

DIJETE U SUVREMENOME HRVATSKOM DRUŠTVU

CHILD IN CONTEMPORARY CROATIAN SOCIETY

JULIJE MEŠTROVIĆ, IRENA BRALIĆ, GORDANA BULJAN FLANDER, MILA JELAVIĆ,
INES JOKOVIĆ OREB, ANDREAS KONSTANTOPOULOS, MARINA KUZMAN,
STJEPAN MALOVIĆ, RENATA MILJEVIĆ-RIDIČKI, MAJA MIŠKULIN, AIDA MUJKIĆ,
MARIJA RADONIĆ, VLASTA RUDAN, ĐURĐICA ŠEŠO-ŠIMIĆ*, GORAN ŠIMIĆ*

Deskriptori: Zdravstvena zaštita djeteta – trend, organizacija; Pedijatrija – trend, edukacija; Zdravlje djeteta; Socioekonomski faktori; Zdravstvena politika; Hrvatska

Sažetak. U Zagrebu je 12. prosinca 2009. održan simpozij »Dijete u suvremenome hrvatskom društvu«, koji su organizirali Hrvatsko pedijatrijsko društvo, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi i UNICEF za Hrvatsku. Predavači su prikazali važne podatke o teškoćama kojima su izložena djeca u Hrvatskoj. Naime, nove bolesti, koje su u suvremenom svijetu sve češće u djece, zahtijevaju od svih koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu djece nove pristupe radu, što podrazumijeva i dodatnu edukaciju. To nisu bolesti uobičajene u svakodnevnoj liječničkoj praksi. Pristup društva, zbog raznolikosti teškoća s kojima se djeca suočavaju, može biti samo multidisciplinarni. Temeljni nacionalni interes društva je usmjeriti više pozornosti i financijska sredstva na zdravstvenu zaštitu djece, jer to osigurava opstanak i zdravu budućnost društva. Taj pristup zahtijeva nacionalni konsenzus i jasnu političku odluku svih odgovornih službi.

Descriptors: Child health services – trends, organization and administration; Pediatrics – trends, education; Child welfare; Socioeconomic factors; Health policy; Croatia

Summary. The symposium on the topic »Child in contemporary Croatian society«, organized by Croatian Pediatric Society, Croatian Academy of Sciences and Arts, Ministry of health and social welfare and UNICEF Croatia Office, was held in Zagreb on December 12, 2009. The lecturers have shown important information on difficulties the children in Croatia are exposed to. Namely, diseases of the so called »new morbidity«, which are becoming more and more frequent in the contemporary world, demand a new approach of work from all who participate in healthcare for children, including additional education. These diseases are not part of a practitioner's routine activity. Due to variety of problems children are exposed to, the approach can be only multidisciplinary. Basic national interest of every country (basic interest of every human society) should be to direct more attention and financial resources to the healthcare of children, which would ensure the existence and healthy future of the society. This approach requires a national consensus and clear political decision of all responsible official services.

Liječ Vjesn 2010;132:303–308

Tijekom XX. stojeća su u industrijski razvijenim zemljama, prateći razvoj tehnologije i napredak u medicini, iskorištenje ili značajno suzbijene bolesti vezane uz nedostatnu prehranu i infekcije. Međutim, procesi industrijalizacije, globalizacije i urbanizacije u suvremenom svijetu uzrokom su pojave tzv. novih bolesti (od engl »new morbidity«) u djece.^{1,2} Prekomjerna i loša prehrana, uz oskudnu tjelesnu aktivnost, imaju za posljedicu kronične bolesti u odrasloj dobi, poput pretilosti i kardiovaskularnih bolesti. Većina je roditelja prezaposlena, a sve je više djece samohranih roditelja. Mnoga su djeca bez nadzora, izložena izvorima spoznaje iz profitnih masovnih medija, posebice interneta. Nasilje i uživanje sredstava ovisnosti javno se promiču kao uobičajeni i poželjan obrazac ponašanja. Djeca žive u prenapučenim gradovima, izložena stresu raznih oblika. Najvažniji uzrok smrtnosti u djece i mladeži su ozljede, najčešće zbog prometnih nesreća. U razvijenim zemljama povećava se nerazmjer u količini novčanih sredstava namijenjenih za liječenje sve starijih populacija odraslih, u odnosu na sredstva namijenjena djeci. Međutim, zapostavljanje potreba djece izravno ugrožava blagostanje zajednice i njezin opstanak. Održavanje visokih standarda zaštite zdravlja djece prvorazredno je nacionalno društveno i političko pitanje.³

U odnosu na teškoće djece u suvremenom društvu posebno je važna uloga pedijatra, kao zastupnika interesa djece. Skrb o zdravlju djece zahtijeva široko znanje o anatomske,

* **Jedinica intenzivnog liječenja djece, KBC Split** (prof. dr. sc. Julije Meštrović, dr. med.), **Specijalistička pedijatrijska ordinacija, Trogir** (dr. sc. Irena Bralić, dr. med.), **Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba** (doc. dr. sc. Gordana Buljan Flander, prof.), **Pravobraniteljstvo za djecu** (Mila Jelavić, dipl. iur.), **Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu** (doc. dr. sc. Ines Joković Oreb, prof.), **University of Athens, Medical School, Department of Paediatrics** (prof. dr. sc. Andreas Konstantopoulos, dr. med.), **Hrvatski zavod za javno zdravstvo** (prim. dr. sc. Marina Kuzman, dr. med.), **Međunarodni centar za obrazovanje novinara, Sveučilište u Dubrovniku** (prof. dr. sc. Stjepan Malović, prof.), **Učiteljski fakultet, Sveučilište u Zagrebu** (prof. dr. sc. Renata Miljević-Ridički, prof.), **Medicinski fakultet, Sveučilište u Osijeku** (doc. dr. sc. Maja Miškulin, dr. med.), **Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«**, **Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (doc. dr. sc. Aida Mujkić, dr. med.), **Odjel za pedijatriju, Opća bolnica Dubrovnik** (mr. sc. Marija Radonić, dr. med.), **Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb** (prof. dr. sc. Vlasta Rudan, dr. med.), **Dom zdravlja Zagreb – Istok** (mr. sc. Đurđica Šešo-Šimić, dr. med.), **Hrvatski institut za istraživanje mozga, Zavod za neuroznanost, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (prof. dr. sc. Goran Šimić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. J. Meštrović, Jedinica intenzivnog liječenja djece, Klinika za dječje bolesti, KBC Split, Spinčićeva 1, 21000 Split, e-pošta: julije.mestrovic@st.t-com.hr

Primljeno 23. veljače 2010., prihvaćeno 3. rujna 2010.

fiziološkim i patološkim osobinama djece i promjenama koje se rastom i razvojem u djece zbivaju. Mnoga su osnovna pedijatrijska znanja su za liječnika odraslih prava rijetkost (npr. genetika i prirođene bolesti). Poznavanje etičkih i pravnih pitanja koja se odnose na djecu, te empatija u odnosu s djecom i roditeljima zahtijevaju od pedijatra puno više znanja, vještina i stručnosti od uobičajenih, potrebnih samo za dijagnosticiranje i liječenje bolesti.⁴

U dvorani Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (HAZU) u Zagrebu održan je 12. prosinca 2009. simpozij »Dijete u suvremenome hrvatskom društvu«. Suorganizatori skupa bili su Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HAZU, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi i UNICEF. Uvodno predavanje o međunarodnopravnoj zaštiti djeteta održao je akademik prof. Davorin Rudolf, predsjednik Znanstvenog vijeća za mir i ljudska prava HAZU. Na simpoziju je kao predavač sudjelovao i prof. Andreas Konstantopoulos, predsjednik Europskoga pedijatrijskog društva (EPA od engl. European Paediatric Association). Poteškoće djece u suvremenom društvu moguće je cjelovito sagledati samo multidisciplinarnim pristupom. Zato su predavači na ovom skupu bili vršni hrvatski stručnjaci iz raznih znanstvenih područja. Predavači su prikazali i konkretne podatke o djeci u Hrvatskoj, a zatim upozorili na načine rješavanja uočenih teškoća.

Stanje dječjih prava u Hrvatskoj

Unatoč prihvaćanju Konvencije o pravima djeteta i nacionalnom zakonodavstvu, zabrinjava broj djece koja su uskraćena u svojim pravima zbog nefunkcioniranja ili nedovoljnog funkcioniranja sustava njihove zaštite. Sustavi dječje zaštite koji djeluju nekoordinirano i nepovezano. Zabrinjava što sustav socijalne skrbi i zaštite obitelji kao jedna od najvažnijih karika zaštite dječjih prava još ne može adekvatno odgovoriti na zahtjeve koji se preda nj postavljaju. U sustavu odgoja i obrazovanja odgajatelji, nastavnici i učitelji koji svoju ulogu ne ispunjavaju kompetentno i zainteresirano, često nisu svjesni učinaka takvog rada na djecu. U području zdravstvenih prava djece, uz nedovoljan broj zdravstvenih radnika, nedostatak odjela za djecu kojoj je potrebna psihijatrijska pomoć, nedostatak psihologa u sustavu zdravstva, još uvijek nailazimo na problem nedostatnog informiranja roditelja o pravima djece na zdravstvenu zaštitu. To posebice dolazi do izražaja u slučajevima potrebe za liječenjem djece u inozemstvu i pri osiguravanju sredstava za nabavu skupih lijekova, što nerijetko rezultira izlaganjem djeteta u medijima kojima se roditelji obraćaju za pomoć. Svjedoci smo i učestalog izlaganja djece-pacijenata javnosti, objavljivanja informacija o njihovu zdravstvenom stanju ili slike djeteta u bolesničkoj postelji, čime se ugrožava njihova privatnost i dostojanstvo. Valja stalno podsjećati što su naše obveze i odgovornosti prema djeci. Nije dovoljno samo usavršavati dokumente, zakone, izrađivati planove i strategije, nužno je ostvarivati ono što ti dokumenti propisuju.

Primarna zdravstvena zaštita djece u Europi

Djelokrug pedijatrije uključuje kontinuiranu skrb o novorođenčadi, djeci, adolescentima i majkama. U svijetu će oko 10 milijuna djece mlađe od 5 godina umrijeti ove godine, većinom od bolesti koje se mogu spriječiti, ili jednostavno liječiti. Nepoznat je broj djece koja će preživjeti, ali s oštećenim zdravljem i razvojem. Djeca čine 30% populacije

svijeta, ali i 100% naše budućnosti. Pedijatri te obiteljski liječnici i liječnici opće prakse, kao i svi stručnjaci u sveučilišnim i općim bolnicama, bitni su čimbenici u osiguranju za zdravlje djece.

Nažalost, malo je podataka o stanju primarne zaštite djece u europskim zemljama. U Europi postoje tri sustava: pedijatrijski, obiteljski liječnici/opća praksa i miješani.⁵ Razlike među zemljama i unutar zemalja rezultat su zemljopisnih i gospodarskih osobitosti, društveno-političkih osobitosti (vrsta pedijatrijske, neonatalne i bolničke zaštite i zaštite adolescenata) i razlike u patologijama (mortalitet novorođenčadi, opće stanje zdravlja itd.).

Postavlja se pitanje što pedijatar može učiniti da unaprijedi budućnost zdravlja djece. Pedijatri moraju raditi unutar svojih pedijatrijskih društava i akademskih ustanova da bi služili zdravstvenim potrebama djece. Oni moraju biti odvjetnici interesa djece i savjetnici onima koji nadziru zdravlje djece. Nacionalna europska pedijatrijska društva moraju biti sposobna surađivati i izmjenjivati zamisli sa svim društvenim ustanovama. Za uspješan rad moraju imati politički utjecaj, što je prvi korak prema postizanju jednakosti u primarnoj zaštiti djece. U zaključku, primarna zdravstvena zaštita je ključna za osiguranje zdrave budućnosti djece, a pedijatri imaju prvorazrednu odgovornost za promicanje interesa djece.

Utjecaj ranog emocionalnog razvitka na zdravlje u odrasloj dobi

Odvajanje ili nesiguran odnos s roditeljima, zlostavljanje, zanemarivanje, trauma i stres u najranijoj životnoj dobi značajno ometaju normalan razvoj djeteta. Zbog poremećenog emocionalnog razvitka ovakvi događaji višestruko povećavaju vjerojatnost nastanka različitih psihičkih i fizičkih poremećaja zbog nastanka patoloških oblika sinaptičke plastičnosti: 1. mezokortikolimbickih dopaminergičkih projekcija (depresija, ovisnosti, povećana vulnerabilnost na nove okolnosti te čak i blagi stres, suicidalnost),⁶ 2. sustava kondicioniranja straha posredovanog frontolimbickim neuronskim krugovima (panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, tjeskoba, fobije),⁷ 3. autonomnoga živčanog sustava i lučenja kortizola (povišeni krvni tlak, pretilost, rano pojavljivanje dijabetesa tipa 2, smanjeni imunski odgovor, promjene raspoloženja, koncentracije i sposobnosti pamćenja, nesanica, stresna inkontinencija, ulcerozni kolitis, povišen mišićni tonus, skolioza itd.), 4. prefrontalnih projekcija u bazalne ganglije, mali mozak i druga područja mozga (poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje, Aspergerov sindrom, autizam) i 5. serotoninergičkih projekcija važnih za razvitak socijalnih kompetencija (agresivno ponašanje, asocijalno ponašanje, suicidalnost, sociopatije).⁸ Nažalost, većina navedenih poremećaja ne može se riješiti programima psihosocijalne pomoći. Adoptirana i deprivirana djeca više ne mogu stvarati povjerljive i čvrste odnose s drugima unatoč kasnijem posvojenju i životu u obiteljima koje ih odgajaju kao vlastitu djecu.⁹

Rana intervencija u djetinjstvu

Rana intervencija definira se svim oblicima poticanja usmjerenog prema djeci i savjetovanja usmjerenog prema roditeljima, primjenjuje se vrlo rano, od rođenja do rane predškolske dobi, kako bi se potaknulo optimalni razvojni ishod djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika.¹⁰ Temelji se na multidisciplinarnom pristupu koji služi dobrobiti dje-

teta, unapređuje dječje zdravlje, potiče razvoj kompetencija, minimalizira razvojne teškoće, prevenira funkcionalno pogoršanje, pomaže kod prilagodbe roditelja i cjelokupnog obiteljskog funkcioniranja te mora biti utemeljena u lokalnoj zajednici.¹¹

Postojanje čimbenika rizika (biomedicinskih ili sociogenih) u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu izrazilo je stresno i može bitno remetiti dobru interakciju između djeteta i roditelja; stres u toj dobi može poremetiti razvoj mreže moždanih stanica, a time i optimalni razvoj. To može rezultirati problemima, između ostalih, i u ponašanju djeteta u adolescentnoj dobi, a neki negativni obrasci razmišljanja ostaju trajno.¹² U Hrvatskoj ne postoji mreža savjetovaništa ili kliničkih jedinica s programima rane intervencije, pa nažalost mnoga djeca i obitelji posebno iz malih sredina ostaju neobuhvaćena, nema koordiniranja potpora i usluga iz različitih službi, nema jasnog definiranja financiranja programa. Doprinos razvoju rane intervencije u Hrvatskoj daju prvi poslijediplomski specijalistički studij iz rane intervencije pokrenut na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID), Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet dijeli Kabinet za ranu psihomotoričku stimulaciju s projektom »Razvojni integracijski programi za djecu s neurorizikom«.¹³

Skrivene opasnosti u hrani i njihov utjecaj na zdravlje djeteta

Moderna proizvodnja hrane ne može se zamisliti bez dodavanja prehrambenih aditiva. Svjetska zdravstvena organizacija i Organizacija za hranu i poljoprivredu ističu da se aditivi ne smiju rabiti radi prikrivanja pogrešaka u procesu proizvodnje, služiti za krivotvorenje kakvoće, a njihova uporaba mora biti ograničena i ne smiju nepovoljno djelovati na zdravlje potrošača. S tim u vezi ustanovljen je i tzv. prihvatljivi dnevni unos (ADI od engl. acceptable daily intake) aditiva, tj. ona količina aditiva koja se kao sastavni dio namirnice može svakodnevno konzumirati čitav životni vijek čovjeka bez ikakvog rizika za zdravlje. Mnoštvo je neželjenih učinaka aditiva na zdravlje djece, od kojih su najvažnije alergijske manifestacije, astmatski napadaji, gastrointestinalne smetnje te utjecaj na ponašanje djece. Razlozi zbog kojih su upravo djeca rizična skupina jesu: većina proizvoda koje najčešće konzumiraju djeca uglavnom obiluje aditivima posebice bojilima i konzervansima, dječji organizam u intenzivnoj je razvojnoj fazi te je mnoštvo procesa na koje aditiv može neželjeno djelovati, a budući da je tjelesna masa djeteta puno manja od tjelesne mase odraslih osoba, puno se lakše postiže i prestiže prihvatljivi dnevni unos nekog aditiva. Novija istraživanja^{14,15} uglavnom su se bavila utjecajem aditiva na nastanak hiperaktivnosti u djece i nedvojbeno su pokazala da posebice neka bojila i konzervansi utječu na ponašanje djece i pojavu hiperaktivnosti.^{16,17}

Pretilost u dječjoj dobi

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 10% današnje svjetske dječje populacije je pretilo, pri čemu posebno zabrinjava gotovo dramatičan porast trenda učestalosti posljednjih desetljeća. Pretilost djece može se promatrati kao »bolest sama za sebe«, ali je osobito važna kao rizični čimbenik pretilosti odraslih, te razvoja niza tzv. kroničnih nezaznih i metaboličkih bolesti u sve ranijoj životnoj dobi.¹⁸ Hrvatska za sada nema sustavnih rezultata učestalosti pretilosti u dječjoj dobi na nacionalnoj razini, ali lokalna istra-

živanja upućuju na učestalost od 5 do 6% pretili i 10–12% djece rizične za razvoj pretilosti.¹⁹ U dječjoj dobi pretilost najvećim dijelom nastaje zbog nerazmjera između povećanog energijskog unosa hranom i smanjene potrošnje zbog tjelesne neaktivnosti. Primarna prevencija pretilosti usmjerena je na antropometrijsko praćenje populacije i prihvaćanje zdravih prehrambenih navika ujednačenim pristupom, počevši od obitelji preko svih razina obrazovnog i zdravstvenog sustava. Sekundarna prevencija pretilosti ima za cilj identificirati i pratiti skupine djece rizične za razvoj pretilosti. Tercijarna razina prevencije pretilosti usmjerena je na pretilu djecu u smislu pravodobnog uočavanja i liječenja bolesti pridruženih pretilosti.

Komunikacija roditelja i djece

Prema općeprihvaćenoj tipologiji roditelji mogu biti: autoritativni (visoko na dimenziji topline i nadzora), autoritarni (visoko na dimenziji nadzora, nisko na dimenziji topline), popustljivi (visoko na dimenziji topline, nisko na dimenziji nadzora) i zanemarujući (nisko na obje dimenzije).²⁰ Najbolje rezultate u smislu većeg samopouzdanja, socijalne kompetencije, školske uspješnosti i sl. postižu djeca autoritativnih roditelja. Oni vole svoje dijete i pritom postavljaju jasne zahtjeve i granice u odgoju. Izbjegavaju kažnjavanje, puno znaju o djetetu i potiču otvorenu komunikaciju.

Naša istraživanja pokazuju da roditeljski nadzor adolescenata nije dovoljno izražen (npr. oko polovine roditelja učenika srednjih škola ne zna što im djeca rade u slobodno vrijeme).²¹ Roditeljstvo ovisi o više čimbenika: osobine roditelja, osobine djeteta, kontekst (radni, obiteljski, društvo, kultura u kojoj je dijete odgajano), razvojne promjene odraslih, razvojne promjene djeteta, razvojne promjene obitelji. Roditeljska toplina i potpora nužne su za dobru socioemocionalnu prilagodbu djeteta. Kontrole mogu i olakšati i otežati razvoj, ovisno o tipu kontrole: vođenje i poticanje olakšava, a psihološka kontrola otežava razvoj. Za neku djecu optimalan je popustljiv stil roditeljstva.²² Alternativa za kontrolu je stvaranje ozračja povjerenja s dobrom komunikacijom (podrazumijeva roditeljsku toplinu i otvorenost u komunikaciji), uzajamnost i obiteljski odnosi u kojima svi članovi uče surađivati jedni s drugima.

Internet i djeca: trebamo li se brinuti

Suvremeno djetinjstvo obilježeno je mnogim modernim oblicima komunikacije, koji imaju svoje prednosti, ali i rizike. Opasnosti suvremenih oblika komunikacije za djecu i mlade odnose se na rizike vezane za sadržaj i rizike vezane uz kontakt.²³ Na uzorku od 2 700 djece i mladih našli smo da se 91% njih koristi internetom, pri čemu polovica to čini bez nadzora i prisutnosti odraslih, a više od trećine njih smatra da njihove roditelje i ne zanima što oni rade na internetu. 81% djece internetom se koristi i za komunikaciju s drugima.²⁴ Zabrinjava činjenica da je tijekom razgovora s *on-line* prijateljima od 39% djece traženo da se slikaju u seksualiziranoj pozi, 6% djece je to i učinilo, a trećina ispitanice djece je putem interneta dobila sliku *on-line* prijatelja bez odjeće. Njih 14% otišlo je na sastanak s *on-line* prijateljem, od čega je više od trećine na taj susret otišlo samo, bez ikakve pratnje. Petina njih je izjavila da se netko predstavljao kao oni i govorio ili pisao u njihovo ime te je 23% ispitanice djece navelo da je snimalo ili slikalo tučnjave mobitelom. U zaštiti djece od nasilja i opasnosti u elektroničkim medijima ključni su uloga roditelja i nastavnika, edukacija roditelja, djece i stručnjaka o sigurnosti djece na internetu,

razvijanje i poticanje medijske pismenosti, poticanje odgovornog ponašanja, podizanje javne svijesti o problemu električnog nasilja.

Nesreće u djece

U razvijenim zemljama svijeta nesreće su dominantno vodeći uzrok smrti djece nakon prve godine života, a tako ostaje i kroz cijelu srednju životnu dob. U Hrvatskoj su u razdoblju 1995–2008. godine zbog nesreća izgubljena 2553 života mladih ljudi u dobi do 19 godina.²⁵ Pojedinačni vodeći uzroci smrti su promet s 1199, samoubojstva s 431 i utapljanja s 212 slučajeva. Slijede ugušenja 96, otrovanja 67, oružje/eksplozivne naprave 55, padovi 57 i opekline s 39 slučajeva, a dogodio se i 91 slučaj ubojstva. Učinkovitim su se pokazale sljedeće mjere:^{26,27}

1. Sigurnosne autosjedalice, pojasi u automobilima, kacige, pješačke staze, uporaba dnevnih svjetala za vozila, ograničenja brzine, zakoni protiv konzumiranja alkohola i vožnje i ograničenja u vožnji za mlade vozače među najuspješnijim su intervencijama za sprečavanje prometnih nesreća.
2. Pojasi za spašavanje, ograde oko bazena i drugih vodenih površina, organizirano spašavanje i brza prva pomoć u hitnim slučajevima.
3. Dimni alarmi, nedostupnost zapaljivih sredstava djeci i regulacija temperature vruće vode.
4. Korištenje sigurnosnih dodataka za prozore i vrata, važna su i posebno oblikovana dječja igrališta te proizvodi i oprema koja zadovoljava sigurnosne standarde.
5. Sigurno skladištenje otrovnih sredstava, sigurnosni zatvarači na lijekovima i drugim potencijalno opasnim tvarima, pakiranje lijekova u nesmrtonosnim količinama, postojanje i dostupnost centara za kontrolu otrovanja.

Suicid u djece i adolescenata

Suicidalnosti se može prikazati kao kontinuum – od nespecifične ili pasivne ideacije (npr. »život se ne isplati«), do ideacije sa specifičnom suicidalnom namjerom ili planom i do stvarnoga suicidalnog ponašanja.²⁸ Stope suicida rastu tijekom adolescencije, a vrlo je rijedak u djece do 10 godina. Širina procjene omjera pokušaja suicida prema izvršenom suicidu u mladih se kreće od 10:1 do 220:1. Pokušaji su češći u djevojčica, a izvršeni suicid u dječaka.²⁹ Prema podacima HZJZ-a za 2008. u dobnom rasponu od 10 do 19 godina izvršen je ukupno 21 suicid (14 muškog i 7 ženskog spola), a 26,2% nasilnih smrti posljedica je suicida. Gotovo 90% žrtava izvršenog suicida ima psihijatrijsku dijagnozu, osobito afektivnog poremećaja, veliku depresiju i bipolarni poremećaj.³⁰ Rizik od suicida pojačavaju anksiozni poremećaji, poremećaji ponašanja, poremećaji zloupotreba sredstava ovisnosti i poremećaji mišljenja ili regulacije afekta u npr. poremećaja osobnosti. Promjene u konzumaciji alkohola imaju visoku korelaciju s promjenama u stopama suicida, što upućuje na sve češći obrazac ponašanja u adolescenciji kojim se koriste u borbi sa životnim problemima i depresivnim reakcijama. Uz spomenute psihijatrijske poremećaje prepoznati su i drugi rizični čimbenici: prethodni pokušaji suicida; letalnost pokušaja; obilježja ličnosti (impulzivnost, agresivnost, mala fleksibilnost, perfekcionizam, beznadnost); obiteljski čimbenici (roditeljska suicidalnost, poremećaj raspoloženja ili zloupotreba sredstava ovisnosti, obiteljski sukobi i poremećena komunikacija); akutni stresori (disciplinska kriza, sukob sa zakonom, značajni gubici,

školski neuspjeh; pristup letalnim sredstvima (vatreno oružje, druga jako letalna sredstva, neodgovarajući nadzor). Skup rizičnih čimbenika za suicid u adolescenciji su: problemi ponašanja (agresivno i napadačko), niska tolerancija za stres i frustraciju i impulzivnost. Stereotip povučenog i prema sebi okrenutog suicidalnog adolescenta ne može se primijeniti na veliku proporciju suicidalnih adolescenata, unatoč njegovoj čestoj povezanosti s depresijom.²⁹

Značajke pijenja alkohola u djece i mladih

Alkohol je prvo sredstvo ovisnosti s kojim djeca dolaze u dodir, najčešće u vlastitom domu, na nagovor roditelja, rodbine ili prijatelja. Hrvatski su petnaestogodišnjaci (prosječna dob 15,5 godina) u razdoblju od 1995. do 2007. godine skloni sve učestalijoj konzumaciji alkohola. U 2007. godini je u posljednjih mjesec dana 6 i više puta alkohol pio svaki treći dječak (31%) i svaka šesta djevojčica (16%), dok je dvanaest godina ranije to isto činilo 13% dječaka i 4% djevojčica. Hrvatski su adolescenti 1995. godine po pokazatelju pijenju alkohola u posljednjih 12 mjeseci bili daleko ispod europskog prosjeka (70% mladih u Hrvatskoj u odnosu na 80% u ostalim europskim zemljama), da bi 2007. godine ne samo dostigli već i prestigili prosjek europskih zemalja (84% Hrvatska, 82% prosjek ostalih europskih zemalja).³¹

Način konzumacije alkohola u hrvatskih adolescenata približava se načinu konzumacije u zemljama sjeverne Europe (»binge drinking«, definirano kao pijenje 5 i više pića zaredom u jednoj epizodi pijenja). U 2007. godini je 55% dječaka i 43% djevojčica barem jednom u posljednjih mjesec dana pilo na taj način. Mladi koji više piju skloniji su i drugim rizicima: oni su češće redoviti pušači, češće eksperimentiraju s marihuanom, ali pokazuju i više sklonosti agresivnom i delinkventnom ponašanju, manje vole školu, lošije uče i teže svladavaju školske obveze. Osim toga prekomjerno je pijenje alkohola povezano i s rizikom stupanja u rane seksualne odnose, koji su u pravilu neplanirani, neželjeni i rizični.³² Djevojke koje su sklonije pijenju manje su zadovoljne sobom i svojim zdravljem, lošije komuniciraju s ocem i majkom i iskazuju više psihosomatskih simptoma. Osnaživanje samopoštovanja i samopouzdanja u mladim smanjilo bi proširenost rizičnih ponašanja uopće, jer bi dijelom smanjilo traženje afirmacije u društveno neprihvatljivim kontekstima.

Dijete i mediji

Mediji vole djecu, i to jako, ako je suditi prema njihovoj zastupljenosti u svim sredstvima javnog informiranja. Otvorete li bilo koji dnevni list, reviju, slušate li radio, gledate TV ili prelistavate internet, naići ćete na dijete. Velike dječje oči nas gledaju iz medija i šalju raznorazne poruke. A mi to doživljavamo emotivno, razdragano, otvoreno, jer to su djeca, naše najveće blago. Poštujte li mediji djecu i njihova prava u istoj mjeri koliko ih vole objavljivati? Nažalost, ne. Mediji vrlo rado koriste djecu, ali ne u prave svrhe i ne uvijek s opravdanim uređivačkim razlozima. Novinari koriste djecu kako bi postigli brz i lagan medijski efekt: sve je lakše i prihvatljivije ako su djeca dio medijske poruke, pa čak i kada nemaju nikakve izravne veze s temom. Djeca se u medijima koriste kao subjekt, ali i kao objekt. Djeca kao subjekt su u slučajevima kada su sudionici događaja ili su suradnici medija u svojstvu izvora informacija. Novinari djecu kao sudionike događaja vrlo često zlorabe. Nerijetko se objavljuju i posve neprihvatljive vijesti, kao što su opro-

štajna pisma malodobnih samoubojica. Djeca ne smiju biti vjerodostojan izvor informiranja, čak ni uz dozvolu roditelja. Senzacionalistički mediji izjavama djece ilustriraju stanje u obiteljima medijski poznatih osoba, što je apsolutno neprihvatljivo. Djeca kao objekt služe za lako postizanje medijskih efekata. Koriste se u promidžbi, kako političkoj tako i komercijalnoj, što je izrazito vidljivo u predizbornim kampanjama. Djeca su i dojmiv ilustrativni element. Faktor straha koji se javlja kod djece upućuje na ovo:

1. naslovna stranica je dječja stranica. Djeca je vrlo lagano percipiraju i vrlo snažno doživljavaju, jer je poruka jasna, nedvosmislena i efektno oblikovana
2. djeca se uplaše poruke koju pročitaju na naslovnici
3. konvencija o pravima djeteta zahtijeva da zaštitimo djecu od poruka koje ih plaše

Stoga, ne koristite imenicu DIJETE u naslovima o ubojstvima. Ne objavljujte snažne poruke na naslovnici, jer je to »dječja stranica«, nego unutar novina. Poštujte djecu i ne zaboravite da se strah teško može ukloniti.

Osvrt i zaključci

Hrvatska je potpisnica »Konvencije o pravima djeteta«, gdje je dijete definirano kao ljudsko biće mlađe od 18 godina. U članku 3. Konvencije stoji obveza da u »svim akcijama najbolji interes djeteta mora imati prednost«. Prema članku 24. države stranke priznaju djetetu »pravo na uživanje najviše moguće razine zdravlja i na korištenje olakšica za ozdravljenje i oporavak«. ³³ Na nacionalnoj razini Vlada Republike Hrvatske je u ožujku 2006. donijela opsežan i podrobno razrađen »Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece od 2006. do 2012. godine«. ³⁴ Nadalje, Hrvatski je sabor u rujnu 2006. prihvatio dokument »Nacionalna populacijska politika«, u kojem se teži »povećati kvaliteta zdravstvene skrbi za majke i djecu«, unaprjeđenjem opreme, osoblja i uvjeta u zdravstvenim ustanovama. ³⁵

Poboljšanje djece u suvremenom se društvu mijenja. Sve je veći broj djece s posebnim zdravstvenim potrebama. Mnoge od tih bolesti su prirođene i liječnik mora biti izvrsno educiran u području genetike i metabolizma da bi se mogao prenatalno pripremiti, a zatim liječiti bolesno dijete. Potreba za zdravstvenim uslugama je djeci s posebnim potrebama od 3 do 20 puta je veća nego zdravoj djeci, a učestalost izostanka iz škole dva je puta veća. ³⁶ Sve veći broj djece s kroničnim bolestima koja za svakodnevni život ovisi o potpori uređaja, poput respiratora, ali žive u obiteljskom domu, pohađaju vrtić i školu, čime im se nastoji osigurati kakvoća života kakvu imaju njihovi vršnjaci. ³⁷

Značajno se povećava udio djece s poremećajima ponašanja, socijalne prilagodbe i odgoja, a posebice djece sa psihičkim tegobama. To zahtijeva pravodobnu dodatnu edukaciju za prepoznavanje teškoća i za komunikaciju s djetetom s teškoćama. Opisani poremećaji najčešće se javljaju u adolescentnoj dobi. ³⁸ Upravo zbog osjetljivosti adolescenta potrebno je u radu s njima ne samo dobro temeljno stručno znanje nego i poznavanje socijalnih vidova rada i snažna empatija, koja se razvija u neprekidnom dugogodišnjem odnosu djeteta i njegovog pedijatra. Nerazumijevanje i neprimjeren postupak s adolescentima imaju kasnije dugoročne posljedice u životu odraslih, njihovih obitelji i društvene zajednice.

Liječnik koji se skrbi o djeci treba izvrsno poznavati razvojna obilježja svojih bolesnika. Zbog kompleksnosti bolesti i teškoća djece u suvremenom društvu, liječnik se mora školovati da bude kompetentan voditelj interdisciplinarnog tima, koji nadzire razne vidove zdravstvene i socijal-

ne potpore djetetu. Štoviše, granice pedijatrije se šire, pa odgovornost pedijatra uključuje danas i zdravstvenu zaštitu fetusa. S druge strane, pedijatar sve češće liječi i odrasle, jer za velik broj bolesti nema specijalista koji bi bio kompetentan preuzeti skrb o bolesniku. ⁴ Odnos roditelja prema zdravstvenim službama također se promijenio. Roditelji sve češće očekuju stručni pedijatrijski pregled bolesnog djeteta i sve češće dovode dijete bolesno od akutne bolesti izravno u pedijatrijsku ambulantu u bolnici.

Izlaganja prikazana na skupu »Dijete u suvremenome hrvatskom društvu« pokazala su da hrvatski stručnjaci imaju prikupljene vjerodostojne podatke i da imaju cjelovit uvid u teškoće kojima su izložena djeca u suvremenoj Hrvatskoj. Jasno je da suočavanje s prikazanim teškoćama zahtijeva angažiranje cijelog društva. Predavači su ponudili uvjerljiva i jasna rješenja za suzbijanje opisanih teškoća. Nažalost, postojeći programi prevencije i pomoći djeci često su nedostajni, puno ih je nastalo entuzijazmom pojedinaca, a nedostaju sustavi koji bi ih ostvarivali. Prikazani podaci o stvarnim činjenicama o stanju djece u Hrvatskoj potaknuli su vrlo angažiranu i živu raspravu sudionika. Zaključeno je da je dužnost liječnika i svih stručnjaka da teškoće s kojima se djeca u suvremenom društvu suočavaju uoče i stručno analiziraju, zatim da ih javno predoče i obrazlože te da ustrajno potiču sve državne i javne ustanove na stručno usmjeren rad u korist zdravlja djece u Hrvatskoj. Sudionici su iskazali želju za aktivnim doprinosom u stvaranju pozitivnih promjena u društvu.

Promjene je moguće ostvariti upoznavanjem što većeg broja građana Hrvatske, a napose stručnjaka o navedenim činjenicama. Hrvatski stručnjaci i stručna društva sposobni su izraditi programe za stvaranje uvjeta za zdravi način života djeteta. Međutim, ostvarenje tih ciljeva traži korjenite promjene stavova o odnosu prema zdravlju djece, što temeljno znači promjene u odnosu prema položaju djece u društvu općenito. Na potrebe djece u suvremenom svijetu moguće je odgovoriti samo jasnim opredjeljenjem društva da interesi djece imaju prednost i nacionalnim konsenzusom s političkom odlukom pri donošenju proračuna o usmjeravanju sredstava u školovanje stručnjaka i organiziranje ustanova, koji potrebama djece u suvremenom društvu mogu kompetentno udovoljiti.

LITERATURA

1. *Gracey M.* Child health in the new millennium. *Pediatrics International* 2000;42:461–3.
2. *Task Force.* American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatrics. Report on the future role of the pediatrician in the delivery of health care. *Pediatrics* 1991;87:401–9.
3. *Law C.* Policy for Child Health in the United Kingdom. *Pediatrics* 2003;112:722–4.
4. *Barak S, Rubino A, Grguric J, Ghenev E, Branski D, Olah E.* The EPA / UNEPSA Committee on Challenges and Goals of Paediatrics in the 21st Century. 2010;99:13–18.
5. *Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrlich H.* Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. *Pediatrics* 2002;109:788–96.
6. *Arrias-Carrión O, Pöppel E.* Dopamine, learning, and reward-seeking behavior. *Acta Neurobiol Exp* 2007;67:481–8.
7. *Kolb B, Whishaw IQ.* Fundamentals of human neuropsychology. New York: Worth Publishers; 2008.
8. *Nelson RJ, Trainor BC.* Neural mechanisms of aggression. *Nat Rev Neurosci* 2007;8:536–46.
9. *Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, Pollak SD.* Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005;102:17237–40.
10. *Shonkoff JP, Meeseles JS.* Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: University Press; 2003.
11. *Guralnick MJ.* The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul H. Brookes; 1997.
12. *Shonkoff JP, Phillips DA.* From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Committee on Integrating the

- Science of Early Childhood Development. National Research Council and Institute of Medicine; New York 2000.
13. *Joković Oreb I, Pinjatela R.* Rana intervencija u djetinjstvu. Plavi fokus 2009;5:30–9.
 14. *Bateman B, Warner JO, Hutchinson E i sur.* The effects of double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. Arch Dis Child 2004;89:506–11.
 15. *McCann D, Barrett A, Cooper A i sur.* Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. Lancet 2007; 370:1560–7.
 16. *Kemp A.* Food additives and hyperactivity. BMJ 2008;336:1144.
 17. *Miskulin M, Miskulin I, Mujkic A, Lovrinecic N, Puntaric D, Dumic A.* Effect of benzoates from soft drinks on hyperactivity among Osijek preschool children. Eur J Public Health 2009;19:190.
 18. *Bessesen DH.* Update on Obesity. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93:2027–34.
 19. *Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2006. godinu.* Zagreb, HZJZ 2007, str. 296–7.
 20. *Martin CA, Colbert, KK.* Parenting A life Span Perspective. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc. 1997.
 21. *Raboteg-Šarić Z.* Komunikacija između djece i roditelja. U: Baloban S, ur. Hrvatska obitelj na prekretnici, Centar za promicanje socijalnog nauka Crkve. Zagreb: Glas Koncila, 2001, str. 221–253.
 22. *Daly M.* Roditeljstvo u suvremenoj Europi: pozitivan pristup. Zagreb. Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; 2008.
 23. *Mitchell K, Finkelhor D, Wolak J.* The exposure of youth unwanted sexual material on Internet – A national survey of risk, impact and prevention. Youth and Society, 2003;34:330–58.
 24. *Buljan Flander G, Čosić I, Hrpka H, Katalinić V.* Rezultati istraživanja o iskustvima djece prilikom korištenja Interneta i suvremenih tehnologija, 2008; preuzeto s <http://www.poliklinika-djeca.hr>, 02. 12. 2009.
 25. Državni zavod za statistiku, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2009.
 26. European report on Child Injury Prevention, WHO-Europe, 2008.
 27. 10 facts on injuries to children, 2009; preuzeto s http://www.who.int/features/factfiles/injuries_children/en/index.html; 01. 12. 2009.
 28. *Collett B, Myers KM.* Suicidality and Youth: Identification, Treatment and Prevention. U: Cheng K, Myers KM, ur. Child and Adolescent Psychiatry, The Essentials. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005, str. 299–320.
 29. *Alsaker FD, Dick-Niederhauser A.* Depression and suicide. U: Jackson SI, Goossens L, ur. Handbook of Adolescent Development. New York: Psychology Press, Taylor i Francis group: 2006, str. 308–336.
 30. *Goldstein TR, Brent DA.* Youth Suicide: U: Dulcan MK, ur. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2010, str. 531–541.
 31. *Hibell B, Guttormson U, Ahlstrom S i sur.* The 2007 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm; 2008.
 32. *Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I.* Early Sexual Intercourse and Risk Factors in Croatian Adolescents. Coll Antropol 2007; 31:121–30.
 33. *Ujedinjeni narodi.* Konvencija o pravima djeteta (monografija na Internetu). Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, 2001; preuzeto s http://www.mzss.hr/hr/zdravstvo_i_socijalna_skrb/socijalna_skrb/konvencija_o_pravima_djeteta, 25. 01. 2010.
 34. *Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.* Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece od 2006 do 2012 godine. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, 2006; preuzeto s <http://www.mobms.hr/media/9523/nacionalni%20plan%20aktivnosti-%20sa%20stranica%20vlade.pdf>, 25. 01. 2010.
 35. *Hrvatski sabor.* Nacionalna populacijska politika. Zagreb: Nar Nov 2006;132. Preuzeto s http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_12_132_2957.html. 19. 10. 2010.
 36. *Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff J i sur.* An epidemiologic profile of children with special care needs. Pediatrics 1998;102:117–23.
 37. *Jardine E, O'Toole M, Paton JY, Wallis C.* Current Status of long term ventilation of children in the United Kingdom: questionnaire survey. Br Med J 1999;318:295–9.
 38. *Committee on Adolescence.* American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2008;121:1263–70.