

Znanje odgojitelja predškolskih ustanova Splitsko-dalmatinske županije o pružanju prve pomoći i aktivnosti medicinske sestre u edukaciji odgajatelja

Markota, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:388521>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ana Markota

**ZNANJE ODGOJITELJA PREDŠKOLSKIH USTANOVA
SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE O PRUŽANJU
PRVE POMOĆI I AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE
U EDUKACIJI ODGOJITELJA**

Diplomski rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Ana Markota

**ZNANJE ODGOJITELJA PREDŠKOLSKIH USTANOVA
SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE O PRUŽANJU
PRVE POMOĆI I AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE
U EDUKACIJI ODGOJITELJA**

**KINDERGARTEN TEACHERS KNOWLEDGE OF FIRST
AID IN SPLIT-DALMATIAN COUNTY AND NURSE'S
ROLE IN EDUCATION**

Diplomski rad/ Master's Thesis

Mentor:

Prof. dr. sc. Rosanda Mulić

Split, 2018.

*Zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Rosandi Mulić na stručnim savjetima i pomoći
pri izradi diplomskog rada.*

Veliko hvala mojim roditeljima na potpori i molitvama.

*Veliko hvala dragim TETAMA dječjeg vrtića Cvrčak Solin što su mi otvorile vrata
svoga razigranog svijeta.*

*Zahvaljujem i kolegicama dječjih vrtića Splitsko-dalmatinske županije na pomoći
pri izradi ovoga diplomskog rada.*

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Predškolski odgoj i obrazovanje.....	1
1.1.1. Ustanova za predškolski odgoj i obrazovanje.....	7
1.1.2. Dijete predškolske dobi.....	10
1.1.2.1. Dijete od prve do druge godine.....	10
1.1.2.2. Dijete od druge do treće godine.....	11
1.1.2.3. Dijete od treće do četvrte godine.....	11
1.1.2.4. Dijete od četvrte do pete godine.....	11
1.1.2.5. Dijete od pete i šeste do sedme godine.....	12
1.1.3. Odgojitelj predškolske djece.....	13
1.1.4. Zdravstveni voditelj.....	15
1.2. Sprečavanje nesreća i povećanje sigurnosti djece predškolske dobi.....	16
1.2.1. Ozljede djece u dječjem vrtiću.....	18
1.2.2. Prevencija ozljeda djece predškolske dobi.....	19
1.2.2.1. Prevencija ozljeda unutar dječjeg vrtića.....	20
1.2.2.2. Prevencija ozljeda na igralištu dječjeg vrtića.....	21
1.2.2.3. Prevencija ozljeda na izletima.....	22
1.3. Prva pomoć u dječjem vrtiću.....	23
1.4. Aktivnosti medicinske sestre u edukaciji odgojitelja.....	24
2. CILJ RADA	26
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	27
3.1. Ispitanici.....	27
3.2. Mjesto istraživanja.....	27
3.3. Metode prikupljanja i obrade podataka	27
4. REZULTATI.....	29
5. RASPRAVA.....	49
6. ZAKLJUČAK.....	52
7. LITERATURA	53
8. SAŽETAK.....	57
9. SUMMARY.....	59

10. ŽIVOTOPIS.....	61
---------------------------	-----------

1. UVOD

Neposredne zadaće odgoja i naobrazbe predškolske djece od navršenih šest mjeseci do polaska u osnovnu školu u dječjem vrtiću provode odgojitelji (1). Odgojitelj je stručno osposobljena osoba koja provodi odgojno-obrazovni program rada s djecom predškolske dobi i radi na zadovoljenju svakidašnjih potreba djece i njihovih razvojnih zadaća te potiče razvoj svakoga djeteta prema njegovim sposobnostima (1). Suraduje s roditeljima, stručnjacima i stručnim timom u dječjem vrtiću kao i s ostalim sudionicima u odgoju i naobrazbi djece predškolske dobi u lokalnoj zajednici.

Predškolska dob je vrlo intenzivno razdoblje za dijete jer postaje znatno aktivnije. Zbog nerazmjera između povećanih mogućnosti tjelesne aktivnosti i pomanjkanja realnog sagledavanja potencijalne opasnosti, dijete postaje izloženo povećanom riziku stradavanja u raznim oblicima nesreća (2). Ozljeđe su vodeći uzrok smrti i invalidnosti u djetinjstvu i predstavljaju potencijalnu prijetnju zdravlju svakog djeteta (3). Upravo zbog toga su postupci prve pomoći važni kako bi se spriječilo još teže ozljeđivanje unesrećene osobe kao i smrtni ishod (4, 5).

U slučajevima ozljeda koje nastanu u dječjem vrtiću prva osoba koja će djetetu pružiti prvu pomoć upravo je odgojitelj (4, 5). S obzirom na to da se odgojitelji svakodnevno susreću s raznim dječjim nezgodama i nesrećama koje zahtijevaju pružanje prve pomoći, potrebno je da njihovo znanje o prvoj pomoći bude na visokoj razini (6, 7).

1.1. Predškolski odgoj i obrazovanje

Rani i predškolski odgoj u Republici Hrvatskoj sastavni je dio sustava odgoja i obrazovanja i skrbi o djeci te čini početnu razinu odgojno-obrazovnog sustava i, izuzev programa predškole, nije obvezan za djecu predškolske dobi. Podijeljen je na tri odgojno-obrazovna ciklusa:

- od šest mjeseci do navršene prve godine djetetova života,

- od navršene prve do navršene treće godine djetetova života,
- od navršene treće godine djetetova života do polaska u osnovnu školu (1, 8).

Djelatnost ranog i predškolskog odgoja u Republici Hrvatskoj uređena je Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju obuhvaćajući odgoj, obrazovanje i skrb o djeci predškolske dobi, a ostvaruje se programima odgoja, obrazovanja, zdravstvene zaštite, prehrane i socijalne skrbi za djecu od šest mjeseci do polaska u osnovnu školu (1, 2, 8).

Djelatnost predškolskog odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi mogu obavljati dječji vrtići i druge pravne osobe koje imaju ustrojene programe odgojno-obrazovnog rada s djecom u dobi od navršenih šest mjeseci do polaska u osnovnu školu. Predškolski odgoj ostvaruje se u skladu s razvojnim osobinama i potrebama djece te socijalnim, kulturnim, vjerskim i drugim potrebama obitelji (8).

Težište odgojno-obrazovne djelatnosti tijekom predškolskoga odgoja i obrazovanja usmjereno je na poticanje cjelovita i zdrava rasta i razvoja djeteta te razvoja svih područja djetetove osobnosti: tjelesnoga, emocionalnoga, socijalnoga, intelektualnoga, moralnoga i duhovnoga, primjereno djetetovim razvojnim mogućnostima (8).

U dječjim vrtićima ostvaruju se redoviti programi njege, odgoja, obrazovanja, zdravstvene zaštite, prehrane i socijalne skrbi djece predškolske dobi koji su prilagođeni razvojnim potrebama djece te njihovim mogućnostima i sposobnostima, programi za djecu predškolske dobi s teškoćama u razvoju, programi za darovitu djecu predškolske dobi, programi za djecu pripadnika nacionalnih manjina, programi predškole, programi ranog učenja stranih jezika i drugi programi umjetničkog, kulturnog, vjerskog i športskog sadržaja za koje suglasnost daje Ministarstvo nadležno za obrazovanje (2).

Najčešći programi koji se provode na području Republike Hrvatske redoviti su programi namijenjeni djeci za zadovoljavanje njihovih potreba i potreba roditelja u različitome trajanju.

Programi ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja s obzirom na trajanje mogu biti:

- cjelodnevni u trajanju od 7 do 10 sati dnevno,
- poludnevni u trajanju od 4 do 6 sati dnevno,
- višednevni u trajanju od jednoga do 10 dana (programi izleta, ljetovanja i zimovanja),
- programi u trajanju do 3 sata dnevno (8).

Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske svake godine prikuplja i obrađuje podatke od ustanova koje ostvaruju programe predškolskog odgoja. U tablicama 1, 2 i 3 prikazani su podaci za pedagošku godinu 2017./2018.

Tablica 1 Dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, početak pedagoške godine 2017./2018.

Osnivač	Ukupno	Dječji vrtići			Druge pravne osobe		
		Samostalni	S područnim odjelima	Područni odjeli	Osnovne škole	Igraonice u knjižnici	Druge ustanove i udruge
Ukupno	1 715	328	281	873	178	7	48
Republika Hrvatska	18	1	2	10	2	-	3
Jedinice lokalne uprave i samouprave	1 257	145	204	715	171	6	16
Druge domaće pravne i fizičke osobe (privatne)	379	166	61	117	5	1	29
Vjerske zajednice	61	16	14	31	-	-	-

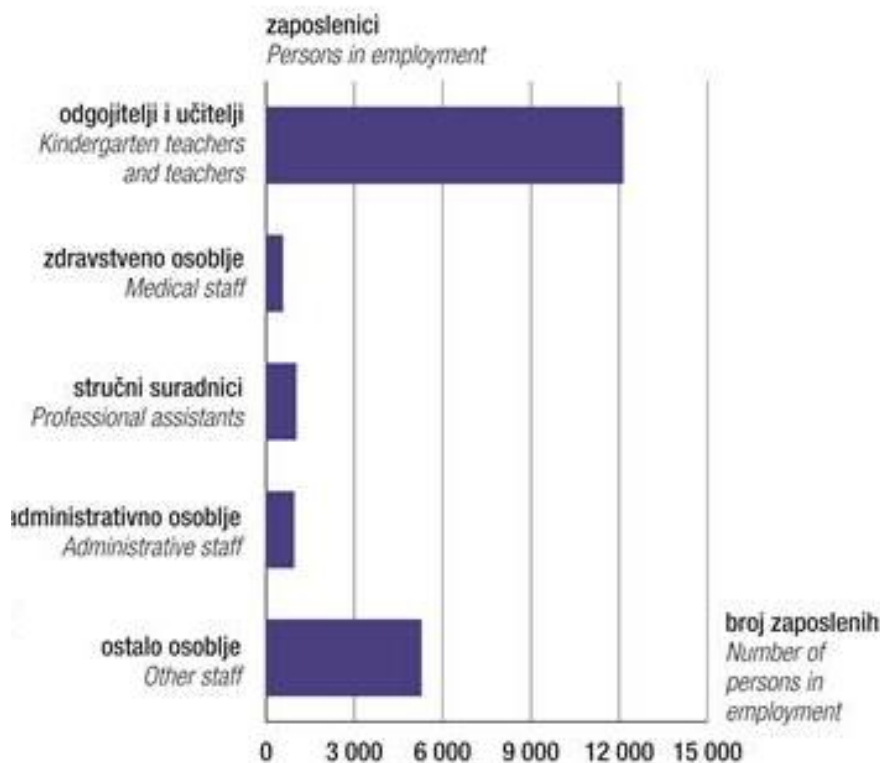
Na početku pedagoške godine 2017./2018., prema metodologiji statističkog praćenja podataka, bilo je 1 715 jedinica koje su ostvarivale programe predškolskog odgoja i naobrazbe, od toga 1 482 dječjih vrtića i 233 druge pravne osobe (osnovne škole, igraonice u knjižnici ili druge ustanove ili udruge). Od ukupnog broja vrtića, bilo je 328 samostalnih, tj. bez područnih odjela, 281 dječji vrtić imao je u svom sastavu područne odjele, a bila su i 873 područna odjela.

Tablica 2 Dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, djeca prema dobi i zaposlenici, početak pedagoške godine 2017./2018.

	Dječji vrtići	Druge pravne osobe	Djeca prema dobi			Zaposlenici		
			Svega	Do 3 godine	3 – 7 godina	Svega	Od toga	
							Odgojit. i učitelji	Zdrav. osoblje
Republika Hrvatska	1 482	233	139 228	25 414	113 814	20 573	12 601	590
Državni	1 077	198	112 889	20 521	92 368	16 646	10 154	445
Privatni	344	35	22 603	4 253	18 350	3 363	2 103	123
Vjerskih zajednica	61	-	3 736	640	3 096	562	344	22

U pedagoškoj godini 2017./2018. ukupan broj djece koja su bila obuhvaćena nekim programom predškolskog odgoja i naobrazbe bio je 139 228. Djece u dobi od 3 do 7 godina bilo je 113 814, dok je djece jaslične dobi, tj. do treće godine bilo 25 414. Najveći broj djece (112 889) pohađa državne vrtiće, dok 26 339 djece je prisutno u privatnim i vjerskim vrtićima. Odgojitelja, odnosno učitelja razredne nastave koji mogu voditi program predškole bilo je 12 601. Od toga najveći broj odgojitelja, njih 10 154, zaposleno je u državnim dječjim vrtićima. Broj zdravstvenog osoblja na području Republike Hrvatske je 590, od toga 445 u državnim dječjim vrtićima, a 145 u privatnim i vjerskim dječjim vrtićima.

G-3. ZAPOSLENICI U DJEČJIM VRTIĆIMA, POČETAK PED. G. 2017./2018.
PERSONS IN EMPLOYMENT IN KINDERGARTENS,
BEGINNING OF 2017/2018 PEDAGOGIC YEAR



Slika 1. Zaposlenici u dječjim vrtićima prema stupnju obrazovanja, početak pedagoške godine 2017./2018.

Izvor: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske

Unutar dječjih vrtića mogu biti zaposleni sljedeći djelatnici: odgojitelji (kao nositelji predškolskog sustava), stručni suradnici (pedagozi, psiholozi, logopedi, defektolozi, rehabilitatori), zdravstveni voditelji, pravnici, računovodstveno-administrativni djelatnici i ostalo osoblje (kuhari, servirke, čistačice, vozači, kućni majstori, pralje). Najveći broj zaposlenih unutar dječji vrtića u Republici Hrvatskoj čine odgojitelji i to 12 601, dok najmanji broj zaposlenih čine zdravstveni djelatnici, 590. Ostali zaposlenici unutar predškolskog sustava su stručni suradnici (1 033), administrativno osoblje (962) i ostalo osoblje (5 284).

Tablica 3 Dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, djeca prema dobi i zaposlenici u Splitsko-dalmatinskoj županiji, početak pedagoške godine 2017./2018.

	Dječji vrtići	Druge pravne osobe	Djeca prema dobi			Zaposlenici		
			Svega	Do 3 godine	3 – 7 godina	Svega	Od toga	
							Odgojit. i učitelji	Zdrav. osoblje
Splitsko-dalmatinska županija	233	6	14 869	1 747	13 122	2 196	1 157	100
Državni	178	4	11 643	1 291	10 352	1 609	882	58
Privatni	45	2	2 561	407	2 154	509	226	38
Vjerskih zajednica	10	-	665	49	616	78	49	4

Na početku pedagoške godine 2017./2018. u Splitsko-dalmatinskoj županiji bilo je 239 jedinica koje su ostvarivale programe predškolskog odgoja i naobrazbe, od toga 233 dječjih vrtića i 6 drugih pravnih osoba (osnovne škole, igraonice u knjižnici ili druge ustanove ili udruge). Ukupan broj djece koja su bila obuhvaćena nekim programom predškolskog odgoja i naobrazbe bio je 14 869. Djece u dobi od 3 do 7 godina bilo je 13 122, dok je djece jaslične dobi, tj. do treće godine života bilo 1 747. Odgojitelja, odnosno učitelja razredne nastave bilo je 1 157, dok je zdravstvenog osoblja zabilježeno 100.

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku broj zdravstvenog osoblja u predškolskim ustanovama na području Splitsko-dalmatinske županije iznosi 100 zaposlenih, premda Društvo medicinskih sestara dječjih vrtića Splitsko-dalmatinske županije bilježi 21 zdravstvenu voditeljicu u stalnom radnom odnosu i 5 koje rade honorarno. S obzirom na to da jedna zdravstvena voditeljica može raditi u više ustanova, pretpostavka je da je zbog toga došlo do povećanog broja zdravstvenog osoblja pri statističkoj obradi. To je posebno vidljivo kod privatnih i vjerskih vrtića gdje je zabilježeno 42 zaposlenih premda je stvarno stanje 4 zdravstvene voditeljice. Prema Državnom pedagoškom standardu broj zdravstvenih voditeljica na području Splitsko-dalmatinske županije trebao bi biti 38.

1.1.1. Ustanova za predškolski odgoj i obrazovanje

U predškolskoj ustanovi provode se organizirani oblici izvanobiteljskog odgojno-obrazovnog rada, njege i skrbi o djeci predškolske dobi, a mogu je osnovati Republika Hrvatska, jedinice lokalne i područne samouprave, vjerske zajednice, te druge pravne i fizičke osobe. Ustanova za predškolski odgoj i obrazovanje može se sastojati od dječjih jaslica i dječjeg vrtića.

Dječje jaslice su organizirani oblik brige o djeci od 6 mjeseci života do treće godine, s ciljem unapređivanja psihofizičkog, emocionalnog i društvenog razvoja djeteta te omogućavanja majci da radi izvan kuće. Prve jaslice otvorene su 1770. godine u Francuskoj radi pomoći djeci roditelja koji su bili na radu izvan kuće. Dugo su se jaslice smatrale nužnim zlom modernog vremena jer je zdravstvena zaštita djece bila neadekvatna. Međutim, danas se jaslice transformiraju u ustanove sa zadatkom da se osigura pravilna njega, prehrana i odgoj djeteta, borba protiv obolijevanja i prenošenje djetetovoj obitelji zdravstveno-odgojnih navika u svezi s djetetovom njegom, odgojem i prehranom (9).

Dječji vrtić je predškolska ustanova za smještaj djece od treće do sedme godine života. Prvi klasični vrtić otvoren je 1837. godine u Njemačkoj, a u Hrvatskoj 1872. godine. Kao i jaslice, i vrtići su ustanove za zbrinjavanje djece predškolske dobi za vrijeme dok roditelji rade izvan kuće ili kada zbog bilo kojeg drugog razloga ne mogu potpuno zadovoljiti potrebe djeteta. Prema tome, te ustanove imaju društveno-zaštitnu, odgojno-obrazovnu i zdravstvenu ulogu (9, 10).

Odgojno-obrazovna skupina osnovna je jedinica u kojoj se provode različiti programi za djecu predškolske dobi. Odgojno-obrazovne skupine ustrojavaju se prema dobi djece, vrsti i trajanju programa, sposobnostima, potrebama i interesima djece i roditelja. Dječji vrtić optimalne veličine ima od 17 do 20 odgojnih skupina redovitoga programa ili 340 do 400 djece ukupno. Dječji vrtić s područnim odjelima optimalne veličine ima 30 odgojnih skupina ili 600 djece. Dječji vrtić može imati najmanje jednu odgojnu skupinu s najviše 25 djece (1, 2).

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

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

U suvremenom društvu gdje nestaju višegeneracijske obitelji, a ritam života nameće cjelodnevno radno vrijeme roditelja, posljedica je to da predškolska ustanova postaje iznimno važno mjesto u životu djeteta jer preuzima sve veću važnost u razvoju, odgoju i socijalizaciji djeteta. Dječji vrtić svojim programom i stručnim osobljem odgovara na djetetove aktualne potrebe, a okruženje je osmišljeno tako da najbolje utječe na učenje te rast i razvoj djeteta (11). Zbog toga je važno da predškolske ustanove pri odgoju djece preuzmu i veliku odgovornost. Odgoju treba pristupati profesionalno i stručno kako bi se osigurala što bolja kvaliteta i poboljšala razina odgoja (12). Dječji vrtić je ustanova koja je usmjerena na oblikovanje dječjih vještina i umova te su kvalitetno uspostavljeni odgojno-obrazovni programi za temelj stjecanja različitih iskustava i usvajanja novih znanja i vještina (13).



Slika 2. Soba dnevnog boravka vrtićne skupine

Izvor: <http://www.djecjivrtic-cvrcaksolin.hr/portfolio/krijesnica/>



Slika 3. Soba dnevnog boravka jaslične skupine

Izvor: <http://www.djecjivrtic-cvrcaksolin.hr/portfolio/labud/>



Slika 4. Dvorište dječjeg vrtića

Izvor: <http://www.djecjivrtic-cvrcaksolin.hr/portfolio/maslacak/#!prettyPhoto>

1.1.2. Dijete predškolske dobi

Predškolska dob je vrijeme veoma intenzivnog rasta i razvoja, a dijeli se na:

- **Maleno dijete** od navršene prve do kraja treće godine života.
- **Predškolsko dijete** od treće do kraja šeste godine života.

Svaka godina u životu predškolskog djeteta ima svoje osobitosti prema kojima možemo ustanoviti da li dijete zaostaje u određenom području razvoja.

1.1.2.1. Dijete od prve do druge godine

Dijete u dobi od jedne do dvije godine osjeća snažnu potrebu za kretanjem kojoj je potrebno udovoljiti. Svaki uspjeh u razvoju kretanja pojačava samosvijest djeteta i ohrabruje ga za daljnje napore. Kad stekne novu vještinu ono je neumorno i oduševljeno izvodi. Usavršava koordinaciju pokreta pri hodanju. Potrebno je omogućiti mu dovoljno vremena za uvježbavanje pokreta. Mogućnost samostalnog kretanja širi djetetu krug spoznaja. Početak hodanja prati značajan skok u intelektualnom pogledu (pristupačno mu je mnogo više predmeta i ono ih upoznaje na svoj način). Istražuje svijet oko sebe što može dovesti do toga da se odvoji od odrasle osobe i pobjegne (14). Opip je veoma značajno područje malog djeteta, okus i miris također (sve stavlja u usta). Pažnja je nenamjerna, kratkotrajna, lako ju je odvratiti na drugi sadržaj. Pamćenje je nenamjerno i pod utjecajem emocija. Dobro pamti ono što se ponavlja svakodnevno i u isto vrijeme te prepoznaje osobe i predmete i nakon nekoliko tjedana. Govor je egocentričan, a prve rečenice (od 2 do 3 riječi) javljaju se oko 24. mjeseca. Dječje emocije su kratkotrajne, intenzivne i prolazne. Emocionalna stanja lako se prenose s odraslog na dijete i s jednog djeteta na drugo. Prema drugom djetetu odnosi se kao prema predmetu: sjedne na njega, ugazi ga, puzi preko njega, uzima mu igračku ili ga istražuje: gleda, opipava, grli... U ovo doba doznaje što je dopušteno, a što je zabranjeno od odraslih koji ta pravila postavljaju (15).

1.1.2.2. Dijete od druge do treće godine

Dijete u dobi od druge do treće godine života usavršava hodanje. Ono trči, skače, preskakuje, penje se. Nove mu vještine omogućavaju samostalnost u istraživanju okoline i proširuju spoznajni horizont. Osjeti mu se usavršavaju, sposobno je promatrati, a pojam o vremenu još ne posjeduje. Razlikuje drugu djecu po spolu. Pažnja je još uvijek kratkotrajna. Prepoznaje osobe i predmete i nakon više mjeseci, a bolje pamti ono što vidi i doživi nego riječi. Poslije druge godine počinje se razvijati mašta, a dolazi i do naglog i značajnog govornog razvoja. Emocije su kratkotrajne i prolazne, ali zato veoma intenzivne i česte. Pokazuje želju za samostalnošću i ispituje svoju moć prkoseći zahtjevima što dovodi i do izraženijih sukoba s okolinom (posebno s odraslima). Stjecanjem sve veće samostalnosti dolazi do jačanja samopouzdanja i samosvijesti (15).

1.1.2.3. Dijete od treće do četvrte godine

Dijete u ovom periodu ima velike potrebe za kretanjem. Karakterističan je razvoj i usavršavanje velikih pokreta (sigurno hoda, trči, skače u visinu od 30 cm, vozi tricikl...). Jednolična šetnja ga zamara, a pri raznolikom kretanju je neumorno. Potrebno je osigurati mnogo kretanja jer je to razdoblje usavršavanja koordinacije pokreta. Sve bolja je mogućnost spoznajnog svijeta što mu se osjetila više usavršavaju. Javlja se interes za vršnjacima. Dijete uči da se prilagođava drugima i da surađuje u igri, a sve manje traži društvo odraslih – pruža otpor njihovom autoritetu. Postaje sve više svjesno sebe, svojih mogućnosti i da može sprovesti svoju volju suprotnu volji odraslih (15).

1.1.2.4. Dijete od četvrte do pete godine

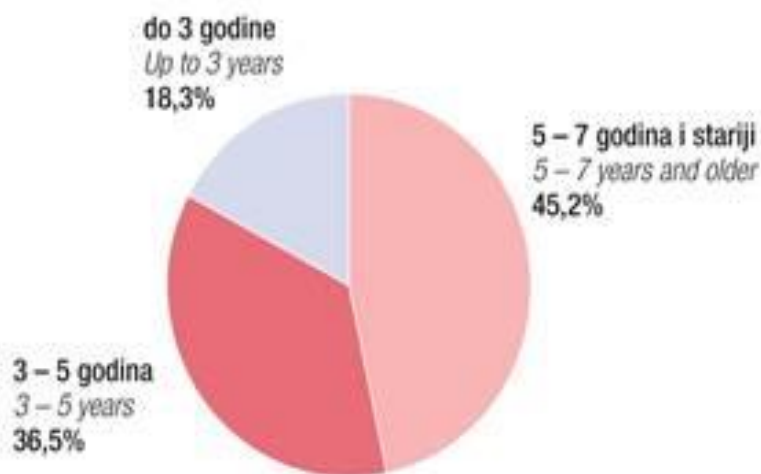
Dijete je samostalnije pri hranjenju, a i kontrola sfinktera je uspostavljena. Pokreti se usavršavaju, postaju točniji, precizniji, brži. Počinje razlikovati lijevo – desno. Postepeno se razvija namjerna pažnja. Najbolje pamti ono što je blisko njegovim aktivnostima i interesima. Emocije su trajnije i stabilnije. Dijete od odgojitelja očekuje da će postupati s njim kao i roditelji. Ako su ti zahtjevi roditelja bitno drugačiji od

zahtjeva odgojitelja, takvo dijete je zatečeno i tek se mora prilagoditi na novu situaciju (15).

1.1.2.5. Dijete od pete i šeste do sedme godine

U ovoj dobi ravnoteža je usavršena, balansira na dasci, vozi bicikl, preskače konopac i niske prepreke, penje se, spretno je u bacanju i hvatanju lopte. Dijete se orijentira u vremenu, a pažnja se povećava i po opsegu i po trajanju. Dijete točno razlučuje maštu od stvarnosti i u potpunosti je ovladalo govorom. Postaje svjesno pravila ponašanja te svjesno razlikuje što je „dobro“, a što je „loše“. Voli razgovarati s odraslima i s djecom te formira sliku o sebi (15).

**G-1. DJECA OBUHVAĆENA PROGRAMIMA PREDŠKOLSKOG ODGOJA
PREMA DOBNIM SKUPINAMA, POČETAK PED. G. 2017./2018.**
*CHILDREN COVERED BY PRESCHOOL EDUCATION PROGRAMMES,
BY AGE GROUPS, BEGINNING OF 2017/2018 SCHOOL YEAR*



Slika 5. Djeca obuhvaćena programima predškolskog odgoja prema dobnim skupinama u Republici Hrvatskoj

Izvor: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske

Tablica 4 Djeca prema spolu i duljini dnevnog boravka u satima, početak pedagoške godine 2017./2018.

Osnivač	Djeca	Duljina dnevnog boravka, sati			Postotak djece prema duljini dnevnog boravka, sati		
		svega	manje od 5	5 – 8	8 i više	manje od 5	5 – 8
Ukupno	139 228	20 186	18 163	100 879	14,50	13,05	72,46
Republika Hrvatska	1 604	253	117	1 234	15,77	7,29	76,93
Jedinice lokalne uprave i samouprave	111 285	15 914	14 986	80 385	14,30	13,47	72,23
Druge domaće pravne i fizičke osobe (privatne)	22 603	3 872	2 126	16 605	17,13	9,41	73,46
Vjerske zajednice	3 736	147	934	2 655	3,93	25,00	71,07

Od 139 228 djece, 81,7% pohađa dječji vrtić, dok 18,3% pohađa jaslice. Najveći broj djece unutar dječjeg vrtića provede 8 do 10 sati svaki dan, osim praznika i vikenda. Na godišnjoj razini broj sati koje dijete provede u predškolskoj ustanovi može iznositi i do 2 500 sati, odnosno 15 000 sati ako dijete boravi u sustavu od prve godine života pa do polaska u školu. Jedan veliki dio svoga malog života dijete može provesti u dječjem vrtiću što dovodi do povezanosti sa svojim odgojiteljima koji mu poslije roditelja postaju jako važne osobe.

1.1.3. Odgojitelj predškolske djece

Odgojitelj predškolske djece obavlja poslove njege i skrbi, odgoja, naobrazbe te socijalne i zdravstvene zaštite djece od šest mjeseci do polaska u osnovnu školu. Radi na zadovoljenju svakidašnjih potreba djece i njihovih razvojnih zadaća te potiče razvoj svakoga djeteta prema njegovim sposobnostima (2). Odgojitelj je stručno osposobljena osoba koja provodi odgojno-obrazovni program rada s djecom predškolske dobi i stručno promišlja odgojno-obrazovni proces u svojoj odgojno-obrazovnoj skupini. On pravodobno planira, programira i vrednuje odgojno-obrazovni rad u dogovorenim

razdobljima. Prikuplja, izrađuje i održava sredstva za rad s djecom te vodi brigu o estetskom i funkcionalnom uređenju prostora za izvođenje različitih aktivnosti (2).

Vodi dokumentaciju o djeci i radu te zadovoljava stručne zahtjeve u organizaciji i unapređenju odgojno-obrazovnog procesa. Surađuje s roditeljima, stručnjacima i stručnim timom u dječjem vrtiću kao i s ostalim sudionicima u odgoju i naobrazbi djece predškolske dobi u lokalnoj zajednici. Odgovoran je za provedbu programa rada s djecom kao i za opremu i didaktička sredstva kojima se koristi u radu (2).

Prema Državnom pedagoškom standardu za predškolski odgoj i obrazovanje, broj odgojitelja po odgojno-obrazovnoj skupini s obzirom na trajanje programa tijekom dana je za:

- 3 sata – jedan odgojitelj s polovicom radnog vremena,
- 4 do 6 sati – jedan odgojitelj s punim radnim vremenom,
- 7 do 10 sati – dva odgojitelja s punim radnim vremenom.

Uloga odgojitelja je poticanje i podupiranje djece u samostalnom istraživanju, stvaranju osobnog identiteta i razvijanju socijalnih vještina poticanjem samostalnog uspostavljanja komunikacije i interakcije s drugom djecom, tj. stvaranje preduvjeta za cjelokupni rast i razvoj (13).

Odgojitelj treba voditi računa o cjelovitom dječjem razvoju, težiti kvalitetnoj komunikaciji s djetetom, prepoznati i uvažiti interese djece, osvijestiti vlastitu sliku djeteta i očekivanja u vezi s njegovim rastom i razvojem, raditi na sebi i biti dostupan djetetu kad ga treba. Uloga odgojitelja je vrlo kompleksna jer o njemu ovisi organizacija rada u predškolskoj ustanovi, ali i svi aspekti razvoja djeteta (13).

Odgojitelji imaju obavezu stalnog profesionalnog razvoja te se za njih organiziraju stručne edukacije od strane stručnog tima ustanove, Agencije za odgoj i obrazovanje i ostalih ustanova koje ima dopuštenje za izvođenje edukacija od strane Ministarstva znanosti i obrazovanja.

1.1.4. Zdravstveni voditelj

Već nekoliko desetljeća medicinske su sestre prisutne u radu predškolskih ustanova u Republici Hrvatskoj, prvo kao medicinske sestre koje obavljaju poslove brige i njege djece u jaslicama, a zatim kao zdravstvene voditeljice. Zdravstvena voditeljica je visokoobrazovana medicinska sestra koja sudjeluje u radu skoro svih dijelova vrtićkog života. Prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i obrazovanja, broj medicinskih sestara s obzirom na broj odgojno-obrazovnih skupina ili ukupni broj djece jest sljedeći:

- do 20 odgojno-obrazovnih skupina ili do 400 djece – jedna medicinska sestra s punim radnim vremenom, odnosno najmanje s radom 2 sata tjedno po svakoj odgojno-obrazovnoj skupini.
- više od 20 odgojno-obrazovnih skupina – potreba za radom medicinske sestre povećava se za 2 sata tjedno po svakoj odgojno-obrazovnoj skupini.

Polazeći od njezinih primarnih zadaća (zdravstvena zaštita i očuvanje zdravlja djece, praćenje i unapređivanje prehrane djece, unapređivanje higijensko-zdravstvenih uvjeta, priprema i realizacija edukativnih programa za djecu, roditelje, odgojitelje i ostale djelatnike, suradnja sa zdravstvenim i drugim institucijama, kvalitetna suradnja sa stručnim timom unutar vrtića i niz drugih zadaća), medicinska sestra u dječjem vrtiću pridonosi razvoju kvalitetnijih odnosa unutar cjelokupnog vrtićkog sustava, ali i primarne zdravstvene zaštite djece i odraslih (16). Zdravstvena voditeljica je osoba koja djelatnike vrtića te roditelje i djecu senzibilizira, upućuje i usmjerava na provođenje preventivnih mjera zdravstvene zaštite i programa za čuvanje i unapređivanje zdravlja (17).

Medicinske sestre u predškolskom sustavu imaju vrlo odgovornu zadaću da svoja profesionalna znanja integriraju u odgojno-obrazovni proces i s ostalim suradnicima osiguraju najbolje moguće uvjete potrebne za optimalan dječji razvoj. Naime, medicinska sestra u predškolskoj ustanovi koja provodi zadaće Programa mjera zdravstvene zaštite, higijene i prehrane djece, mora poznavati načine i metode

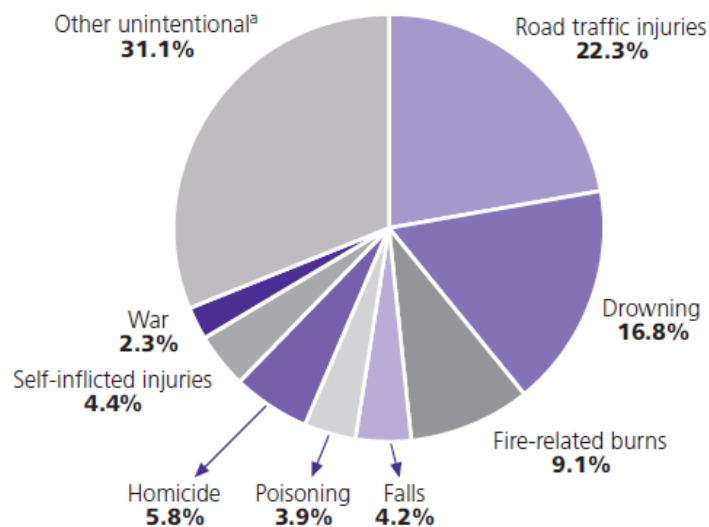
integriranog pristupa radu te izabrati najbolji model za ostvarivanje svojih primarnih zadaća (briga za zdravlje i zdravstvenu zaštitu djece rane dobi), ali i zadaća unutar odgojno-obrazovnog sustava (16).

Medicinska sestra često je jedina zdravstvena djelatnica u predškolskoj ustanovi. Kako bi odgovorno, stručno i kvalitetno obavljala povjerene joj zadaće, mora posjedovati visokoprofesionalne, moralne, etičke i druge kompetencije, a u svom radu koristiti samo legalna i stručna znanja te poštivati kodeks etičnosti. To je moguće ako dobro poznaje i razumije odgojno-obrazovni proces te zajedno s ostalim sudionicima procesa radi na unapređivanju i osuvremenjivanju usluga odgojno-obrazovnog procesa (16).

1.2. Sprečavanje nesreća i povećanje sigurnosti djece predškolske dobi

Svako dijete zaslužuje živjeti u sredini koja će mu pružiti sve što je potrebno za njegov zdrav i siguran rast i razvoj. I Konvencija o pravima djeteta u svom članku 24. navodi da države stranke priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na olakšice glede ozdravljenja i oporavka. Države stranke trebaju osigurati da nijednom djetetu ne bude uskraćeno njegovo pravo pristupa zdravstvenim službama. Također se navodi se države stranke trebaju zalagati za puno ostvarenje toga prava i osobito poduzimati odgovarajuće mjere (pružanje obavijesti, obrazovanja i potpore u korištenju temeljnih spoznaja o dječjem zdravlju i prehrani, osobnoj higijeni i čistoći okoliša te sprečavanju nezgoda, svim slojevima zajednice, osobito roditeljima i djeci). Naravno da nije uvijek moguće ostvariti potpuno siguran okoliš, ali tome treba svakodnevno težiti. Ne smije se zatvarati oči pred mnogim rizičnim pojavama i situacijama na koje se može djelovati i tako spriječiti negativan učinak na djecu (18, 19).

Distribution of global child injury deaths by cause, 0–17 years, World, 2004



^a "Other unintentional" includes categories such as smothering, asphyxiation, choking, animal and venomous bites, hypothermia and hyperthermia as well as natural disasters.

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Slika 6. Smrtnost djece u svijetu uzrokovana ozljedama

Izvor: <https://cpsmalaysia.org/2017/04/27/injury-prevention-crash-dynamics/>

Nesreće kao vodeći uzrok smrtnosti djece predškolske dobi te značajan uzrok obolijevanja i invalidnosti veliko su breme stradalom djetetu, obitelji i društvu. Zbog toga je potreban sveobuhvatan pristup kako raznih dijelova zdravstvenog sustava, tako i svih ostalih dijelova društva. S obzirom na to da su nesreće kompleksan problem tako ni njihovo rješenje nije uvijek jednostavno. Aktivnosti na području sprečavanja nesreća treba provoditi svakodnevno na svim razinama društva (18).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, članak 3. stavak 4. propisuje se sljedeće: „Svaka osoba je u hitnim slučajevima obvezna pružiti pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći“. Prva pomoć nije samo skup tehničkih postupaka već puno više, to je i humani čin (7). Cilj prve pomoći je očuvanje života, sprečavanje pogoršanja zdravstvenog stanja i pružanje tehničke pomoći (7). Odgojitelji predškolske djece moraju u svakom trenutku biti spremni na pravilan način pružiti pomoć djetetu koje je ozlijeđeno. Isto tako moraju zaštititi dijete od ponavljanja iste ili slične nesreće.

1.2.1. Ozljede djece u dječjem vrtiću

Djeca su vrlo znatiželjna i vole iskušavati svoje mogućnosti. U razdoblju od 3 do 5 godina više se osamostaljuju, manje su vezani za odraslu osobu te su sklonija istraživanju i ispitivanju svojih granica (20).

Nesreće mogu imati kratkotrajne, ali i dugoročne posljedice na rast i razvoj djeteta. Mogu uzrokovati invaliditet i narušiti tjelesno zdravlje, a kako su često uzrok dugotrajnih hospitalizacija i rehabilitacija, ometaju i djetetov psihički i socijalni razvoj jer ono izostaje iz vrtića, ne može se igrati i družiti s vršnjacima te sudjelovati u ostalim aktivnostima normalnima za dječju dob (21).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, ozljede se dijele:

a) Prema namjeri:

- namjerne: samoozljeđivanje, ozljeđivanje kao posljedica nasilja usmjerenog prema drugoj osobi, ratne ozljede;
- nenamjerne: ozljede nastale u prometu, u kući, u školi i vrtiću, ozljede uslijed trovanja, padova, opekline, utapanja itd.

b) Prema načinu stradavanja:

- padovi, trovanja, udarci, ozljede vatrom, strujni udar, utapanje.

c) Prema ishodu:

- ovisno o lokalizaciji: glava, prsište, ruke, noge i sl.;
- ovisno o vrsti: otvorene rane, prijelomi, ubodi i sl.

U predškolskom razdoblju djeca su vrlo aktivna, a nisu svi pokreti dovoljno koordinirani, posebice u četvrtoj godini života. Činjenica je da je u grupama veći broj djece od propisanog, u jasličkoj ih je 18, dok u starijoj, vrtićkoj čak 28. Bilo da je riječ o jasličkoj ili vrtićkoj grupi, kvadratura sobe je podjednaka, no namještaja, stolova i stolica, daleko je više u vrtićkim grupama te je i veća vjerojatnost da se dijete spotakne i ozlijedi (20).

Treba uvijek voditi računa da je potreba za kretanjem temeljna potreba. Što se djeca više kreću, to imaju više prilika testirati svoje motoričke vještine i to će biti stabilnija, sigurnija i koordiniranija, a time će i mogućnost povreda biti manja (20).

Najčešće ozljede djece predškolske dobi unutar dječjeg vrtića su:

- Ogrebotine
- Posjekotine
- Krvarenje iz nosa ili ozlijeđenog dijela tijela
- Udarci o podlogu pri padu ili udarci o tupi predmet (posljedica bolesti ili neki drugi uzrok pada)
- Ugrizi i ubodi kukaca (pčele, ose, stršljeni)

Rjeđe ozljede djece u vrtiću:

- Iščašenja i istegnuća
- Prijelomi ekstremiteta
- Ozljede usta i organa u usnoj šupljini (zubi, jezik)
- Strano tijelo u nosu, uhu, oku
- Opekline različite etiologije (sunce, vruće tekućine i sl.)
- Otrovanja (lijekovi, deterdženti i sl.)
- Druga stanja i ozljede, koji mogu biti posljedica kronične ili neke druge bolesti djeteta

Najveći je broj unesrećene djece u dobi od druge do sedme godine, a rastom djeteta prema odrasloj dobi učestalost ozljeda znatno se smanjuje. Upoznavanje s uzrocima nesretnih slučajeva u djece i s mogućnošću njihove prevencije pridonosi smanjenju broja nesretnih slučajeva i omogućuje pravodobno uklanjanje njihovih posljedica (14).

1.2.2. Prevencija ozljeda djece predškolske dobi

Veliki broj nesreća može se spriječiti jednostavnim mjerama, a određeni dio zahtijeva kompleksnije mjere i ulaganja. Često se zaboravlja kako djecu treba čuvati i nadzirati

cijelo vrijeme, a taj nadzor treba smanjivati tijekom odrastanja i povećanja djetetove samostalnosti (18).

Kako bi se mogle prevenirati ozljede djece u vrtiću potrebno je da odgojitelji prepoznaju potrebe, navike i specifične potrebe i sklonosti djeteta. Tako će bolje uočiti rizične situacije u grupi i na vrijeme poduzeti mjere i postupke za sprječavanje ponašanja koja mogu posredno ili neposredno ugroziti sigurnost i zdravlje djeteta, odnosno grupe (22).

S obzirom na to da djeca predškolske dobi imaju potrebu za istraživanjem, aktivnostima i kretanjem potrebno je da odgojitelj stalno ima nadzor nad djecom u grupi, ali i nad djecom koja su iz bilo kojeg razloga izašla iz sobe dnevnog boravka. Kod oblikovanja vanjskog, ali i unutarnjeg prostora za igru djece, potrebno je uskladiti potrebe djece kojoj je taj prostor namijenjen sa sigurnosnim, sanitarno-zdravstvenim, pedagoškim i arhitektonskim standardima (22).

Provođenje sigurnosnih preduvjeta u ustanovi za predškolski odgoj dužni su provoditi svi djelatnici kako bi se na najbolji mogući način osiguralo sigurno okruženje za boravak djece (23). Upravo zbog toga potrebno je redovito pohađanje edukacija iz područja pružanja prve pomoći.

1.2.2.1. Prevencija ozljeda unutar dječjeg vrtića

Dječje vrtiće već pri projektiranju i gradnji treba učiniti sigurnima za djecu, a prostorije u kojima dijete boravi veći dio dana prikladno opremiti. Djetetu treba osigurati dovoljno prostora za kretanje i igru, a iznimno je važno da igračke i ostali predmeti za igru djeci budu nadohvat ruke. Time se potiče samostalnost i potvrda u vlastitu sposobnost djeteta. Vrlo je važno da oprema u vrtiću odgovara sigurnosnim standardima:

- namještaj treba biti prilagođen dobi djece, a pritom treba paziti da su stolovi i stolci čvrsti i stabilni, bez oštrih rubova;

- igračke i centri za provedbu različitih aktivnosti trebaju biti pažljivo raspoređeni tako da ne dovode u pitanje sigurnost djece;
- opremu je važno redovito pregledavati i provjeravati njezinu ispravnost, a slomljene ili neispravne dijelove opreme treba odmah ukloniti iz blizine djece radi popravka ili zamjene (23).

S obzirom na to da jasljučna djeca prilikom igre mogu staviti u usta, nos ili uho sitne predmete poput perlica, plastičnih čavlića i sl., potrebno je da odgojitelj stalno promatra njihov tijek igre i nakon igre pospremi sitne predmete na sigurno mjesto. Odgojitelj prema dobi i osobnosti djece procjenjuje što kojem djetetu može ponuditi. Pri odabiru igračaka osobitu pažnju treba usmjeriti na kvalitetu materijala koji moraju biti ekološki i zdravstveno prihvatljivi. Dječji bazen u jasljučama treba biti obložen kvalitetnim materijalom, a pod i dio koji se naslanja na zid treba biti obložen dodatnim strunjačama. Stol za previjanje treba imati podignute rubove na tri strane kako bi se spriječilo prevrtanje i padanje djece, kao i sigurnosne stepenice radi lakšeg penjanja i spuštanja sa stola. Pažnju treba usmjeriti i na elektroničke sklopke i rasvjetna tijela u blizini mjesta koje je dostupno djetetu. Ako se utičnice nalaze na mjestima lako dostupnim djeci, iznimno je važno da one budu zaštićene ili podignute na visinu od 150 cm od poda. Na grijaćim tijelima (bojleri za vodu, termo peći) potrebno je regulirati toplinu kako ne bi došlo do opekline kože djeteta. Ogledala, police, ormari moraju biti fiksirani za zid, a podovi i stepenice unutar vrtića treba zaštititi od proklizavanja. Na podovima mogu biti jedino tepisi koji su s donje strane fiksirani kako ne bi došlo do spoticanja i padanja. Ako se dječji boravci nalaze na katu potrebno je prozore zaštititi sigurnim sustavom otvaranja i zaključati ih. Sredstva i oprema za čišćenje i dezinfekciju trebaju biti smještena izvan dohvata djece i odvojena od prehrambenih proizvoda.

1.2.2.2. Prevencija ozljeda na igralištu dječjeg vrtića

Kako pri gradnji dječjeg vrtića tako i pri gradnji igrališta potrebno je voditi računa o sigurnosti djece. Igralište dječjeg vrtića mora uključivati sve one sadržaje koji nude prostore za raznovrsne igre i mora biti opremljeno spravama (ljudlačama, toboganima,

vrtuljcima i dr.) koje će djetetu omogućiti slobodnu i kreativnu igru, a da pritom budu zadovoljeni i sigurnosni uvjeti (22). Kako bismo zadovoljili uvjete za siguran boravak djece na zraku, također je važno predvidjeti nekoliko značajnih elemenata. Igralište vrtića treba biti ograđeno, podalje od prometnica i opremljeno odgovarajućim ispravnim spravama. Rubovi tobogana, ljuljački i ostalih sprava trebaju biti zaobljeni i sigurni za djecu te je poželjno da su postavljeni na podlogu od mekog materijala. Pješčanik bi trebao biti na mjestu koje omogućuje odgojitelju praćenje i nadzor dječje igre u pješčaniku i ostalim dijelovima igrališta. Važno je da pješčanici imaju pokrivala i da se stalno održavaju radi preveniranja bolesti i infekcija koje može izazvati igra u zagađenom pješčaniku. Potrebno je da oprema dječjih igrališta, kao i broj pješčanika, odgovara pedagoškim i higijensko-zdravstvenim standardima te zadovoljava potrebe djece i odgajatelja za kvalitetnom i sigurnom provedbom aktivnosti na otvorenom (23). Svaki dan je potrebno temeljito pregledati i očistiti dječje dvorište (igrališta, pješčanike, travnati dio i ispod živice i drugog niskog bilja), radi pronalaženja i uklanjanja oštih i opasnih predmeta (25).

1.2.2.3. Prevencija ozljeda na izletima

Tijekom pedagoške godine djeca ne borave cijelo vrijeme unutar dječjeg vrtića već se za njih, u skladu s godišnjim planom i programom, organiziraju razne aktivnosti izvan vrtića. Najčešće je riječ o kazališnim predstavama, raznim priredbama, jednodnevnim izletima ili pak o zimovanju i/ili ljetovanju. Ove aktivnosti podrazumijevaju upotrebu prijevoznog sredstva (kombi, minibus, autobus) za koje postoje određeni zakonski propisi. Zakon o sigurnosti prometa na cestama Republike Hrvatske iz 2008. godine navodi da se djeca mlađa od 5 godina mogu prevoziti u posebnim sigurnosnim sjedalicama, a djeca starija od 5 godina mogu se prevoziti samo ako su vezana sigurnosnim pojasom na dvije točke vezivanja. Izleti se moraju organizirati preko putničkih agencija specijaliziranih za organiziranje dječjih izleta (jednodnevnih i višednevnih) i to u mjesta, prostore ili ustanove koje imaju dozvole za prihvatanje djece predškolske dobi. Prilikom odlaska na izlete odgojitelji trebaju promišljati o zdravstvenim potrebama svakog pojedinog djeteta i potrebnim aktivnostima u slučaju obolijevanja ili ozljede.

1.3. Prva pomoć u dječjem vrtiću

Prva pomoć je skup postupaka i praktičnih vještina kojima pomažemo ozlijeđenoj ili naglo oboljeloj osobi na mjestu događaja, a prije dolaska hitne medicinske pomoći ili liječnika u težim slučajevima (25). Postupci prve pomoći su poziv u pomoć, provođenje vještina oživljavanja i riječi utjehe. Tako se otklanja neposredna opasnost po život, umanjuje bol i pruža osjećaj sigurnosti kod ozlijeđene osobe ili naglo oboljele osobe (26). Ciljevi prve pomoći su spašavanje života, sprječavanje nastanka trajnih posljedica i skraćivanje trajanja liječenja i oporavka (26).

Stalno usavršavanje i praćenje novih znanstvenih preporuka uz istodobno isticanje iskustva, preduvjet su smanjenju pogrešaka u prvoj pomoći. Osoba koja se nađe na mjestu nesreće osnovna je karika u lancu održavanja, a kako se nesreće mogu dogoditi i u dječjem vrtiću, ta osoba je upravo odgojitelj (27). Prema tome, znanje o osnovnim mjerama održavanja života trebalo bi biti prisutno kod svakog odgojitelja u svakom dječjem vrtiću.

Prema Zakonu o zaštiti na radu poslodavac je dužan odrediti po jednu (a može i više) osobu u smjeni koja je zadužena za provođenje postupaka prve pomoći. Prva pomoć se pruža prema propisanim zdravstvenim smjernicama i prema Protokolima postupanja u kriznim stanjima. Na vidljivim mjestima unutar vrtića moraju biti postavljeni brojevi službi za pružanje prve pomoći. Također, u svakom dječjem vrtiću mora biti postavljen propisani ormarić za prvu pomoć čija će količina sanitetskog i drugog materijala ovisiti o broju djece unutar vrtića. Popunjenost ormarića prve pomoći provjerava se jedanput mjesečno i po potrebi nadopunjuje potrebnim sredstvima.

Prilikom ozljede djeteta jedna osoba procjenjuje stanje i pruža prvu pomoć, dok druga osoba poziva hitnu medicinsku službu i roditelje djeteta. Ako dijete mora s hitnom medicinskom pomoći ići na daljnju obradu u bolnički centar, s njim u pratnji odlazi i njegov odgojitelj pod uvjetom da su ostala djeca u grupi pod nadzorom drugog odgojitelja. Ovaj postupak se provodi ako roditelji djeteta ne mogu ići s njim u bolnicu tj. ako im treba neko duže vrijeme dok dođu s radnog mjesta do bolničkog centra. U tim trenucima odgojitelj pruža djetetu psihološku i sigurnosnu podršku. Nakon pružanja

prve pomoći potrebno je da se cijeli događaj zabilježi u Evidenciji ozljeda u dječjem vrtiću te ovisno o vrsti ozljede obavijesti zdravstveni voditelj i ravnatelj ustanove.

1.4. Aktivnosti medicinske sestre u edukaciji odgojitelja

Zdravstveni odgoj je medicinsko-pedagoška disciplina koja omogućava medicini da poveže svoje rezultate sa socijalnim i kulturnim ostvarenjima te da odgojnim i obrazovnim procesima omogući da ljudi znanja pretvaraju u zdravstvena uvjerenja. Zdravstveni odgoj unutar predškolskih ustanova osnova je prevencije, unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti i osiguravanja kvalitete života (28, 29).

Zdravstveno savjetovanje s područja sprečavanja ozljeda i povećanja sigurnosti djeteta neodvojivi je dio zdravstveno-odgojnog rada. Medicinske sestre su po svojoj vokaciji edukatori iz područja zdravlja i zaštite zdravlja, a edukacija odgojitelja važan je čimbenik u prevenciji ozljeda djece (14).

Kako bi mogla kvalitetno provoditi zdravstvenu edukaciju unutar dječjeg vrtića, medicinska sestra prvo treba raditi na svom profesionalnom usavršavanju (zdravstvenom i pedagoško-psihološkom). Redovito sudjelovanje u edukacijama Hrvatske komore medicinskih sestara, Društva medicinskih sestara dječjih vrtića, Agencije za odgoj i obrazovanje, stručnih skupova iz područja pedijatrije, javnog zdravstva, pedagogije, prava i slično, doprinose stvaranju većih znanja i spoznaja o potrebama predškolskog djeteta u trenutnom vremenu. Radeći na svom profesionalnom usavršavanju, medicinska sestra može odgojiteljima primjerenije prenijeti nove spoznaje i smjernice vezane uz razvoj i potrebe djeteta.

U fokusu rada medicinske sestre je prvenstveno dijete. S obzirom na to da sudjeluje u prijemu djece i formiranju odgojnih grupa, već prilikom upisa utvrđuje zdravstveni status djeteta. Tada uspostavlja kvalitetan odnos s roditeljima kako bi utvrdila potrebe djeteta tijekom boravka u dječjem vrtiću. Prikupljanjem relevantnih informacija može

bolje pripremiti odgojitelja na dolazak djeteta sa zdravstvenim teškoćama u odgojnu grupu.

Zdravstvena voditeljica provodi edukaciju odgojitelja u skladu sa svojim tjednim, mjesečnim i godišnjim planom i programom rada i to na jedan od sljedećih načina:

- individualni rad (informativni, savjetodavni, edukativni i instruktivni rad)
- radionice za odgojitelje
- rad u malim grupama (po potrebi i problemu)
- izrada stručnih materijala, protokola postupanja i priloga kao pomoć odgojiteljima u lakšem definiranju određenih postupaka i mjera (24).

Protokoli postupanja u kriznim situacijama su dokument kojim se utvrđuju postupci u situacijama koje nisu svakodnevne i u kojima treba postupati s posebnom pažnjom, a s ciljem zaštite djeteta. Protokolom se utvrđuju točne uloge i postupanje svakog djelatnika ustanove u određenoj kriznoj situaciji. Uloga medicinske sestre je izrada protokola postupanja u hitnim zdravstvenim situacijama, npr. epileptički napadaj, anafilaktički šok, krvarenje, gušenje stranim tijelom itd. U skladu s novim smjernicama, protokoli se prilagođavaju i ponovno predstavljaju djelatnicima. Protokole postupanja u kriznim situacijama mora se usvojiti na Odgojiteljskom i Upravnom vijeću dječjeg vrtića (30).

Cilj zdravstvenog odgoja odgojitelja i ostalih djelatnika dječjeg vrtića prvenstveno je zaštita i promicanje zdravlja te sprječavanje bolesti djece o kojoj se brinu. S obzirom na to da je medicinska sestra jedini zdravstveni djelatnik unutar ustanove za predškolski odgoj i obrazovanje, njezin rad ima veću težinu kada se radi o zaštiti zdravlja djece. Upravo zato je svakodnevno na raspolaganju odgojiteljima pružajući im pomoć i podršku.

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je utvrditi razinu znanja odgojitelja Splitsko-dalmatinske županije o postupcima prve pomoći te procijeniti postoji li značajna razlika u razini znanja ovisno o godinama radnog staža, mjestu rada i ustanovi zaposlenja.

Hipoteze istraživanja:

H1: Razina znanja o pružanju prve pomoći u odgojitelja s više od 20 godina radnog staža će biti veća u odnosu na odgojitelje s manje od 20 godina radnog staža.

H2: Razina znanja o pružanju prve pomoći u odgojitelja iz gradskih vrtića će biti veća u odnosu na odgojitelje iz privatnih/vjerskih vrtića.

H3: Razina znanja o pružanju prve pomoći u odgojitelja iz vrtića u gradskim sredinama će biti veća u odnosu na odgojitelje iz vrtića na području općina i otoka.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Ispitanici

Ispitanici su odgojitelji predškolskih ustanova na području Splitsko-dalmatinske županije s više od jedne godine radnog staža. Svi ispitanici su bili ženskog spola s obzirom na to da u ustanovama gdje se provodilo istraživanje nije bilo ni jednog zaposlenog odgojitelja muškog spola. Ispitanici su bili zaposleni u državnim, privatnim i vjerskim dječjim vrtićima. Broj ispitanika uključenih u ovo istraživanje je 394.

3.2. Mjesto istraživanja

Mjesto istraživanje su dječji vrtići na području Splitsko-dalmatinske županije i to u gradovima Splitu, Solinu, Trogiru, Kaštelima, Omišu, Vrgorcu i Sinju, općinama Dugi rat, Klis, Dugopolje i Muć te na otocima Hvar, Brač, Šolta i Čiovo. Svi ravnatelji su potpisali dopuštenje za provođenje istraživanja unutar navedenih dječjih vrtića.

3.3. Metode prikupljanja i obrade podataka

Istraživanje je provedeno 2018. godine na području Splitsko-dalmatinske županije koristeći upitnik pomoću kojeg se procjenjuje znanje prve pomoći. Upitnik je napravljen na Sveučilištu u Ljubljani u Sloveniji (7), a za potrebe ovog istraživanja prilagođena su određena područja. Upitnik se sastojao od 20 pitanja raspoređenih u pet grupa i to:

1. Sociodemografski podaci
2. Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama
3. Znanje o prvoj pomoći – I. dio (sadrži pitanja iz područja kardiopulomnalne reanimacije, gušenja, prijeloma, opekline i općih informacija o hitnoj medicinskoj pomoći)

4. Znanje o prvoj pomoći – II. dio (sadrži pitanja iz područja krvarenja, epilepsije, ozljeda uzrokovanih električnom strujom i besvjesnog stanja)
5. Samovrednovanje odgojitelja

U empirijskom dijelu ovog rada upotrebom kvantitativnih metoda testira se razina poznavanja o pružanju prve pomoći među odgojiteljima djece predškolske dobi. U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, metode deskriptivne statistike, Wilcoxonov signed test za jedan nezavisni uzorak te Mann-Whitney U test. Upotrebom metoda grafičkog i tabelarnog prikazivanja prezentira se struktura odgovora ispitanika na anketna pitanja. Kod vrijednosnih modaliteta koriste se i metode deskriptivne statistike, i to srednje vrijednosti (medijan) i pokazatelji disperzije (pokazatelj centralne tendencije vrijednosti interkvartil IQR).

Kod testiranja razine znanja koristi se Wilcoxonov signed test za jedan nezavisni uzorak gdje se testira razina točnosti odgovaranja na dijelove upitnika kojima se ispituje znanje. Testiranje razlike s obzirom na godine staža gdje su ispitanici podijeljeni u skupinu s radnim stažem manjim od 20 godina, te 20 i više godina; testiranje razlike u razini znanja s obzirom na mjesto rada te vlasništvo nad odgojnom ustanovom koristi se Mann-Whitney U test. Zaključci su doneseni pri razini signifikantnosti od 5%.

Za potrebe analize korišten je MS EXCEL te statistički software STATISTICA 12.

4. REZULTATI

Istraživanje je provedeno u dječjim vrtićima na području Splitsko-dalmatinske županije, a u istraživanju je sudjelovalo 394 ispitanika. Svi ispitanici su ženskog spola s obzirom na to da u dječjim vrtićima u kojima se provodilo istraživanje nije zaposlen ni jedan odgojitelj muškog spola.

Tablica 5 Mjesto rada ispitanika

Mjesto rada		
	n	%
Grad	307	77.92
Općina/selo	59	14.97
Otok (grad/općina/selo)	27	6.85
n/a	1	0.25
Ukupno	394	100.00

Prema mjestu rada može se uočiti da najveći broj ispitanika radi u dječjim vrtićima u gradskim sredinama (77,92%), najmanje na otocima (6,85%), a jedan ispitanik (0,25%) nije iskazao lokaciju u kojoj radi.

Tablica 6 Vlasništvo dječjeg vrtića u kojem radi ispitanik

Vlasništvo vrtića u kojem radi		
	n	%
jedinice lokalne samouprave	312	79,18
fizičke osobe/vjerske zajednice	75	19.04
n/a	7	1.78
Ukupno	394	100.00

Prema vlasništvu vrtića u kojem ispitanici rade može se utvrditi da je najveći broj ispitanika zaposleno u vrtiću koji je u vlasništvu jedinica lokalnih samouprava (54,57%). U dječjim vrtićima koji su u vlasništvu fizičkih osoba i vjerskih zajednica zaposleno je 19,04%, a 1,78% ispitanih nije navelo podatak o vlasništvu vrtića u kojem radi.

Tablica 7 Starosna dob i godine radnog staža ispitanika

Deskriptivna statistika				
	n	Medijan	Q1	Q3
Starosna dob	394	43.00	35.00	55.00
Godine radnog staža	393	17.00	10.00	28.00

Prema rezultatima istraživanja srednja vrijednost starosne dobi ispitanika je 43 godine (IQR 35-55). Dakle, pretežito je riječ o odgojiteljicama srednje životne dobi. Srednja vrijednost godina radnog staža je 17 godina (IQR 10-28).

Tablica 8 Stav odgojitelja o poznavanju prve pomoći

Odgojiteljima je potrebno znanje o pružanju prve pomoći		
	n	%
1 – uopće se ne slažem	2	0.51
2 – ne slažem se	2	0.51
3 – slažem se	69	17.51
4 – u potpunosti se slažem	311	78.93
n/a	10	2.54
Ukupno	394	100.00

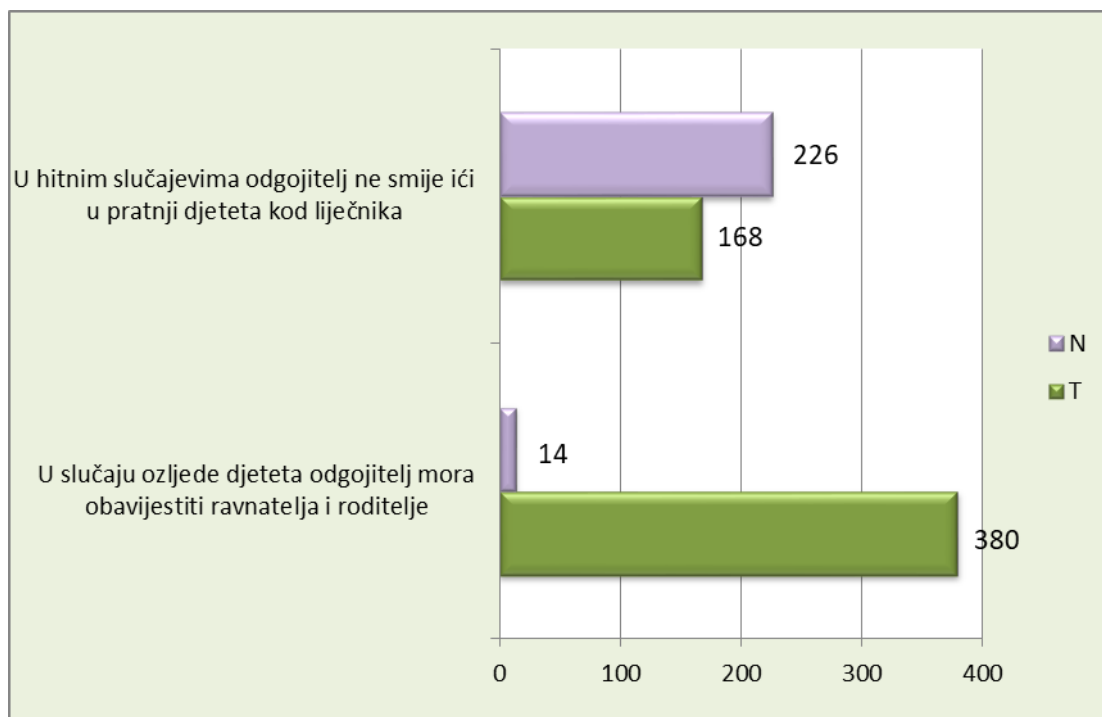
Najveći broj ispitanika se u potpunosti složio s tvrdnjom da je odgojiteljima potrebno znanje o pružanju prve pomoći (78,93%). Svega 4 ispitanika (1,02%) se ne slaže ili uopće ne slaže s ovom tvrdnjom.

Tablica 9 *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama*

	T	N	Ukupno
U slučaju ozljede djeteta odgojitelj mora obavijestiti ravnatelja i roditelje			
N	380	14	394
%	96.45	3.55	100.00
U hitnim slučajevima odgojitelj ne smije ići u pratnji djeteta kod liječnika			
N	168	226	394
%	42.64	57.36	100.00

Da u slučaju ozljede djeteta odgojitelj mora obavijestiti ravnatelja i roditelje složilo se 380 ispitanika (96,45%), što je ujedno i točan odgovor na pitanje. Prilikom svake ozljede djece odgojitelj mora zabilježiti događaj u pedagošku dokumentaciju, obavijestiti zdravstvenog voditelja i roditelje djece. Ako u ustanovi nije prisutan zdravstveni voditelj ili se radi o težoj ozljedi, obavezno se mora obavijestiti ravnatelj.

Prema Protokolima postupanja u kriznim situacijama kada dijete treba hitnu liječničku obradu odgojitelj ide s njim u pratnji pod uvjetom da su ostala djeca u skupini pod nadzorom drugog odgojitelja, a roditelji ne mogu u kratkom roku doći do dječjeg vrtića. U ovoj situaciji odgojitelj je spona između zdravstvenog osoblja i roditelja, a ujedno i psihološka podrška unesrećenom djetetu. Na ovo pitanje točno je odgovorio manji broj ispitanika (168; 42,64%).



Slika 7. Grafički prikaz točnih i netočnih odgovora

Tablica 10 Broj točnih odgovora na pitanja iz grupe *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama*

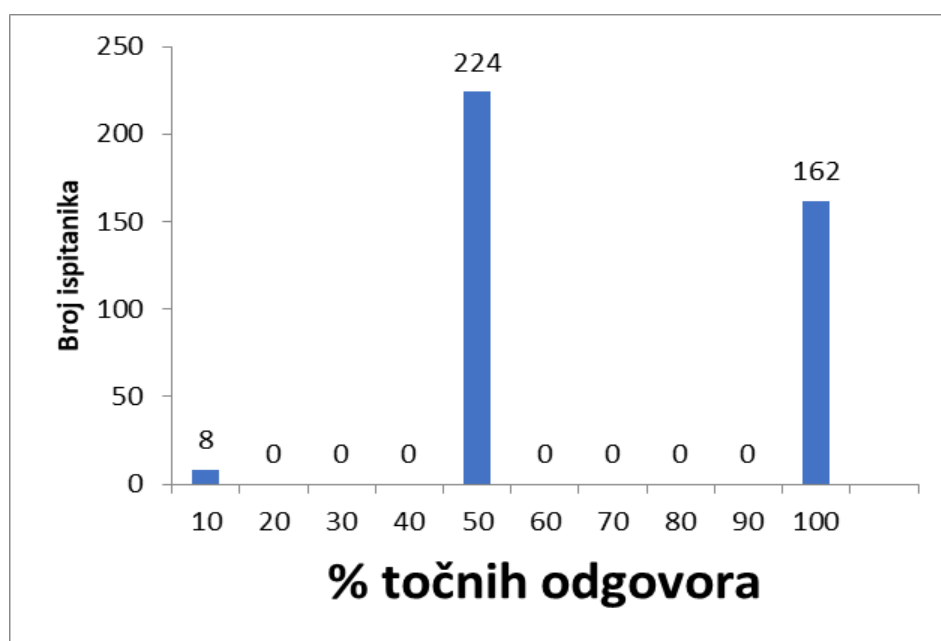
Grupa 1	0	1	2	Ukupno
N	8	224	162	394
%	2.03	56.85	41.12	100.00

Iz tablice se može utvrditi da je najveći broj ispitanika odabralo točan odgovor tek na jednu tvrdnju (56,82%) dok 2,03% nije točno odgovorilo ni na jednu tvrdnju.

Tablica 11 *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama*

Deskriptivna statistika									
	N	Prosječ na vrijedn ost	Medija n	Min	Max	Q1	Q3	St. dev.	V (%)
Grupa 1 (%)	394	69.54	50.00	0.00	100.00	50.00	100.00	26.43	38.00

U prosjeku su ispitanici znali odgovoriti na 69,54% tvrdnji gdje je polovica ispitanika znala odgovoriti na jednu ili manje tvrdnji, dok je polovica znala odgovoriti na jednu ili više tvrdnji. Razdioba točnih odabira na tvrdnje prikazana je i grafički.



Slika 8. Prikaz točnih odgovora

Iz grafičkog prikaza se može uočiti da je najveći broj ispitanika imao 50% točnih odgovora.

Tablica 12 Znanje o prvoj pomoći – I. dio

	T	N	Ukupno
Ispravan omjer KPR kod četverogodišnjeg djeteta?			
N	92	302	394
%	23.35	76.65	100.00
Tijekom ručka petogodišnje dijete se počelo gušiti, ali može govoriti, kašljati i disati, koji je ispravan postupak?			
N	81	313	394
%	20.56	79.44	100.00
Broj hitne medicinske pomoći?			
N	285	109	394
%	72.34	27.66	100.00
Ispravan postupak kod djeteta koje je palo i sumnja se na prijelom zgloba?			
N	136	258	394
%	34.52	65.48	100.00
Postupak prve pomoći kod opekline na ruci?			
N	318	76	394
%	80.71	19.29	100.00

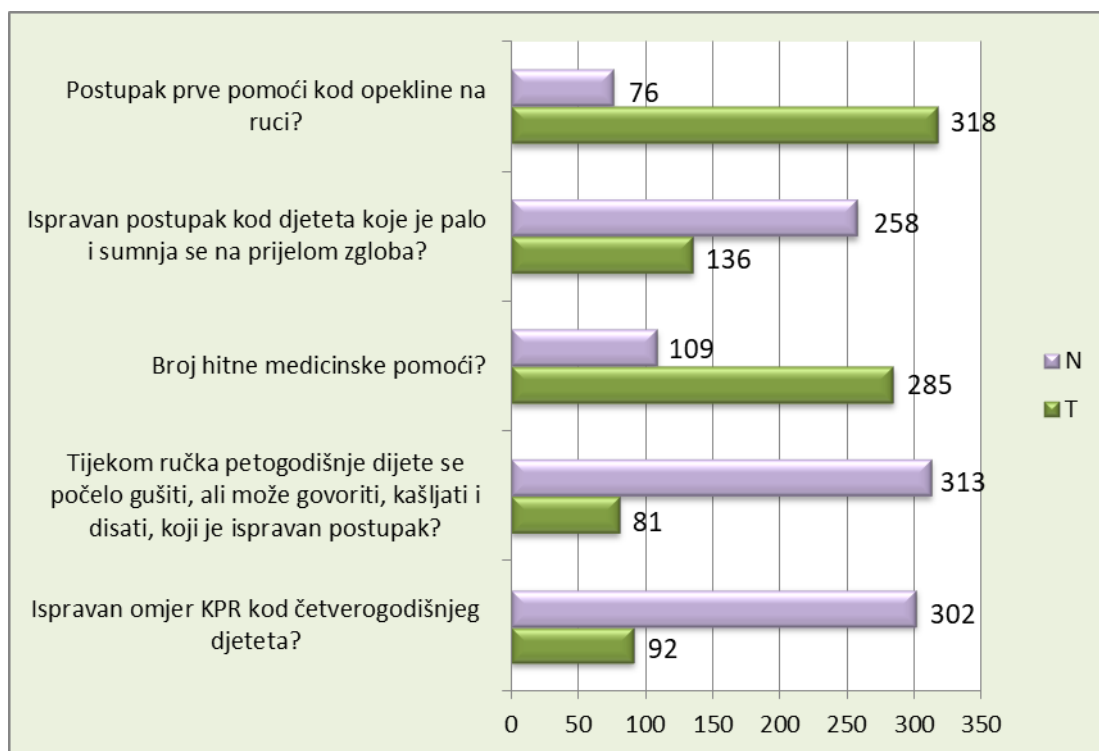
Ispravan omjer KPR=kardiopulmonalna reanimacija kod četverogodišnjeg djeteta je 2 udaha, 30 kompresija, a taj je odgovor znalo svega 23,35% ispitanih odgojitelja.

U situaciji da se tijekom ručka petogodišnje dijete počelo gušiti, ali može govoriti, kašljati i disati, ispravan postupak je poticati ga da i dalje kašlje te bi na ispravan način postupilo svega 20,56% ispitanih odgojitelja.

Broj hitne medicinske pomoći je 194 te je 72,34% ispitanika dalo točan odgovor, dok je 27,66% ispitanika netočno odgovorilo na ovo pitanje.

Ispravan postupak kod djeteta koje je palo i sumnja se na prijelom zgloba je imobilizirati ruku trokutastom maramom, a taj je odgovor znalo svega 34,52% ispitanih odgojitelja.

Da je postupak prve pomoći kod opekline na ruci rashlađivanje vodom 15 minuta znalo je 80,71% ispitanika.



Slika 9. Grafički prikaz točnih i netočnih odgovora

Tablica 13 Ukupna razina točnosti odgovora na pitanja iz grupe *Znanje o prvoj pomoći* – I. dio

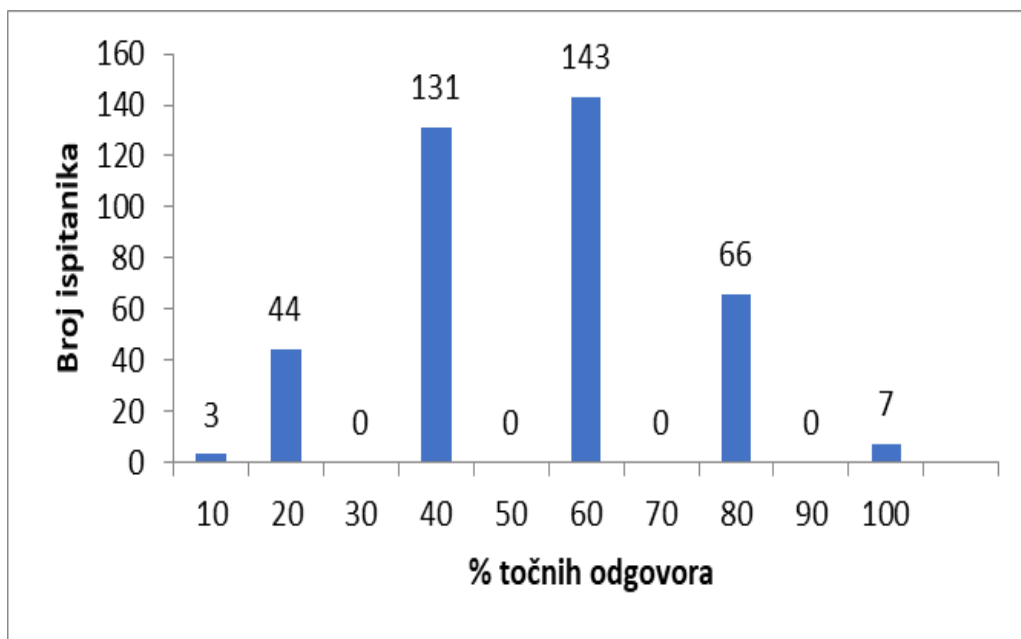
Grupa 2	0	1	2	3	4	5
N	3	44	131	143	66	7
%	0.76	11.17	33.25	36.29	16.75	1.78

Prema dobivenim podacima može se utvrditi da je najveći broj ispitanika odabralo točan odgovor na 3 od 5 tvrdnji (36,29%). 3 ispitanika (0,76%) nije odabralo ni jedan točan odgovor dok je 7 ispitanika (1,78%) točno odgovorilo na sva postavljena pitanja.

Tablica 14 Znanje o prvoj pomoći – I. dio

Deskriptivna statistika									
	N	Prosječ na vrijedn ost	Medija n	Min	Max	Q1	Q3	St. dev.	V (%)
Grupa 2 (%)	394	52.49	60.00	0.00	100.00	40.00	60.00	19.47	37.09

U prosjeku su ispitanici znali odgovoriti na 52,49% tvrdnji gdje je polovica ispitanika znala odgovoriti na 60% tvrdnji ili manje, dok je polovica znala odgovoriti na 60% tvrdnji ili više.



Slika 10. Grafički prikaz razdiobe točnih odabira na pitanja

Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je najveći broj ispitanih odgojitelja dao točan odgovor na 3 pitanja (36,29%).

Tablica 15 Znanje prvoj pomoći – II. dio

	T	N	Ukupno
Dijete ima ogrebotinu na ruci. Koji je postupak prve pomoći?			
N	45	349	394
%	11.42	88.58	100.00
Postupak prve pomoći u slučaju da dijete krvari iz nosa?			
N	335	59	394
%	85.03	14.97	100.00
Prvi korak prve pomoći ako pronađete dijete koje nepokretno leži na tlu (lice je sigurno)?			
N	127	267	394
%	32.23	67.77	100.00
Postupak prve pomoći kod djeteta koje ima epi napadaj?			
N	200	194	394
%	50.76	49.24	100.00
Dijete je ozlijeđeno prilikom dodira s izvorom električne struje. Koji je ispravan postupak?			
N	295	99	394
%	74.87	25.12	100.00

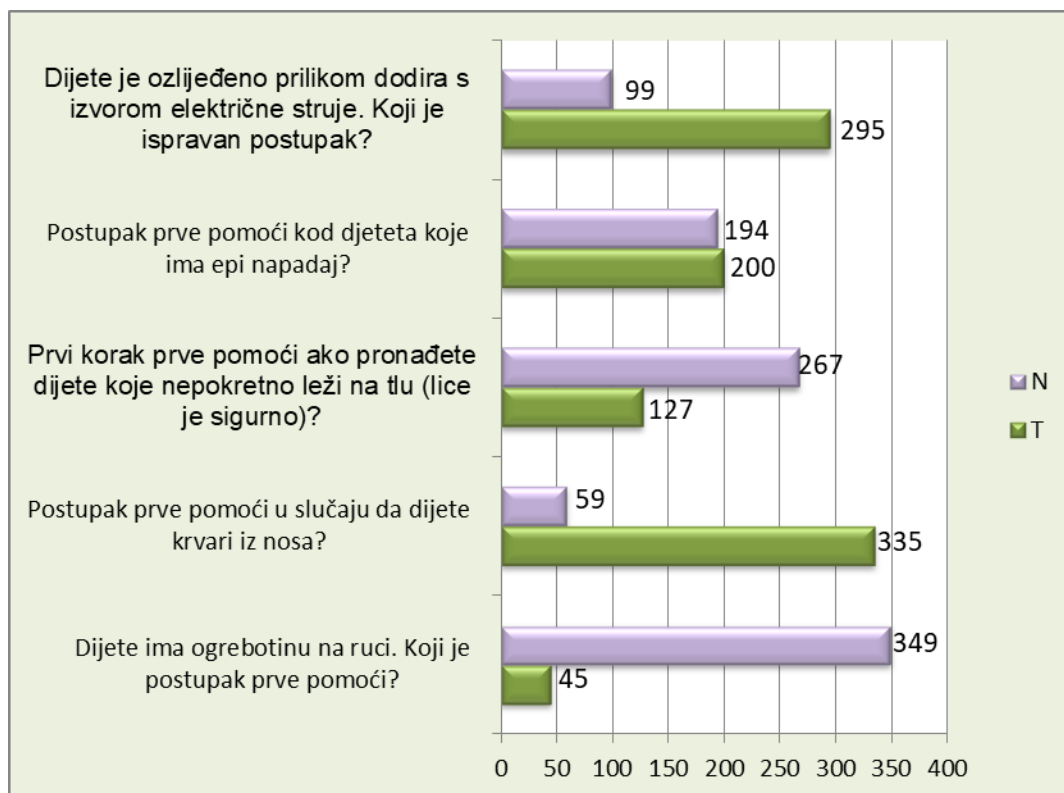
Da je postupak prve pomoći ako dijete ima ogrebotinu na ruci ispiranje rane vodom i prekrivanje kompresom znalo je tek 11,42% ispitanih odgojitelja.

Ako dijete krvari iz nosa postupak prve pomoći je lagano pritiskanje nosnice i naginjanje glave naprijed što je znalo 85,03% ispitanih odgajatelja.

Prvi korak prve pomoći ako pronađete dijete koje nepokretno leži na tlu (lice je sigurno) je provjera stanja svijesti, što je znalo 32,23% ispitanih odgojitelja.

U slučaju da nastupi epi napad kod djeteta, postupak prve pomoći je da se dijete položi na bočni položaj nakon prestanka napadaja, što je znalo 50,76% ispitanika.

Prvi postupak je prekidanje strujnog kruga pomoću komada drva ako je dijete ozlijeđeno prilikom dodira s izvorom električne struje, s čim je upoznato 74,87% ispitanih odgojitelja.



Slika 11. Grafički prikaz točnih i netočnih odgovora

Tablica 16 Ukupna razina točnosti odgovora na pitanja iz grupe *Znanje o prvoj pomoći – II. dio*

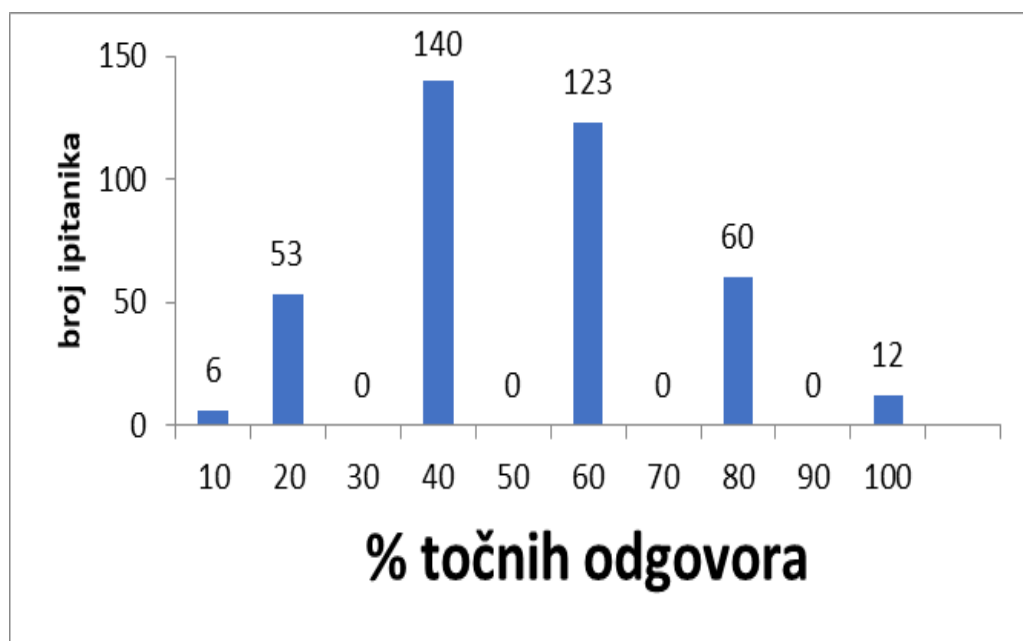
Grupa 3	0	1	2	3	4	5
n	6	53	140	123	60	12
%	1.52	13.45	35.53	31.22	15.23	3.05

Iz tablice se može utvrditi da je najveći broj ispitanih odgojitelja znao odgovor na 2 od 5 ponuđenih pitanja (35,53%).

Tablica 17 Znanje odgojitelja o prvoj pomoći – II. dio

Deskriptivna statistika									
	N	Prosječna vrijednost	Medijan	Min	Max	Q1	Q3	St. dev.	V (%)
Grupa 3 (%)	394	50.86	40.00	0.00	100.00	40.00	60.00	20.96	41.22

U prosjeku su ispitanici znali odgovoriti na 50,86% tvrdnji gdje je polovica ispitanika znala odgovoriti na 40% tvrdnji ili manje, dok je polovica znala odgovoriti na 40% tvrdnji ili više. Razdioba točnih odabira na tvrdnje je prikazana i grafički.



Slika 12. Grafički prikaz razdiobe točnih odabira na pitanja

Iz grafičkog prikaza se može utvrditi da je najveći broj ispitanika iskazao točan odgovor na 2 ponuđena pitanja (40% točnih odgovora).

Ispitani odgojitelji su ocjenjivali vlastito znanje o prvoj pomoći u rasponu od nedovoljno do odlično te su ocjenama pridružene vrijednosti na sljedeći način:

Nedovoljan = 1

Dovoljan = 2

Dobar = 3

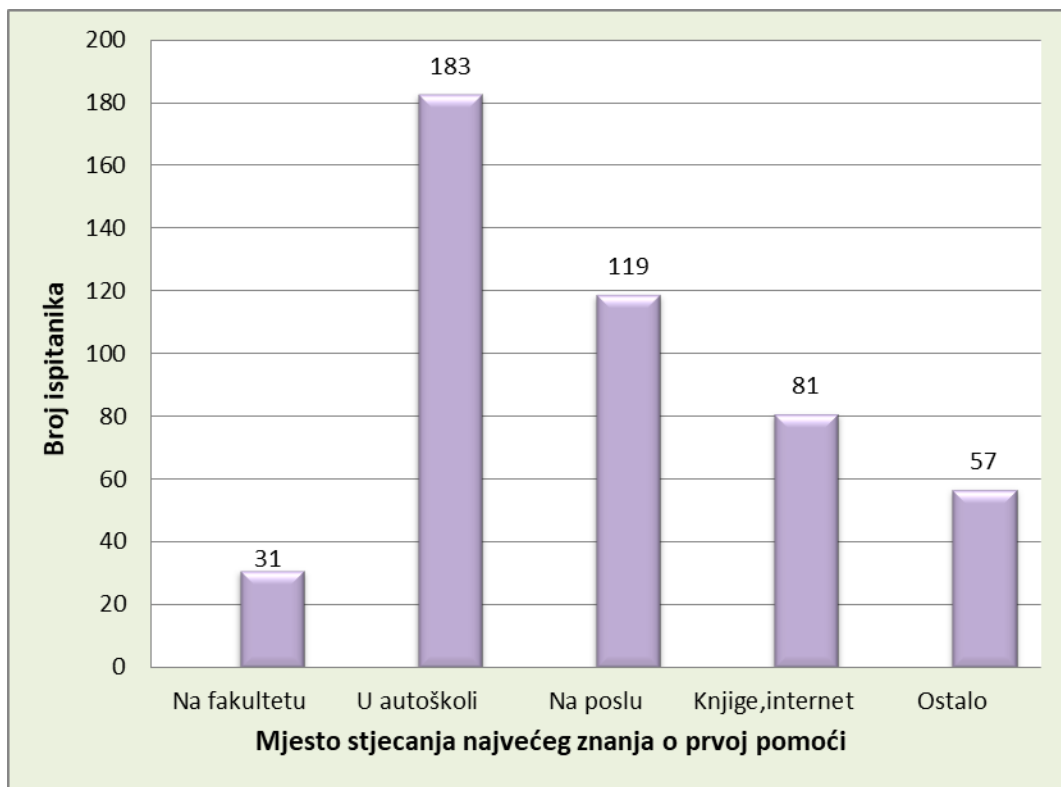
Vrlo dobar = 4

Odličan = 5.

Tablica 18 Deskriptivna statistika

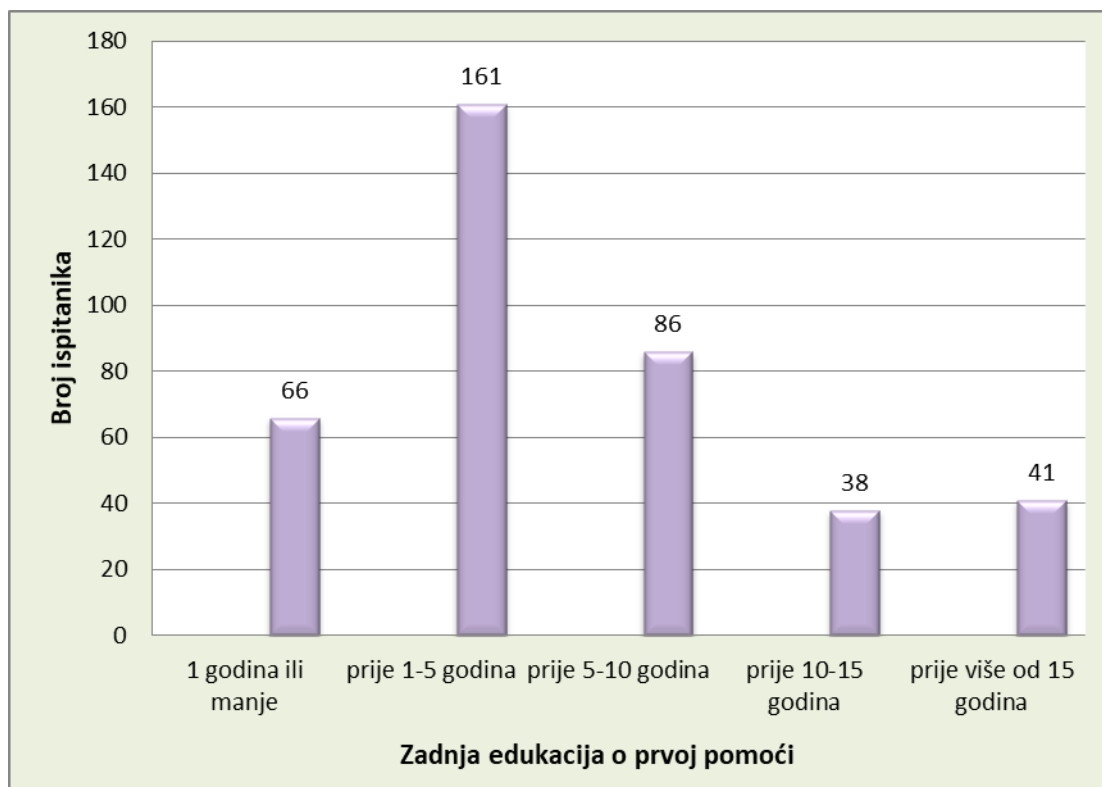
	N	Medijan	Q1	Q3
Ocjena vlastitog znanja o prvoj pomoći	391	3.00	2.00	3.00

Iz tablice se može utvrditi da je srednja vrijednost procjene vlastitog znanja o prvoj pomoći „dobar=3“, s centralnom tendencijom znanja u rasponu od dovoljan do dobar. Dakle, riječ je o nižem stupnju znanja.



Slika 13. Grafički prikaz mjesta stjecanja znanja o prvoj pomoći

Iz grafičkog prikaza se može uočiti da najveći broj odgojitelja djece predškolske dobi je najveće znanje o stjecaju prve pomoći stekao u autoškoli (183 odgojitelja) dok je, od ukupnog broja ispitanika, njih 31 znanje steklo na fakultetu.



Slika 14. Grafički prikaz zadnje edukacije o prvoj pomoći

Iz grafičkog prikaza se može uočiti da je najveći broj ispitanih odgojitelja predškolske djece imao zadnju edukaciju prije 1–5 godina (161 odgojitelj). Čak 79 odgojitelja imalo je edukaciju o prvoj pomoći prije više od 10 godina.

Tablica 19 Razina znanja za pitanja iz grupe *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama*

Grupa odgovora 1	Srednja vrijednost uzorka	Kontrolna vrijednost (%)	Empirijska Z vrijednost	Empirijska p vrijednost
Odgovornost odgojitelja	50 (50-100)	50	11,81	<0,001

Iz tablice se može utvrditi da je srednja vrijednost točnih odgovora na *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama* 50% s centralnom tendencijom u rasponu od 50% do 100% točnih odgovora. **Većina ispitanika je znala točan odgovor na većinu tvrdnji iz *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama* ($p < 0,001$).**

Tablica 20 Razina znanja za pitanja iz grupe *Znanje o prvoj pomoći – I. dio*

Grupa odgovora 2	Srednja vrijednost uzorka	Kontrolna vrijednost (%)	Empirijska Z vrijednost	Empirijska p vrijednost
Znanje o prvoj pomoći – I. dio	60 (40-60)	50	2,42	0,015

Iz tablice se može utvrditi da je srednja vrijednost točnih odgovora na *Znanje o prvoj pomoći – I. dio* 60% s centralnom tendencijom u rasponu od 40% do 60% točnih odgovora. **Većina ispitanika je znala točan odgovor na većinu tvrdnji iz *Znanje o prvoj pomoći – I. dio* ($p = 0,015$).**

Tablica 21 Razina znanja za pitanja iz grupe *Znanje o prvoj pomoći – II. dio*

Grupa odgovora 3	Srednja vrijednost uzorka	Kontrolna vrijednost (%)	Empirijska Z vrijednost	Empirijska p vrijednost
Znanje o prvoj pomoći – II. dio	40 (40-60)	50	0,53	0,595

Iz tablice se može utvrditi da je srednja vrijednost točnih odgovora na *Znanje o prvoj pomoći – II. dio* 40% s centralnom tendencijom u rasponu od 40% do 60% točnih odgovora. **Znanje statistički značajno odstupa od 50% točnih odgovora (p=0,595).**

Tablica 22 Razina znanja za pitanja iz grupe *Samoprocjena odgojitelja*

Grupa odgovora 4	Srednja vrijednost uzorka	Kontrolna vrijednost	Empirijska Z vrijednost	Empirijska p vrijednost
Samoprocjena odgojitelja	3 (2-3)	3	9,28	<0,001

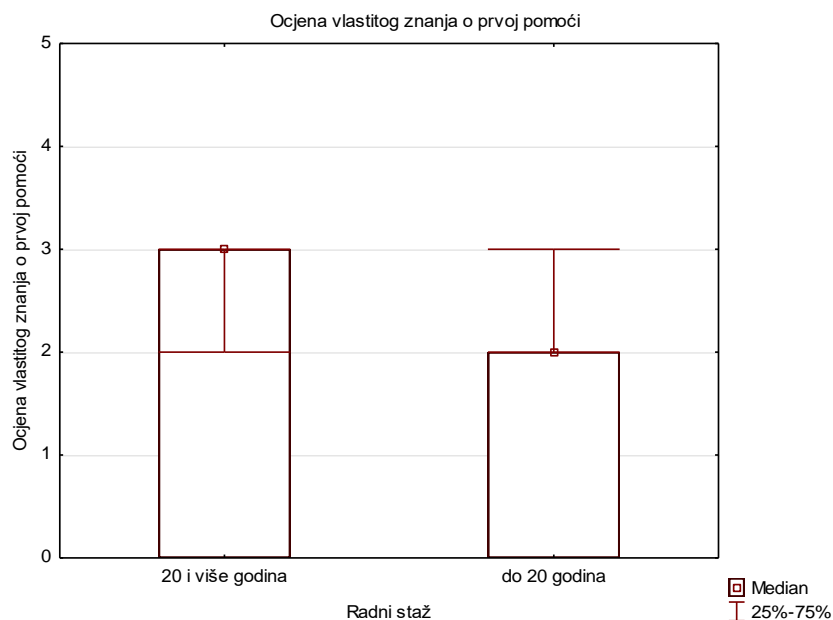
Iz tablice se može utvrditi da je srednja vrijednost ocjene vlastitog znanja o prvoj pomoći 3 s centralnom tendencijom u rasponu od 2 do 3. **Empirijska p vrijednost <0,001 upućuje na zaključak da ispitanici iskazuju nisku razinu educiranosti o pružanju prve pomoći.**

Tablica 23 Testiranje razlika s obzirom na radni staž

Mann-Whitney U Test						
	Medijan (IQR) - do 20 godina	Medijan (IQR) - 20 i više godina	Z	P- vrijed nost	N - do 20 godina	N - 20 i više godin a
Grupa 1 (%)	50 (50-100)	50 (50-100)	-0.96	0.337	220	174
Grupa 2 (%)	60 (40-60)	60 (40-60)	-1.37	0.172	220	174
Grupa 3 (%)	40 (40-60)	40 (40-60)	-0.03	0.978	220	174
Grupa 4 (%)	2 (2-3)	3 (2-3)	2,514	0,016	219	172

Prema radnom stažu ispitanici su podijeljeni u 2 skupine, i to ispitanici s radnim stažom do 20 godina te ispitanici s radnim stažom od 20 i više godina. **Testiranjem je utvrđena razlika u samoprocjeni odgojitelja, tj. ocjeni svoje educiranosti o pružanju prve pomoći gdje su veću vrijednost iskazali odgojitelji s radnim stažem 20 i više godina (p=0,016).**

Utvrđena razlika je prikazana i grafički.



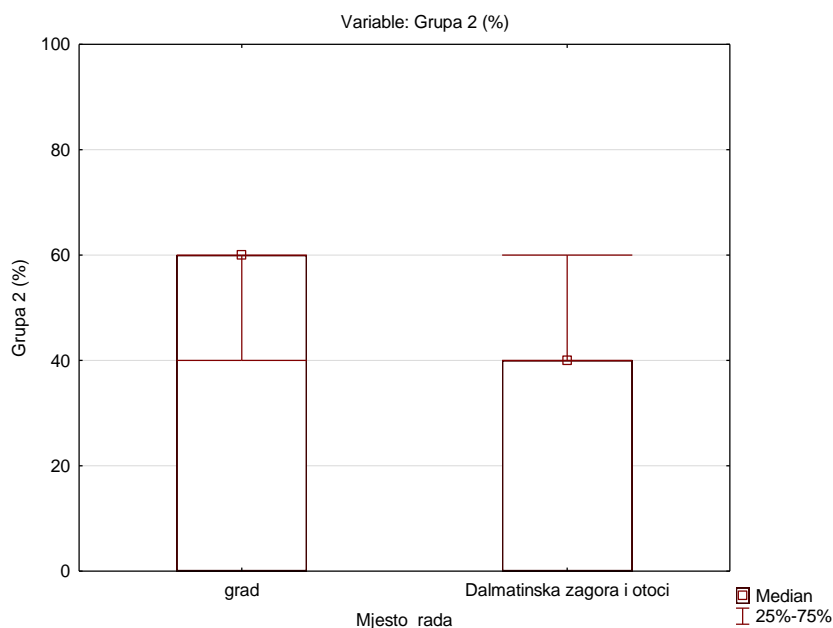
Slika 15. Grafički prikaz razlike ocjena vlastitog znanja o prvoj pomoći s obzirom na godine radnog staža

Tablica 24 Testiranje razlika prema mjestu rada

	Medijan (IQR) - grad	Medijan (IQR) – općine i otoci	Z	p vrijednost	N - grad	N - općine i otoci
Grupa 1 (%)	50 (50-100)	50 (50-100)	-1.83	0.067	307	87
Grupa 2 (%)	60 (40-60)	40 (40-60)	2.81	0.005	307	87
Grupa 3 (%)	60 (40-60)	40 (40-60)	1.95	0.051	307	87
Grupa 4 (%)	3 (2-3)	2 (2-3)	0,88	0,378	305	86

Prema mjestu rada ispitanici su podijeljeni u 2 skupine, i to ispitanici iz grada te ispitanici iz općina i otoka. **Testiranjem je utvrđena razlika u točnosti odgovora na grupu tvrdnji 2 (Znanje o prvoj pomoći – I. dio) gdje su veću vrijednost iskazali odgojitelji iz područja gradova (p=0,005).**

Utvrđena razlika je prikazana i grafički.



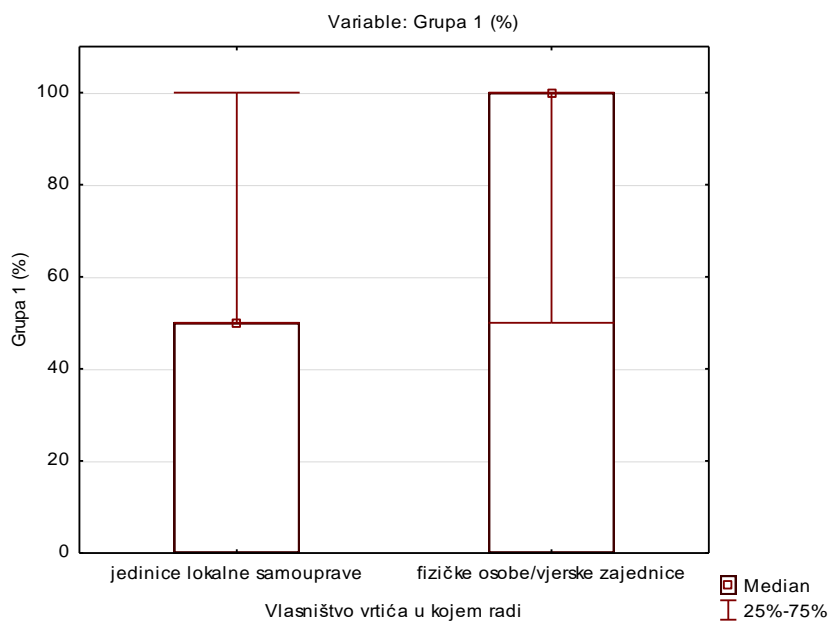
Slika 16. Grafički prikaz razlike u znanju s obzirom na mjesto rada

Vlasništvo nad odgojnim ustanovama djece predškolske dobi podijeljeno je u 2 kategorije i to: fizičke osobe/vjerske zajednice i jedinice lokalne samouprave.

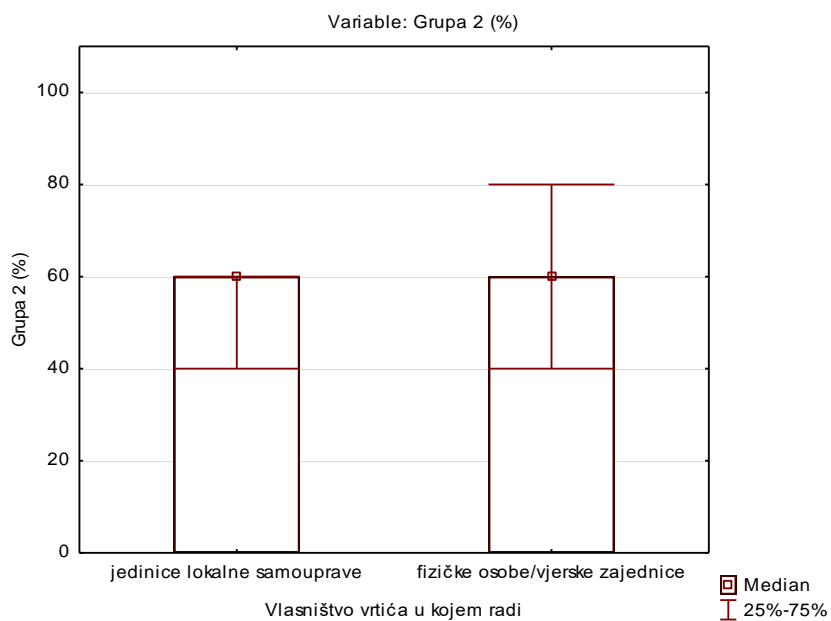
Tablica 25 Testiranje razlika prema vlasništvu dječjeg vrtića

	Medijan (IQR) - jedinice lokalne samouprave	Medijan (IQR) N - fizičke osobe/vjerske zajednice	Z	p	Valid N - jedinice lokalne samouprave	Valid N - fizičke osobe/vjerske zajednice
Grupa 1 (%)	50 (50-100)	100 (50-100)	-1.97	0.048	312	75
Grupa 2 (%)	60 (40-60)	60 (40-80)	-2.48	0.013	312	75
Grupa 3 (%)	40 (40-60)	60 (40-60)	-0.99	0.323	312	75
Grupa 4 (%)	3 (2-3)	3 (2-3)	-1.02	0.307	310	74

Testiranjem je utvrđena razlika u točnosti odgovora na grupu tvrdnji 1 (*Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama*) ($p=0,048$) gdje je veća razina znanja utvrđena kod odgojitelja zaposlenih u ustanovama u vlasništvu fizičke osobe/vjerske zajednice, te je razlika u znanju utvrđena na grupu tvrdnji 2 (*Znanje o prvoj pomoći – I. dio*) gdje je također veća razina znanja utvrđena među odgojiteljima zaposlenima u ustanovama u vlasništvu fizičke osobe/vjerske zajednice ($p=0,013$). Utvrđene razlike su prikazane i grafički.



Slika 17. Grafički prikaz razlike u znanju prema vlasništvu dječjeg vrtića za pitanja iz grupe 1



Slika 18. Grafički prikaz razlike u znanju prema vlasništvu dječjeg vrtića za pitanja iz grupe 2

5. RASPRAVA

S obzirom na to da su djeca osjetljiva i podložna ozljedama zbog svojih razvojnih karakteristika, ukazuje se potreba za provođenjem redovite edukacije iz prve pomoći za sve one koji sudjeluju u njihovoj skrbi, odgoju i obrazovanju (19). Ovim radom htjelo se utvrditi znanje odgojitelja predškolske djece jer upravo oni skrbe o najosjetljivijoj populaciji.

U istraživanju je sudjelovalo 394 odgojitelja predškolske djece na području Splitsko-dalmatinske županije. Svi ispitanici su bili ženskog spola čija je srednja vrijednost starosne dobi iznosila 43 godine (IQR 35-55), a srednja vrijednost godina radnog staža iznosila je 17 godina (IQR 10-28). Dakle, pretežito je bila riječ o odgojiteljicama srednje životne dobi.

Rezultati istraživanja pokazali su da je najveći broj ispitanika zaposlen u dječjim vrtićima u vlasništvu jedinica lokalne samouprave (79,18%) i to na području gradskih sredina (77,92%). Najmanji broj ispitanika bio je na otocima i to 6,85%.

Najveći broj ispitanika se složio ili u potpunosti složio s tvrdnjom da je *odgojiteljima potrebno znanje o pružanju prve pomoći* (96,44%). Svega 4 ispitanika (1,02%) se ne slaže ili uopće ne slaže s ovom tvrdnjom. Sličan rezultat utvrđen je i u istraživanju kojeg su Slabe i Fink proveli u Slovenskim dječjim vrtićima, a gdje su se odgojitelji (98,3%) također složili da im je potrebno znanje o prvoj pomoći (7).

Uočava se da od ukupnog broja ispitanih odgojitelja njih 76,65% nije točno odgovorilo na pitanje iz područja *kardiopulmonalna reanimacija*, a i 79,44% odgojitelja nije točno odgovorilo na pitanje iz područja *gušenje*. Slični rezultati prisutni su i u istraživanju Sonmez, Uskun i Pehlivan u Turskoj gdje je 80% odgojitelja pokazalo nedovoljno znanje iz kardiopulmonalne reanimacije, ali i odgojitelji i učitelji u Sloveniji i Poljskoj (7, 32).

88,58% odgojitelja netočno je odgovorilo na pitanje iz područja *ogrebotine*. Odgojitelji ne smatraju da je ogrebotinu potrebno prvo očistiti tekućom vodom već da se treba samo primijeniti dezinfekcijsko sredstvo i kožu zaštititi sterilnom kompresom.

Odgojitelji iz Splitsko-dalmatinske županije najveće znanje su iskazali u područja *opeklina* (80,71% točnih odgovora), *krvarenja iz nosa* (85,03% točnih odgovora) i iz područja *strujni udar* (74,87% točnih odgovora). Za razliku od njih, odgojitelji iz triju istraživanja na području Turske pokazala su nisku razinu znanja za navedena područja (31, 33, 34).

Odgojitelji su imali priliku sami procijeniti svoje znanje o prvoj pomoći. Srednja vrijednost procjene vlastitog znanja o prvoj pomoći iznosila je „dobar = 3“ s centralnom tendencijom znanja u rasponu od dovoljan do dobar, a ovo je potvrđeno i dobivenim rezultatima. Naime, srednja vrijednost točnih odgovora na pitanja *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama* iznosi 50% s centralnom tendencijom u rasponu od 50% do 100% točnih odgovora, dok je srednja vrijednost točnih odgovora kod *Znanje o prvoj pomoći – I. i II. dio* 40% s centralnom tendencijom u rasponu od 40% do 60% točnih odgovora. Odgojitelji na području Splitsko-dalmatinske županije su svjesni svog nedovoljnog poznavanja postupaka prve pomoći.

Od ukupnog broja ispitanika njih 46,44% odgovorilo je da je najviše znanja steklo prilikom polaganja vozačkog ispita u autoškoli i na poslu (30,20%). Sličan rezultat prisutan je i kod Slabe i Fink u Sloveniji gdje je 44,1% odgojitelja isto odgovorilo, kao i kod Sonmez, Uskun i Pehlivan u Turskoj (57,33%). Međutim, podatak da je svega 7,86% odgojitelja znanje steklo prilikom školovanja na fakultetu ukazuje na to da većina odgojitelja prilikom ulaska u sustav predškolskog odgoja dolazi s nedovoljnim znanjem o prvoj pomoći. U programima preddiplomskih studija Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja na području Republike Hrvatske nalaze se i obvezni predmeti, npr. Zdravstveni odgoj ili Zaštita zdravlja djece predškolske dobi. Ovim predmetima odgojitelji bi trebali spoznati osnove rasta i razvoja djeteta, utjecaj okoliša na zdravlje djece, najčešća oboljenja i ozljede u djece te organizaciju i provođenje njege, higijene i zdravstvene zaštite djece predškolske dobi. Ovi rezultati nam pokazuju da očito nije u dovoljnoj mjeri prisutna posvećenost prvoj pomoći prilikom studiranja. Tijekom školovanja ili na samom početku obavljanja pripravničkog staža odgojitelji bi trebali pohađati dodatnu edukaciju iz prve pomoći.

Testiranjem je utvrđena razlika u točnosti odgovora na pitanja iz *Znanje o prvoj pomoći – II. dio* gdje su veću vrijednost iskazali odgojitelji iz područja gradova ($p=0,005$).

Dodatno bi trebalo utvrditi u kolikoj mjeri je dostupna edukacija odgojiteljima s otoka i iz općinskih/seoskih sredina.

Testiranjem je također utvrđena razlika u točnosti odgovora na pitanja *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama* ($p=0,048$) gdje je viša razina znanja utvrđena kod odgojitelja zaposlenih u ustanovama u vlasništvu fizičke osobe/vjerske zajednice, kao i kod pitanja iz *Znanje o prvoj pomoći – I. dio* ($p=0,013$). Poželjno bi bilo utvrditi na koji način se provodila edukacija ispitanih odgojitelja iz privatnih i vjerskih vrtića te utvrditi razinu u ostalim područjima prve pomoći.

161 odgojitelj (40,86%) zadnju edukaciju imao je prije 1–5 godina, 86 odgojitelja (21,82%) prije 5–10 godina, a čak 79 odgojitelja (20,05%) imalo je edukaciju o prvoj pomoći prije više od 10 godina. Ovaj podatak ukazuje na potrebu analiziranja postojeće edukacije odgojitelja unutar predškolskog sustava. Potrebno je ustanoviti zašto je u nekim dječjim vrtićima zadnja edukacija provedena prije više od 5, 10 ili 15 godina i je li unutar tih vrtića zaposlen zdravstveni djelatnik. Također, potrebna je veća uključenost zdravstvenih voditelja (tamo gdje su prisutni) i ravnatelja u izradi plana i smjernica kvalitetne zdravstvene edukacije odgojitelja. Ovi rezultati upravo ukazuju na potrebu pronalaženja načina za uključivanjem redovite edukacije iz prve pomoći u sustav predškolskog odgoja. Javlja se i potreba izrade pravilnika o postupanju s djecom sa zdravstvenim teškoćama unutar dječjih vrtića od strane Ministarstva zdravstva, Ministarstva obrazovanja, Agencije za odgoj i obrazovanje i Društva medicinskih sestara dječjih vrtića. Tu bi odgojitelji imali jasno postavljene smjernice u pružanju prve pomoći i primjeni određenih lijekova (npr. Diazepam klizma, Epi pen štrcaljka, inzulin i sl).

Preporuka je da se nakon određenog vremenskog odmaka ovo istraživanje ponovi te da u njemu bude veća uključenost odgojitelja s otoka i iz ruralnih sredina.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem rezultata provedenog istraživanja, moguće je zaključiti sljedeće:

1. Nakon obavljenog testiranja utvrđeno je da su ispitanici u visokoj mjeri točno odgovorili na pitanja iz grupe 1 i 2 tj. *Odgovornost odgojitelja i Znanje o prvoj pomoći – I. dio*, odnosno iskazana je visoka razina znanja.
2. Na grupu pitanja 3 tj. *Znanje o prvoj pomoći – II. dio* iskazana je umjerena razina znanja, odnosno srednja vrijednost točnosti odgovora na pitanja je 50% (dakle, skromni prolazak).
3. Prema samoprocjenama odgojitelja može se zaključiti da prevladava niska razina educiranosti o pružanju prve pomoći.
4. Testiranjem je utvrđena statistički značajna razlika u *Samoprocjeni odgojitelja* o svojoj educiranosti o pružanju prve pomoći kod odgojitelja s radnim stažem manjim od 20 godina u odnosu na odgojitelje s radnim stažem od 20 godina ili više. Odgojitelji s više od 20 godina radnog staža smatraju da imaju veće znanje, međutim, to nije potvrđeno i rezultatima. Ovime se odbacuje hipoteza 1.
5. Razlika u znanju na 3 grupe tvrdnji nije utvrđena (empirijske o vrijednosti $>0,05$).
6. Prema mjestu rada viša je razina znanja kod odgojitelja iz područja grada u odnosu na općine i otoke ($p=0,005$). Ovaj podatak potvrđuje hipotezu broj 3.
7. Razlika u znanju mjerenom grupama *Odgovornost odgojitelja i Znanje o prvoj pomoći – II. dio* nije utvrđena, dok u slučaju smanjenja pouzdanosti testiranja na 90% razlike bi bile utvrđene.
8. Razlika u samoprocjeni educiranosti o pružanju prve pomoći nije utvrđena.
9. Testirajući razliku s obzirom na vlasništvo odgojne ustanove utvrđena je statistički značajna razlika u znanju mjerena grupama *Odgovornost odgojitelja i Znanje o prvoj pomoći – I. dio* gdje je viša razina znanja utvrđena kod odgojitelja koji rade u vrtiću koji je u vlasništvu fizičke osobe/vjerske zajednice. Na temelju ovog podatka hipoteza broj 2 se odbacuje.
10. Razlika u znanju mjerenom grupom *Znanje o prvoj pomoći – II. dio* te *Samoprocjeni odgojitelja* o educiranosti o pružanju prve pomoći nije utvrđena.

7. LITERATURA

1. Republika Hrvatska. Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe. Narodne novine 63/08.
2. Republika Hrvatska. Zakon o predškolskom odgoju i naobrazbi. Narodne novine 10/97 i 107/07.
3. Republika Hrvatska. Program zdravstvene zaštite djece i higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima. Narodne novine 105/02, 55/06, 121/07.
4. Bralić I. Kako zdravo odrastati. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
5. Mestrovic J, Bralic I, Simetin IP, Mujkic A, Radonic M, Rodin U. The Child Health Care System of Croatia. J Pediatr. 2016;177S:S48-S55.
6. Sonmez Y, Uskun E, Pehlivan A. Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. Turk PediatriArs. 2014;49(3):238–246.
7. Slabe D, Fink R. Kindergarten teachers and their assistants knowledge of first aid in Slovenian kindergartens. Health Education Journal. 2013;72(4):398-407.
8. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-14_hr (Datum pristupa: 10.06.2018.)
9. Švel I, Grgurić J. Zdravstvena zaštita djece. Zagreb: Školska knjiga; 1996.
10. Mardešić D. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2003.
11. Benčić V. Psihomotorni rast i razvoj djece predškolske dobi-završni rad. Varaždin: Sveučilište sjever; 2016.
12. Balenović I. Tim za sretnije odrastanje. Zagreb: Moj vrtić - priručnik za sretnije odrastanje; 2008.
13. Zović P. Dječji vrtić kao dječja kuća - izazovi teorije i prakse. Pula: Sveučilište u Puli, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti; 2017. <https://repozitorij.unipu.hr/islandora/object/unipu%3A1887> (Datum pristupa: 10.06.2018.)
14. Ilić R, Ivasić J, Malčić I. Zdravstvena njega zdravog djeteta i adolescent. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
15. Starc B, Čudina-Obradović M. Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolski dobi. Zagreb: Gloden marketing-Tehnička knjiga; 2004.

16. Mihić I. Načela sestrištva u dječjem vrtiću. Zagreb; Moj vrtić - priručnik za sretnije odrastanje; 2010;61:30–32.
17. Hofer B. Medicinska sestra u dječjem vrtiću. Zagreb: Moj vrtić - priručnik za sretnije odrastanje; 2007.
18. Mujkić A. Sprečavanje nesreća i povećanje sigurnosti djece predškolske dobi. Zagreb: UNICEF Ured za Hrvatsku; 2010.
19. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, et al. World report on child injury prevention. World Health Organization & United Nations Children's Fund. Geneva; 2008.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/World_report.pdf (Datum pristupa: 12.06.2018.)
20. Hofer B. Ozljeđe u vrtiću. Zagreb: Moj vrtić – priručnik za sretnije odrastanje; 2007;1:17.
21. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Prevencija ozljeđivanja male djece. Rijeka. Dostupno na: http://www.zzjzpgz.hr/publikacije/Prevencija_ozljeđivanja_djece.pdf (Datum pristupa: 12.06.2018)
22. Vučemilović Lj. Igralište po mjeri djeteta. Zagreb: Dijete, vrtić, obitelj; 2006;44:27-28.
23. Jelašić Đ. Zdravo i sigurno dijete u jaslicama i vrtiću. Zagreb: Dijete, vrtić, obitelj; 2007;49:29-30.
24. Vučemilović Lj. Zdravstveni odgoj u dječjem vrtiću. Zagreb: Dijete, vrtić, obitelj; 2013;72:30-31.
25. Vujić Šisler LJ, Vučemilović Lj. Trebam tvoju pomoć: priručnik za pružanje prve pomoći u dječjem vrtiću. Zagreb: HUMS; 2009.
26. Matas N.S. Edukacijom pučanstva do kvalitetnije prve pomoći bolesniku-diplomski rad. Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; 2005.
27. Sklepić S. Hitni medicinski postupci. Čakovec: Zrinski d.d.; 1996.
28. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Zdravstveni odgoj, priručnik za učitelje i stručne suradnike u razrednoj nastavi. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje; 2013.

29. Ivanišević K. Promocija zdravlja u školskom okruženju-završni rad. Split: Sveučilište u Splitu; 2014.
30. <https://mzo.hr/hr/razvoj-programa-ranog-predškolskog-odgoja-obrazovanja> (Datum pristupa: 08.06.2018.)
31. Başer M. Evaluating First-aid Knowledge and Attitudes of a Sample of Turkish Primary School Teachers. *J Emerg Nurs.* 2007;33(5):428-32.
32. Sosada K, Zurawiński W, Stepień T, Makarska J, Myrcik D. Evaluation of the knowledge of teachers and high school students in Silesia on the principles of first aid. *Wiad Lek.* 2002;55:883-9.
33. Ercan H, Ozen A, Karatepe H, Berber M, Cengizlier R. Primary school teachers' knowledge about and attitudes toward anaphylaxis. *Pediatr Allergy Immunol.* 2012;23(5):428-32.
34. Karadag Arli S. The Effects of Basic First Aid Education on Teachers' Knowledge Level: A Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences.* 2017;10(2):813-818.
35. Vučemilović Lj. Počeci razvoja sestrinstva u predškolskim ustanovama. Zagreb: Dijete, vrtić, obitelj; 2013;71:30-31.
36. Republika Hrvatska. Državni zavod za statistiku. Dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja. Izvješće za početak pedagoške godine 2017./2018. Zagreb; 2018.
37. Sekelj A. Prva pomoć - doktrina i praksa. Zagreb: Medicinska zaklada; 2006.
38. Jasprica-Hrelec V. Hitna medicinska pomoć u izvanbolničkim uvjetima. Zagreb: Jaspra; 1996.
39. Li F, Sheng X, Zhang J, Jiang F, Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. *BMC Pediatr.* 2014;24:14-209.
40. Slabe D, Fink R, Dolenc E, Kvas A. Knowledge of health principles among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdrav Var* 2016;55(3):185-194.
41. Petrić J, Malički M, Marković D, Meštrović J. Students' and parents' attitudes toward basic life support training in primary schools. *Croat Med J.* 2013;54:376-80.
42. Johnson MP, Lubker BB, Fowler MG. Teacher needs assessment for the educational management of children with chronic illnesses. *J Sch Healt.* 1988;58(6):232-5.

43. Bradbury AJ, Smith CS. An assessment of the diabetic knowledge of school teachers. *Arch Dis Child*. 1983;58(9):692-6.
44. Stohlhofer B, Lahrmann H, Frank W, Zwick H. Report on the current knowledge of Vienna primary school teachers about bronchial asthma in children. *Pneumologie*. 1998;52(7):406-11.
45. Heller B, Oros M, Durney-Crowley J. The Future of Nursing Education: Ten Trends to Watch. *National League of Nursing*. 2000;21(1):9-13.
46. Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*. 2012;28(4):490-501.
47. Mujkić A. Nesreće u djece - breme 21 stoljeća. *Paediatr Croat*. 2015;59(1):141-144.
48. Pandey R. First aid knowledge among health assigned teachers of primary schools. *Int J Res Med Sci*. 2017;5(4):1522-1527.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: cilj ovog rada je utvrditi razinu znanja odgojitelja Splitsko-dalmatinske županije o postupcima prve pomoći te procijeniti postoji li značajna razlika u razini znanja ovisno o godinama radnog staža, mjestu rada i ustanovi zaposlenja.

Ispitanici i metode: ispitanici su bili odgojitelji predškolske djece na području Splitsko-dalmatinske županije s više od jedne godine radnog staža. Svi ispitanici su bili ženskog spola zaposleni u državnim, privatnim i vjerskim dječjim vrtićima. Broj ispitanika uključenih u ovo istraživanje je 394. U radu su se koristile metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, metode deskriptivne statistike, Wilcoxonov signed test za jedan nezavisni uzorak te Mann-Whitney U test. Zaključci su doneseni pri razini signifikantnosti od 5%. Za potrebe analize je korišten MS EXCEL te statistički software STATISTICA 12.

Rezultati: nakon obavljenog testiranja utvrđeno je da su ispitanici u visokoj mjeri točno odgovorili na dvije grupe pitanja, odnosno iskazana je visoka razina znanja. Na treću grupu pitanja iskazana je umjerena razina znanja, odnosno srednja vrijednost točnosti odgovora na pitanja je 50%. Odgojitelji na području Splitsko-dalmatinske županije su svjesni svog nedovoljnog poznavanja postupaka prve pomoći, a to su potvrdili i rezultati. Naime, srednja vrijednost točnih odgovora na pitanja *Odgovornost odgojitelja u hitnim situacijama* iznosi 50% s centralnom tendencijom u rasponu od 50% do 100% točnih odgovora, dok je srednja vrijednost točnih odgovora kod *Znanje o prvoj pomoći – I. i II. dio* 40% s centralnom tendencijom u rasponu od 40% do 60% točnih odgovora. Prema mjestu rada viša je razina znanja kod odgojitelja iz područja grada u odnosu na općine i otoke ($p=0,005$). Testirajući razliku s obzirom na vlasništvo odgojne ustanove utvrđena je statistički značajna razlika u znanju mjerena grupama *Odgovornost odgojitelja* i *Znanje o prvoj pomoći – I. dio* gdje je viša razina znanja utvrđena kod odgojitelja koji rade u vrtiću koji je u vlasništvu fizičke osobe/vjerske zajednice.

Zaključak: s obzirom na to da ozljede mogu ostaviti veliki trag na psihičko i fizičko zdravlje djece, potrebno je da osobe koje skrbe o njima poduzmu sve moguće

preventivne mjere kako bi se one spriječile. To se očekuje i od odgojitelja predškolske djece. Kontinuirana edukacija iz prve pomoći, praćenje novih zdravstvenih smjernica, stalni nadzor na djecom i sigurnosna provjera vrtićkog materijala i prostora obveza su i dužnost svakog odgojitelja.

9. SUMMARY

Objectives: The aim of this paper is to determine the level of knowledge of preschool teachers in Split-Dalmatia County on first aid procedures and to assess whether there is a significant difference in the level of knowledge depending on years of work experience, place of work and employment establishment.

Participants and methodology: The respondents were kindergarten teachers in Split-Dalmatia County with more than one year of work experience. All respondents were female and employed in state, private and religious kindergartens. The number of respondents involved in this study was 394. The paper uses graphical and tabular presentation methods, descriptive statistics, Wilcoxon's signed test for one independent sample, and Mann-Whitney U test. The conclusions were made at the level of significance of 5%. This analysis was done using MS EXCEL and STATISTICA 12 statistical software.

Results: Having done the test, it was found that the high percentage of the teachers answered correctly to two groups of questions, i.e. a high level of knowledge was reported. The third group of questions resulted in a moderate level of knowledge, i.e. the mean value of correct answers is 50%. Kindergarten teachers in Split-Dalmatia County are aware of their inadequate knowledge of first aid procedures, as confirmed by the results. The average value of correct answers to the questions of *The responsibility of the teachers in emergency situations* is 50% with the central tendency ranging from 50% to 100% of correct answers, while the mean of the correct answers to *First Aid Knowledge – I. and II. part* is 40% with a central tendency ranging from 40% to 60% of correct answers. According to the place of work, the level of knowledge among the teachers in the city area is higher than in the countryside and on the islands ($p = 0.005$). As for the knowledge shown by the kindergarten teachers depending on the ownership of the educational establishment, a statistically significant difference was found in the knowledge measured by the groups *Responsibility of the Educator and the Knowledge of First Aid - part I*. A higher level of knowledge was shown by the teachers working in the kindergartens owned by a private person or a religious organization.

Conclusion: Since injuries can affect child's mental and physical health, it is necessary that persons in charge of their safety take all necessary precautions to prevent them. This is expected from the kindergarten teachers, as well. Permanent education in first aid, follow-up with new health guidelines, constant children supervision and kindergarten safety check are the duties of every teacher.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Ana Markota

Datum i mjesto rođenja: 13. kolovoza 1982. godine, Split

E-mail adresa: ana.markota@yahoo.com

OBRAZOVANJE

2015. - Diplomski studij sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split
2004. Klinički bolnički centar Split; položen stručni ispit
2003. - 2007. Medicinski fakultet Split, Stručni studij sestrinstva; viša medicinska sestra (31.03.2009. naziv se izjednačuje s nazivom stručna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva)
1997. - 2001. Zdravstvena škola Split; medicinska sestra/tehničar općeg smjera

RADNO ISKUSTVO

2008. - Privatni dječji vrtići u gradu Solinu: Calimero, Mala sirena, Pipi duga čarapa, Sunce moje malo i Šareni leptirić; zdravstvena voditeljica
2007. - Dječji vrtić Cvrčak Solin; zdravstvena voditeljica
2002. - 2003. Klinički bolnički centar Split; pripravnički staž

VJEŠTINE

- Rad na računalu Aktivno i svakodnevno korištenje MS office paketa
- Strani jezici Engleski jezik - aktivno
Portugalski jezik - aktivno
Talijanski jezik - pasivno
- Ostalo Hrvatski znakovni jezik - pasivno

ČLANSTVA

Hrvatska komora medicinskih sestara

Hrvatska udruga medicinskih sestara

Hrvatska udruga medicinskih sestara; Stručno društvo medicinskih sestara dječjih vrtića

Hrvatska udruga medicinskih sestara; Društvo medicinskih sestara dječjih vrtić

Splitsko-dalmatinske županije

Udruga stručnih suradnika u predškolskom odgoju Splitsko-dalmatinske županije