

Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi

Banfić, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:806396>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1269/SS/2020

Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi

Ines Banfić, 2361/336

Varaždin, srpanj 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1269/SS/2020

Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi

Student

Ines Banfić, 2361/336

Mentor

Doc. dr. sc. Tomislav Meštrović, dr. med.

Varaždin, srpanj 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODIEL	Odjel za sestinstvo	
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva	
PRISTUPNIK	Ines Benčić	NAVJESNI BROJ: 2361/336
DATUM	08.06.2020.	KOLEGIJ: Mikrobiologija s parazitologijom
NASLOV RADA	Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi	
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Attitudes of kindergarten teachers about pediculosis	
MENTOR	doc. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE: docent, znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr. sc. Ivana Živoder, predsjednik 2. doc. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor 3. dr. sc. Irena Canjuga, član 4. Ivana Herak, mag. med. techn., zamjenski član 5.	

Zadatak završnog rada

BROJ	1269/SS/2020
PPIS	
<p>Dječji vrtići oblik su kolektivnog smještaja sa specifičnim epidemiološkim karakteristikama, budući da u kolektivnim smještajima postoje posebni uvjeti koji pogoduju širenju zaraznih bolesti. Posebitosti u dječjim vrtićima koje pridonose širenju zaraznih bolesti su vrlo bliski međusobni kontakti između djece, ali i između djece i odgajatelja te karakteristike imunološkog sustava djece. Kao najčešće zarazne bolesti u dječjim vrtićima ističu se streptokokna angina, šarlah, vodene kozice, enteroviroze, salmoneloze te parazitarne zarazne bolesti kao što su enterobijeza, svrab i ušljivost. Odgajatelji i odgajateljice u dječjim vrtićima osobe su koje se često prve susreću s pojavom zaraze kod djeteta, stoga trebaju imati određena znanja i iskustvo u rješavanju tog problema. Samo iskustvo s određenom situacijom pridonosi stvaranju vlastitog pozitivnog ili negativnog stava. U kvalitativnom istraživanju koje će se provesti u sklopu ovog završnog rada naglasak će se staviti na iznošenje osobnih stavova, ali i iskazivanje stavova nakon postavljanja pitanja o određenim apcificnostima prethodno spomenute zarazne bolesti. U istraživanju će osim odgajatelja i odgajateljica sudjelovati i zdravstveni voditelji, odnosno voditeljice, što je od važnosti za sestriinsku struku. Ispitat će se stavovi koji se temelje na problemima s kojima se susreću prilikom pojave zaraze u kolektivu.</p>	

ZADATAK JE IZVŠEN 08.07.2020. POTPIŠ MENTORA Tomislav Meštrović

Predgovor

Zahvaljujem se mentoru doc. dr. sc. Tomislavu Meštroviću, dr. med. na prihvaćenom mentorstvu te stručnom vodstvu, razumijevanju, savjetima i ukazanoj pomoći tijekom pisanja ovog završnog rada.

Veliko hvala obitelji i prijateljima koji su mi bili podrška tijekom školovanja. Hvala mom zaručniku Darku koji je bio uz mene i pružao mi neizmjernu snagu te nikada nije dopustio da posustanem pred ciljem.

Sažetak

Dječji vrtići oblik su kolektivnog smještaja sa specifičnim epidemiološkim karakteristikama, budući da u kolektivnim smještajima postoje posebni uvjeti koji pogoduju širenju zaraznih bolesti. Posebitosti u dječjim vrtićima koje pridonose širenju zaraznih bolesti su vrlo bliski međusobni kontakti između djece, ali i između djece i odgajatelja te karakteristike imunološkog sustava djece. Kao najčešće zarazne bolesti u dječjim vrtićima ističu se streptokokna angina, šarlah, vodene kozice, enteroviroze, salmoneloze, uzrokovane bakterijama i virusima, u manjoj incidenciji gljivicama ili drugim mikroorganizmima te kao parazitarne zarazne bolesti enterobioza, svrab i ušljivost. Ušljivost glave, *Pediculus capitis* je sveprisutna parazitska bolest. Uš glave je najčešći nametnik koji se javlja u kolektivima poput dječjih vrtića te najčešće parazitira kod djece u dobi od 3 do 11 godina, iako se može pojaviti i kod odraslih osoba.

S obzirom da uš glave najčešće parazitira kod predškolske djece, u takvim kolektivima potreba je za provođenjem određenih epidemioloških mjera radi prevencije i sprječavanja daljnjeg širenja zarazne bolesti. Odgajatelji i odgajateljice u dječjim vrtićima osobe su koje se često prve susreću s pojavom zaraze kod djeteta, stoga trebaju imati određena znanja i iskustvo u rješavanju tog problema. Samo iskustvo s određenom situacijom pridonosi stvaranju vlastitog pozitivnog ili negativnog stava. U svrhu istraživanja stavova odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima o pedikulozi, konstruiran je polustrukturirani intervju. Naglasak je bio na iznošenje osobnih stavova, ali i iskazivanje stavova nakon postavljanja pitanja o određenim specifičnostima prethodno spomenute zarazne bolesti. U istraživanju su osim odgajatelja i odgajateljica, ukupno četrnaest ispitanika, sudjelovali i zdravstveni voditelji, odnosno voditeljice, ukupno troje ispitanika. Intervju se sastojao od tri skupine pitanja.

Njihovi stavovi temeljeni su pretežito na problemima s kojima se susreću prilikom pojave zaraze u kolektivu, no usprkos svim problemima, ističu pozitivan stav prema spomenutoj tematici. Kao najveći problem ispitanici ističu neadekvatnu edukaciju samih odgajatelja i odgajateljica, ali i roditelja. Stoga je potrebno pokrenuti određene mjere, koje bi uključivale rad medicinskih sestara/tehničara prvostupnika sestrinstva te na taj način pridonijele stvaranju ukupno pozitivnog stava i lakšem pristupu prevenciji i liječenju pedikuloze.

Ključne riječi: pedikuloza, edukacija, stavovi, medicinske sestre/tehničari

Summary

Kindergartens are a form of collective accommodation with specific epidemiological characteristics, since there are special conditions in collective accommodations that favor the spread of infectious diseases. The particularities in kindergartens that contribute to the spread of infectious diseases are the very close contact between children, but also between children and kindergarten educators and the characteristics of the immune system of children. The most common infectious diseases in kindergartens include streptococcal angina, scarlatina, chickenpox, enterovirosis, salmonellosis, caused by bacteria and viruses, with a lower incidence of fungi or other microorganisms, and as parasitic infectious diseases enterobiosis, itching and lice. Head lice, *Pediculosis capitis* is a ubiquitous parasitic disease. Head lice is the most common disease that occurs in collectives such as kindergartens and most commonly parasites in children aged 3 to 11 years, although it can also occur in adults.

Since head lice are most commonly parasitic in pre-school children, it is in such collectives that certain epidemiological measures need to be taken to prevent and prevent the spread of infectious disease. Kindergarten educators are people who first notice the onset of infections in a child, and therefore need to have some knowledge and experience in dealing with this problem. Only experience with a particular situation contributes to creating your own positive or negative attitude. A semi-structured interview was designed to investigate the views of pedagogues in kindergartens on pediculosis. The emphasis was on presenting personal views, but also expressing views after asking questions about certain specificities of the aforementioned infectious disease. In addition to educators, a total of fourteen respondents participated in the study, as well as health leaders, three in total. The interview consisted of three sets of questions.

Their attitudes are predominantly based on the problems they encounter when they become infected in the collective, but despite all the problems, they emphasize a positive attitude towards these topics. Respondents point out the inadequate education of the educators themselves, as well as the parents, as the biggest problem. It is therefore necessary to take certain measures, which would include the work of nurses / nursing technicians, thus contributing to the creation of an overall positive attitude and easier access to the prevention and treatment of pediculosis.

Key words: pediculosis, education, attitudes, nurses

Popis korištenih kratica

mm	milimetar
cm/min	centimetar po minuti
per os	na usta
ATP	adenozin trifosfat
°C	stupanj Celzijev

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Opća obilježja uši glave (Pediculus humanus capitis)	3
2.1. Anatomija i fiziologija	3
2.2. Životni ciklus	4
2.3. Način prijenosa	6
2.4. Klinička slika	6
2.5. Dijagnoza	6
2.6. Liječenje.....	7
2.6.1. Topikalni lijekovi	7
2.6.2. Oralni lijekovi.....	10
2.7. Prevencija.....	10
3. Specifičnosti dječjih vrtića vezano uz zarazne bolesti	13
3.1. Zarazne bolesti	13
3.1.1. Vogralikov lanac.....	13
3.1.2. Kliničke karakteristike zaraznih bolesti	15
3.2. Najčešće zarazne bolesti u dječjim vrtićima	16
3.2.1. Streptokokna angina (angina streptococcia, tonsillopharyngitis acuta)	16
3.2.2. Šarlah (scarlatina)	16
3.2.3. Vodene kozice (varicella zoster)	17
3.2.4. Enteroviroze (enteroviroses).....	18
3.2.5. Salmoneloze (salmonellosis)	18
3.2.6. Enterobioza (enterobiosis)	19
3.2.7. Svrab (scabies).....	19
3.2.8. Ušljivost (pedikuloza).....	20
4. Istraživački dio rada	21
4.1. Cilj istraživanja	21
4.2. Metode istraživanja	21
4.2.1. Ispitanici	21
4.2.2. Instrument za prikupljanje podataka-polustrukturirani intervju	22
4.2.3. Postupak provođenja intervjua	23
4.2.4. Analiza podataka	23
5. Rezultati	25

5.1.	Ispitanici.....	25
5.2.	Epidemiološke mjere	27
5.3.	Znanje	30
5.4.	Socijalni problemi.....	32
5.5.	Psihološki problemi	35
5.6.	Percepcija pedikuloze	37
6.	Rasprava	40
6.1.	Uloga medicinskih sestara/tehničara u liječenju i prevenciji pedikuloze	44
7.	Zaključak	47
8.	Literatura.....	51
9.	Prilozi.....	58
9.1.	Prilog 1. Intervju za odgajatelje i odgajateljice u dječjim vrtićima	58
9.2.	Prilog 2. Intervju za zdravstvene voditeljice/voditelje	63

1. Uvod

U kolektivnim smještajima postoje uvjeti koji pogoduju širenju zaraznih bolesti. U takve kolektivne smještaje ubrajaju se i dječji vrtići koji imaju specifične epidemiološke posebitosti koje pogoduju širenju infekcija. Prije svega tu se ubrajaju vrlo bliski međusobni kontakti te karakteristike imunološkog sustava djece koji je u predškolskoj dobi djece još nepotpuno razvijen. Nadalje, širenju zaraznih bolesti pogoduju i slabije razvijene higijenske navike djece, stavljanje raznih neprehrambenih proizvoda u usta, igranje zajedničkim igračkama i slično. Ulazak nekog infektivnog agensa u kolektiv povezan je s njegovom prevalencijom u općoj populaciji i brojem djece u kolektivu. Kada agens uđe u kolektiv, njegovo daljnje širenje ovisi o karakteristikama samog mikroorganizma u koje se mogu ubrojiti putovi širenja i preživljavanje u okolišu te osobine djece koja borave u određenom kolektivu, odnosno u dječjem vrtiću. Nadalje, na prienos zaraznih bolesti utječu čimbenici koji određuju kolektiv, gdje se kao čimbenici dječjih vrtića mogu izdvojiti ukupan broj djece, higijena u skrbi djece te higijena okoliša [1].

Spomenuto je kako su djeca predškolske dobi sklonija obolijevanju od zaraznih bolesti, gdje se ubrajaju zarazne bolesti koje su posljedica ulaska patogenog mikroorganizma u makroorganizam. Tome pogoduje činjenica da su djeca, kao i odrasle osobe, okruženi mnogim i različitim mikroorganizmima od kojih su najčešći bakterije, virusi, gljivice, praživotinje i drugi. U uzročnike zaraznih bolesti osim prethodno nabrojenih uključeni su i paraziti ili nametnici koje proučava medicinska parazitologija. Paraziti su jednostanični (protozoe) ili višestanični (helminiti) eukarioti koji mogu živjeti na površini tijela i nazivaju se ektoparazitima, a drugi parazitiraju u tijelu makroorganizma i nazivaju se endoparazitima ili unutarnjim nametnicima. Paraziti se razlikuju i s obzirom na invadiranje makroorganizma pa tako postoje stalni nametnici ili paraziti koji ostaju u nositelju ili na nositelju nakon invazije i povremeni nametnici ili paraziti koji napadaju makroorganizam povremeno kako bi se nasisali krvi koja im je potrebna za održavanje života, a nakon čega ga napuštaju [2].

Razvojem prilagodbe na parazitski način života, nametnici ili paraziti razvili su odnos s domaćinom koji se naziva parazitizam. Parazitizam je pojam koji označuje odnos dvaju živih bića, u ovom slučaju parazita i domaćina, gdje jedno od njih uvijek ima koristi (parazit), a drugo može imati manju ili veću štetu (domaćin). Paraziti su redovni manji od domaćina, ali iz njega crpe energiju što dovodi do slabljenja ili čak smrti domaćina [3].

Prethodno se spominje pojam ektoparazita kao prisutnost parazita na površini tijela. U ovoj skupini najopsežniji su pripadnici koljena člankonožaca, tj. Arthropoda (grč. *árrhron* - zglob, članak; *pūs, podós* - noga). Artropodi postoje kao velika skupina životinja koji su klasificirani na arahnide (arachnidis), koji imaju osam nogu (npr. crvi, krpelji i pauzi) i heksapode (hexapods), koji imaju šest nogu (npr. uši, komarci, buhe) [4].

Iz skupine heksapoda može se izdvojiti red Phthiraptera (uši) kome pripadaju kukci koji su ektoparaziti toplih krajeznjaka. Dije se u red Anoplura (sisajuće ili prave uši) i Mallophaga (grizuće uši ili tekuti). Sisajuće uši su stalni nametnici, oblikom malih plosnatih kukaca koji su tijekom evolucije izgubili krila, a koji ne mogu dulje vrijeme preživjeti bez domaćina. Posjeduju usne organe za bodenje i sisanje krvi te svakih par sati sišu krv domaćina. Nadalje, sisajuće uši imaju jake noge koje završavaju pandžicom te se na taj način pričvršćuju za dlaku domaćina. Uši polažu jaja koja se lijepe za dlaku domaćina ili ostaju u odjeći domaćina [3]. Vrsta sisajuće uši *Pediculus humanus* podijeljena je u dvije podvrste, a to su *Pediculus humanus corporis* ili tjelesna uš te *Pediculus humanus capitis* ili uš glave. Na tijelu čovjeka parazitira i stidna uš, *Phthirus pubis*. Boja krvosisajućih uši tamnija je od boje grizućih uši koja može biti blijedo bež do tamno sive boje [5].

Ušljivost glave, *Pediculosis capitis* je sveprisutna parazitska bolest. Uš glave može se razmnožavati samo na ljudskom vlasištu i kosi. *Pediculosis capitis* obično se javlja u manjim epidemijama u vrtićima i školama. Dijagnoza zaraze ušima postavlja se vizualnim pregledom dlaka i vlasišta ili češljanjem sa suhim ili mokrim češljem. Za kontrolu i sprječavanje daljnjeg prijenosa uši glave potrebno je praćenje osoba zaraženih ovom uši te njihovo izdvajanje iz kolektiva [6].

Uš glave također je i najčešći nametnik koji se javlja u kolektivima poput dječjih vrtića te najčešće parazitira kod djece u dobi od 3 do 11 godina, iako se može pojaviti i kod odraslih osoba. Lako se može prenijeti s osobe na osobu, stoga ne začuđuje pojava ovog nametnika u dječjim vrtićima. Zbog bliskog kontakta djece, zajedničke igre i dijeljenja predmeta i igračaka, uš glave parazitira najčešće upravo kod predškolske djece [1].

U ovom radu istaknut će se opća obilježja uši glave koja se javlja kao najčešći nametnik u djece predškolske dobi. U radu će biti opisani životni ciklus uši glave, kliničke karakteristike, metode dijagnostike i liječenja te prevencija. Naglasak u istraživačkom dijelu rada bit će orijentiran na stavove odgajatelja u dječjim vrtićima o ušljivosti, epidemiološkim mjerama i postupcima odgajatelja prema roditeljima djece koja imaju uš glave te postupcima roditelja prema odgajateljima. U svrhu istraživanja korišten je intervju.

2. Opća obilježja uši glave (*Pediculus humanus capitis*)

Ušljivost glave *Pediculosis humanus capitis* uzrokovana je infestacijom uši *Pediculus humanus capitis* i obično je ograničena na područje vlasišta. Uš glave infestira sve razine društva, javlja se u svim dobnim i etičkim skupinama. Djeca u dobi od treće do jedanaeste godine imaju najvišu razinu prevalencije uglavnom zbog bliskog kontakta sa ostalom djecom. Uš glave hrani se svakih 4-6 sati i umire u manje od jedan dan ako se odvoji od domaćina. Gnjide ostaju održive i na vlasima koje ispadaju u okoliš u razdoblju od dva tjedna. Kako bi se spriječila reinfestacija, potrebno je ograničiti bliske kontakte. Stvari iz osobne upotrebe, poput odjeće, kapa, šešira, posteljine i slično, potrebno je oprati u vrućoj vodi u sušiti na visokim temperaturama [7].

2.1. Anatomija i fiziologija

Kada se govori o anatomskim karakteristikama uši glave, spominje se kratka i uska glava s dvije antene na vrhu koje su podijeljene u pet dijelova. Grudni koš je kompaktan, a trbušni dio, podijeljen na sedam dijelova, membranozan je sa bočnim paratergalnim pločama [8]. Tijelo uši glave prekriveno je kutikulom koja može biti obojena, a stupanj obojenosti može reflektirati boju kože domaćina [9]. Makro-anatomski prikaz uši glave prikazan je na slici 2.1.1.



Slika 2.1.1. Makro-anatomski prikaz uši glave

Izvor: R. Ghurye. Human head lice. British Journal of Family Medicine, March, 2018

(<https://www.bjfm.co.uk/human-head-lice-microanatomy-and-newer-treatments>)

Uši mogu biti muške i ženske, a muške se prepoznaju po velikom vezikularnom penisu i prednjem tibulotarsusu kojim se hvataju za ženske uši. Uši glave obično se hrane pet puta dnevno tako što sišu krv domaćina. Digestija krvnog obroka je brza jer eritrociti brzo hemoliziraju i propadaju [9]. Crijeva uši su osjetljiva na puknuće te sama uš može postati crvena ako crijevni sadržaj difundira u hemolimfu [10]. Izmet uši sadrži veliku količinu amonijaka, koji djeluje privlačno za ostale uši. Uši posjeduju osjetne žlijezde u antenama glave pomoću kojih identificiraju ovaj stimulans. Kada uš dostigne zreli stadij može se odmah razmnožavati, a tijekom dugotrajnijeg razmnožavanja i mužjak i ženka nastaviti će se hraniti tijekom cijelog postupka. Ženke polažu oko osam jajašca na dan, a kako nemaju organ za skladištenje sperme, moraju se pariti prije polaganja jajašaca, stoga je učestalo parenje kritično [11]. Populacije uši glave razlikuju se prema veličini, dinamici i omjeru broja muških nasuprot ženskih uši. U prirodnim populacijama omjer broja muških naspram ženskih uši je 1:6 [12].

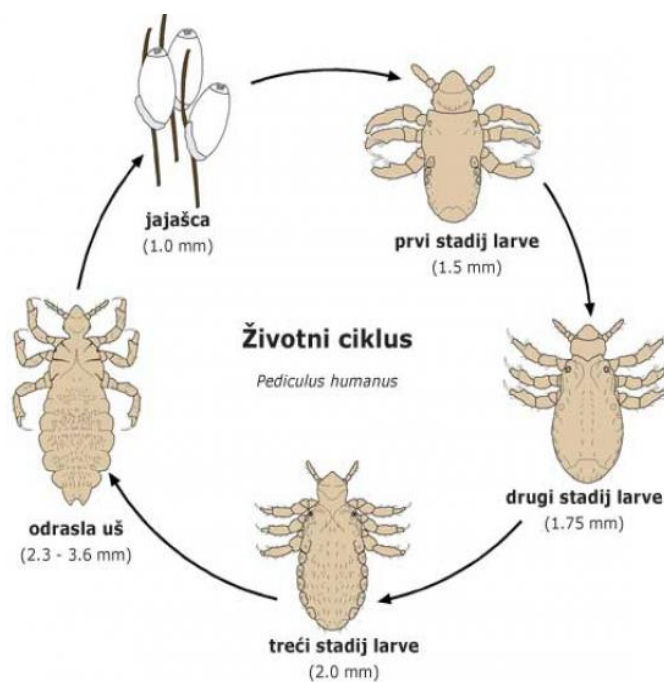
2.2. Životni ciklus

Svim ušima (Phthiraptera) zajednička karakteristika je da parazitiraju ptice i sisavce, uključujući i ljude, a pritom se zadržavaju neposredno na koži, odnosno svrstavaju se u skupinu ektoparazita. Cijeli životni ciklus provode na domaćinu hraneći se krhotinama epidermalnog tkiva, dijelovima perja ili krlju, kao što je u slučaju prehrane uši glave [13]. Prethodno je spomenuto kako se uši glave hrane krlju i to kroz pet obroka dnevno. Svakim obrokom krvi količina slinje od uši glave inokulira se na područje vlasišta te domaćin postaje osjetljiv na antigene uši i fekalne otpadne tvari te domaćinom imunološki odgovor reagira stvaranjem sekundarne impetiginizacije i dovodi do svrbeži vlasišta [14].

Životni ciklus odrasle ženke uši glave traje od 9 do 30 dana i ima tri stadija: jaje, nimfa i odrasla uš. Ženke ušiju žive na vlasištu i ležu jaja na bazi dlake uz vlasište [4]. Za pričvršćivanje jajeta na dlaku uz vlasište odrasla ženka uši izlučuje ljepilo iz reproduktivnog organa. Ovo ljepilo brzo se stvrdnjava i stvara tzv. nitnu ovojnici koja pokriva cijelu dlaku i jaje osim dijela operkulum, kapice kroz koju zametak diše. Termini „nit“ i „jajašce“ odnose se na gnjide. Veličine su od 0,3 do 0,8 mm, ovalne i obično žute ili bijele boje. Izbacivanje jajašaca traje oko tjedan dana (raspon od 6 do 9 dana). Prihvatljiva jajašca obično se nalaze unutar 6mm od vlasišta jer se morfogeneza pospješuje na tjelesnoj temperaturi čovjeka. Pojedina plodna ženka tijekom svog 30-dnevnog ciklusa može odložiti oko 150-250 jajašaca [14]. Kada bi se sagledao broj na dnevnoj bazi, iznosio bi 7-10 jajašaca na dan [4].

Nakon 8-9 dana iz gnjida, odnosno jajašaca, izlegnu se nimfe [15]. Nimfe se oslobađaju iz jajašaca, a nitna ovojnica tada postaje vidljiva, prljavo žute boje i ostaje pričvršćena na osovini kose. Nimfa izgleda kao odrasla uš, ali je manje veličine, mjerljivo sa veličinom samo vrha glave odrasle uši. Nimfe prolaze kroz tri stadija i postaje odrasla uš u razdoblju od 7 do 10 dana nakon izlaska iz jajašca. U prvom i drugom stadiju razvitka nimfe su gotovo nepokretne pa se širenje zaraze na druge osobe odnosi na termin kada se nimfa nalazi u trećem stadiju razvitka [16].

Nakon što se nimfe oslobode iz jajašca te prođu tri stadija razvitka, za što je ukupno potrebno oko 25-28 dana, nastaju odrasle uši [13]. Na slici 2.2.1. prikazan je razvojni ciklus uši od stadija jajašca do odrasle uši. Odrasla uš veličine je usporedive sa sjemenom sezama, odnosno od 2 do 4 mm, ima šest nogu sa kandžama te je sivkasto-bijele boje. Ženke uši obično su veće od mužjaka. Osim po veličini, ženka uši razlikuje se od mužjaka i po stražnjim izbočenjima koja stvaraju upadljivu „V“ strukturu koju koristi za pričvršćivanje na dlaku kose i odlaganje jaja. Ženka uši ne posjeduje smeđe trake po leđima koje su karakteristične za mužjaka uši. Odrasle uši kreću se brzinom od 23 cm/min. Mogu preživjeti i do 30 dana na vlasištu domaćina ukoliko imaju odgovarajuću prehranu. Zbog učestalih obroka krvi, uši glave rijetko prežive dulje od 36 sati bez hrane [17].



Slika 2.2.1. Razvojni ciklus uši glave

Izvor: Uši glave i tijela

<https://sanitarac.com/dezinsekcija/usi-glave-i-tijela>

2.3. Način prijenosa

Način prijenosa uši s jedne osobe na drugu ostvaruje se bliskim kontaktom osoba, budući da uši nemaju krila. Prelaze s jedne osobe na drugu pomoću kandži na nogama sa kojima se hvataju na vlas kose. Dijeljenje pokrivala za glavu, poput kapa i šešira također omogućuje prijenos uši s jedne osobe na drugu [18]. Nadalje, zajednička upotreba češljeva također omogućuje prijenos uši s jedne osobe na drugu [4]. Djevojčice su češće aficirane od dječaka iz razloga što uši glave odbijaju svjetlost i favoriziraju tamnija područja, stoga nastanjuju tamniju i gušću kosu [17].

2.4. Klinička slika

Nakon što su se uspješno pričvrstile za dlake vlasišta, uši počinju uzimati svoje obroke krvi. Tijekom sisanja krvi, uši ubrizgavaju svoju slinu u vlasište kako bi spriječile zgrušnavanje krvi i time održale fluidnost za sisanje krvi. U rijetkim slučajevima kronična i teška zaraza ušima može dovesti do anemije, najčešće kod žena koje pate od manjka željeza u krvi. Karakterističan znak bolesti je svrbež vlasišta. Svrbež se javlja zbog senzibilizacije kože antigenom uši, koji se unosi tijekom sisanja krvi. Međutim, asimptomatska zaraza ušima glave je najčešća. Učestalo grebanje kod zaraženog pojedinca može dovesti do gubitka integriteta kože i pojave bakterijske infekcije i impetignizacije. U malom broju slučajeva mogu se pojaviti pacijenti s vrućicom, nelagodnom, razdražljivošću i otečenim limfnim čvorovima na vratu [19].

Fizikalnim pregledom vlasišta mogu se pronaći gnjide koje su čvrsto pričvršćene za osovinu kose unutar 6mm od kože vlasišta. Gnjide se često nalaze u retro-aurikularnim područjima glave i na okcipitalnom području. Nadalje, zbog učestalog grebanja vlasišta često se mogu pronaći i brojne papule, vezikule, ponekad i urtike te ekzorijacije. Ukoliko se javi sekundarna bakterijska infekcija, na području vlasišta javljaju se i pustule i kruste, najčešće na nuhalnoj regiji. U aficiranim područjima gnjide se teško mehanički odstranjuju [20].

2.5. Dijagnoza

Dijagnoza *Pediculus humanus capitis* zahtijeva pažljivo promatranje vlasišta zbog održivih jajašca, nimfa i živih ušiju. Potrebno je izdvojiti dovoljno vremena za temeljiti pregled i potragu za raznim stadijima razvoja uši [17]. Na vlasištu je potrebno uočiti kliničke promjene te se

dijagnoza potvrđuje nalazom gnjida ili uši u vlasištu. Također, može se koristiti Woodova lampa pomoću koje se mogu razlikovati prhuti kose (lagano padaju sa vlasi) od gnjida (čvrsto prijanjaju uz vlas). Nadalje, pregledom vlasišta pomoću Woodove lampe gnjide i prhuti razlikuju se po bojama, odnosno, prhuti su pod lampom plavobijele boje, a gnjide žutozelene boje [4]. Nadalje, diferencijalna dijagnoza uši glave potvrđuje ili isključuje prisutnost piodermije vlasišta, seboroičkog dermatitisa, bijele ili crne pijedre i drugo [21]. Prilikom dijagnosticiranja potrebno je imati na umu da prisutnost gnjida nije dovoljno za dijagnozu, međutim prisutnost gnjida unutar 7 mm od vlasišta ukazuje na aktivnu infestaciju ušima. Temeljito češljanje prilagođenim češljem u vremenu od 10 minuta može biti koristan alat za probir [22]. Upotreba povećala može pomoći u vizualizaciji odrasle uši ili gnjide. Nekontaktna dermoskopija korisna je za potvrđivanje dijagnoze uz mogućnost pohranjivanja slike za buduću upotrebu. U nejasnim slučajevima, nekontaktna dermoskopija može pomoći u razlikovanju kliničke slike ušljivosti od seboroičkog dermatitisa [23].

2.6. Liječenje

Kutikula koja prekriva površinu uši glave, *Pediculus humanus capitis*, lipoidnog je sastava, stoga omogućuje prodor insekticida u organizam uši. Insekticidi prelaze iz veće koncentracije (formulacija lijeka) u područje manje koncentracije (lipidi kutikule). Načelo liječenja infestacije ekto parazitima označava kako parazit mora postići maksimalnu količinu lijeka s minimalnim sistemskim prodorom u organizam domaćina [24]. Svatko za koga postoji sumnja da ima zarazu ušima treba proći kroz temeljiti pregled i ako se pronađu bilo kakvi znakovi aktivne zaraze potrebno je pristupiti liječenju. Glavni cilj liječenja je ubijanje jajašaca (gnjida) i odraslih ušiju. To se može postići kroz 3 kombinacije liječenja koja uključuju primjenu topikalnih pedikulocidnih sredstava, vlažnim češljanjem i primjenom lijekova per os [17].

2.6.1. Topikalni lijekovi

Postoje različite formulacije topikalnih lijekova koji se koriste za liječenje pedikuloze, a to su losioni za odvajanje faza, evaporirajući losioni i insekticidni šamponi [24].

Potrebno je napomenuti kako niti jedno od topikalnih sredstava nije potpuno ovoidno sredstvo, stoga bi tretman trebalo ponoviti tjedan do dva nakon prve aplikacije [20].

Tablica 2.6.1.1. prikazuje popis topikalnih lijekova koji se koriste kod infestacije ušima glave uz opisani mehanizam djelovanja, postupke primjene i procjenu efikasnosti [17].

TOPIKALNI LIJEK	GRUPA	MEHANIZAM DJELOVANJA	NAČIN PRIMJENE	NUSPOJAVE	EFIKASNOST
Permetrin krema (5%)	sintetski insekticid	remeti prolaz natrija kroz kanale	topikalna primjena na čistu i suhu kosu preko noći	nema	slaba
Malation (0,5%)	organo- fosfatski insekticid	inhibitor acetilkolin- esteraze	topikalna primjena kroz 8-12 sati	peckanje kože, opekline	odlična
Lindan (1%)	organoklorov	toksično djelovanje na CNS	topikalna primjena na čistu i suhu kosu, ne duže od 4 minute i nakon toga ispiranje vodom	neurološki simptomi, >2g korištenja- problemi laktacije	slaba
Ivermektin (1%)	avermektin	inhibitor kloridnih kanala	topikalna primjena kroz 10 minuta	nema	eksperimentalni proizvod
Benzilni alkohol (5%)	alkoholi	asfiktično djelovanje	topikalna primjena kroz 10 minuta	piodermija, iritacija očiju	nije ovocidno

Tablica 2.6.1.1. Topikalni lijekovi kod infestacije ušima glave

Izvor: M. Bhushan i sur. Pediculosis capitis: An update. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology, 2012, 78.4: 429. (www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2012;volume=78;issue=4;spage=429;epage=438;aulast=Madke7)

Prethodno je spomenuto kako je postupak liječenja potrebno ponoviti u razdoblju tjedan do dva nakon prve aplikacije iz razloga što pedikulocidna sredstva nisu potpuno ovocidna [20]. Sva pedikulocidna sredstva potrebno je isprati nakon propisanog vremenskog ograničenja hladnom vodom. Ispiranje toplom vodom može povećati sistemsku apsorpciju lijeka uslijed pojačane vazodilatacije vlasišta [17]. U liječenju se najčešće koriste Lindan šampon kroz dva dana uzastopno, a kosu je potrebno oprati jednom dnevno, zatim Permetrin 5%-tni, a alternativno liječenje uključuje primjenu malationa i ivermektina. Postoje slučajevi rezistencije na lindane i permetrine [20]. Rezistencija na permetrine povezana je s pojačanom živčanom senzibilizacijom koja je nastala kao posljedica mutacije. Međutim, mutacije povezane s permetrinskom rezistencijom ne daju unakrsnu rezistenciju na različita farmakološka sredstva, stoga se kao alternativa permetrinskim pripravcima koriste oni koji u svom sastavu sadrže malation [25]. Nadalje, u liječenju pedikuloze koristi se i jednostavan pripravak mješavine jednakih dijelova petroleja i maslinovog ulja koje ostaju na vlasištu preko noći, a ujutro se kosa iščešljava gustim češljem namočenim u ocat. Ovakav pripravak učinkovit je za odstranjenje jajašca (gnjida) [20]. Ciljevi liječenja topikalnim lijekovima u kombinaciji s iščešljavanjem su [15]:

- istovremena eliminacija živih odraslih ušiju s vlasišta u jednom danu
- eliminacija jajašca (gnjida) iščešljavanjem svakodnevno u narednim danima do nestanka zadnje gnjide [15].

Eliminacija jajašca (gnjida) mehaničkim putem naporan je i dugotrajan postupak. Eliminacija gnjida mora se raditi ručno zbog prethodno spomenutog nepotpunog ovocidnog djelovanja pedikulocida. Uklanjanje gnjida može se olakšati češljanjem vlažne kose. Mehaničko uklanjanje ušiju vlažnim češljanjem je vremenski testirana metoda. Obrazloženje metode je da uši, odnosno nimfe koje se oslobode iz jajašca ne mogu prijeći na drugog domaćina u vremenu od tjedan dana jer su tada u stadijima nepokretnosti i ne mogu se razmnožavati do stadija zrelosti. Stoga, ako se gnjide iščešljaju prije nego se razviju nimfe, odnosno, prije razdoblja trećeg stadija razvitka nimfi, tada se zaraza može iskorijeniti. Postupak iščešljavanja provodi se na vlažnoj kosi uz dodatak balzama za kosu ili ulja za kosu u vremenu od 15 do 30 minuta, ovisno o dužini kose. Potrebno je koristiti češalj svjetlije nijanse (žute, bijele, ružičaste) kako se jednostavnije uočile gnjide i odrasle uši. Iščešljavanje je potrebno ponavljati jednom u dva do tri dana tijekom tjedna i zatim nastaviti kroz dva tjedna [26]. Nadalje, u slučaju da topikalni lijekovi i iščešljavanje ne pomognu, postoji i metoda nanošenja vazelina na cijelu površinu vlasišta te se tako ostavlja preko noći. Vazelin prekriva operkulum jajašca i samim time zakazuje respiratorni sustav jajašca. Metoda se rijetko koristi zbog teškog uklanjanja vazelina s vlasišta nakon tretmana [27].

2.6.2. Oralni lijekovi

Sistemska terapija pedikuloze djeluje kao pomoć u kombinaciji s lokalnom terapijom. Lijekovi poput klotrimoksazola i ivermektina pokazali su dobru učinkovitost protiv ušiju. Sulfametoksazol/Trimetoprim antibiotik je koji sadrži sulfonamid i blokira metabolizam folata. Uši ovise o vitaminu B i folnoj kiselini, koje sintetizira bakterijska flora probavnog trakta uši. Kada se antibiotik sulfametoksazol daje inficiranom pacijentu, lijek dopiye u cirkulaciju uši tijekom obroka krvi i rezultira ubijanjem bakterijske flore probavnog trakta te posljedično dovodi do gubitka esencijalnih vitamina [28].

Ivermektin je antihelmintički lijek, strukturno sličan antibioticima iz skupine makrolida. Veže se za kloridne kanale koji se nalaze u živčanim i mišićnim stanicama te uzrokuje povećanje propusnosti stanične membrane za kloridne ione. Na taj način dolazi do hiperpolarizacije koja rezultira smrću uši. Ivermektin ima minimalan afinitet prema kloridnim kanalima domaćina, odnosno, ne prolazi ni krvnu ni moždanu barijeru kod ljudi. Ne preporučuje se djeci mlađoj od 5 godina, kao ni trudnicama i dojiljama [29].

Abendazol je antiparazitni lijek širokog spektra, koji se koristi za liječenje helmintičkih i protozoalnih infekcija. Djeluje na principu inhibicije putova glukoze, što u konačnici dovodi do iscrpljivanja ATP-a i stanične smrti [30].

Levamisol je agonist nikotinskog receptora za acetilkolin, koji se brzo i gotovo u potpunosti apsorbira iz gastrointestinalnog sustava. Zbog svojeg agonističkog djelovanja na acetilkolinski receptor dolazi do toničke paralize ektoparazita i njegove smrti [31].

2.7. Prevencija

Pedikuloza je zaraza koja je proširena diljem svijeta. U razvijenim zemljama stopa infestacije djece u dobi od 4 do 13 godina ostaje visoka usprkos preventivnim mjerama. Razlog tome je postojanje brojnih neučinkovitih pedikulocida, nepravilne uporabe učinkovitih sredstava, toksikoloških problema i razvoja sojeva uši otpornih na pedikulocide [32]. Prethodno je spomenuto kako se rezistencija na pedikulocide javlja zbog neučinkovitih sredstava i nepravilne uporabe učinkovitih sredstava, no tome doprinosi i pogrešno postavljane dijagnoza pedikuloze pri čemu će zaražena osoba nepotrebno biti izložena pedikulocidu, a što posljedično može dovesti do njegove smanjene učinkovitosti ukoliko se pojavi zaraza. Nepravilna uporaba

sredstava uključuje prekomjerno razrjeđivanje ako kosa ostane previše hidratizirana nakon upotrebe raznih šampona i balzama za njegu kose. Razrijeđeni proizvodi nisu učinkoviti u uništavanju uši i dopuštaju parazitu da razvije rezistenciju te se samim time i razvija otpornost na opetovano liječenje [33].

Jedan od učinkovitijih alata za sprječavanje i suzbijanje uši je češalj protiv ušiju, koji bi se trebao redovito koristiti za otkrivanje živih ušiju u ranoj fazi zaraze te kao dodatak svim metodama liječenja za uklanjanje živih i mrtvih ušiju. Češalj je također koristan i za uklanjanje gnjida [32].

Spomenuto je kako većina pedikulocida slabo ili neučinkovito djeluje ovoidno, stoga se preporuča primjena proizvoda sa drugom aktivnom tvari ukoliko se 10 dana od početka liječenja u vlasištu još uvijek pronađu žive uši. Sredstva poput maslinovog, sojinog i suncokretovog ulja te raznih gelova za kosu mogu biti značajne u ubijanju živih ušiju ukoliko se primjenjuju dulje od 12 sati na vlasištu. Također, takva sredstva djeluju kao lubrikanti te podmazuju kosu i mogu olakšati češljanje i iščešljavanje. Gnjide mogu ostati zalijepljene za kosu i do 6 mjeseci nakon liječenja i dovesti do lažno pozitivne dijagnoze pedikuloze. Ako se gnjide vide na kosi, dijete treba pregledati, ali se liječenje započinje tek kada se pronađu žive uši. Za uklanjanje gnjida mogu biti korisni pripravci koji sadrže 5% octenu kiselinu, kao i kiseli šamponi te balzami za kosu u kombinaciji s iščešljavanjem [32].

Educiranje njegovatelja, medicinskih sestara, učitelja, odgajatelja te roditelja o biologiji uši glave nužno je u prevenciji i kontroli zaraze ušima. Potrebno je provoditi preventivne mjere prvenstveno na razini obitelji, a one uključuju [15]:

- pregled vlasišta djeteta po dolasku iz dječjeg vrtića ili škole
- vezanje kose u rep
- podučiti dijete da ne dijeli pokrivala za kosu te predmete osobne upotrebe, poput češljeva, gumica za kosu, španga za kosu i slično
- zamoliti dijete da izbjegava vrlo bliske socijalne kontakte
- aplicirati po želji preventivni repelentni sprej [15].

Nadalje, potrebno je provoditi i preventivne mjere na razini dječjeg vrtića ili škole, koje uključuju [15]:

- sprječavanje stigmatizacije

- sprječavanje epidemije
- sazivanje roditeljskih sastanaka
- edukacija osoblja [15].

Također, pristupajući profesionalno, odgajatelji u dječjim vrtićima te učitelji u školama trebaju dati upute djeci da privremeno izbjegavaju bliske kontakte te da ne dijele odjeću i predmete osobne upotrebe. Ukoliko se posumnja da netko od djece ima zarazu ušima, potrebno je napraviti pregled vlasišta ili upozoriti roditelje i zamoliti ih da oni to učine. Ukoliko dijete ima žive uši u vlasištu potrebno ga je ukloniti iz kolektiva. Nadalje, djeci koja su zbog zaraze morala biti privremeno odsutna iz škole ili vrtića mora se omogućiti „bezbolno“ rješavanje problema ušljivosti [15].

3. Specifičnosti dječjih vrtića vezano uz zarazne bolesti

Dječji vrtići oblik su kolektivnog smještaja sa specifičnim epidemiološkim karakteristikama, budući da u kolektivnim smještajima postoje posebni uvjeti koji pogoduju širenju zaraznih bolesti. Posebitosti u dječjim vrtićima koje pridonose širenju zaraznih bolesti su vrlo bliski međusobni kontakti između djece, ali i između djece i odgajatelja te karakteristike imunološkog sustava djece, kao što su nezrela funkcija samog sustava. Nadalje, širenju zaraznih bolesti u dječjim vrtićima pogoduju i slabo razvijene higijenske navike djece, slaba kontrola sfinktera, stavljanje različitih predmeta i usta i slično. Rizik da neki infektivni agens bude unesen u vrtić, povezan je sa njegovom prevalencijom u općoj populaciji i brojem osjetljive djece te ovisi o dobi i spolu djeteta, imunološkom statusu te vremenskom periodu koji dijete provodi u dječjem vrtiću. Nadalje, karakteristike dječjeg vrtića također utječu na širenje zaraznih bolesti te se ovdje izdvajaju ukupan broj djece, broj odgajateljica po djetetu, higijena u skrbi djece i higijena okoliša. No, jednom kada infektivni agens uđe u dječji vrtić njegova daljnja transmisija ovisi o karakteristikama samog uzročnika o kojima će biti riječ u nastavku [1].

3.1. Zarazne bolesti

Infektivne ili zarazne bolesti nastaju kao posljedica ulaska patogena u organizam domaćina, gdje patogene predstavljaju bakterije, virusi, gljivice, rikecije, praživotinje i višestanični paraziti. Međusobno se patogeni mikroorganizmi razlikuju prema stupnju patogenosti, odnosno, sposobnosti narušavanja zdravlja jedinke i izazivanja bolesti. Da bi se neka zarazna bolest mogla najprije pojaviti, a zatim i proširiti na određenom području, moraju se ispuniti određeni uvjeti koje tvore tzv. Vogralikov lanac ili epidemiološki lanac [34].

3.1.1. Vogralikov lanac

Prethodno je spomenuto kako je za pojavu i širenje neke zarazne bolesti potrebno ispuniti uvjete koji čine Vogralikov lanac prikazan na slici 3.1.1.1. Vogralikov ili epidemiološki lanac sačinjava pet karika, a to su izvor zaraze, putovi širenja bolesti, ulazna vrata infekcije, svojstva uzročnika i okoliš te osjetljivost ili dispozicija domaćina. Ukoliko se pojavi greška u bilo kojoj kariki lanca, lanac „puca“ i bolest se ne može širiti [35].



Slika 3.1.1.1. Vogralikov lanac

Izvor: Vogralikov lanac epidemiologija

(<https://documents.tips/documents/vogralikov-lanac-epidemiologija.html>)

Prva karika Vogralikovog lanca je izvor zaraze. Izvor zaraze može biti zaraženi čovjek ili životinja, koji izlučuju klice u okolinu, ali to može biti i sama okolina. Izvor zaraze također može biti zdrav čovjek, koji u svom organizmu nosi klice te ih putem sline, krvlju, stolicom ili mokraćom te kašljanjem, kihanjem ili govorom izlučuje u okolinu. Takva zdrava osoba, koja je prenositelj klica naziva se kliconoša [35].

Druga karika Vogralikovog lanca su putovi širenja bolesti. Širenje bolesti može se ostvariti direktnim ili indirektnim prijenosom, putem hrane, vode, zraka, tla, vektorski putem člankonožaca ili posteljicom sa majke na dijete [35].

Treća karika predstavlja ulazna vrata infekcije, odnosno, mjesto kroz koje infektivni agens ulazi u tijelo domaćina. Ulazna vrata infekcije mogu biti koža i/ili sluznica nekog od organskih sustava, bilo respiratornog, probavnog, urogenitalnog i drugih [36].

Četvrta karika Vogralikovog lanca obuhvaća svojstva uzročnika i okoliš. Prethodno je spomenuto kako je za razvoj zarazne bolesti potreban stupanj patogenosti uzročnika te njegova dovoljna količina, odnosno infektivna doza. Infektivna doza povezana je s virulencijom

uzročnika, stoga je njihov odnos obrnuto proporcionalan, odnosno, što je virulencija uzročnika veća, to je infektivna doza manja, i obratno [35].

Posljednja, peta karika Vogralikovog lanca, jest osjetljivost ili dispozicija domaćina. Dispozicija predstavlja osjetljivost domaćina prema nekoj bolesti, odnosno, čovjek može biti apsolutno osjetljiv te će oboljeti nakon prvog kontakta s nekim uzročnikom, ili relativno osjetljiv ako oboli nakon zaraze velikim brojem uzročnika, odnosno kada uzročnik ima visoki stupanj virulencije [36].

3.1.2. Kliničke karakteristike zaraznih bolesti

Opći simptomi zaraznih bolesti zajednički su svim zaraznim bolestima, a uključuju promjene općeg stanja bolesnika, kardiovaskularne promjene, malaksalost, glavobolju te povišenu tjelesnu temperaturu. Specijalni simptomi razlikuju zarazne bolesti te ih svrstavaju u skupine: osipne ili egzantemičke bolesti, zarazne bolesti probavnog sustava, zarazne bolesti respiratornog sustava i zarazne bolesti središnjeg živčanog sustava. Također, ovdje se ubrajaju i parazitske zarazne bolesti [35].

Nadalje, osim općih i specifičnih simptoma zaraznih bolesti, također postoji i njihov tijek i razvoj, podijeljen u pet stadija [36]:

- stadij inkubacije (od ulaska patogena u organizam domaćina do pojave prvih simptoma bolesti)
- inicijalni stadij (od pojave općih do pojave specifičnih simptoma)
- stadij razvijene bolesti (od pojave specifičnih simptoma do njihovog povlačenja)
- stadij regresije bolesti (od početka povlačenja simptoma do njihovog potpunog nestanka)
- stadij rekonvalescencije (do potpunog oporavka ili zaostajanja trajnih posljedica).

Tijek zaraznih bolesti može biti promijenjen zbog nastanka komplikacija u bilo kojem stadiju bolesti, a koje mogu uzrokovati oštećenja organa ili smrt. U manje razvijenim zemljama zarazne i parazitarne bolesti zauzimaju visok udio u obolijevanju i smrtnosti djece, osobito predškolske dobi [35].

3.2. Najčešće zarazne bolesti u dječjim vrtićima

Prethodno je spomenuto kako zarazne bolesti nastaju prodorom uzročnika, odnosno mikroorganizama u tijelo domaćina te se kao najčešći uzročnici spominju bakterije, virusi, gljivice, rikecije, višestanični paraziti i praživotinje. Kao najčešće zarazne bolesti u dječjim vrtićima ističu se streptokokna angina, šarlah, vodene kozice, enteroviroze, salmoneloze, uzrokovane bakterijama i virusima, u manjoj incidenciji gljivicama ili drugim mikroorganizmima te kao parazitarne zarazne bolesti enterobioza, svrab i ušljivost, koje će biti opisane u nastavku [37].

3.2.1. Streptokokna angina (angina streptococcia, tonsillopharyngitis acuta)

Kada se govori općenito o pojmu angina, ona označava bolest uzrokovanu raznim uzročnicima, poput bakterija (stafilokoka i streptokoka), virusa (adenovirusi, respiratorni virusi), rjeđe spiroheta i gljivica. U 30% slučajeva uzročnik angina je bakterija, hemolitički streptokok grupe A, koji se prenosi kapljičnim putem ili dodirrom. S obzirom da postoji više različitih tipova streptokoka grupe A, jednom preboljela angina je ostavlja trajnu imunost. Klinički, nakon inkubacije, koja traje od 1 do 3 dana, javlja se visoka temperatura, glavobolja, grlobolja, zagasito crveno ždrijelo, povećane tonzile s gnojnim naslagama te povećani limfni čvorovi, što je dovoljno za postavljanje opravdane sumnje u etiologiju bolesti. Potvrdu dijagnoze čini izolacija streptokoka iz brisa ždrijela [35].

Izvor infekcije je isključivo čovjek, oboljela osoba ili kliconoša, a izvor su sekreti iz ždrijela, no mogu biti i kontaminirane kožne lezije [1]. Streptokona angina liječi se pencilinom u primjeni kroz 10 dana. Liječenje je od iznimne važnosti kako bi se spriječile moguće komplikacije bolesti, koje u najtežim slučajevima uključuju pojavu reumatske groznice. Do spomenute komplikacije dolazi iz razloga što streptokok uzrokuje promjene u funkciji imunološkog sustava te imunološki sustav „napada“ dijelove tijela kao što su zglobovi, srčani mišić, bubrezi i živčani sustav [38].

3.2.2. Šarlah (scarlatina)

Šarlah kao zarazna bolest, uzrokovana je bakterijom, streptokokom koji stvara eritrogeni toksin. Inkubacija je vrlo kratka, od 1 do 3 dana te se nakon inkubacije razvijaju simptomi, koji

uključuju visoku temperaturu, sitni, točkasti, crveni osip na crvenoj i suhoj koži vrata, trupa i udova te eksudativni faringitis i peroralno bljedilo (Filatovljev znak). Najčešće se pojavljuje u djece u dobi između treće i petnaeste godine života. Klinička slika, koja je prethodno opisana, počinje vrlo naglo te se nakon 6 do 7 osip počinje povlačiti uz ljuštenje kože. Prilikom postavljanja dijagnoze, uz kliničku sliku potrebna je i izolacija uzročnika iz brisa ždrijela te se mogu koristiti i serološki testovi. Izvor infekcije je isključivo čovjek, a bolest se prenosi kapljičnim putem te kontaktom s oboljelim osobom ili kliconošom. Pristup liječenju ne razlikuje se od postupaka kod liječenja streptokokne angine [1].

3.2.3. Vodene kozice (varicella zoster)

Vodne kozice su akutna virusna zarazna bolest, koja se pojavljuje pretežito u dječjoj dobi, no nije isključeno njeno pojavljivanje u odrasloj dobi [37]. Uzročnik vodenih kozica je Varicella-zoster virus, koji pripada u skupinu humanih herpesvirusa. Inkubacija bolesti iznosi od 10 do 21 dan, no prosječno iznosi 15 dana. Bolest započinje blagim općim simptomima te subfebrilnim vrijednostima tjelesne temperature. Najpoznatiji simptom vodenih kozica je osip, koji se najprije pojavljuje na glavi i trupu te se zatim širi na lice i udove. Nadalje, osip se može u rjeđim slučajevima manifestirati na mekom nepcu i bukalnoj sluznici u obliku vezikula, mjehurića ispunjenih tekućinom, koji nakon pucanja prelaze u afte. Osip na koži je makulopapulozan te nakon nekoliko sati prelazi u vezikule, koje pucaju i nakon 2 do 3 dana nastaju kruste. Bolest se prenosi neposrednim kontaktom sa sekretima dišnih putova ili sadržajem vezikula, no zbog visoke kontagioznosti uzročnika, bolest se može prenositi i putem kontaminiranih predmeta [1].

Jednom preboljela infekcija Varicella-zoster virusom ostavlja trajni imunitet, no kod nekih ljudi infekcija može dulje vrijeme ostati u latentnom stanju te se pod utjecajem određenih okolnosti manifestirati u obliku herpes-zostera. Pojavnost bolesti je epidemijskog karaktera te se najčešće pojavljuje dječjim vrtićima, školama te drugim ustanovama za djecu, tijekom zimskih i ljetnih mjeseci. U prevenciji širenja bolesti od iznimne važnosti je izolacija oboljelih do stadija nastanka krusta, dezinfekcija predmeta te izbjegavanje kontakta sa neboljelim osobama i imunokompromitiranim osobama. U prevenciji se koristi i živo atenuirano cjepivo [1].

3.2.4. Enteroviroze (enteroviroses)

Enteroviroze je zajednički naziv za skupinu bolesti uzrokovanu enterovirusima te se kliničke manifestacije i težina bolesti razlikuju ovisno o uzročniku. Enteroviroze uzrokuje velika podskupina virusa pod nazivom picornavirusi, u kojoj se ističu Poliovirusi, Coxsackievirusi, Echovirusi i drugi. Enterovirusi invadiraju crijevo čovjeka, no putem stjenke crijeva mogu dospjeti u krvotok te ući u središnji živčani sustav, gdje se njihov utjecaj manifestira u obliku encefalitisa. Put prijenosa enterovirusa je feko-oralni. Bolest se pojavljuje u obliku epidemija te se češće manifestira u dječjoj dobi. Prevencija uključuje ograničavanje kontakata te higijenske mjere [1].

3.2.5. Salmoneloze (salmonellosis)

Salmoneloze su zarazne bolesti uzrokovane bakterijama iz roda *Salmonella* te porodice *Enterobacteriaceae*. Salmonele se prenose putem hrane te uzrokuju alimentarne toksoinfekcije, a prisutne su u mesu i mesnim proizvodima domaćih i divljih toplokrvnih životinja. Osim mesa i mesnih proizvoda, salmonele se mogu pronaći i u drugim namirnicama životinjskog podrijetla, poput mlijeka i mliječnih proizvoda, jaja pa čak i u pitkoj vodi u koju dolaze putem izmeta životinja. Spomenute bakterije rastu u anaerobnim i aerobnim uvjetima na temperaturi između 7°C i 48°C, a optimalna temperatura za njihov razvoj je 38°C. Temperatura iznad 56°C u ovom slučaju ima baktericidan učinak kroz vrijeme od 20 do 30 minuta [1].

Salmoneloze se pojavljuju u dva klinička oblika, kao alimentarne toksoinfekcije te kao akutni enterokolitis. Prilikom postavljanja dijagnoze od iznimne važnosti je uzimanje uzorka stolice te uzorke sumnjive hrane i brisove radnih površina ukoliko je pojava zaraze povezana s objektima koji nude posluživanje hrane i pića. Zaraza se najčešće pojavljuje u manjim epidemijama, no nije isključena pojedinačna pojava u samo jedne osobe. U takvom slučaju potrebno je provesti daljnja epidemiološka ispitivanja kako bi se utvrdio izvor zaraze postojanje subkliničkih oblika bolesti u naizgled zdravih osoba [1].

Kao što je prethodno navedeno, izvor zaraze predstavljaju meso i mesni proizvodi, najčešće peradi, svinja, domaćih i divljih životinja. Rezervoar zaraze može biti oboljela osoba ili kliconoša. Primarna transmisija salmonela u organizam domaćina nastaje konzumacijom zaražene hrane, a sekundarna transmisija feko-oralnim putem unutar obitelji, u dječjim vrtićima,

intrahospitalno i drugo. Prevencija salmoneloza povezana je s edukacijom osoba koje pripremaju hranu [1].

3.2.6. Enterobioza (enterobiosis)

Enterobioza je zarazna bolest uzrokovana parazitom, malom dječjom glistom (*Enterobius vermicularis*). Mala dječja glista živi u tankom crijevu čovjeka te može biti bijele ili blijedoružičaste boje. Mužjak je veličine 2-5 mm, a ženka 8-13 mm te svojim izgledom podsjećaju na nit konca. Najčešće obitavaju u ilocekalnoj regiji, na prijelazu tankog u debelo crijevo, a hrane se crijevnim sadržajem. Nakon oplodnje ženke liježu jaja u skrotumu, perianalnoj regiji, labinama, vagini, mjehuru pa čak i u trbušnoj šupljini. S obzirom da klinička slika nije izražena kod invazije malim brojem parazita, simptomi se razvijaju nakon autoinvazije. Tada nastaje izraziti svrbež analne i perianalne regije, koji je posebice izražen noću. Rezervoar parazita je čovjek, a bolest se prenosi kontaktom onečišćenim rukama. Razlog tome je što djeca najčešće zbog svrbeža rukama diraju područje perianalne regije te na taj način kontaminiraju prste, a ispod noktiju mogu se zadržati sama jajašca. Prevencija kod enterobioze usmjerena je na provođenje osobne higijene, često mijenjanje posteljine i donjeg rublja. U liječenju se primjenjuju antiparazitarni lijekovi. Ukoliko se zaraza javi u kolektivima, potrebno je podvrgnuti sve članove i njihove obitelji [39].

3.2.7. Svrab (scabies)

Svrab je zarazna parazitarna bolest uzrokovana grinjom *Sarcoptes scabiei*. Spomenuta grinja izrazito je male veličine i oku nevidljiva te je prilagođena parazitskom načinu života na čovjekovoj koži. Bolest se prenosi dugotrajnim fizičkim kontaktom, nošenjem iste odjeće, posteljine ili korištenjem ručnika zaražene osobe. Ženke ulaze u sloj epidermisa u kojem stvaraju kanaliće te tamo odliježu jajašca iz kojih će se kroz nekoliko dana razviti larve te odrasle grinje. Primarni rizični čimbenik nastanka bolesti je prenapučenost, stoga se bolest često pojavljuje u kolektivima poput dječjih vrtića, bolnica, domova za starije i nemoćne te drugih. Kada govorimo o djeci, simptomi se najčešće manifestiraju na području glave, lica, vrata, dlanova i tabana. Javlja se izraziti svrbež i crvenilo te pojava sivkasto crnih linija na koži, koji su zapravo vanjska manifestacija kanalića. Liječenje se provodi lokalnim i oralnim skabicidima [1]. Lijek izbora je

permetrin te lindan i benzil-benzoat. No, u posljednje vrijeme došlo je do razvoja otpornosti na ove lijekove, stoga se kao rezervni pripravak koristi ivermektin, oralno [40].

3.2.8. Ušljivost (pedikuloza)

U suvremeno vrijeme, posebice u razvijenim zemljama, sve je manja incidencija pedikuloze u kolektivima ili kao sporadične pojave. No, to ne umanjuje njen značaj kako za fizički, tako i za psihički status osobe. Postoje tri vrste humane uši, koje invadiraju kožu čovjeka, a to su uš tijela (*Pediculus humanus corporis*), stidna uš (*Phthirus pubis*) i uš glave (*Pediculus humanus capitis*). Za dječje vrtiće najučestalija je pojava zaraze uši glave. Ušljivost glave najčešće se pojavljuje kod djevojčica u dobi između 5 i 11 godina, no nije isključena njena pojava u starijih osoba ili osoba muškog spola. Bolest se prenosi s osobe na osobu, kontaktom ili statičkim elektricitetom pa čak i vjetrom. Nekada se smatralo da je ušljivost u korelaciji s niskim socio-ekonomskih statusom te lošom higijenom, no današnje spoznaje opovrgnule su ovu hipotezu [1].

Uš glave invadira prvenstveno vlasište, no može zahvatiti i trepavice, obrve i bradu. Dijagnoza se postavlja na temelju pronalaska živih uši pročešljavanjem mokre kose. Liječenje uključuje peroralnu primjenu ivermektina te lokalno pedikulocida. Pri sprječavanju reinfestacije od iznimne važnosti je uništavanje gnjida [1].

4. Istraživački dio rada

4.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati stavove odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima prema pedikulozi, odnosno ušljivosti glave pomoću kvalitativnog pristupa. Naglasak je bio na iznošenje osobnih stavova, ali i iskazivanje stavova nakon postavljanja pitanja o određenim specifičnostima prethodno spomenute zarazne bolesti. Osim specifičnog cilja, istraživanja stavova odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima o pedikulozi, istraživanje je za cilj imalo prikupljanje podataka o postupcima prilikom pojave pedikuloze u dječjem vrtiću, epidemiološkim mjerama te postupcima edukacije odgajatelja i odgajateljica te roditelja. Nadalje, dobiveni su podatci o broju zaražene djece u posljednjih šest mjeseci, odnosno godinu dana u skupini djece u kojoj ispitanik/ispitanica radi. U svrhu dobivanja podataka o epidemiološkim mjerama i vođenja evidencije zaraznih bolesti, u istraživanju su osim odgajatelja i odgajateljica sudjelovale i zdravstvene voditeljice.

4.2. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno pomoću kvalitativnog pristupa metodom problemski usmjerenog polustrukturiranog intervjua. Ovakav pristup omogućava ulazak u problematiku teme dublje i učinkovitije od upitnika te omogućava prikladan uvid u način razmišljanja samog ispitanika, odgajatelja, odnosno odgajateljice te zdravstvenih voditelja.

4.2.1. Ispitanici

U svrhu istraživanja, ispitanici su odabrani metodom namjernog uzorkovanja. S obzirom na kvalitativnu prirodu istraživanja i dugotrajnost postupka, potreban broj ispitanika određen je na četrnaest osoba. U istraživanju su osim odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima sudjelovali i zdravstveni voditelji te je njihov broj određen na tri ispitanika iz razloga što pojedini dječji vrtići iz kojih je odabran uzorak odgajatelja i odgajateljica nisu imali zaposlenu osobu na poslovima zdravstvenog voditelja, odnosno voditeljice. Kako bi mogli sudjelovati u istraživanju, ispitanici su morali biti zaposleni na mjestu odgajatelja/odgajateljice predškolske djece bez obzira na

razinu obrazovanja i duljinu radnog staža, odnosno na poslovima zdravstvenog voditelja/voditeljice. Uzorak ispitanika bio je prigodan i malen, što je posljedice kvalitativne prirode istraživanja.

4.2.2. Instrument za prikupljanje podataka-polustrukturirani intervju

U skladu s ciljem istraživanja, korišten je kvalitativni pristup prikupljanja potrebnih podataka. Metoda polustrukturiranog intervjua omogućila je fleksibilnost prilikom prikupljanja podataka, odnosno, postojala je unaprijed određena struktura koja je bila ista za sve ispitanike, no postojala je mogućnost kreiranja i postavljanja novih pitanja i potpitanja kao rezultat sadržaja kojeg ispitanik iznosi. Takav postupak postavljanja potpitanja koristio se kada su ispitanici iznosili nepotpune odgovore ili su imali poteškoća kod iznošenja odgovora.

Intervju se sastojao od tri skupine pitanja. Prva skupina pitanja bila je vezana uz socio-demografske podatke ispitanika te je u ovoj skupini ispitanicima bilo postavljeno ukupno sedam pitanja. U tu svrhu prikupljeni su sljedeći podatci:

- spol
- dob
- razina završenog obrazovanja
- ukupni radni staž
- skupina djece prema dobi sa kojom ispitanik/ispitanica radi.

Drugi dio intervjua sastojao se od šesnaest problemski usmjerenih pitanja vezanih uz problematiku pedikuloze. Pitanja su bila otvorenog tipa i rječnik je bio prilagođen rječniku ispitanika. Pitanja su bila usmjerena na dobivanje podataka o postupcima u dječjem vrtiću prilikom pojave pedikuloze, dobivanja informacija i prenošenja informacija roditeljima, praćenja pobola djece, edukativnih materijala i edukacija samih odgajatelja i odgajateljica. Nadalje, pitanja su bila vezana uz dobivanje podataka o učestalosti pedikuloze u dječjem vrtiću u posljednjih šest mjeseci i broju zaražene djece u skupini u kojoj ispitanik/ispitanica radi te postupcima ukoliko roditelji zaraženo dijete ponovno dovedu u dječji vrtić.

Treći dio intervjua sastojao se od sedam pitanja usmjerenih isključivo na istraživanje stavova odgajatelja/odgajateljica prema pedikulozi, odnosno ušljivosti. Postavljena su pitanja

vezana uz povezanost pojave pedikuloze i loših higijenskih navika te niskog socioekonomskog statusa te su se na taj način željeli dobiti podatci o stavu ispitanika prema navedenoj tematici, s obzirom da je u suvremeno doba pojava ušljivost još uvijek prikazana na takav način. Nadalje, postavljena su pitanja o postupcima i reakcijama ispitanika prema djeci koja imaju zarazu i osobne postupke i reakcije prilikom saznanja da u dječjem vrtiću postoji zaraza ušima. Posljednje pitanje nudilo je mogućnost opširnog odgovora i iznošenja vlastitog stava na cjelokupnu temu, povezano i s prethodnom kategorijom pitanja.

4.2.3. Postupak provođenja intervjua

Na početku svakog intervjua svakom ispitaniku objašnjen je cilj i svrha istraživanja. Zbog jednostavnosti i lakšeg praćenja intervjua, razgovor se snimao diktafonom o čemu su ispitanici bili prethodno informirani i pitani za pristanak. Svi ispitanici potpisali su informativni pristanak čime su dali svoj pristanak za sudjelovanje u istraživanju očitujući svoju volju slobodno i bez prisile. Svakom ispitaniku dana je mogućnost da u bilo kojem trenutku odustane od istraživanja te im je zajamčena anonimnost i povjerljivost te da će se podatci koristiti isključivo u svrhu izrade završnog rada.

Nakon predstavljanja cilja istraživanja i dobivanja informiranog pristanka, ispitanicima su se postavljala pitanja prema unaprijed određenom polustrukturiranom intervjuu za odgajatelje i odgajateljice u dječjem vrtiću (prilog 1.) te zdravstvenim voditeljima, odnosno voditeljicama (prilog 2.). Vrijeme provođenja intervjua iznosilo je između dvadeset i trideset minuta za odgajatelje i odgajateljice u dječjim vrtićima te od petnaest do dvadeset minuta za zdravstvene voditelje i voditeljice. Ovisno o situaciji, intervjui su bili provedeni u izdvojenoj prostoriji dječjeg vrtića (n=10) ili neformalnom okruženju, primjerice dnevnom boravku obiteljske kuće ili ugostiteljskom objektu (n=4) kada se radi o odgajateljima i odgajateljicama u dječjem vrtiću te izdvojenoj prostoriji vrtića (n=2) i neformalnom okruženju (n=1) za zdravstvene voditeljice.

4.2.4. Analiza podataka

Nakon što je proveden polustrukturirani intervju, uslijedio je prijenos snimljenog razgovora u pisani oblik i analiza dobivenih informacija. Prvo je napravljen transkript intervjua koji podrazumijeva doslovan prijepis intervjua, kojeg je vršio sam ispitivač radi lakše i brže

interpretacije provedenog intervjua. Transkribirani podatci istraženi su induktivno u cilju generiranja kategorija i objašnjenja. Podaci su se obradili tako da je sadržaj reduciran na nivo potreban i dovoljan za istraživanje. Sadržaj se reducirao tako da se tekst preveo u smislene i skraćene rečenice, a potom u drugom krugu parafraziranjem i skraćivanjem u nekoliko riječi čime se generaliziralo i kondenziralo značenje i naposljetku dobila kvalitativna informacija.

5. Rezultati

5.1. Ispitanici

Kako bi se ispitanicima osigurala anonimnost, a radi lakše analize podataka, ispitanicima je dodijeljeno veliko početno slovo abecede (A-N). Raspon godina ispitanika iznosi je od 21 godinu do 56 godina starosti. Od ukupnog broja ispitanika u istraživanju je sudjelovalo trinaest osoba ženskog spola i jedna osoba muškog spola, među kojima je jedan ispitanik bio visoko obrazovan, dvanaest ispitanika bilo je više stručne spreme, odnosno, diplomirani odgajatelji predškolske djece te jedan ispitanik više stručne spreme, odnosno, prvostupnica sestrinstva. Radni staž ispitanika iznosio je od 6 mjeseci do 25 godina i 6 mjeseci. Osobe uključene u istraživanje bile su odgajatelji i odgajateljice u dječjim vrtićima na području Varaždinske i Međimurske županije, odnosno, tri ispitanika iz dječjeg vrtića na području Međimurske županije i jedanaest ispitanika iz dječjeg vrtića na području Varaždinske županije. Opći podaci ispitanika navedeni su u tablici 5.1.1.

OZNAKA ISPITANIKA	SPOL	DOB	RAZINA ZAVRŠENOG OBRAZOVANJA	UKUPNI RADNI STAŽ	SKUPINA DJECE	ŽUPANIJA	MJESTO
A	Ž	25	VŠS	1 godina i 4 mjeseca	jaslička skupina (1- 3 godine)	Međimurska županija	Čakovec
B	Ž	38	VŠS	15 godina	predškolska skupina (6- 7 godina)	Varaždinska županija	Petrijanec
C	Ž	24	VŠS	1 godina i 1 mjesec	mješovita skupina (2- 4 godine)	Međimurska županija	Čakovec
D	Ž	29	VŠS	4 godine i 2 mjeseca	starija jaslička skupina	Varaždinska županija	Sračinec
E	Ž	42	VŠS	20	skupina	Varaždinska	Sračinec

F				godina	djece od 4 do 5 godina	županija		
	Ž	45	VŠS	19 godina	starija skupina (6- 7 godina)	Varaždinska županija	Sračinec	
	G	Ž	41	VŠS	2 godine i 9 mjeseci	starija skupina (6- 7 godina)	Varaždinska županija	Sračinec
	H	Ž	46	VŠS	17 godina	mješovita skupina (3- 7 godina)	Međimurska županija	Čakovec
	I	Ž	22	VŠS	6 mjeseci	starija mješovita skupina (4- 7 godina)	Varaždinska županija	Cestica
	J	Ž	31	VŠS	8 godina	skupina djece od 4- 5 godina	Varaždinska županija	Črešnjevo
	K	M	43	VSS	14 godina	skupina djece od 5- 7 godina	Varaždinska županija	Varaždin
	L	Ž	56	VŠS	23 godine	skupina djece od 4- 5 godina	Varaždinska županija	Varaždinske Toplice
	M	Ž	41	VŠS	14 godina	starija skupina (6- 7 godina)	Varaždinska županija	Varaždinske Toplice
N	Ž	56	VŠS	25 godina i 6 mjeseci	starija skupina (6- 7 godina)	Varaždinska županija	Varaždinske Toplice	

Tablica 5.1.1. Opći podaci ispitanika

Izvor: (Autor: I.B.)

U istraživanju su osim odgajatelja i odgajateljica sudjelovali i zdravstveni voditelji. Kako bi se ispitanicima osigurala anonimnost, a radi lakše analize podataka, ispitanicima je dodijeljeno veliko početno slovo abecede i broj uz slovo (A1-A3). Raspon godina ispitanika iznosi je od 25 godina do 35 godina starosti. Od ukupnog broja ispitanika u istraživanju je sudjelovalo tri osobe ženskog spola među kojima su sve ispitanice imale višu stručnu spremu, odnosno, završeno obrazovanje je prvostupništvo sestrinstva. Radni staž ispitanika iznosio je od 1 godinu do 5 godina. Osobe uključene u istraživanje bile su zdravstvene voditeljice u dječjim vrtićima na području Varaždinske i Međimurske županije, odnosno, jedna ispitanica iz dječjeg vrtića na području Međimurske županije i dvije ispitanice iz dječjeg vrtića na području Varaždinske županije. Opći podaci ispitanika navedeni su u tablici 5.1.2.

OZNAKA ISPITANIKA	SPOL	DOB	RAZINA ZAVRŠENOG OBRAZOVANJA	UKUPNI RADNI STAŽ	BROJ SATI RADA DNEVNO	ŽUPANIJA	MJESTO
A1	Ž	25	VŠS	1 godina	8 sati ili kraće (prema potrebi)	Međimurska županija	Čakovec
A2	Ž	26	VŠS	3 godine	8 sati	Varaždinska županija	Sračinec
A3	Ž	35	VŠS	5 godina	8 sati	Varaždinska županija	Črešnjevo

Tablica 5.1.2. Opći podaci ispitanika

Izvor: (Autor: I.B.)

5.2. Epidemiološke mjere

Na temelju rezultata, odnosno odgovora ispitanika na drugu i treću skupinu pitanja, formirane su glavne teme unutar analize na način da je nekoliko pitanja formiralo tematsku cjelinu, koja sada predstavlja glavnu temu. Pomoću tematskih cjelina formirano je pet glavnih tema:

- epidemiološke mjere
- znanje
- socijalni problemi
- psihološki problemi
- percepcija pedikuloze.

Kategorije unutar glavnih tema dobivene su temeljem sadržaja koji se ponavljao kod ispitanika ili odgovora koji su bili potpuno različiti. Sadržaji svih kategorija u tablicama prikazani su gradacijom od najčešćih i podjednakih odgovora do sadržaja po kojima se ispitanici razlikuju. U daljnjoj analizi biti će prikazani rezultati ispitanika na temu epidemiološke mjere, gdje će sadržaj biti prikazan u tablici 5.2.1. , uz primjere ispitanika koji su označeni slovima od A do N i A1 do A3 radi očuvanja anonimnosti.

GLAVNA TEMA	KATEGORIJE	OZNAKA ISPITANIKA	PRIMJER
EPIDEMIOLOŠKE MJERE	PRAĆENJE POBOLA U KOLEKTIVU	A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, A1, A2	„Radi se pregled svakog djeteta zasebno.“ [J]
	OBAVIJEST RODITELJIMA SVE DJECE U DJEČJEM VRTIĆU	A, B, C, D, E, F, G, I, J, K, L, M, N, A1, A2	„Obavještavamo sve roditelje. Postavljamo obavijest na oglasnu ploču te u facebook grupu putem koje komuniciramo sa svim roditeljima.“ [B] „Da, roditelji se obavještavaju pismenim i usmenim putem.“ [J]
	PREGLED VLASIŠTA	H, I, J, A1	„Zdravstvena voditeljica vrši pregled vlasništva kod

			svakog djeteta.“ [H] „Dijete se pregleda, ukoliko se pronađu žive uši ili gnjide tada se zovu roditelji, no ukoliko ima samo neočišćene mrtve uši, tada im zdravstvena voditeljica ili odgajatelj to očiste i dijete se ostavi u vrtiću.“ [I]
	IZOLACIJA	A, M, A1	„Dijete se izolira iz kolektiva, većinom se odvede u kupaonicu, stavlja mu se kapica, pozovu se roditelji i zajedno sa odgajateljicom čeka dolazak roditelj.“ [A]

Tablica 5.2.1. Epidemiološke mjere

Izvor: (Autor: I.B.)

Analizom teme Epidemiološke mjere većina odgovora mogla se svrstati u četiri kategorije, a to su: praćenje pobola u kolektivu, obavijest roditeljima sve djece u dječjem vrtiću, pregled vlasišta, izolacija. Kategorijom „praćenje pobola u kolektivu“ dobivene su informacije o postupcima praćenja djece u svim skupinama, bez obzira u kojoj se skupini djece zaraza prvo pojavila. Svi ispitanici dali su potvrdni odgovor kako se prati pobol sve djece u svim skupinama, no vrlo mali broj ispitanika dao je odgovor kako u mjere praćenja pobola u kolektivu pripada pregled vlasišta. Samo tri ispitanika odgovorilo je kako se vrši pregled vlasišta, od kojih je jedan ispitanik naveo da pregled vrši zdravstvena voditeljica, a dva ispitanika navela su kako pregled vlasišta radi zdravstvena voditeljica zajedno sa odgajateljicom. Tome se može pripisati činjenica kako je od četrnaest ispitanika, njih pet navelo kako u dječjem vrtiću nemaju zaposlenu osobu na mjestu zdravstvene voditeljice, a od preostalog broja ispitanika, njih četvero navelo je kako

zdravstvena voditeljica nije prisutna cijeli radni dan u dječjem vrtiću s obzirom na činjenicu da pojedini dječji vrtići imaju podružnice te nekoliko vrtića ima zajedničkog zdravstvenog voditelja, odnosno voditeljicu. Vrlo zanimljiv odgovor bio je ispitanika [A], koji je na pitanje postoji li u dječjem vrtiću u kojem trenutno radi osoba zaposlena na mjestu zdravstvene voditeljice/voditelja odgovorio: „*Ne postoji službeno, odnosno, u vrtiću su zaposlene dvije osobe kao prvostupnice sestinstva i jedna osoba s završenom srednjom stručnom spremom, koje prema potrebi obavljaju poslove zdravstvene voditeljice/voditelja.*“ To ukazuje na veliki problem u zapošljavanju zdravstvenih voditelja, a samim time i problem rješavanja zaraznih bolesti u dječjim vrtićima. Nadalje, takvi postupci povezani su s problemom evidentiranja zaraznih bolesti u Evidenciju epidemioloških indikacija. Ovdje se može istaknuti odgovor ispitanika [A2], koji je na pitanje prijavljuje li pojavu zaraze u Evidenciju epidemioloških indikacija i kontaktira li liječnika o tome, odgovorio: „*Ne, ne evidentiram. Ne, ne obavještavam liječnika.*“

5.3. Znanje

Na temelju analize sadržaja unutar glavne teme Znanje, dobivene su tri kategorije temeljem sadržaja koji se ponavljao kod ispitanika. Sadržaji svih kategorija u tablicama prikazani su gradacijom od najčešćih i podjednakih odgovora do sadržaja po kojima se ispitanici razlikuju. U daljnjoj analizi biti će prikazani rezultati ispitanika na temu znanje, gdje će sadržaj biti prikazan u tablici 5.3.1. , uz primjere ispitanika koji su označeni slovima od A do N i A1 do A3 radi očuvanja anonimnosti.

GLAVNA TEMA	KATEGORIJE	OZNAKA ISPITANIKA	PRIMJER
ZNANJE	INFORMACIJE	A, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, A1, A2	„... dajemo informacije ukoliko odgajatelji zatraže.“ [A1] „On-line izvori, voditeljica vrtića, drugi odgajatelji.“ [D]

	PLAKATI/LETICI	A, E, F, G, H, I, K, K, A1, A2	„Izrađujem plakate koji se postavljaju na oglasnu ploču za roditelje, a samim time i za odgajatelje.“ [A2] „Postoje plakati na oglasnoj ploči i letci.“ [I]
	EDUKACIJA (GODIŠNJE/MJESEČNO)	I, J, K, A2	„Da, provodim edukaciju nakon pojave zaraze.“ [A2] „Da, prema potrebi.“ [K]

Tablica 5.3.1. Edukacija

Izvor: (Autor: I.B.)

Analizom teme Znanje većina odgovora mogla se svrstati u tri kategorije: informacije, plakati/letci i edukacija (godišnje/mjesečno). Najviše ispitanika, njih trinaest odgovorilo je kako je informirano o pedikulozi, od kojih je jedan ispitanik naveo da je informacije dobio putem javnog zdravstva, jedan ispitanik putem stručne literature, tri ispitanika razgovorom sa kolegama, četiri ispitanika osobno putem on-line izvora, šest ispitanika putem zdravstvene voditeljice, a najviše ispitanika, njih osam, od strane ravnateljice vrtića.

Većina ispitanika, njih osam istaknulo je kako u dječjem vrtiću u kojem rade postoje plakati ili letci o simptomima ušljivosti, načinu liječenja i prevenciji, koji su dostupni roditeljima, ali i odgajateljicama i odgajateljima. No, zanimljiv je odgovor ispitanika [A1] i [A2], koji su na pitanje izrađuju li letke ili plakate o ušljivosti odgovorili: „*Izrađujemo letke nakon pojave zaraze.*“ Ovaj podatak ukazuje na problem edukacije odgajatelja i odgajateljica, ali i roditelji prije same pojave zaraze ušima i specifičnost reagiranja na situaciju tek kada se problem pojavi. Time se nadmeće pitanje da li je ušljivost u suvremeno doba još uvijek tabu tema ili se

dovoljno zna o ovom problemu da nije potrebna edukacija? Zabrinjavajuća je činjenica kako se ovoj zaraznoj bolesti ne posvećuje dovoljno pažnje, a još uvijek predstavlja velik problem, kako za dijete, tako i za roditelje. Mali broj ispitanika, njih troje odgovorilo je kako se u dječjem vrtiću u kojem rade provode edukacije o ušljivosti, no zanimljiv je odgovor ispitanika [B]: *Ne, nemamo edukaciju vezano specifično uz ušljivost, već se ta tema spominje prilikom drugih edukacija. Kod nas u vrtić jedanput godišnje dolazi patronažna sestra, koja radi edukaciju vezano uz sve zarazne bolesti koje se mogu pojaviti u dječjoj dobi i tada se uz to spomene i ušljivost.*“

5.4. Socijalni problemi

Na temelju analize sadržaja unutar glavne teme Socijalni problemi, dobivene su tri kategorije temeljem sadržaja koji se ponavljao kod ispitanika. Sadržaji svih kategorija u tablicama prikazani su gradacijom od najčešćih i podjednakih odgovora do sadržaja po kojima se ispitanici razlikuju. U daljnjoj analizi biti će prikazani rezultati ispitanika na temu socijalni problemi, gdje će sadržaj biti prikazan u tablici 5.4.1. , uz primjere ispitanika koji su označeni slovima od A do N radi očuvanja anonimnosti.

GLAVNA TEMA	KATEGORIJE	OZNAKA ISPITANIKA	PRIMJER
SOCIJALNI PROBLEMI	PRIKRIVANJE INFORMACIJA	A, B, D, E, F, I, J, K, L, M, N	„Da, imali smo nekoliko slučajeva da su roditelji zbog srama prikrili informaciju.“ [A] „Roditelji znaju prikrivati informaciju da su primijetili uši iz razloga jer za to ne mogu izostati s posla.“ [E]
	ODBIJANJE	A, B, D, E, F, G, I, K,	„... smatram da u tim

		M, N	<p>situacijama roditelji previše očekuju od nas, imali smo i slučaj da su nam roditelji donijeli električne češljice da mi sami djeci očistimo kosu jer oni nemaju vremena time se baviti kod kuće.“ [B]</p> <p>„Roditelji misle da su dobro očistili vlasništvo djeteta te ga pošalju u vrtić.“ [I]</p>
	NEPOSTOJANJE UVJETA	B, I	<p>„ ... imali smo slučaj da su roditelji dijete doveli ponovno u vrtić s pričom da dijete više nema uši. (..) Roditelji su bili ljuti na nas i nismo imali izbora te smo to dijete ostavili takvo i dalje u kolektivu jer nemamo posebne prostorije ni dovoljno djelatnika da se dijete izolira i da jedna odgajateljica cijeli dan bude samo sa jednim djetetom.“ [B]</p>

Tablica 5.4.1. Socijalni problemi

Izvor: (Autor: I.B.)

Analizom teme Socijalni problemi dobivene su tri kategorije: prikrivanje informacija, odbijanje i nepostojanje uvjeta. Kategorijom prikrivanje informacija dobiveni su podaci o pristupu roditelja prema pedikulozi te postupci odgajatelja u takvim situacijama. Od ukupnog broja ispitanika, njih jedanaest odgovorilo je kako se susrelo s problemom prikrivanja informacija od strane roditelja. Osam ispitanika odgovorilo je kako roditelji prikrivaju informacije zbog srama i obilježenosti te je ovdje zanimljiv odgovor ispitanika [B]: „*Da, smatram da prikrivaju i ne samo to, nego poduzimaju neke neobične mjere, na primjer, boje djeci kosu kako se ne bih primijetilo i slično.*“ S obzirom da je veliki broj ispitanika dao potvrdni odgovor kako roditelji prikrivaju informacije zbog srama i obilježenosti, može se dati odgovor na pitanje postavljeno kod tematike Znanje i konstatirati da je pedikuloza u suvremeno doba još uvijek tabu tema i veliki problem za mnoge roditelje. Ovu činjenicu može potvrditi i odgovor ispitanika [I]: „*Da, na neki način, jer smo imali takvu situaciju, da je mlađi brat bio kod nas u vrtiću, a stariji kod kuće zbog ušljivosti, i nama nitko nije rekao tu informaciju jer su se roditelji toga sramili.*“ Od ukupnog broja ispitanika, koji su odgovorili kako su se susreli s problemom prikrivanja informacija od strane roditelja, njih troje odgovorilo je kako smatraju da roditelji ne prikrivaju informacije zbog srama, već zbog nemogućnosti dobivanja bolovanja ili slobodnih dana na poslu u slučaju da im dijete ima pedikulozi, a nemaju drugu mogućnost osim ostaviti dijete u dječjem vrtiću.

U kategoriji odbijanje dobiveni su podatci od strane odgajatelja o tome odbijaju li roditelji primiti informaciju da njihovo dijete ima zarazu ušima te njihovi postupci kod suočavanja s problemom. Najveći broj ispitanika, njih deset odgovorilo je kako se susrelo s problemom odbijanja od strane roditelja i to na način da su roditelji prilikom obavještanja došli po dijete u vrtić, ostavili ga nekoliko dana kod kuće i zatim, kada je zaraza još bila prisutna, doveli ponovno u vrtić s odgovorom kako dijete više nema zaraze. Ispitanici navode kako su se često susreli sa problemom frustracije roditelja te mnogo puta sa roditeljima koji nisu željeli sami brinuti se za dijete u toj situaciji, već su taj dio željeli prepustiti odgajateljima ili odgajateljicama. Većina ispitanika navodi i problem edukacije roditelja, koji nisu dovoljno informirani o pedikulozi te ponekad ne provedu liječenju do kraja. Tu činjenicu potvrđuje i odgovor ispitanika [K]: „*Postoje roditelji koji kažu da su očistili parazite, no mi dijete primimo u vrtić i ponovno napravimo pregled uz prisutnost zdravstvene voditeljice i roditelja.*“ Od preostalog broja ispitanika, koji se nisu susreli s problemom odbijanja od strane roditelja, može se istaknuti jedan pozitivan primjer ispitanika [H]: „*Roditelji otvoreno podijele informaciju kako bi ukazali na oprez i samim time zaštitili drugu djecu. (...) nakon „čišćenja“ vlasništva dijete odlazi kod liječnika na pregled, koji daje ispričnicu/potvrdu da dijete može doći u vrtić.*“

Kategorija nepostojanje uvjeta sumira odgovore ispitanika o uvjetima u dječjem vrtiću prilikom pojave zaraze te postupke u slučaju da roditelji ponovno dovedu dijete u dječjim vrtić kod kojeg je još prisutna zaraza ušima. Od ukupnog broja ispitanika, dvoje je odgovorilo kako nemaju uvjete koji bi omogućili izolaciju djeteta iz kolektiva te da u slučaju kada roditelji dovedu dijete sa zarazom ušima u vrtić, jednostavno ostave takvo dijete u kolektivu. Deset ispitanika odgovorilo je kako u tom slučaju zovu roditelje, koji u najkraćem vremenskom periodu trebaju doći po dijete. Samo dva ispitanika navela su kako nakon poziva roditelju izoliraju dijete iz kolektiva i pričekaju dolazak roditelja. Ovdje se može istaknuti primjer ispitanika [M]: „Dijete maknemo iz skupine, pozovemo roditelje i pričekamo da roditelji dođu po dijete.“ Preostali ispitanici dijele odgovor kako dijete ostavljaju u kolektivu do dolaska roditelja, što dodatno potvrđuje činjenicu kako velik broj dječjih vrtića nemaju odgovarajuće uvjete za prihvatanje djece koja imaju zarazu ušima. Jedan ispitanik naveo je kako nakon poziva roditelja rade zapisnik, a jedan ispitanik naveo je kako traže liječničku potvrdu da je dijete zdravo tek nakon drugog slučaja pojave zaraze ušima kod djeteta.

5.5. Psihološki problemi

Na temelju analize sadržaja unutar glavne teme Psihološki problemi, dobivene su tri kategorije temeljem sadržaja koji se ponavljao kod ispitanika. Sadržaji svih kategorija u tablicama prikazani su gradacijom od najčešćih i podjednakih odgovora do sadržaja po kojima se ispitanici razlikuju. U daljnjoj analizi biti će prikazani rezultati ispitanika na temu socijalni problemi, gdje će sadržaj biti prikazan u tablici 5.5.1. , uz primjere ispitanika koji su označeni slovima od A do N radi očuvanja anonimnosti.

GLAVNA TEMA	KATEGORIJE	OZNAKA ISPITANIKA	PRIMJER
PSIHOLOŠKI PROBLEMI	PSIHIČKA NELAGODA	A, K	„Strašno. Nemogućnost spavanja jer to traje. (...) imale smo osjećaj da nas sve svrbi. Nosile smo zaštitne kapice za kosu. [A]

	ZABRINUTOST	B	„ ... naravno da jesam malo zabrinuta da se i sama ne zarazim jer imam dijete pa se bojim jedino da ne prenesem zarazu djetetu.“ [B]
	STRAH	A	„ ... Jednostavno, svakodnevno osjećaj straha.“ [A]

Tablica 5.5.1. Psihološki problemi

Izvor: (Autor: I.B.)

Analizom teme Psihološki problemi dobivene su tri kategorije prema sadržaju koji se razlikovao između ispitanika. Glavna tema formirana je na osnovu pitanja „Stvara li Vam činjenica da u dječjem vrtiću u kojem radite postoji zaraza ušima neku vrstu psihičke nelagode?“ te je najveći broj ispitanika, ukupno jedanaest, navelo kako im prisutnost zaraze ušima u kolektivu u kojem rade ne predstavljaju nikakav oblik psihičke nelagode. Nasuprot tome, troje ispitanika navelo je kako osjeća psihičku nelagodu u vidu stalnog osjećaja svrbeža tijela i kose. Vrlo zanimljiv bio je odgovor ispitanika [A], koji odgovara: „*Strašno. Nemogućnost spavanja jer to traje. (...) Roditelji nisu bili suradljivi, često su se svađali sa nama. Samostalno kao odgajateljice, kupile smo šampone za osobnu upotrebu i kod kuće smo prale kosu, koristile smo različite sprejeve, odnosno repelente na poslu i kod kuće. (...) Svu odjeću sam skinula odmah po dolasku kući i oprala. (...) Imale smo osjećaj da nas sve svrbi. Nosile smo zaštitne kapice za kosu. Jednostavno, svakodnevno osjećaj straha. U to vrijeme bila mi je narušena kvaliteta života.*“ U daljnjem razgovoru ispitanica navodi kako smatra da je njezin strah neutemeljen, ali da se ne može riješiti tog osjećaja.

Prethodno je navedeno kako velika većina ispitanika navodi da im zaraza ušima u kolektivu u kojem rade ne predstavlja psihičku nelagodu u smislu osobnih psiholoških manifestacija, ali se veliki broj ispitanika slaže kako im zaraza ušima predstavlja problem u smislu teškog rješavanja zaraze u kolektivu te problema s nesuradljivošću roditelja. O tom problemu govorio je ispitanik [A] navodeći: „*Najgora je bila suradljivost sa roditeljima jer nisu*

znali kako postupati nakon što smo ih nazvali ukoliko smo primijetili da dijete ima zarazu ušima. Ukoliko nismo primijetili, nego su oni sami kod kuće vidjeli da dijete ima uši, tada smo mi bili krivi jer mi to nismo prvi uočili.“ O problemu edukacije roditelja te općenitim stavovima odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima na temu pedikuloze, bit će riječ u nastavku kroz prikaz kategorija sljedeće glavne teme, odnosno, percepcije pedikuloze.

5.6. Percepcija pedikuloze

Na temelju analize sadržaja unutar glavne teme Percepcija pedikuloze dobivene su četiri kategorije temeljem sadržaja koji se ponavljao kod ispitanika. Sadržaji svih kategorija u tablicama prikazani su gradacijom od najčešćih i podjednakih odgovora do sadržaja po kojima se ispitanici razlikuju. U daljnjoj analizi biti će prikazani rezultati ispitanika na temu percepcije pedikuloze, gdje će sadržaj biti prikazan u tablici 5.6.1. , uz primjere ispitanika koji su označeni slovima od A do N radi očuvanja anonimnosti.

GLAVNA TEMA	KATEGORIJE	OZNAKA ISPITANIKA	PRIMJER
PERCEPCIJA PEDIKULOZE	„TABU“ TEMA	A, B, C, D, G, H, I, J, K, L, M, N	„Da, jer se roditelji nelagodno osjećaju kada im damo informaciju da njihovo dijete ima uši.“ [H]
	LOŠE HIGIJENSKE NAVIKE	B, D, E, F, G, I, M, N	„Smatram da neki roditelji ne žive u uvjetima u kojima bi trebali i da to ima utjecaj na pojavu ušljivosti. Ne prate djecu, ne presvlače posteljinu, ne peru odjeću i jednostavno se dogode takve stvari.“ [B]

			„Najčešće nam djeca romske nacionalnosti dolaze s ušima, a za neke od njih znamo da žive u lošim higijenskim uvjetima. I tada od njih kreće zaraza na ostalu djecu ... „ [I]
	EDUKACIJA	F, G, I, J, L	„Ušljivost treba prihvatiti kao svaku drugu bolest te smatram da bi trebalo educirati roditelje kako se nositi sa time i kako pomoći djetetu u toj situaciji.“ [L]
	NISKI SOCIO-EKONOMSKI STATUS	B, E, I, K	„Smatram da je pojava ušljivosti često povezana s niskim socio-ekonomskim statusom.“ [K]

Tablica 5.6.1. Percepcija pedikuloze

Izvor: (Autor: I.B.)

Analizom teme Percepcija pedikuloze dobivene su četiri kategorije prema sadržaju koji se ponavljao kod odgovora ispitanika, a to su: „tabu“ tema, loše higijenske navike, edukacija i niski socio-ekonomski status. Navedene kategorije sumiraju stavove ispitanika na temu pedikuloze prema unaprijed određenom pitanju ili njihovom općenitom stavu. Najveći broj ispitanika, ukupno dvanaest, slaže se sa činjenicom kako je pedikuloza, odnosno ušljivost, u današnje vrijeme još uvijek „tabu“ tema. Ispitanici navode kako su se susreli sa roditeljima kojima je bilo neugodno prilikom priopćavanja informacije da njihovo dijete ima uši glave ili da je bilo potrebno razgovarati sa njima u zasebnoj prostoriji. Nadalje, najveći broj ispitanika, ukupno

osam, konstatira kako su loše higijenske navike povezane s nastankom pedikuloze kod djece. Ispitanici navode kako se tu radi o problemu nehigijenskih navika, poput promjene posteljine, pranja rublja, čišćenja vlasišta djeteta i općenito higijene kose djeteta i slično. Ispitanik [F] navodi: „ ... *ne očiste krevetninu, ručnike...* „ Većina ispitanika navodi kako smatraju da loša higijena potiče razvoj pedikuloze te da se kasnije zaraze i djeca koja ne žive u lošim higijenskim navikama: „*Smatram da kod pojedinaca jest, kod onih gdje se ušljivost prvo pojavila, a kasnije su oni prijenosnici pa se mogu zaraziti i djeca koja kod kuće nemaju loše higijenske navike.*“, navodi ispitanik [L].

Nadalje, manji broj ispitanika, ukupno četvero, slaže se sa činjenicom kako je pojava pedikuloze povezana s niskim socio-ekonomskim statusom te ne navode konkretne primjere ili mišljenje zašto smatraju tu činjenicu potvrđnom.

Posljednje pitanje postavljeno ispitanicima dalo je mogućnost širokog raspona odgovora te su ispitanici imali neograničenu mogućnost vremena i konstatacija. Pitanje je bilo postavljeno s ciljem dobivanja podataka o općenitom stavu ispitanika prema pedikulozi na temelju prethodno postavljenih pitanja ili mogućnosti odgovora prema vlastitom mišljenju. Na temelju dobivenih podataka, stavovi su podijeljeni između pozitivnih i negativnih. Najveći broj ispitanika, ukupno pet, navodi pozitivan stav te smatra da je pedikuloza uobičajena zarazna bolest te da ne treba stvarati paniku prilikom njezine pojave. Nadalje, ispitanici navode kako je potrebna edukacija prvenstveno roditelja, ali i odgajatelja i odgajateljica. Ispitanik [J] navodi: „*Ušljivost je prilično uobičajena pojava u kolektivu (...) Potrebno je educirati roditelje o uklanjanju ušiju jer je to zahtjevan proces, koji se rješava u suradnji sa roditeljima, odgajateljima i zdravstvenim djelatnicima!*“ O potrebi edukacije odgajatelja konstatirao je ispitanik [I]: „*Sudeći po reakcijama kolegica na poslu, da ih sve svrbi kada se pojavi zaraza, i sam taj odbojni stav, stvaraju paniku bez razloga. Stoga smatram da treba poraditi na edukaciju odgajatelja da se takav stav ne bi proširio dalje.*“ Nadalje, sedmero ispitanika ističe pozitivan stav prema pedikulozi te smatra da je najbolje pravovremena reakcija i što raniji početak liječenja te da je važno da roditelji budu otvoreni prema toj temi te da ne iskazuju sram. Ispitanik [H] navodi: „*Važno je biti otvoren u svezi s navedenom temom te na vrijeme poduzeti mjere kako bi se širenje ušljivosti moglo pravovremeno zaustaviti.*“ Od ukupnog broja ispitanika, dvoje ispitanika ističe negativan stav prema pedikulozi te smatraju da se prilikom pojave pedikuloze u kolektivu javlja strah što negativno utječe na ukupnu atmosferu te narušava kvalitetu života. Ispitanici također navode da roditelji traže previše od samih odgajatelja prilikom pojave pedikuloze te je ta činjenica povezana sa njihovim negativnim stavom.

6. Rasprava

Glavni doprinos ovog istraživanja bio je identificirati stavove odgajateljica i odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi, odnosno ušljivosti, epidemiološkim mjerama prilikom pojave zaraze ušima u dječjem vrtiću te probleme s kojima se odgajateljice i odgajatelji susreću prilikom pojave zaraze. Rezultati dobiveni kvalitativnim istraživanjem prikazuju sličnosti, ali i razlike u stavovima odgajateljica i odgajatelja prema pedikulozi. Postavljajući pitanja vezana uz probleme s kojima se susreću, ponašanje roditelja prilikom pojave zaraze te njihovo znanje o samoj temi i prisutnost edukativnih mjera i postupaka, dobiveni su rezultati u širem kontekstu poimanja pedikuloze kao zarazne bolesti. Podatci dobiveni vezano uz epidemiološke postupke i mjere ukazuju na problem nepostojanja uvjeta u dječjim vrtićima te nedovoljnog broja osoblja čime bi se omogućilo da se inficirana djeca prilikom pojave zaraze izoliraju. Nadalje, problem se javlja i zbog nedovoljnog broja zaposlenih zdravstvenih voditeljica, odnosno voditelja. Veći broj ispitanika navodi kako u dječjem vrtiću u kojem rade ne postoji osoba zaposlena na mjestu zdravstvene voditeljice ili voditelja, što povlači pitanje obavljanja poslova u njihovoj domeni od strane odgajateljica i odgajatelja. Većina ispitanika tako navodi da se prilikom pojave zaraze prati pobol sve djece u kolektivu te praćenje i pregled vlasništva rade sami odgajatelji. U takvim situacijama nailaze na poteškoće zbog nedostatne edukacije, što kao problem navodi većina ispitanika.

Vežano uz postupke edukacije, samo je tri ispitanika navelo kako se u dječjem vrtiću u kojem rade provode edukacije vezano uz pedikulozu. Jedan ispitanik navodi kako je takva edukacija uvijek vezana samo uz jedan problem s kojim se susreću, dok dva ispitanika navode da su to većinom edukacije na godišnjoj razini, gdje se jednom godišnje provodi edukacija vezana uz nekoliko područja. Time su dobiveni podatci kako se edukacija o pedikulozi gotovo uopće ne provodi, a u slučaju da se provodi, pedikuloza kao zarazna bolest spominje se u sklopu drugih zaraznih bolesti. Problem nedostatne edukacije, a samim time i nedovoljnog znanja odgajatelja o pedikulozi potvrđuje i podatak kako zdravstveni voditelji u pojedinim dječjim vrtićima provode edukacije tek nakon pojave zaraze ušima. Ovdje do izražaja dolazi problem nedovoljnog broja zaposlenih zdravstvenih voditelja i voditeljica te potreba za visokoobrazovanim medicinskim sestrama i tehničarima koji bi provodili edukaciju odgajatelja i odgajateljica.

Problem edukacije prisutan je i kod roditelja, što potvrđuje činjenica da ispitanici navode kako roditelji smatraju da su dobro očistili vlasništvo djeteta te ga dovedu u dječji vrtić no kasnije se ispostavi da je kod djeteta još prisutna zaraza. Međutim, većina ispitanika slaže se s konstatacijom da roditelji često prikrivaju informacije ukoliko prvi primijete ušljivost kod djeteta

zbog srama. Ovdje se također postavlja pitanje edukacije roditelja iz razloga što roditelji nisu dovoljno informirani, ne znaju kako postupati sa djetetom i smatraju da će njihovo dijete biti izolirano od strane druge djece u kolektivu i podvrgnuto ruganju i ružnim riječima. Ukoliko bi se provodile edukacije roditelja usmenim putem, pomoću predavanja od strane visokoobrazovanih medicinskih sestara ili tehničara uz demonstracije i vizualna pomagala, problem srama bio bi smanjen. Tome doprinosi i činjenica kako većina ispitanika navodi kako u dječjem vrtiću u kojem rade postoje plakati ili letci o ušljivosti glave, većinom postavljeni na oglasnu ploču, no usprkos tome roditelji i dalje nisu dovoljno informirani. Postavlja se pitanje da li se radi o nezainteresiranosti roditelja vezano uz ušljivost ili edukativni materijali nisu dovoljno poučni te je potrebna edukacija na višoj razini. Vezano uz nezainteresiranost roditelja, nekoliko ispitanika navelo je kako roditelji često ne žele sudjelovati u epidemiološkim mjerama suzbijanja zaraze te uopće ne žele biti dio tima u liječenju djeteta. Nekolicina ispitanika, ukupno troje, navodi kako su se susreli sa problemom odbijanja roditelja na način da su roditelji u smislu liječenja ušljivosti kupili potrebna pomagala te ih donijeli u dječji vrtić i zahtijevali od odgajatelja da oni „očiste“ dijete od ušiju glave. Jedanaest ispitanika navodi kako se susreli s problemom prikrivanja informacija, što je i prethodno spomenuto, no zanimljiv je podatak kako nekoliko ispitanika smatra kako roditelji prikrivaju informacije ne zbog srama, već zbog toga što ne mogu dobiti bolovanje ili slobodne dane na poslu u slučaju da im dijete ima zarazu ušima. Ovdje se ističe problem zdravstvenog sustava i samih poslodavaca te njihova neusklađenost po pitanju mjera slobodnih dana u slučaju zaraznih bolesti. Također, otvara se pitanja roditeljske skrbi. Ne može se izostaviti činjenica kako je nekim roditeljima karijera od iznimne važnosti, stoga možda i ne žele izostati s posla zbog ovakve „bezazlene“ situacije. Nadalje, javlja se i problem vezan uz stanovanje te podršku i pomoć. Podatci govore kako većina mladih obitelji stanuje u roditeljskoj kući, no to ne izostavlja činjenicu kako se određeni broj mladih parova odlučuje na samostalan život. Time se u korelaciju postavlja i odnos sa roditeljima te nemogućnost ostavljanja djeteta kod kuće iz razloga što ne postoji adekvatna osoba za brigu djeteta kada su roditelji na poslu.

Većina ispitanika tako navodi brojne probleme s kojima se susreću od strane roditelja. Nadalje, svakodnevno se susreću s problemom nedostatne edukacije vezane uz pedikulozu, nedovoljnog broja osoblja koje bi adekvatno zbrinulo zaraženo dijete te nedovoljnim brojem zaposlenih zdravstvenih voditeljica i voditelja koji bi uvelike olakšali situacije zaraznih bolesti u dječjim vrtićima. Iako se često susreću sa pedikulozom i problemima koje sa sobom donosi, većina ispitanika ističe pozitivan stav prema samoj tematici. Prilikom istraživanja dobiveni su podatci o psihološkim problemima i reakcijama ispitanika vezano uz pojavu pedikuloze u dječjem vrtiću. Zanimljivi su podatci kako većini ispitanika pojava pedikuloze ne izaziva

psihičku nelagodu, strah ili zabrinutost. Iako, prilikom upoznavanja ispitanika s temom i ciljem istraživanja, većina ispitanika odavala je dojam negativnosti te su stvorili negativnu sliku same tematike, što se tijekom intervjua nastavilo prilikom razgovora o problemima s kojima se susreću. Na kraju intervjua, kada su ispitanici trebali istaknuti svoj općeniti stav na temu pedikuloze, kao što je prethodno spomenuto, većina ispitanika istaknula je pozitivan stav. Također, ispitanicima su postavljena pitanja vezana uz povezanost loših higijenskih navika i niskog socio-ekonomskog statusa i pedikuloze, gdje se većina ispitanika složila s povezanosti ove korelacije. Time su prilikom analize podataka dobiveni pomalo suprotni rezultati vezani uz stavove odgajatelja i odgajateljica o pedikulozi. Time se dovodi u pitanje jesu li ispitanici dali socijalno poželjne odgovore kako bi tematiku prikazali u optimističnijem prikazu iako su sami svjesni težine problema pedikuloze kao zarazne bolesti. Nadalje, mogućnost je i razvoja modernih predrasuda kod ispitanika, što potvrđuje činjenica da je nekoliko ispitanika kod povezanosti loših higijenskih navika i pedikuloze navelo problem loše higijene kod pripadnika romske nacionalne manjine no u daljnjem razgovoru nisu željeli jasnije objasniti svoje konstatacije te su na kraju iznijeli pozitivan stav zaključivši kako je pedikuloza zarazna bolest koja je normalna pojava u kolektivu poput dječjeg vrtića te da nije potrebno stvarati paniku i negativnost oko njene pojave.

Općeniti negativan stav izražen konstatacijom samih ispitanika vidljiv je kod ispitanika koji su mlađe životne dobi i imaju kraći radni staž te kod ispitanika koji su i sami roditelji. Kod tih ispitanika zabilježena je veći stupanj zabrinutosti vezan uz zarazu ušima osobno te problem prenošenja zaraze na vlastitu djecu. Kod ostalih ispitanika, koji su istaknuli pozitivan stav, zabilježen je veći stupanj zabrinutosti u odnosu na probleme s kojima se moraju nositi te općenito negativan stav prema trajanju zaraze i dugotrajnom postupku izlječenja te mogućnosti recidiva.

Nadalje u raspravi će biti navedena istraživanja u stranoj publikaciji čiji je cilj bio ispitati stavove roditelja, učitelja i djece u osnovnim školama vezano uz ušljivost kao zaraznu bolest. Rezultati stranih istraživanja prikazani su s obzirom da ne postoji niti jedan rad u domaćoj publikaciji čiji je cilj bio ispitati stavove odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi niti rad u bilo kojem kontekstu ispitivanja stavova određene populacije na temu pedikuloze. Također, nisu pronađena relevantna istraživanja u stranoj publikaciji koja za cilj imaju ispitati stavove odgajatelja u dječjim vrtićima vezano uz pedikulozu.

Prvo istraživanje provedeno je u multikulturalnoj školi u Perthu u zapadnoj Australiji s ciljem utvrđivanja korelacije između modifikacije stavova i upravljanja problemom ušljivosti. U

istraživanje bila su uključena osnovnoškolska djeca u dobi od 8 do 12 godina. Rezultati istraživanja pokazuju kako većina ispitanika nije zabrinuta zbog ušljivosti glave prilikom osobne zaraze zbog toga što smatraju da je to normalna pojava te su sigurni da će ih moći eliminirati. No, rezultati istraživanja pokazali su kako je većina djece sakrila informaciju od roditelja. Takva reakcija može biti potaknuta apatijom ili željom da se izbjegne negativna reakcija roditelja. Nadalje, istraživanje pokazuje kako većina roditelja ne poduzima nikakve mjere suzbijanja infekcije, odnosno, poduzima u slučaju da je zaraza prisutna kod djeteta ženskog spola. To pokazuje da je stigma roditeljsko i društveno pitanje, a ne pitanje djeteta, budući da je samo četvrtina ispitanika pokazala negativnu reakciju [41]. Znatan dio ispitanika stoga pokazuje slične reakcije. Iako su u ispitivanju sudjelovali odgajatelji i odgajateljice u dječjim vrtićima, rezultati pokazuju kako je problem stigmatizacije prisutan i kod roditelja predškolske djece te da većina roditelja odbija poduzeti određene mjere prilikom pojave zaraze.

Drugo istraživanje provedeno je 2017. godine u osnovnim školama u okrugu Muang Khon-Kaen na sjeveroistoku Tajlanda s ciljem ispitivanja znanja, stavova i prakse roditelja, učitelja i djece vezano uz zarazu ušima glave. Praćeni su rezultati u intervencijskoj i kontrolnoj skupini pomoću upitnika o znanju, stavovima i preventivnoj praksi tijekom dva mjeseca. Za većinu njih nije bilo značajne razlike na početku ispitivanja. Rezultati istraživanja pokazali su kako je dvomjesečni program zdravstvenog obrazovanja bio uspješan u povećanju znanja i promjeni stavova prema preventivnoj praksi [42]. Ovo istraživanje ukazuje na važnost edukacije, koju kao najveći problem navodi većina ispitanika. Edukacijom odgajatelja, ali i roditelja uvelike bi se olakšao postupak liječenja ušljivosti, ali i mogućnost provedbe preventivnih mjera kako bi se spriječila pojava zaraze.

Treće istraživanje provedeno je 2019. godine na tri skupine ispitanika. Prvu skupinu činilo je stanovništvo Moskve i moskovske regije, drugu skupinu farmaceutski stručnjaci članovi ljekarničkih organizacija Moskve i moskovske regije i treću skupinu liječnici dermatoveneroloških ambulanta. Provedeno je kvalitativno istraživanje pomoću polustrukturiranog intervjua s ciljem utvrđivanja medicinskih i socijalnih faktora koji utječu na širenje i prevenciju pedikuloze, a podaci su kasnije analizirani matematičkim pristupom. Za potrebe istraživanja formirana su tri posebna intervjua za svaku skupinu ispitanika. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 580 ispitanika u prvoj skupini, dobne strukture od 18 do iznad 61 godinu sa spolnom raspodjelom u omjeru 76,5% žena i 23,5% muškaraca. Drugu skupinu činilo je 115 ispitanika, od toga 51% ispitanika kao farmaceutski tehničari i 49% ispitanika kao magistri farmacije. Treću skupinu činilo je 8 liječnika dermatovenerologa. Kao rezultat sociološke studije stanovništva, ustanovljeno je da je 62% ispitanika imalo pedikulozu glave, a

od tog broja 44% ispitanika bilo je zaraženo tijekom osnovnoškolskog obrazovanja, 36,5% ispitanika za vrijeme boravka u dječjem vrtiću, 10% ispitanika u stručnim obrazovnim ustanovama i 9,5% ispitanika tijekom godišnjih odmora. Anketa je pokazala da nakon zaraze pedikulozom trećina ispitanika nikoga nije obavijestila o tome, što je bio jedan od glavnog čimbenika razvoja epidemije. Samo jedna trećina ispitanika informirala je o tome zdravstvene radnike u školi ili dječjem vrtiću. Daljnji rezultati ankete pokazali su kako je prikrivanje informacija bilo s ciljem da druge osobe u njihovoj blizini ne otkriju da sama osoba ima zarazu ušima. To potvrđuje i činjenica kako je 43% ispitanika odgovorilo kako se susrelo s negativnim stavom prema sebi od strane drugih osoba tijekom zaraze. Vlastite negativne osjećaje osjetilo je 86,5% ispitanika, od toga 25,5% osjećaj sramežljivosti, a 20% ispitanika iskusilo je osjećaj srama. Istraživanje je pokazalo kako je većina ispitanika pristupila samostalnog tretmanu i nije zatražila medicinsku pomoć, odnosno zatražila je kada samostalno nisu mogli riješiti zarazu [43]. Rezultati ovog istraživanja prikazuju problem neinformiranosti stanovništva i još uvijek osjećaja srama zbog ušljivosti. Rezultati spomenutog istraživanja uvelike su slično s rezultatima istraživanja na temu „Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi“, gdje je također većina ispitanika navela kako roditelji prikrivaju informacije zbog srama te često izostave informiranje odgajatelja ili zdravstveni voditelja ukoliko prvi primijete zarazu. Da bi se smanjila učestalost pedikuloze, potrebno je promijeniti stereotip koji u društvu postoji o ovoj bolesti kao bolesti socijalno ugroženih osoba sa lošom osobnom higijenom. U modernom svijetu djeca iz bilo kojeg društvenog okruženja mogu imati pedikulozu, s tim da većina njih doživljava negativno psihološko stanje i nema želju informirati ljude oko sebe o bolesti. Studija je pokazala da čak i dugo vremena nakon bolesti u djetinjstvu, odrasli ljudi zadržavaju negativan dojam o toj bolesti cijeli život. Nedovoljna svijest o fiziološkim svojstvima glave ušiju, metodama zaraze pedikulozom, metodama liječenja i prevencije i visok stupanj neznanja samoliječenja posljedica su percepcije ove bolesti u društvu.

6.1. Uloga medicinskih sestara/tehničara u liječenju i prevenciji pedikuloze

Rezultati istraživanja pokazuju kako je vodeći problem kod pojave zaraze ušima u dječjem vrtiću needuciranost odgajatelja i odgajateljica te samih roditelja. Ispitanici navode kako se u brojnim situacijama moraju sami snalaziti te postupaju prema načinima koje su naučili od drugih kolega ili nakon osobne edukacije, najčešće putem online izvora. Nadalje, ispitanici navode problem edukacije roditelja, koji nisu u potpunosti upućeni u postupke liječenja ušljivosti kao

zarazne bolesti te mjere koje moraju provesti u slučaju zaraze. Mnogi roditelji susreću se s problemom srama i stigme te iz tog razloga ponekad odbijaju činjenicu kako njihovo dijete ima zarazu ušima ili, u većini slučajeva, prikrivaju tu informaciju ako prvi primijete zarazu. Većina ispitanika navodi i nezainteresiranost roditelja u liječenju i prevenciji pedikuloze te nezainteresiranost za edukaciju s obzirom da u većini dječjih vrtića postoje plakati ili letci o simptomima i načinu liječenja pedikuloze, no brojni roditelji negiraju njihovo postojanje. Time se dovodi u pitanje i radno mjesto zdravstvene voditeljice, odnosno voditelja u dječjim vrtićima. Većina ispitanika navodi kako u dječjim vrtićima u kojima rade ne postoji zaposlena osoba na mjestu zdravstvene voditeljice ili voditelja, odnosno postoji, ali ne radi puno radno vrijeme ili postoji kao jedna zaposlena osoba na nekoliko podružnica dječjih vrtića.

U istraživanju su osim odgajatelja i odgajateljica sudjelovali i zdravstveni voditelji, odnosno voditeljice. Ispitanici su naveli prilikom pojave zaraze ušima u dječjem vrtiću prati pobol djece u svim skupinama, no o tome ne kontaktiraju liječnika pedijatra. Nadalje, ispitanici su naveli kako provode protuepidemijske mjere i obavještavaju sve roditelje o pojavi zaraze, no edukaciju vrše tek nakon početka zaraze i to samo za odgajatelje i odgajateljice. Za roditelje su namijenjeni plakati ili letci, no prethodno je spomenuto kako većina roditelja nije zainteresirana za takav oblik edukacije.

Kada se govori o medicinskim sestrama/tehničarima kao zdravstvenim voditeljicama i voditeljima u dječjim vrtićima, naglašava se važnost usvojenih stručnih znanja iz medicinskih, društvenih, bihevioralnih i komunikacijskih vještina te procesa zdravstvene njege i organizacijskih modela. Uloga medicinske sestre kao zdravstvenog voditelja je promicanje zdravlja, skrb o zdravstvenoj zaštiti djece, njihovoj prehrani, higijenskim mjerama te promicanju zdravog okruženja u odgoju. Zdravstveni voditelji vrtića moraju raditi po načelima jedinstvene sestrinske skrbi te poštivati individualnost, holistički pristup i partnerski odnos. Nadalje, glavna uloga je provoditi propisane mjere zdravstvene zaštite djece sukladno važećem Programu zdravstvene zaštite, higijene i prehrane djece te Zakonu o predškolskom odgoju. Prema Programu, zdravstveni voditelji trebali bi organizirati i provoditi zdravstveni odgoj i zdravstvene prosvjeđivanje u cilju stjecanja pravilnih higijenskih navika i usvajanja zdravog načina života i to prema djeci, roditeljima, odgajateljima, kuharicama drugom osoblju [4].

Prema navedenom, može se zaključiti da je edukacija u domeni rada zdravstvenih voditelja te da bi svi zdravstveni voditelji trebali provoditi edukaciju djece, roditelja i odgajatelja kao i pomoćnog osoblja. No, prema rezultatima istraživanja, takva edukacija i dalje je nedostatna. Time se stvara potreba za visokoobrazovanim medicinskim sestrama i tehničarima koji bi

provodili edukaciju kao zdravstveni voditelji ili edukaciju u sklopu zdravstvene njege zajednice u primarnoj prevenciji. Medicinske sestre/tehničari koji bi provodili edukaciju moraju vladati znanjem iz područja medicinskih znanost, ali i komunikacijskih vještina kako bi mogli usmjeriti i pripremiti materijale i metode za određene dobne skupine. U ovom slučaju, kada se radi o edukaciji roditelja i odgajatelja, potrebno im je prenijeti informacije o simptomima ušljivosti, načinu liječenja, informirati roditelje o nužnosti istodobnog i strpljivog postupanja prema uputama, apelirati na pojačanu kontrolu vlasišta, upozoriti da ne dijele osobne predmete djece sa drugom djecom.

7. Zaključak

Osvrnuvši se na podatke dobivene istraživanjem, može se zaključiti kako je kvalitativna metoda istraživanja omogućila dobivanje bogatstva informacija i relevantnih podataka. Kvalitativna metoda istraživanja omogućila je dobivanje informacija o epidemiološkim postupcima za vrijeme zaraze ušima u dječjim vrtićima, socijalnim i psihološkim problemima s kojima se odgajatelji i odgajateljice susreću te njihove stavove prema pedikulozi, odnosno ušljivosti. Kao najveći problem ispitanici ističu nedostatak adekvatne edukacije za odgajatelje i odgajateljice, ali i za roditelje. Problem edukacije, ali i ostale poteškoće prilikom provođenja epidemioloških mjera vezano je uz nedostatak osoblja zaposlenih na poslovima zdravstvene voditeljice, odnosno voditelja. Tome se može pripisati činjenica kako je od četrnaest ispitanika, njih pet navelo kako u dječjem vrtiću nemaju zaposlenu osobu na mjestu zdravstvene voditeljice, a od preostalog broja ispitanika, njih četvero navelo je kako zdravstvena voditeljica nije prisutna cijeli radni dan u dječjem vrtiću s obzirom na činjenicu da pojedini dječji vrtići imaju podružnice te nekoliko vrtića ima zajedničkog zdravstvenog voditelja, odnosno voditeljicu.

Sagledamo li problem edukacije, može se zaključiti kako je to najveći problem s kojim se ispitanici susreću, budući da je mali broj ispitanika, njih troje, odgovorilo je kako se u dječjem vrtiću u kojem rade provode edukacije o ušljivosti. Nedostatkom edukacije javljaju se problemi prilikom postupanja s inficiranim djetetom, stoga ne začuđuje činjenica kako je dobiven odgovor jednog ispitanika da inficirano dijete ostavlja u kolektivu ukoliko roditelji nemaju druge mogućnosti brige za dijete. Nadalje, zbog nedovoljnog broja informacija i neznanja o pedikulozi kao zaraznoj bolesti te još uvijek stigmi koja je vezana uz samu pedikulozu, brojni roditelji prikrivaju informacije ukoliko prvi primijete da dijete ima uši glave te odbijaju obavijestiti odgajatelje i odgajateljice o tome. Roditelji također često ispoljavaju vlastite frustracije prema odgajateljima te odbijaju sudjelovati u procesu liječenja.

Osim socijalnih problema, ispitanici navode i određene psihološke probleme, poput straha i zabrinutosti u situacijama pojave zaraze ušima u dječjem vrtiću u kojem rade. Iako mali broj ispitanika, ukupno njih troje ističe takav oblik psiholoških problema, velika većina ispitanika slaže kako im zaraza ušima predstavlja problem u smislu teškog rješavanja zaraze u kolektivu te problema s nesuradljivošću roditelja, što je i prethodno navedeno. Stoga se može zaključiti kako psihološki problemi proizlaze iz nesuradljivosti i neznanja što je opet povezano s problemom nedostatne edukacije.

Na kraju istraživanja ispitanicima su postavljena pitanja vezana uz njihove stavove o samoj tematici, što je bio glavni cilj rada. Najveći broj ispitanika, ukupno dvanaest, slaže se sa činjenicom kako je pedikuloza, odnosno ušljivost, u današnje vrijeme još uvijek „tabu“ tema. Ovoj činjenici doprinose odgovori ispitanika kako su se susreli sa roditeljima koji nisu željeli otvoreno razgovarati o problemu ili je bilo potrebno održati razgovor u zasebnoj prostoriji kako drugi roditelji ne bi saznali o njihovom problemu. Nadalje, najveći broj ispitanika, ukupno osam, konstatira kako su loše higijenske navike povezane s nastankom pedikuloze kod djece. Ispitanici navode kako se tu radi o problemu nehigijenskih navika, poput promjene posteljine, pranja rublja, čišćenja vlasišta djeteta i općenito higijene. Također, ispitanici problem loše higijene ističu najviše kod pripadnika romske nacionalne manjine, no u daljnjem razgovoru nisu željeli pobliže objasniti njihove konstatacije. Nadalje, manji broj ispitanika, ukupno četvero, slaže se sa činjenicom kako je pojava pedikuloze povezana s niskim socio-ekonomskim statusom te ne navode konkretne primjere ili mišljenje zašto smatraju tu činjenicu potvrdom. Na temelju dobivenih podataka, stavovi su podijeljeni između pozitivnih i negativnih. Najveći broj ispitanika, ukupno pet, navodi pozitivan stav te smatra da je pedikuloza uobičajena zarazna bolest te da ne treba stvarati paniku prilikom njezine pojave. Sedmero ispitanika ističe pozitivan stav prema pedikulozi te smatra da je najbolje pravovremena reakcija i što raniji početak liječenja te da je važno da roditelji budu otvoreni prema toj temi te da ne iskazuju sram. Od ukupnog broja ispitanika, dvoje ispitanika ističe negativan stav prema pedikulozi te smatraju da se prilikom pojave pedikuloze u kolektivu javlja strah što negativno utječe na ukupnu atmosferu te narušava kvalitetu života. Ispitanici također navode da roditelji traže previše od samih odgajatelja prilikom pojave pedikuloze te je ta činjenica povezana sa njihovim negativnim stavom.

Istraživanje je pokazalo brojne čimbenike koji utječu na stavove odgajatelja i odgajateljica u dječjim vrtićima prema pedikulozi. Njihovi stavovi temeljeni su pretežito na problemima s kojima se susreću prilikom pojave zaraze u kolektivu, no usprkos svim problemima, ističu pozitivan stav prema spomenutoj tematici. Kao što je prethodno navedeno, najveći problem je neadekvatna edukacija samih odgajatelja i odgajateljica, ali i roditelja. Stoga je potrebno pokrenuti određene mjere u tom smjeru, koje bi uključile zapošljavanje većeg broja visokoobrazovanih medicinskih sestara/tehničara na poslovima zdravstvenih voditelja/voditeljica ili uključivanje njihove suradnje od strane medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenoj njezi u zajednici. Medicinske sestre/tehničari prvostupnici, u velikoj mjeri sa svojim obujmom znanja i praktičnih vještina, uvelike mogu pomoći kako u prevenciji i liječenju pedikuloze, tako i u edukaciji. Međutim, sve ovisi o osobnoj motivaciji i interesu prema takvom obliku rada u

zajednici od strane medicinskih sestara/tehničara te zainteresiranosti roditelja i odgajatelja prema edukaciji.

U Varaždinu, _____

Ines Banfić



Sveučilište
Sjever



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završnodiplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autom. navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Ines Banfić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivo autor/ica završnog/diplomskog rada pod naslovom Sistemi odgovornosti u dječjim vrtićima o pedagozi čiji sam autor/ica te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Ines Banfić

Ines Banfić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta se dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnodiplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi i izvori svih američkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Ines Banfić neopozivo izjavljujem da sam suglasna/sam s javnom objavom završnog/diplomskog rada pod naslovom Sistemi odgovornosti u dječjim vrtićima o pedagozi čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Ines Banfić

Ines Banfić
(vlastoručni potpis)

8. Literatura

[1] T. Burmas. *Zarazne bolesti u dječjim vrtićima „Dubrovnik“ od 2009.-2013. godine*. Diplomski rad. Sveučilište u Dubrovniku. Odjel za stručne studije. Dubrovnik, 2018.

[2] Z. Volner. *Opća medicinska mikrobiologija s epidemiologijom i imunologijom*. Školska knjiga, Zagreb, 2007.

[3] I. Sirovica. *Beskralježnjaci kao nametnici u kralježnjacima*. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku. Odjel za biologiju. Osijek, 2017.

[4] K. Husar. S. Murat-Sušić. *Liječenje bakterijskih i parazitaranih bolesti kože*. Paediatr Croat 2001; 45 (Supl 1): 223-8. Dostupno 30.11.2019. na <http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2001/dok-36.pdf> 18.10.2019.

[5] I. Matočkin i sur. *Beskralješnjaci - Biologija viših Avertebrata*. Školska knjiga, Zagreb, 1999.

[6] I. Burgess. *Current treatments for pediculosis capitis*. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2009, 22.2: 131-136. Dostupno 30.11.2019. na <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-012-1575-0> 18.10.2019.

[7] T. Meinking. D. Taplin. Infestations: pediculosis. In: *Sexually transmitted diseases: advances in diagnosis and treatment*. Karger Publishers, 1996. p. 157-163. Dostupno 30.11.2019. na <https://www.karger.com/Article/Abstract/424896>

[8] J. Maun. der. *Human lice—biology and control*. Royal Society of Health Journal, 1977, 97.1: 29-32. Dostupno 30.11.2019. na <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/146642407709700111?journalCode=rshc>

[9] J. Vaughan. A. Azad. F. Abdu . *Patterns of erythrocyte digestion by bloodsucking insects: constraints on vector competence*. Journal of medical entomology, 1993, 30.1: 214-216. Dostupno 30.11.2019. na <https://academic.oup.com/jme/article/30/1/214/2221260>

[10] I. Burgess. *Human lice and their management*. In: Advances in parasitology. Academic Press, 1995. p. 271-342. Dostupno 30.11.2019. na <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0065308X08604935>

[11] D. Raoult. V. Roux. *The body louse as a vector of reemerging human diseases*. Clinical infectious diseases, 1999, 29.4: 888-911. Dostupno 30.11.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10589908>

[12] P. A. Buxton. *The biology of the body louse (Pediculus humanus corporis: Anoplura) under experimental conditions*. Parasitology, 1940, 32.3: 303-312. Dostupno 30.11.2019. na <https://www.cambridge.org/core/journals/parasitology/article/biology-of-the-body-lice-pediculus-humanus-corporis-anoplura-under-experimental-conditions/9E37513C908AB24EBA9AAC59D7FAB04E>

[13] K. Kostadinović. *Uši (Phthiraptera, Anoplura) Hrvatske, fauna i vektorska uloga*. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Odjel za biologiju. Osijek, 2016.

[14] Ko CJ, Elston DM. *Pediculosis*. J Am Acad Dermatol 2004; 50:1-12. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14699358?dopt=Abstract>

[15] I. Stipešević Rakamarić. *Ušljivost glave*. Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije. Varaždin, 2014. Dostupno 01.12.2019. na http://www.zzjzvv.hr/articlefiles/250_448_uljivost-glave.pdf

[16] AK Leung. JH Fong. A. Pinto-Rojas. *Pediculosis capitis*. J Pediatr Health Care 2005;19:369-73. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16286223?dopt=Abstract>

[17] M. Bhushan i sur. *Pediculosis capitis: An update*. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology, 2012, 78.4: 429. Dostupno 01.12.2019. na www.ijdv.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2012;volume=78;issue=4;spage=429;epage=438;aulast=Madke7

[18] B. Frankowski i sur. *Head lice*. Pediatrics, 2002, 110.3: 638-643. Dostupno 01.12.2019. na <https://pediatrics.aappublications.org/content/110/3/638.short>

- [19] A. Krishna. A. Classic. *Pediculosis palpebrarum* (le). Indian J Dermatol Venereol Leprol 1998;64:158. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921752?dopt=Abstract>
- [20] T. Angel. J. Nigro. M. Levy. *Infestations in the pediatric patient*. Pediatric Clinics of North America, 2000, 47.4: 921-935. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505702492>
- [21] DM. Elston. *What's eating you?* Psocoptera (book lice, psocids). Cutis 1999;64:307-8. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10582152?dopt=Abstract>
- [22] KY. Mumcuogl. M. Friger. I. Ioffe-Uspensky. F. Ben-Ishai. J. Miller. *Louse comb versus direct visual examination for the diagnosis of head louse infestations*. Pediatr Dermatol 2001;18:9-12. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11207962?dopt=Abstract>
- [23] T. Badri.H. Hammami. R. Benmously. I. Mokhtar. S. Fenniche.. *Dermoscopic diagnosis of pediculosis capitis*. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2010;19:45-6. Dostupno 01.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20976423?dopt=Abstract>
- [24] JW. Maunder. *Insecticides in pediculosis capitis*. Arch Dis Child 1989;64:69-70. Dostupno 02.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2923477?dopt=Abstract>
- [25] K. Yoon. i sur. *Permethrin-resistant human head lice, Pediculus capitis, and their treatment*. Archives of Dermatology, 2003, 139.8: 994-1000. Dostupno 02.12.2019. na <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/479452>
- [26] P. E. Neira. i sur. *Metal microchanelled fine-toothed comb use in the diagnosis of pediculosis*. Anais brasileiros de dermatologia, 2009, 84.6: 615-621. Dostupno 02.12.2019. na http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962009000600007&script=sci_arttext
- [27] LA. Schachner. *Treatment resistant head lice: Alternative therapeutic approaches*. Pediatr Dermatol 1997;14:409-10. Dostupno 02.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9336820?dopt=Abstract>

[28] Dodd CS. *Interventions for treating headlice*. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD001165. Dostupno 02.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686980?dopt=Abstract>

[29] M. Ameen. R. Arenas. J. Villanueva-Reyes. J. Ruiz-Esmenjaud. D. Millar. F. Domínguez-Dueñas. i sur. *Oral ivermectin for treatment of pediculosis capitis*. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29: 991-3. Dostupno 02.12.2019. na https://journals.lww.com/pidj/Abstract/2010/11000/Oral_Ivermectin_for_Treatment_of_Pediculosis.2.aspx

[30] C. Akisu. SB. Delibas. U. Umit Aksoy. *Albendazole: Single or Combination Therapy with Permethrin against Pediculosis Capitis*. *Pediatr Dermatol* 2006;23:179-82. Dostupno 02.12.2019. na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1525-1470.2006.00209.x>

[31] MR. Namazi. *Levamisole: A safe and economical weapon against pediculosis*. *Int J Dermatol* 2001;40:292-4. Dostupno 02.12.2019. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11454092?dopt=Abstract>

[32] K. Mumcuoglu. *Prevention and treatment of head lice in children*. *Pediatric Drugs*, 1999, 1.3: 211-218. Dostupno 02.12.2019. na <https://link.springer.com/article/10.2165/00128072-199901030-00005>

[33] B. Frankowski. L. *American Academy of Pediatrics guidelines for the prevention and treatment of head lice infestation*. *Am J Manag Care*, 2004, 10.9 Suppl: S269-S272. Dostupno 02.12.2019. na https://www.nixlice.com/sites/nix/files/american_academy_of_pediatrics_report.pdf

[34] A. Delić. N. Vijiuk. *Prirodoslovlje*. Školska knjiga. Zagreb, 2004.

[35] D. Ropac. i suradnici. *Epidemiologija zaraznih bolesti*. Medicinska naklada. Zagreb, 2003.

[36] V. Babuš. Ž. Kulčar. R. Čapeta. *Epidemiologija: osnovni pojmovi, principi i praktični postupci*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1991.

- [37] D. Puntarić. D. Ropac. *Higijena i epidemiologija*. Medicinska naklada. Zagreb, 2017.
- [38] N. Hlevnjak. *Zarazne bolesti predškolske djece i njihova prevencija*. Sveučilište u Zagrebu. Učiteljski fakultet. Završni rad. Čakovec, 2019.
- [39] P. Koren. *Zarazne bolesti kao posljedica sanitarnih problema okoliša*. Međimursko veleučilište u Čakovcu. Završni rad. Čakovec, 2018.
- [40] J. Heukelbach. H. Feldmeier. *Scabies*. The Lancet, 2006, 367.9524: 1767-1774. Dostupno 15.01.2020. na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606687722>
- [41] D. V. Canyon. C. Canyon. S. Milani. *Parental and Child Attitudes Towards Pediculosis are a Major Cause Of Reinfection*. The Open Dermatology Journal, 2014, 8.1. Dostupno 20.04.2020. na <https://benthamopen.com/ABSTRACT/TODJ-8-24>
- [42] M. Yingklang, et al. *Effect of a health education program on reduction of pediculosis in school girls at Amphoe Muang, Khon Kaen Province, Thailand*. PloS one, 2018, 13.6. Dostupno 20.04.2020. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995376/>
- [43] O.V. Kartashova. et al. *Medical and Social Factors of Pediculosis*. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 2019, 7.19: 3240. Dostupno 21.04.2020. na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953927/>
- [44] Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima (Urednički pročišćeni tekst, «Narodne novine», broj 105/02 i 55/06)

Popis slika

Slika 2.1.1. Makro-anatomski prikaz uši glave	3
Slika 2.2.1. Razvojni ciklus uši glave.....	5
Slika 3.1.1.1. Vogralikov lanac	14

Popis tablica

Tablica 2.6.1.1. Topikalni lijekovi kod infestacije ušima glave	8
Tablica 5.1.1. Opći podaci ispitanika	26
Tablica 5.1.2. Opći podaci ispitanika	27
Tablica 5.2.1. Epidemiološke mjere	29
Tablica 5.3.1. Edukacija	31
Tablica 5.4.1. Socijalni problemi.....	33
Tablica 5.5.1. Psihološki problemi	36
Tablica 5.6.1. Percepcija pedikuloze	38

9. Prilozi

9.1. Prilog 1. Intervju za odgajatelje i odgajateljice u dječjim vrtićima

SUGOVORNICA/SUGOVORNIK (ime i prezime): _____

(slovna oznaka sugovornice/sugovornika): _____

MJESTO, DATUM: _____

PRISTANAK ZA SNIMANJE INTERVJUA: DA / NE

POTPIS SUGOVORNICE/SUGOVORNIKA: _____

Poštovani! Moje ime je Ines Banfić i studentica sam studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Ponajprije bih se željela zahvaliti što ste pristali sudjelovati u intervjuu te time izdvojili svoje slobodno vrijeme. Intervju provodim s ciljem prikupljanja podataka, koje ću nakon obrade implementirati u završni rad. Tema završnog rada je „Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi“, stoga ću Vam u nastavku postaviti nekoliko pitanja vezanih za pedikulozu, odnosno ušljivost. Završni rad provodim pod mentorstvom doc.dr.sc. Tomislava Meštrovića, dr.med. Intervju je u potpunosti anoniman te će Vaši odgovori biti sigurno pohranjeni. Vaše ime i prezime biti će korišteno isključivo u svrhu lakše obrade podataka, no u samom radu neće biti prikazani, već će biti zamijenjeni određenom slovnim oznakom. Radi lakše obrade podataka, intervju će biti sniman, stoga Vas molim da u tekstu iznad zaokružite DA, odnosno NE ukoliko ne pristajete na spomenuti postupak te Vas molim za vlastoručni potpis nakon što odaberete određenu mogućnost. U svakom trenutku možete odustati od intervjuja.

U nastavku slijede pitanja. Intervju se sastoji od tri skupine pitanja s potpitanjima otvorenog tipa. Ukupno je 24 pitanja te 5 potpitanja, a predviđeno vrijeme trajanja intervjuja iznosi od 20 do 30 minuta. Prva skupina pitanja odnosi se na demografske podatke, druga skupina pitanja odnosi se na Vaše podatke o radu s djecom, edukaciji vezanu uz ušljivost, mjere prevencije i postupke kod pojave ušljivosti, dok se treća skupina pitanja odnosi na Vaše stavove uz spomenutu tematiku. Nakon što ste spremni, možemo započeti.

NAPOMENA: _____

PRVA SKUPINA PITANJA

Molim Vas da navedete Vaš spol? _____

Navedite Vašu dob? _____

Koja je Vaša razina završenog obrazovanja?

Ukoliko Vaše završeno obrazovanje nije smjera ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, radite li na poslovima čije su kvalifikacije u profesionalnom statusu navedenog obrazovanja?

Koliko dugo, izraženo u godinama i mjesecima (ukoliko Vam je poznat točan broj) radite kao odgajateljica/odgajatelj u ovom dječjem vrtiću?

Ukoliko ste radili kao odgajateljica/odgajatelj u drugim dječjim vrtićima, koliko ukupno iznosi Vaš radni staž? _____

U dječjim vrtićima postoje razne skupine određene kronološkom dobi djece. U kojoj skupini prema dobi djece radite? _____

DRUGA SKUPINA PITANJA

U dječjem vrtiću u kojem trenutno radite, postoji li zaposlena osoba na mjestu zdravstvene voditeljice/voditelja? _____

Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili potvrdno, da li Vam je poznata informacija o završenoj razini obrazovanja spomenute osobe?

Nakon potvrde o stupanju u radni odnos, odnosno nakon početka rada u dječjem vrtiću, jeste li dobili informacije od strane zdravstvene voditeljice/voditelja i/ili stručnih suradnika o važnim činjenicama vezanim uz zdravlje djece te situacije na koje treba obratiti pažnju u kontekstu parazitarne bolesti, odnosno u ovom slučaju, ušljivosti?

Da li Vam je poznata informacija da djeca s ušljivosti glave ne smiju boraviti u dječjem vrtiću?

Nakon što primijetite simptome ušljivosti (pojava živih uši u kosi ili gnjida, ovisno o vremenu koje je prošlo od nastupa zaraze), pozivate li roditelje i obavještavate ih o tome?

Kod prethodno navedene situacije, javljate li zdravstvenoj voditeljici/voditelju i /ili stručnim suradnicima informaciju o pojavi ušljivosti?

Kod prethodno navedene situacije, pratite li zdravstvene stanje ostale djece?

Prilikom pojave ušljivosti, obavještavate li sve roditelje o tome?

Postoje li u dječjem vrtiću u kojem radite plakati ili letci o ušljivosti glave, simptomima, načinu liječenja i prevencije?

Provodi li se u dječjem vrtiću edukacije (godišnje, mjesečno) vezano uz ušljivost glave?

Koji je najčešći način na koji dobivate informacije o ušljivosti glave i postupcima kod zaraze? (ravnatelj/ravnateljica dječjeg vrtića, zdravstvene voditeljice/voditelji, drugi odgajatelji, letci, edukacija u dječjem vrtiću, osobno; on-line izvori, knjige...).

U posljednjih šest mjeseci, javila li se zaraza ušima u skupini djece s kojom radite?

Ukoliko da, poznata li Vam je informacija koliko djece je imalo zarazu ušima?

Ukoliko ne, poznata li Vam je informacija kada se posljednji puta u skupini djece s kojom radite pojavila zaraza ušima i koliko djece je imalo zarazu ušima?

Prethodno je bilo postavljeno pitanje ukoliko Vam je poznata informacija da djeca koja ima infestaciju ušima glave ne smiju boraviti u dječjem vrtiću. Postoje li situacije kada roditelji djecu sa infestacijom ušima ipak pošalju u dječji vrtić?

Ukoliko da, koji su tada Vaši postupci?

TREĆA SKUPINA PITANJA

Ušljivost glave je pojava koja se nikada nije i neće iskorijeniti. Iako je poznata već stoljećima, smatrate li da je ušljivost još uvijek tabu tema?

Smatrate li da je pojava ušljivosti povezana s lošim higijenskim navikama?

Smatrate li da je pojava ušljivosti povezana s niskim socio-ekonomskim statusom?

Ukoliko se pojavi ušljivost glave kod nekog djeteta, susprežete li od kontakta i igre sa tim djetetom, odnosno bliskim kontaktom nakon što dijete dođe u vrtić neinfestiran?

Stvara li Vam činjenica da u dječjem vrtiću u kojem radite postoji zaraza ušima neku vrstu psihičke nelagode? Ako da, opišite Vaše postupke i reakcije.

Smatrate li da roditelji često prikrivaju informacije ukoliko su prvi primijetili ušljivost kod djeteta te ga redovno šalju u vrtić, kako ne bi bili izloženi obilježenosti i sramu?

I za kraj, molim Vas da ukratko opišete Vaš općeniti stav na temu ušljivosti.

9.2. Prilog 2. Intervju za zdravstvene voditeljice/voditelje

SUGOVORNICA/SUGOVORNIK (ime i prezime): _____

(slovna oznaka sugovornice/sugovornika): _____

MJESTO, DATUM: _____

PRISTANAK ZA SNIMANJE INTERVJUA: DA / NE

POTPIS SUGOVORNICE/SUGOVORNIKA: _____

Poštovani! Moje ime je Ines Banfić i studentica sam studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Ponajprije bih se željela zahvaliti što ste pristali sudjelovati u intervjuu te time izdvojili svoje slobodno vrijeme. Intervju provodim s ciljem prikupljanja podataka, koje ću nakon obrade implementirati u završni rad. Tema završnog rada je „Stavovi odgajatelja u dječjim vrtićima o pedikulozi“, stoga ću Vam u nastavku postaviti nekoliko pitanja vezanih za pedikulozu, odnosno ušljivost. Završni rad provodim pod mentorstvom doc.dr.sc. Tomislava Meštrovića, dr.med. Intervju je u potpunosti anoniman te će Vaši odgovori biti sigurno pohranjeni. Vaše ime i prezime biti će korišteno isključivo u svrhu lakše obrade podataka, no u samom radu neće biti prikazani, već će biti zamijenjeni određenom slovnom oznakom. Radi lakše obrade podataka, intervju će biti sniman, stoga Vas molim da u tekstu iznad zaokružite DA, odnosno NE ukoliko ne pristajete na spomenuti postupak te Vas molim za vlastoručni potpis nakon što odaberete određenu mogućnost. U svakom trenutku možete odustati od intervjuja.

U nastavku slijede pitanja. Intervju se sastoji od dvije skupine pitanja s potpitanjima otvorenog tipa. Ukupno je 15 pitanja te 1 potpitanje, a predviđeno vrijeme trajanja intervjuja iznosi od 15 do 20 minuta. Prva skupina pitanja odnosi se na demografske podatke, a druga skupina pitanja odnosi se na postupke u slučaju pojave zaraze ušima. Nakon što ste spremni, možemo započeti.

NAPOMENA: _____

PRVA SKUPINA PITANJA

Molim Vas da navedete Vaš spol? _____

Navedite Vašu dob? _____

Koja je Vaša razina završenog obrazovanja?

Koliko dugo, izraženo u godinama i mjesecima (ukoliko Vam je poznat točan broj) radite kao zdravstveni voditelj/voditeljica u ovom dječjem vrtiću?

Ukoliko ste radili kao zdravstveni voditelj/voditeljica u drugim dječjim vrtićima, koliko ukupno iznosi Vaš radni staž?

Koliko sati (dnevno/tjedno) iznosi Vaš rad u dječjem vrtiću?

DRUGA SKUPINA PITANJA

Nakon pojave zaraze ušima glave, dobijete li povratne informacije od strane odgajateljica/odgajatelja?

Nakon pojave zaraze ušima glave, provodite li edukaciju odgajateljica/odgajatelja o postupcima u kolektivu?

Provodite li edukacije vezane uz ušljivost glave prije nastanka zaraze?

Izrađujete li edukativne materijale za roditelje prije ili nakon pojave zaraze ušima glave?

Prilikom pojave ušljivosti, evidentirate li pojavu ušljivosti u Evidenciju epidemioloških indikacija?

Prilikom pojave ušljivosti, obavještavate li liječnika pedijatra o nastaloj situaciji?

Prilikom pojave ušljivosti, pratite li pobol u svim skupinama djece?

Prilikom pojave ušljivosti, provodi li protuepidemijske mjere?

Ukoliko da, koje su to mjere?

Obavještavate li roditelje ostale djece o pojavi ušljivosti u dječjem vrtiću (pritom ne spominjući identitet djeteta?)
