijeđanje, ismijavanje, ignoriranje i slično). Simptomi emocionalnog zlostavljanja su poremećaji govora, psihosomatske tegobe, destruktivno ponašanje, poremećaji navika i slično.

Zanemarivanje (tjelesno, emocionalno, edukacijsko) obuhvaća skrbničko nezadovoljenje osnovnih djetetovih potreba. Djeca koja su zanemarena najčešće su higijenski zapuštena (glad, ušljivost, neprikladna odjeća), umorna i pospana, izostaju iz škole, samodestruktivna su i slično (Zakanj, 2011).

4. Krizne situacije u vrtiću, mjere sigurnosti i edukacija odgojitelja

4. 1. Karakteristike djece predškolske dobi

Jedna od temeljnih djetetovih potreba je sigurnost. Rutina, stabilnost, predvidljivost i struktura pružaju djeci osjećaj sigurnosti. Osjećaj nesigurnosti vodi do straha, izgubljenosti, tuge i osamljenosti. Kako dijete odrasta u sigurnom i poticajnom okruženju, ono biva samostalnije, razvija svoj 'unutarnji kompas' i internalizira upute, pravila i navike koje je stjecao od odraslih.

Samostalnost nije statična, ona je dinamični proces osvajanja vlastitim snagama kroz neprestani rad tj. eksperimentiranje (prema Montessori) u težnji za slobodom. U djetetu postoji sila, nagon koji ga vodi tako da ono želi djelovati bez pomoći drugih i djetetovo prvo svjesno djelo samostalnosti je obrana od onih koji mu žele pomoći (Veselinović, 2008, str. 7).

Djeca uče po modelu i tako mogu vidjeti koje su moguće posljedice za određena ponašanja. Također i putem vlastitih postupaka mogu prepoznati i naučiti koje su situacije opasne, koje su posljedice i kako da se u budućnosti zaštite od njih. Veliku ulogu igraju kontrola emocija i reakcija u danom trenutku (Veselinović, 2008). Djeca su aktivna i radoznala te nemaju dovoljno razvijen osjećaj za opasnost niti obrambene mehanizme.

Djeca puno vremena provode na otvorenom, u parku, igralištu ili dvorištu vrtića. To su prostori gdje se mogu ozlijediti ili oboljeti od neke infekcije ili bolesti. Djecu treba svakodnevno osvještavati i educirati o potencijalnim opasnostima, kako pružiti prvu pomoć i kako spriječiti ili zaustaviti opasnosti, usporedno s njihovim kognitivnim, emocionalnim i tjelesnim mogućnostima. To se odnosi na dozivanje odrasle osobe, opisivanje događaja, dodavanje određenog predmeta za prvu pomoć, poznavanje telefonskih brojeva i slično (Vujić Šisler, 2004).

4. 2. Krizni događaji u vrtiću

Krizni događaju u vrtiću su rijetki, ali kad se dogode, vrlo snažno utječu na sve sudionike. Odrasle osobe moraju ozbiljno, odgovorno i brzo odgovoriti na novonastalu situaciju. Potrebno je unaprijed se pripremiti za krizne događaje (nesreće, ozljede) kako bi odrasle osobe svojim reakcijama što povoljnije djelovale i smanjile negativne reakcije tijekom i nakon samog događaja. Prvi korak je upoznavanje zaposlenika i roditelja s potencijalnim kriznim događajima (u ovom slučaju, prva pomoć, zaštita djece, opasne situacije i slično). Trebalo bi osnovati vrtićki

krizni tim, zadatke u okviru njihovog rada, razviti opći plan i obučiti sve sudionike. Također je potrebno organizirati krizne intervencije koje ovise o samom događaju, dobi djece i njihovim reakcijama. Kriznom intervencijom pomaže se žrtvama da se lakše suoče sa situacijom i njezinim posljedicama te da se osigura sva dostupna, ali i dodatna stručna pomoć. Važno je i pružiti pomoć osoblju jer i oni proživljavaju iste situacije (Hitrec, 2007).

U vrtićima postoje određeni protokoli postupanja u određenim kriznim situacijama u vrtiću, a neki od tih protokola su: *Protokol postupanja u odnosu na postupke i metode djelovanja pri pružanju prve pomoći*, *Protokol postupanja u odnosu na postupke i metode djelovanja na sigurnost djece u sobi dnevnog boravka/pri korištenju dvorišta i igrališta/u sanitarnom čvoru*, *Protokol-kako i kada pozvati u vrtić "Tim za krizne intervencije"* i slično (Vujić Šisler, 2004).

4. 3. Najčešće ozljede u vrtiću

Najčešće ozljede u vrtiću su ogrebotine, posjekotine, krvarenje (nos), ugrizi, ubodi i udarci (pri padu ili o tupi predmet). Rjeđe ozljede su prijelomi ekstremiteta, iščašenja, ozljeda usne šupljine, strana tijela u organizmu, otrovanja ili ostale ozljede koje su posljedice neke postojeće bolesti djeteta (Vujić Šisler, 2004).

Neki od potencijalno opasnih situacija i predmeta u vrtiću su: oštri predmeti, nestabilan namještaj, sitni predmeti, pad sa sprava za vježbanje, blizina ulice, igra u dvorištu i pješčanicu i slično (Kožul, Car, 2007).

4. 4. Postupanje u slučaju krizne situacije na primjeru jednog vrtića

Prema *Programu mjera povećanja sigurnosti i zaštite u dječjem vrtiću "Maksimir"* (Prilog programu mjera povećane sigurnosti: *Protokoli postupaka i metoda djelovanja u kriznoj situaciji*), kod smetnji i lakših zdravstvenih problema djeteta (vrućica, zubobolja, kašalj i slično) potrebno je obavijestiti zdravstvenog voditelja, pratiti stanje djeteta i primijeniti savjete zdravstvenog voditelja te obavijestiti roditelje. Dijete odlazi kući ako se stanje ne poboljša. Kod lakših ozljeda (udarci, uganuća, porezotine i slično) odgojitelj sanira ozljedu i obavještava voditelja koji osigurava daljnje mjere. Kod težih ozljeda (jaki udarci, pad na glavu, prijelom, razderotine), odgojitelj pruža prvu pomoć, obavještava voditelja koji dalje provodi postupke i poziva se Hitna medicinska pomoć (ili Taxi). Pri hitnim stanjima (gušenje, anafilaktički šok, gubitak svijesti, EPI napad) odgojitelj pruža pomoć, zdravstveni voditelj nastavlja pružanje prve

pomoći, poziva se HMP i odlazi se u pratnji djeteta. U svim slučajevima se trebaju obavijestiti roditelji i piše se izvješće o ozljedama¹⁵.

4. 5. Izvori opasnosti u roditeljskom domu

U roditeljskom domu nalazi se mnogo potencijalno opasnih predmeta koji mogu ugroziti dijete. Najčešće su to: izvori električne energije (aparati, utičnice), plinske instalacije, otvorena vatra (štednjak, svijeće, petarde), staklene površine (namještaj, prozori), sadržaj s vodom (kada, bazen, bunar), sredstva za čišćenje, lijekovi, otrovna sredstva, oštri predmeti (rubovi), sitne stvari koje se mogu progutati, visoke konstrukcije (ljestve, balkon, stolice), vozila, veliki strojevi i slično (Veselinović, 2008).

4. 6. Mjere sigurnosti i prevencija ozljeda u vrtiću, roditeljskom domu i javnom prostoru

U vrtiću je vrlo bitna primarna prevencija te preventivni programi koji djeluju na dijete, njegovu obitelj i cijelu odgojno-obrazovnu ustanovu. Odgojno-obrazovni stručnjaci usmjerili su se na četiri aspekta sigurnosti i mjera zaštita u dječjem vrtiću, a to su fizičke mjere (okruženje), mjere za očuvanje i unapređenje djetetovog zdravlja, psihosocijalne mjere (ozračje) te aktivnosti samozaštite i samoočuvanja djeteta (Veselinović, 2008). Kako djeca uče o vlastitoj sigurnosti, tako i uče o pravilima ponašanjima, granicama, skrbi o sebi i drugima. Igre djeci nude mogućnosti da se užive u razne situacije i uloge te tako mogu proživljavati i predviđati određene situacije i moguće posljedice. Djecu ne treba previše usmjeravati na opasnost kako ne bi razvili preveliki strah ili da oni ne budu desenzibilizirani za realne opasnosti (Veselinović, 2008).

Za sigurnost djece na prostorima vrtića i kako bi se preveniralo ozljeđivanje djece u odgojno-obrazovnim ustanovama, potrebno je svakodnevno provjeravati i osiguravati površine na kojima djeca borave. Za sigurnost djece na prostoru dvorišta odgovorni su prije svega domar i spremačica, koji ujutro provjeravaju sprave, pješčanike, asfaltirani i travnati dio (Vujić Šisler, 2004). U sobi dnevnog boravka namještaj treba biti učvršćen i stabilan da se ne može prevrnuti, ne smije imati oštre rubove i treba biti prilagođen dobi djece. Utičnice i radijatori trebaju biti primjereno zaštićeni. Centri, materijali i igračke trebaju biti raspoređeni tako da ne ugrožavaju

¹⁵ Program mjera povećanja sigurnosti i zaštite u dječjem vrtiću "Maksimir". Preuzeto 10. 8. 2020.: http://www.vrticmaksimir.zagreb.hr/UserDocsImages/Dokumenti/Program%20sigurnosti%20%20i%20zastite%20PROTOKOL_za%20web.pdf

djetetovu sigurnost, a podovi ne smiju biti skliski. Oprema se treba redovito pregledavati da nije oštećena, a oštećene dijelove treba ukloniti. (Jelašić, 2007). Za vrijeme posluživanja obroka hrana i posude ne smiju biti vrela, već topla i potrebno je paziti na staklene i oštre predmete, poput noža. Za vrijeme igre s pedagoški neoblikovanim materijalom, materijal treba biti redovito pregledan je li ispravan i čist. Oprezno se trebaju koristiti sitniji predmeti, pogotovo u blizini mlađe djece (Vujić Šisler, 2004).

Djeca u dobi od četiri godine su najpodložniji ozljedama od utapanja (bazen, umivaonik, lavor, veća vodena površina). Dijete nikada u vodi ne smije biti bez nadzora. Najbolja prevencija od utapanja je savladavanje vještina plivanja. Djeca ne smiju biti bez nadzora u blizini rijeka, ribnjaka i slično, niti skakati u nepoznatu, tamnu vodu. Prije skoka potrebno je procijeniti dubinu vode i jačinu vodenih struja (Mićović, 2010).

Za sigurnost u prometu bitni su dosljedni uzori (roditelji/odgojitelji) i učenje o sigurnom ponašanju. Mala djeca nemaju sposobnost procjene (opasnosti) prometa i situacija u njemu kao odrasli. Djeca koja u prometu sudjeluju kao biciklisti, dužni su nositi kacige kako bi spriječili potencijalne ozljede glave. Dijete biciklist mora naučiti osnovne prometne znakove. Djecu treba učiti kako se ponašati pri prelasku ceste (zaustavljanje do ruba ceste, pregledavanje ceste lijevo-desno-lijevo, praćenje semafora i slično). Djecu se kao suvozače također treba osigurati adekvatnim sjedalnicama i vezanjem sigurnosnim pojasom (Mićović, 2010).

Ako dođe do požara, djecu treba naučiti da vatri ne smiju prilaziti, da se moraju odmaknuti od nje, puzati ispod gustog dima te provjeriti vrata kod evakuacije (ne izlaziti na vruća vrata ili vrata ispod kojih dolazi dim). Ako osobu zahvati vatra, potrebno je baciti se na tlo, pokriti lice i valjati se kako bi se ugasila vatra na odjeći. Djecu treba upozoriti na potencijalno opasne zapaljive predmete (šibice, upaljači) koje treba držati izvan dohvata djece. Prema autoru, ljudi najviše umiru zbog otrovnih plinova i dima. U najvećoj opasnosti su djeca do pete godine života jer se u panici sakriju ispod kreveta ili u ormar (Mićović, 2010).

Vruće tekućine najčešći su uzorci nastanka opeklina kod djece. U kupaonici, odrasla osoba mora provjeravati toplinu vode prije nego se dijete stavi u kadu, ali i nadzirati dijete tijekom kupanja. Dijete bi trebalo naučiti da prvo pušta hladnu vodu, a zatim topliju (Mićović, 2010). Potrebno je staviti prostirku protiv klizanja i čvrsto zatvoriti slavinu (po mogućnosti, zaštititi slavinu). Dijete ne bi trebalo stajati ili skakati u kadi bez potpore odraslih (Stoppard, 2004).

U Republici Hrvatskoj još uvijek postoje područja na kojima se nalaze eksplozivne naprave-mine. Vrlo je bitno da djeca poznaju znak koji upozorava na postojanje minskog polja te da se ne kreću na istom. Odrasli koji posjeduju oružje trebaju ga držati izvan dosega djece, a ono treba biti zaključano i bez streljiva (Mićović, 2010).

Kako bi se preveniralo ozljeđivanje kod padova, provode se određene mjere: dojenče se ne smije ostavljati samo na neograđenim površinama (stol za previjanje, stol, krevet i slično), dijete se mora vezati u kolicima, stolicama ili sjedalicama, moraju se koristiti pregrade na stubištu, balkoni i terase trebaju biti ograđene i namještaj treba biti udaljen od prozora kako se dijete ne bi popelo na prozor (Mićović, 2010).

Da bi se djeca zaštitila od strujnog udara, potrebno je zaštititi utičnice, pogotovo dok su djeca vrlo mala. Električni aparati trebali bi biti izvan dosega djece. Različita kemijska sredstva i lijekovi bi također trebali biti izvan dosega djece kako ne bi došlo do otrovanja. Sredstva za čišćenje bi trebala biti u originalnoj ambalaži (Stoppard, 2004). Da bi se preveniralo gušenje sitnim predmetima i hranom, potrebno je djeci davati igračke primjerene dobi, ne držati predmete na niskim policama ili podu i nadzirati dijete dok se igra ili dok se hrani (Mićović, 2010).

4. 7. Odgojitelji i edukacije o prvoj pomoći u vrtićima

Odgojitelj mora biti dovoljno educiran i osposobljen kako bi pravovremeno i adekvatno reagirao na potencijalnu opasnost i ozljede koje nastanu, ali i biti educiran o postupcima prve pomoći do dolaska zdravstvenog djelatnika vrtića ili hitne medicinske pomoći. Potrebno je reagirati smireno i brzo, primijeniti znanje u koje je odgojitelj siguran, suprotno pozvati kolegice u pomoć. Na raznim edukacijama odgojitelji i ostali djelatnici praktično mogu iskusiti vještine vezane za imobilizaciju dijelova tijela, stavljanje djeteta u bočni položaj, Heimlichov hvat, pomoć kod krvarenja, oživljavanje i slično. Odgojitelji također trebaju imati vještine koje se odnose na održavanje sigurnosti djece, zaštiti zdravlja, smanjenju ozljeda i ublažavanju straha kod djece (Vujić Šisler, 2004).

Razni vrtići diljem Hrvatske uključeni su u razne projekte koje provodi Hrvatski Crveni Križ, a to su najčešće edukativne radionice i aktivnosti namijenjene zaposlenicima, ali i samoj djeci. HCK nudi edukacije/radionice o osnovnom tečaju prve pomoći koje su “namijenjene građanima, djelatnicima i volonterima različitih organizacija, profesionalnom osoblju zainteresiranih pravnih subjekata, djelatnicima i volonterima Hrvatskog Crvenog križa¹⁶”. Cilj edukacije zaposlenika je podizanje svijesti o važnosti prve pomoći i stjecanje osnovnih znanja i vještina iz prve pomoći. Cilj edukacije djece je usmjeravanje na odgovorno ponašanje i podizanje svijesti o postupcima prve pomoći. Djecu predškolske dobi se upoznaje s prvom

¹⁶Hrvatski Crveni Križ. Preuzeto 7. 9. 2020.:<https://www.hck.hr/edukacije-publikacije/edukacije-hrvatskogcrvenog-kriza/74>

pomoći, prevencijom ozljeda, pozivanjem hitne medicinske pomoći, kako sanirati manje površinske ozljede, krvarenje iz nosa i slično (Hrvatski Crveni križ).

4. 8. Zdravstveni voditelj/ica u vrtiću

Prema *Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe* (2008), “zdravstvena voditeljica u dječjem vrtiću je viša medicinska sestra koja radi na osiguravanju i unapređenju zaštite zdravlja djece i u timu sa stručnim suradnicima, ravnateljem, odgojiteljima, roditeljima i ostalim čimbenicima sudjeluje u ostvarivanju tih zadataka”¹⁷. U vrtićima do 400 djece (20 skupina), zaposlena je jedna viša medicinska sestra s punim radnim vremenom (2 sata tjedno po odgojnoj skupini), a u vrtićima s više od 20 skupina, povećava se rad medicinske sestre za 2 sata po odgojnoj skupini.

4. 9. Suradnja s roditeljima

Odgojitelji u suradnji sa zdravstvenim voditeljem i nadležnim liječnikom dobivaju upute o djeci koji imaju određene razvojne potrebe na početku pedagoške godine. Kako bi bili informirani o djetetovim potrebama, odgojitelji trebaju aktivno uključiti roditelje u svakodnevicu vrtića i njihova djeteta. Roditelji na početku godine dostavljaju potrebnu medicinsku dokumentaciju o djetetu. S roditeljima treba surađivati kontinuirano, kroz različite načine i metode (Vujić Šisler, 2004).

Roditelji djetetu trebaju dopustiti da bude samostalno i istražuje svijet te da se slobodno izražava. Veliku ulogu u razvoju kreativnosti imaju i roditeljska samostalnost i nezavisnost. U odnosu roditelja prema djetetu treba postojati određen stupanj nadzora koji uključuje nadgledanje, ohrabrivanje, pohvalu i pomoć, ovisno o dobi i djetetovim mogućnostima i sposobnostima (Veselinović, 2008).

¹⁷Republika Hrvatska. Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe. Narodne novine 63/08. Preuzeto 17. 8. 2020.: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_06_63_2128.html

4. 10. Aktivnosti s djecom o temama zaštite zdravlja

Zdravstveni odgoj sastavni je dio vrtičke svakodnevice. Odgojitelji bi trebali djeci pružati materijale i aktivnosti vezane za zdravstveni odgoj, ali i vlastitim ponašanjem biti uzor kako se sigurno odnositi prema sebi i drugima. U tome mogu pomoći edukativne slikovnice o raznim zdravstvenim problemima i preprekama s kojima se najmlađi mogu susresti (npr. odlazak u bolnicu: *Miffy u bolnici*¹⁸, astma: *Mama, sanjala sam da mirišem cvijeće*¹⁹, šećerna bolest: *Slatka Ana*²⁰, zaštita okoliša i doma: *10 načina da pomognem očuvati svijet u kojem živim*²¹, upoznavanje s osnovama prve pomoći: *Savjeti mede Jurice* (HCK) i slično.

Također se mogu provoditi aktivnosti vezane za *Svjetski dan prve pomoći* koji se slavi druge subote u rujnu. Volonteri Crvenog križa također organiziraju posjete u vrtić kako bi djeci praktično prikazali određene teme vezane za zdravstveni odgoj.

4. 11. Zdravstveni odgoj na fakultetima za odgojno-obrazovne znanosti

U sljedećoj tablici prikazani su fakulteti za obrazovne znanosti u Hrvatskoj i kolegiji koji se odnose na zaštitu zdravlja djece. Također su navedeni i semestar u kojem se kolegij odvija te ciljevi kolegija i ishodi učenja.

Kolegiji koji se odnose na zaštitu zdravlje i njegu djece uglavnom su usmjereni na usvajanje osnovnih znanja o rastu i razvoju dojenčadi i predškolske djece, preventivne mjere zaštite zdravlja djece, najčešće zdravstvene probleme, provođenje njege i zadovoljenje potreba, prehranu, cijepljenje i slično. U tablici (*Tablica 1*) se prikazuju razlike u sadržaju i ciljevima kolegija te ishoda učenja.

¹⁸ Bruna, D. (2001). *Miffy u bolnici*. Zagreb: Golden marketing.

¹⁹ Šimunović, D. (2002). *Mama, sanjala sam da mirišem cvijeće*: slikovnica za djecu s kroničnim smetnjama dišnog sustava. Sisak: Aura.

²⁰ Ropar, S. (2008). *Slatka Ana*. Karlovac.

²¹ Walsh, M. (2008). *10 načina da pomognem očuvati svijet u kojem živim*. Zagreb: Planetopija.

Tablica 1

Prikaz kolegija na pojedinim studijima te sadržaj i ciljevi kolegija.

Grad	Ime učilišta	Naziv kolegija	Semestar	Sadržaj, ciljevi kolegija i ishodi učenja
Zagreb, Čakovec, Petrinja	Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu	Zaštita zdravlja i njega predškolskog djeteta	2.	Cerebralni napadi, afektivne respiratorne krize, infekcije dišnih puteva, ozljede i pružanje prve pomoći, preventivni interdisciplinarni program ²²
Osijek, Slavonski Brod, Slatina	Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti Sveučilišta u Osijeku	Zdravstveni odgoj	5.	Postupci prve pomoći kod krvarenja, gušenja, prijeloma, besvjesnog stanja, otrovanja, utapljanja, strujnog udara ²³
Split	Filozofski fakultet Sveučilišta u Splitu	Zdravstvena zaštita i njega djece rane i predškolske dobi	4.	Nesreće kod djece. Reanimacija. Prva pomoć: akutne infekcije, febrilne konvulzije, alergijske reakcije; snižavanje povišene temperature, briga o djeci s šećernom bolesti i celijakijom, primjena dijetne terapije i rehidracija u djece s akutnim proljevom ²⁴
Zadar	Odjel za izobrazbu učitelja i odgojitelja Sveučilišta u Zadru	Zaštita zdravlja i njega predškolskog djeteta	3.	Temeljne preventivne mjere zaštite zdravlja, načini pružanja prve pomoći; nesreće i udesi ²⁵
Pula ²⁶	Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti Sveučilišta u Puli	Zaštita zdravlja i njega predškolskog djeteta	1.	<i>Nema podataka.</i>
Rijeka	Učiteljski fakultet Sveučilišta u Rijeci	Zdravstveni odgoj	3.	Hitne medicinske intervencije. Udesi u dječjoj dobi ²⁷

²²Zagreb: https://www.ufzg.unizg.hr/wp-content/uploads/2020/03/RPOO_silabi_svi.pdf

²³Osijek: <https://www.foozos.hr/dokumenti/studijski-program/Sveucilisni%20preddiplomski%20studij%20Ranoga%20i%20predskolskog%20odgoja%20i%20obrazovanja.pdf>

²⁴Split: https://www.ffst.unist.hr/wp-content/uploads/2020/04/ELABORAT_Rani-i-predskolski-odgoj_preddiplomski_17042020_HRV_WEB.pdf

²⁵Zadar: http://www.unizd.hr/Portals/50/sveuciliusni_PO.pdf

²⁶Pula: https://fooz.unipu.hr/fooz/predmet/zznpd_b

²⁷Rijeka: https://www.ufri.uniri.hr/files/studiji/010915_Rp.pdf

Budući da je istraživanju pristupilo nekoliko ispitanika iz Mostara, u ovom dijelu opisat će se i kolegij koji se izvodi na Studiju predškolskog odgoja na Sveučilištu u Mostaru. Sadržaj kolegija *Zaštita zdravlja i njega predškolske djece* (4. semestar) sastoji se od poglavlja o karakteristikama oboljenja, zaraznim i nezaraznim bolestima, prevenciji preventabilnih bolesti, higijeni stanovanja, prehrambenim navikama i slično²⁸.

Prema prikazanim podacima, svi se kolegiji odvijaju na preddiplomskoj razini. U tom slučaju, javlja se potencijalan problem kod rasporeda kolegija, pogotovo za one studije gdje su navedeni kolegiji u prvom semestru. Kolegij bi se trebao održavati pred kraj studiranja ili bi trebao biti nadopunjen izbornim kolegijima kako bi studenti bili spremniji za početak rada u odgojno-obrazovnim ustanovama. Svi kolegiji imaju zastupljene teme koje se bave postupcima prve pomoći i/ili nesreće kod djece.

Ne nude se izborni kolegiji koji se sadržajno vežu za navedene kolegije koji bi nadopunili teorijsko i praktično znanje o hitnim medicinskim intervencijama, ozljedama djece i preventivnim programima. Također manjka sadržaja o suradnji vrtića s drugim ustanovama, radu zdravstvene voditeljice i opisivanju protokola o postupanju u kriznim situacijama u vrtićima.

²⁸Mostar: <https://drive.google.com/file/d/1c5fp5VOEA4ng2u0L6ZveahsPwl6QI1Yk/view>

5. Metodologija istraživanja

5. 1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je utvrditi razinu znanja studenata ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja o postupcima prve pomoći te ispitati njihove stavove o vlastitom iskustvu tijekom inicijalnog obrazovanja.

5. 2. Problemi istraživanja

1. Evidentirati postotak studenata koji smatraju da su tijekom inicijalnog obrazovanja stekli dovoljno znanja o karakteristikama dječjeg razvoja i o postupcima prve pomoći.
2. Evidentirati postotak studenata koji imaju dovoljno znanja za provedbu nekih osnovnih postupaka prve pomoći.
3. Evidentirati postotak studenata koji imaju dovoljno znanja o protokolima u slučaju kriznih situacija u vrtiću.
4. Utvrditi postoje li razlike između odgovora ispitanika koji su položili tečaj prve pomoći i onih koji nisu položili tečaj prve pomoći.

5. 3. Hipoteze

H1-Studenti ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja tijekom studija ne steknu osnovno znanje i vještine vezane za pružanje prve pomoći.

H2-Studenti koji završavaju studij ranog i predškolskog odgoja nisu upoznati s protokolima u slučaju kriznih situacija u vrtiću.

H3-Ispitanici koji imaju položen tečaj prve pomoći imaju više znanja iz prve pomoći od onih koji nisu položili.

5. 4. Metoda istraživanja, instrumentarij i uzorak

Istraživanje je provedeno na uzorku od 112 studenata ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Istraživanje je provedeno u kolovozu 2020. godine. Metoda istraživanja je anketa u elektroničkom obliku, a instrument je anketni upitnik. Upitnik se sastojao od 21 pitanja, podijeljenih u tri skupine: opći podaci, ispitivanje stavova ispitanika o vlastitom inicijalnom

obrazovanju te samoprocjena znanja i kompetencija o prvoj pomoći. Pitanja su otvorenog i zatvorenog tipa.

5. 5. Rezultati istraživanja i interpretacija

Prvi dio upitnika se odnosio na opće podatke ispitanika (godina i mjesto studija).

Tablica 2

Prikaz ispitanika po godinama studija.

Godina studija	1.	2.	3.	4.	5.
Broj ispitanika (N=112)	5 (4, 4 %)	6 (5, 4 %)	37 (33 %)	13 (11, 6 %)	51 (45, 5 %)

Tablica 3

Prikaz ispitanika po mjestu studija.

Lokacija	Zagreb	Osijek	Rijeka	Petrinja	Slavonski Brod	Zadar	Split	Mostar
Broj ispitanika (N=112)	84	12	1	1	4	4	2	4

U istraživanju najviše je sudjelovalo studenata pete godine studija, odnosno druge godine diplomskog studija i treće godine preddiplomskog studija. Najviše ispitanika je iz Grada Zagreba, zatim Osijeka, Slavonskog Broda, Zadra, Splita, Rijeke i Petrinje. U istraživanju je sudjelovalo i četiri ispitanika iz Mostara (Bosna i Hercegovina).

1. Prvi problem istraživanja bio je evidentirati postotak studenata koji smatraju da su tijekom inicijalnog obrazovanja stekli dovoljno znanja o karakteristikama dječjeg razvoja i postupcima prve pomoći.

Tablica 4

Ispitivanje stavova ispitanika o vlastitom iskustvu tijekom inicijalnog obrazovanja.

Tvrdnja; N=112	Slažem se	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem
Odgovitelji/ce trebaju imati osnovno znanje prve pomoći.	111 (99,1 %)	0	1 (0,9 %)
Na fakultetima koji osposobljavaju buduće odgojitelje, trebao bi postojati obavezan kolegij koji se bavi temama prve pomoći i prevencije ozljeda kod djece.	104 (92,9 %)	1 (0,9 %)	7 (6,3 %)
Smatram da sam tijekom studija stekao/stekla osnovne vještine i znanja vezana za pružanje prve pomoći.	10 (8,9 %)	60 (53,6 %)	42 (37,5 %)
Smatram da sam tijekom studija stekao/stekla potrebna znanja o tjelesnim, psihičkim i kognitivnim karakteristikama djece predškolske dobi.	85 (75,9 %)	4 (3,6 %)	23 (20,5 %)

Dobiveni rezultati ukazuju na to da se 99,1 % ispitanika slaže s tvrdnjom da odgojitelji trebaju imati osnovno znanje o prvoj pomoći. Taj podatak pokazuje osviještenost studenata o potrebama obrazovanja o temama koji se tiču zdravlja djece i prve pomoći tijekom inicijalnog studija, ali i daljnjeg educiranja tijekom rada u odgojno-obrazovnim ustanovama.

Iz dobivenih podataka može se vidjeti kako je sadržaj kolegija na studijima više usmjeren na opće karakteristike dječjeg rasta i razvoja, a manje na teoriju i praksu koja se odnosi na prvu pomoć i ostale srodne sastavnice. Većina ispitanika (75,9%) smatra da je stekla osnovno znanje o tjelesnim, psihičkim i kognitivnim karakteristikama djece predškolske dobi, ali i velik dio ispitanika (53,6%) smatra da tijekom studija nije stekao osnovne vještine i znanja vezana za pružanje prve pomoći, dok 37,5% ne može procijeniti. Ovo se može potkrijepiti i podatkom da 92,9% ispitanika smatra da bi na fakultetima koji osposobljavaju buduće odgojitelje trebao postojati obavezan kolegij koji se bavi temama prve pomoći i prevencije ozljeda kod djece, što bi značilo da trenutno ne postoji u programu ili postojeći nije dostatan.

Pretpostavka da studenti ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja tijekom studija ne steknu osnovno znanje i vještine vezane za pružanje prve pomoći se ovim istraživanjem potvrdila, unatoč tome što postoje kolegiji na svakom fakultetu koji se bave ovom temom.

2. Drugi problem istraživanja bio je evidentirati postotak studenata koji imaju dovoljno znanja za provedbu nekih osnovnih postupaka prve pomoći. U tablici su prikazane tvrdnje na koje su ispitanici morali odgovoriti slažu li se ili se ne slažu s tvrdnjom ili ne mogu procijeniti odnosi li se tvrdnja na njih.

Tablica 5

Prikaz odgovora ispitanika na tvrdnje vezane za pojedine postupke prve pomoći.

Tvrdnja; N=112	Slažem se	Ne slažem se	Ne mogu procijeniti
Mogu nabrojati barem pet predmeta koji se nalaze u kutiji prve pomoći.	80 (71,4 %)	15 (13,4 %)	17 (15,2 %)
Znam koji se brojevi trebaju nazvati za dolazak hitne medicinske pomoći.	105 (93,8 %)	4 (3,6 %)	3 (2,7 %)
Znam provesti postupke prve pomoći kod gušenja djeteta stranim tijelom.	53 (47,3 %)	20 (17,9 %)	39 (34,8 %)
Znam provesti postupke davanja umjetnog disanja i masaže srca.	60 (53,6 %)	24 (21,4 %)	28 (25 %)
Znam kako pravilno sniziti povišenu temperaturu.	82 (73,2 %)	5 (4,5 %)	25 (22,3 %)
Znam provesti imobilizaciju pojedinih dijelova tijela (npr. kod ozljede ruke).	40 (35,7 %)	36 (32,1 %)	36 (32,1 %)
Znam provesti prvu pomoć kod djeteta unesrećenog od toplinskog udara.	38 (33,9 %)	32 (28,6 %)	42 (37,5 %)
Mogu prepoznati simptome astmatskog napadaja kod djeteta.	53 (47,3 %)	27 (24,1 %)	32 (28,6 %)
Znam kako odvojiti žrtvu udara električne struje od izvora struje.	46 (41,1 %)	44 (39,3 %)	22 (19,6 %)
Znam provesti barem jedan način zaustavljanja vanjskog krvarenja.	100 (89,3 %)	7 (6,3 %)	5 (4,5 %)
Znam što učiniti ako dođe do krvarenja iz nosa.	97 (86,6 %)	2 (1,8 %)	13 (11,6 %)

U dobivenim odgovorima postoji razlika između (samoprocjene) znanja ispitanika o pojedinim postupcima pružanja prve pomoći. U sljedećim slučajevima velika većina ispitanika je odgovorila da zna provesti navedene postupke prve pomoći: nazvati odgovarajuće brojeve za

dolazak hitne pomoći (93, 6%), pravilno sniziti povišenu tjelesnu temperaturu (73,2 %), provesti barem jedan način zaustavljanja vanjskog krvarenja (89,3 %), zaustaviti krvarenje iz nosa (86,6 %) i nabrojati pet predmeta koji se nalaze u kutiji prve pomoći (71,4 %).

Postotak potvrdnih odgovora na tvrdnje koje se odnose na primjenu znanja u postupcima davanja umjetnog disanja i masaže srca te prve pomoći kod gušenja stranim tijelom je nešto manji od prethodnih; 53,6 % ispitanika se slaže da zna provesti postupke umjetnog disanja i masaže srca, a 47,3 % se slaže da zna provesti postupke kod gušenja djeteta sa stranim tijelom. Odgovori ispitanika (slažu li se, ne slažu ili ne mogu procijeniti) su podjednaki za tvrdnje koje se odnose na imobilizaciju pojedinih dijelova tijela, provedbe prve pomoći kod djeteta unesrećenog od toplinskog udara i prepoznavanja astmatskog napadaja kod djeteta.

Vidljiva je razlika u samoprocjeni znanja ispitanika o pojedinim postupcima prve pomoći. Taj podatak ukazuje na to da ispitanici imaju više znanja i sigurnosti kod jednostavnijih postupaka, poput zaustavljanja krvarenja iz nosa ili snižavanja povišene tjelesne temperature. Podaci također ukazuju na to da su ispitanici bili manje sigurni u svoje znanje o situacijama s kojima se rjeđe susreću u životu, poput udara električne struje, imobilizacije dijelova tijela ili astmatskog napadaja ili kod provedbe složenijih postupaka prve pomoći kod hitnih stanja koja su opasnija po život (npr. umjetno disanje).

3. Treći problem istraživanja bio je evidentirati postotak studenata koji imaju dovoljno znanja o postupcima i protokolima u slučaju kriznih situacija u vrtiću. U sljedećoj su tablici prikazani rezultati koji se odnose na samoprocjenu znanja ispitanika o psihofizičkim karakteristikama djece, odnosno zašto su djeca podložnija ozljedama i poznavanju postupaka u slučaju kriznih situacija u vrtiću.

Tablica 6

Prikaz odgovora ispitanika na tvrdnje vezane za poznavanje psihofizičkih karakteristika i protokola u kriznim situacijama u vrtiću.

Tvrdnja; N=112	Slažem se	Ne slažem se	Ne mogu procijeniti
Mogu objasniti zašto su djeca predškolske dobi podložnija nastanku ozljeda (znam opisati njihove psihofizičke karakteristike).	76 (67,9 %)	11 (9,8 %)	25 (22,3 %)
Upoznat/upoznata sam s postupcima u slučaju kriznih situacija u vrtiću (npr. kod težih ozljeda djece).	40 (35,7 %)	33 (29,5 %)	39 (34,8 %)

Od sveukupnog broja ispitanika, 67,9 % posto se slaže s tvrdnjom da je tijekom studija steklo potrebna znanja da mogu objasniti zašto su djeca predškolske dobi podložnija nastanku ozljeda. S tom tvrdnjom ne slaže se 9,8 % ispitanika, a 22,3 % ne može procijeniti.

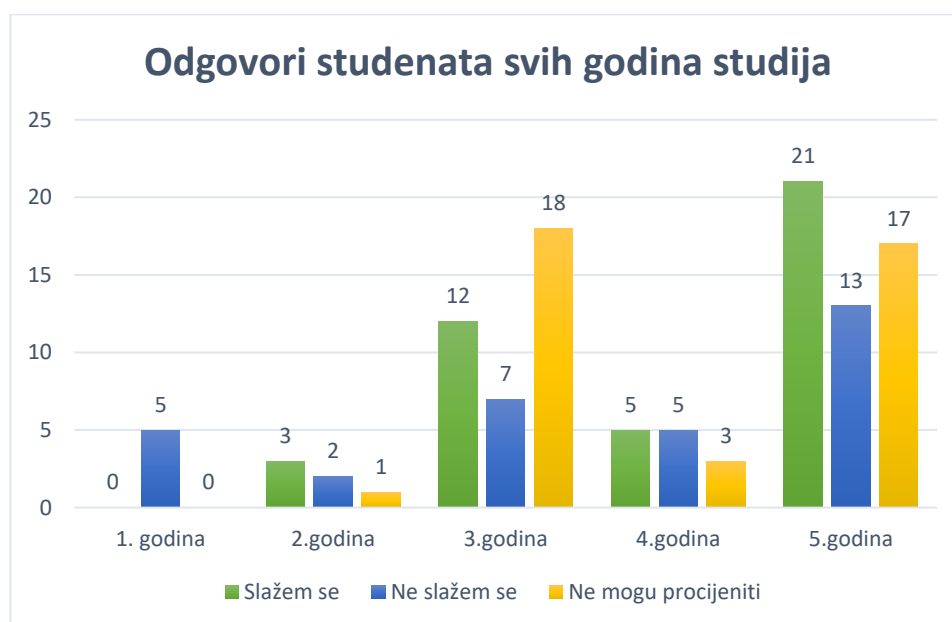
Ispitanici su imali podijeljeno mišljenje oko tvrdnje jesu li upoznati s postupcima/protokolima u slučaju kriznih situacija u vrtiću; 35,7 % ispitanika se slaže da su upoznati s protokolom, 29,5 % se ne slaže, a 34,8 % ne može procijeniti. Postotak potvrdnih odgovora je vrlo nizak, iako su većina ispitanika studenti sa zadnjih godina studija.

Prema podacima iz tablice i grafikona, može se zaključiti da studenti koji završavaju studij ranog i predškolskog odgoja nisu dovoljno upoznati s protokolima u slučaju kriznih situacija u vrtiću, kao što se i u istraživanju pretpostavilo. Od 37 studenata treće godine studija, 12 ispitanika poznaje protokole, 7 ne poznaje, a 18 ne može procijeniti. Od 51 studenta pete godine, 21 je odgovorilo da poznaje protokole, 13 ne poznaje, a 17 ne može procijeniti (*Grafikon 2*).

Dobiveni rezultati govore da studiji bolje trebaju educirati studente o postojanju protokola u raznim situacijama u vrtiću te detaljnije ih upoznati sa samim tijekom protokola, obavezama pojedinih sudionika, vođenju dokumentacije i slično.

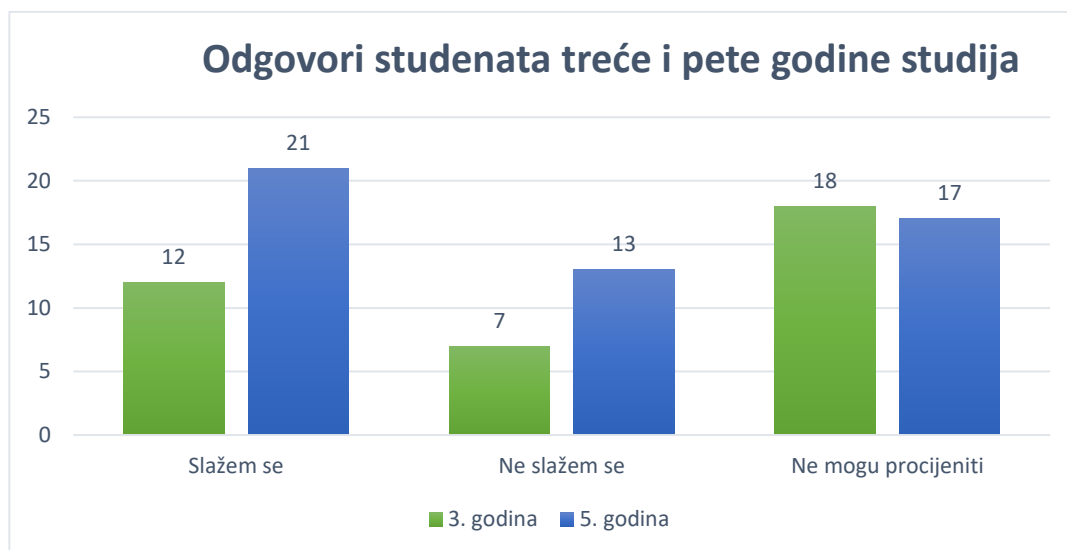
Grafikon 1

Prikaz odgovora studenata svih godina na tvrdnju vezanu za poznavanje protokola u kriznim situacijama u vrtiću.



Grafikon 2

Prikaz odgovora studenata treće i pete godine studija na tvrdnju vezanu za poznavanje protokola u kriznim situacijama u vrtiću.



4. U sljedećim tablicama prikazani su postoci ispitanika koji imaju položen tečaj o prvoj pomoći te ocjene kojima su ispitanici ocijenili svoje opće teorijsko i praktično znanje o prvoj pomoći. Četvrti problem bio je utvrditi postoje li razlike između odgovora ispitanika koji su položili tečaj prve pomoći i onih koji nisu položili tečaj prve pomoći. Pretpostavka je bila da ispitanici koji imaju položen tečaj prve pomoći imaju više znanja iz prve pomoći od onih koji nisu položili.

Tablica 7

Prikaz postotka ispitanika koji imaju, odnosno nemaju položen tečaj prve pomoći.

Tvrdnja; N=112	Da	Ne
Imam položen tečaj prve pomoći (npr. tečaj kod polaganja ispita za vozačku dozvolu i slično).	75 (67 %)	37 (33 %)

Tablica 8

Prikaz rezultata samoprocjene općeg znanja ispitanika o prvoj pomoći.

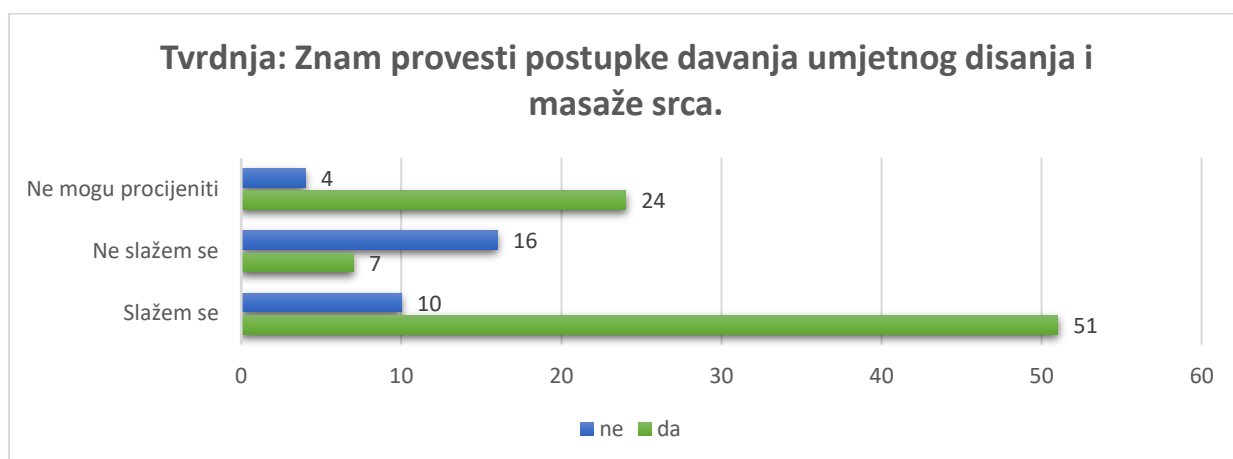
Tvrdnja; N=112	1	2	3	4	5
Svoje opće teorijsko i praktično znanje o prvoj pomoći procjenjujem kao:	6 (5,4 %)	21 (18,8 %)	58 (51,8 %)	24 (21,4 %)	3 (2,7%)

Ocjena kojom je većina ispitanika (51,8 %) procijenila svoje znanje o prvoj pomoći je 3 (dobar). Tri su ispitanika ocijenili kao izvrsno (5), a šest kao nedovoljno (1). Prosječna ocjena 3,1875. U ispitivanju je sudjelovalo 112 ispitanika, od kojih 75 (67 %) ima položen tečaj prve pomoći.

Prosječna ocjena ispitanika koji imaju položen tečaj je 3,253. Od njih 75, troje je ocijenilo svoje znanje kao izvrsno (5), a jedna osoba s nedovoljnom ocjenom (1). Prosječna ocjena 37 ispitanika koji tvrde da nemaju položen tečaj prve pomoći je 2,405. Dvoje ispitanika je ocijenilo svoje znanje s vrlo dobro (4), a petero ocijenilo kao nedovoljno (1).

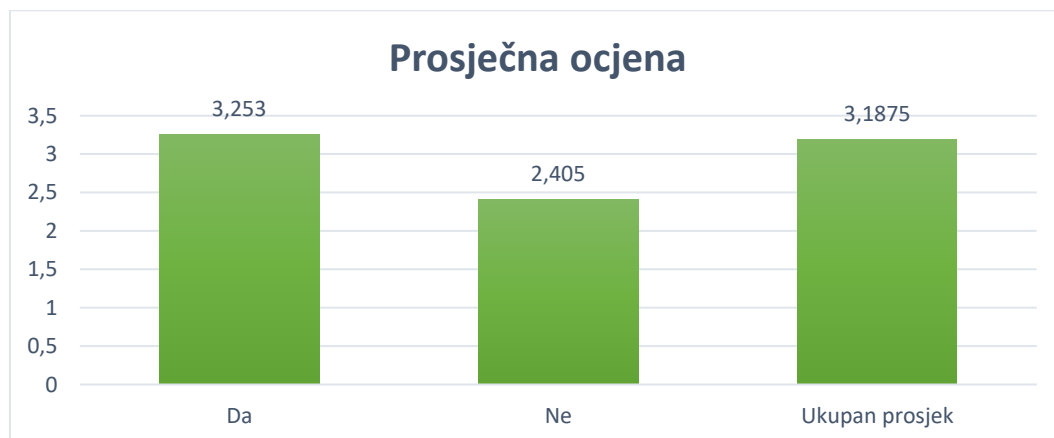
Grafikon 3

Primjer odgovora studenata koji imaju i koji nemaju položen tečaj prve pomoći na jednu tvrdnju vezanu za pružanje prve pomoći



Grafikon 4

Usporedba prosječnih ocjena ispitanika s položenim tečajem i onih bez položenog tečaja s prosječnom ocjenom svih ispitanika



Prosječna ocjena ispitanika koji imaju položen tečaj o prvoj pomoći je viša od prosječne ocjene osoba koji nemaju položen tečaj o prvoj pomoći. To dokazuje kako položen tečaj prve pomoći (na primjer, polaganje tečaja pri polaganju vozačkog ispita) uvelike pridonosi vještinama i kompetencijama koje bi mogle služiti na radnome mjestu, ali i u svakodnevnom životu. Budući da su djeca podložnija nastanku ozljeda, potrebno je obučiti studente tijekom školovanja na pružanje pomoći da bi svi na početku radnog odnosa imali iste uvjete, znanja i kompetencije. Može se zaključiti da ispitanici koji imaju položen tečaj prve pomoći imaju više znanja iz prve pomoći od onih koji nisu položili, kao što se i pretpostavljalo.

ZAKLJUČAK

Studenti tijekom studija stječu dovoljno znanja o karakteristikama dječjeg rasta i razvoja, ali ne stječu dovoljno znanja o hitnim stanjima s kojima se svaki odgojitelj tijekom rada može susresti i kako reagirati na njih. Rezultati pokazuju kako se studenti osjećaju sigurnijima kod nekih jednostavnijih postupaka prve pomoći, a manje sigurni kod složenijih postupaka.

Iako postoje kolegiji koji se bave temama prve pomoći, studenti smatraju da nisu dovoljno obrazovani od strane studija u tom području. Usto, ne postoji ponuda izbornih kolegija koji bi dodatno mogli teorijski i praktično osposobiti studente za suočavanje s hitnim stanjima i situacijama.

Može se zaključiti kako studiji dovoljno ne pripremaju studente na različite neočekivane situacije, kako reagirati u hitnim situacijama i kako izgledaju određeni protokoli. Studiji bi trebali ozbiljnije pristupiti ovim temama i obučiti sve studente kako bi svi imali isti sklop znanja i kompetencija.

PRILOG

Anketni upitnik: Samoprocjena znanja, kompetencija i stavova studenata RPOO-a o postupcima prve pomoći

Poštovani kolegice i kolege, molim Vas da ispunite anketni upitnik za potrebu izrade diplomskog rada na diplomskom studiju Rani i predškolski odgoj i obrazovanje Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Anketa se odnosi na studente preddiplomske i diplomske razine studija Ranog i predškolskog odgoja. Anketom se želi ispitati znanje, kompetencije i stavovi o prvoj pomoći kod djece. Anketa je anonimna, a Vaši osobni podaci i odgovori koristit će se isključivo u svrhu izrade diplomskog rada.

Opći podaci

Godina studija: _____

Mjesto studija: _____

1. dio: Ispitivanje stavova ispitanika o vlastitom inicijalnom obrazovanju

- Odgojitelji/ce trebaju imati osnovno znanje prve pomoći.
Slažem se/Ne slažem se/Niti se slažem niti se ne slažem
- Na fakultetima koji osposobljavaju buduće odgojitelje, trebao bi postojati obavezan kolegij koji se bavi temama prve pomoći i prevencije ozljeda kod djece.
Slažem se/Ne slažem se/Niti se slažem niti se ne slažem
- Smatram da sam tijekom studija stekao/stekla osnovne vještine i znanja vezana za pružanje prve pomoći.
Slažem se/Ne slažem se/Niti se slažem niti se ne slažem
- Smatram da sam tijekom studija stekao/stekla potrebna znanja o tjelesnim, psihičkim i kognitivnim karakteristikama djece predškolske dobi.
Slažem se/Ne slažem se/Niti se slažem niti se ne slažem

2. dio: Samoprocjena znanja i kompetencija ispitanika o prvoj pomoći

- Mogu nabrojati barem pet predmeta koji se nalaze u kutiji prve pomoći.
Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti
- Znam koji se brojevi trebaju nazvati za dolazak hitne medicinske pomoći.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam provesti postupke prve pomoći kod gušenja djeteta stranim tijelom.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam provesti postupke davanja umjetnog disanja i masaže srca.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam kako pravilno sniziti povišenu temperaturu.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam provesti imobilizaciju pojedinih dijelova tijela (npr. kod ozljede ruke).

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam provesti prvu pomoć kod djeteta unesrećenog od toplinskog udara.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Mogu prepoznati simptome astmatskog napadaja kod djeteta.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam kako odvojiti žrtvu udara električne struje od izvora struje.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam provesti barem jedan način zaustavljanja vanjskog krvarenja.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Znam što učiniti ako dođe do krvarenja iz nosa.

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Upoznat/a sam s postupcima u slučaju kriznih situacija u vrtiću (npr. kod težih ozljeda djece).

Slažem se/Ne slažem se/Ne mogu procijeniti

- Imam položen tečaj prve pomoći (npr. tečaj kod polaganja ispita za vozačku dozvolu i slično).

Da/Ne

- Svoje opće teorijsko i praktično znanje o prvoj pomoći procjenjujem kao:

(nedovoljno) 1 - 2 – 3 - 4 – 5 (izvrsno)

LITERATURA

- Aljukić, A. (2011). Kliničko-epidemiološke karakteristike hitnih stanja dječje dobi. *Medicus*. 20 (2), 263-269. Preuzeto 10. 8. 2020.:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LaWxtnOWQgwJ:https://hrca.k.srce.hr/file/120694+&cd=4&hl=en&ct=clnk&gl=hr>
- Audy-Kolarić, Lj. (2001). Nesreće u djece. U: Audy-Kolarić, Lj. (Ur.). *Hitna stanja u djece* (str. 208-222). Zagreb: Školska knjiga.
- Audy-Kolarić, Lj. (2001). Opekline i opeklinski šok. U: Audy-Kolarić, Lj. (Ur.) *Hitna stanja u djece* (str.198-207). Zagreb: Školska knjiga.
- Butković, D. (2011). Liječenje boli. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 653-666). Zagreb: Medicinska naklada.
- Cahill Allison, K. i sur. (2005). Vodič u zdravlje i razvoj vašeg djeteta. Lekenik: Ostvarenje.
- Connolly, J. (2011). Uvod. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. XVII-XVIII). Zagreb: Medicinska naklada.
- Cvitanović-Šojat, Lj. (2011). Konvulzije. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 307-316). Zagreb: Medicinska naklada.
- Ficnar, B. i Huzjak, N. (2001). Akutna otrovanja djece. U: Audy-Kolarić, Lj. (Ur.), *Hitna stanja u djece* (str. 134-153). Zagreb: Školska knjiga.
- Grba Bujević i M., Bošan Kilibarda, I. (2011). Pristup teško ozlijeđenom djetetu. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 574-584). Zagreb: Medicinska naklada.
- Hitrec, G. (2007). Vrtić i krizni događaji. *Dijete, vrtić, obitelj*, 13 (49), 7-11. Preuzeto 14. 8. 2020.: <https://hrcak.srce.hr/177518>

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2020).

Preuzeto 28.6.2020.: <https://enciklopedija.hr/>

Hrvatski Crveni križ. Edukacije Hrvatskog Crvenog križa. Preuzeto 10.8.2020.:

<https://www.hck.hr/edukacije-publikacije/edukacije-hrvatskog-crvenog-kriza/74>

Ivić, I. (2011). Vrućica .U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 83-92).

Zagreb: Medicinska naklada.

Jakobović, J., Barčot, Z. (2011). Ozljede kralježnice i udova. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 628-635). Zagreb: Medicinska naklada.

Jelašić, Đ. (2007). Zdravo i sigurno dijete u jasticama i vrtiću. *Dijete, vrtić, obitelj*, 13 (49), 29-

30. Preuzeto 14. 8. 2020.: <https://hrcak.srce.hr/177529>

Kolaček, S. (2011). Proljev .U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 202-

213). Zagreb: Medicinska naklada.

Kožul, S., Car, L. (2007). Sigurnost djece – odgovornost odraslih. *Dijete, vrtić, obitelj*, 13 (49),

23-24. Preuzeto 14. 8. 2020.: <https://hrcak.srce.hr/177526>

Kuliš, B. (2001). Hitna stanja u dječjoj oftalmologiji. U: Audy-Kolarić, Lj. (Ur.), *Hitna stanja*

u djece (str. 228-234). Zagreb: Školska knjiga.

Levačić, M. (2016). Hitna stanja u pedijatriji. Varaždin: Sveučilište Sjever. Preuzeto 7.7.2020.:

<https://repozitorij.unin.hr/en/islandora/object/unin%3A1159>

Lokar-Kolbas, R., Kljajić-Turkalj, M. (2001). Astmatski napad. U: Audy-Kolarić, Lj. (Ur.),

Hitna stanja u djece (str.87-95). Zagreb: Školska knjiga.

Meštrović, J. (2011). Ozljeda glave. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str.

602-609). Zagreb: Medicinska naklada.

- Meštrović, J. (2011). Temeljni postupci oživljavanja, gušenja stranim tijelom, začepljenje traheostome. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 10-22). Zagreb: Medicinska naklada.
- Mićović, V. (2010). Prevencija ozljeđivanja male djece. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Preuzeto 14. 8. 2020.: http://www.zzjzpgz.hr/odjeli/socmed/brosure/Prevencija_ozljedjivanja_djece.pdf
- Mujkić, A. (2006). Breme nesreća u djece.. *Paediatr Croat*, 50(1), 5-8. Preuzeto 14. 8. 2020.: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2006/pdf/uvodno_dok2.pdf
- Novak, M., Galić, S. (2011). Otrovanja .U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 562-574). Zagreb: Medicinska naklada.
- Pavliško-Pekez, T. (2004). Prva pomoć: priručnik za pružanje prve pomoći. Rijeka: Dušević & Kršovnik d. o. o.
- Prva pomoć. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2020. Preuzeto 28. 6.2020.: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=50870>
- Radonić, M. (2011). Teškoće disanja. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 218-231). Zagreb: Medicinska naklada.
- Stojković, J. (2017). Najčešće ozljede djece predškolske dobi. Slavonski Brod: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti. Preuzeto 14. 8. 2020.: <https://repozitorij.foozos.hr/islandora/object/foozos%3A1019/datastream/PDF/view>
- Stoppard, M. (2004). Prva pomoć za djecu. Zagreb: profil International.
- Škarić, I. (2011). Opekline i inhalacijske ozljede. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 589-597). Zagreb: Medicinska naklada.

- Veselinović, Z. (2008). Percepcija opasnosti i strategije samopomoći kod djece predškolske dobi. *Metodički obzori*, 3(2008)1 (5), 7-30. Preuzeto 7. 7. 2020.: <https://hrcak.srce.hr/25798>
- Vlada Republike Hrvatske (2014). Protokol o postupanju u slučaju zlostavljanja i zanemarivanja djece. Preuzeto 7.7.2020.: <https://dijete.hr/dokumenti/domaci-propisi/>
- Vujić Šisler, Lj. (2004). Ozljede djece u vrtiću - kako ih spriječiti, prepoznati i sanirati. *Dijete, vrtić, obitelj*, 10 (38) (18-20). Preuzeto 2. 9. 2020.: <https://hrcak.srce.hr/178209>.
- Vujić Šisler, Lj., Vučemilović, Lj. (2009). *Trebam tvoju pomoć: priručnik za pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću*. Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara.
- Zakanj, Z. (2011). Zlostavljano dijete. U: Meštrović, J. i sur. (Ur.). *Hitna stanja u pedijatriji* (str. 667-677). Zagreb: Medicinska naklada.
- Zakon o sustavu civilne zaštite (2015). Preuzeto 28. 6. 2020.: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_07_82_1567.html

Izjava o izvornosti diplomskog rada

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

Gabriela Ćosić

(vlastoručni potpis studenta)