

PAEDIATRIA CROATICA



Časopis Hrvatskog pedijatrijskog društva i Hrvatskog društva za školsku
i sveučilišnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora

The Journal of the Croatian Paediatric Society and the Croatian Society for School
and University Medicine of Croatian Medical Association

UREDNIČKI SAVJET – EDITORIAL COUNCIL

Prof. dr. sc. Vladimir Ahel – Rijeka, prof. dr. sc. Vjekoslav Krželj – Split, prof. dr. sc. Goran Roić – Zagreb,
prof. dr. sc. Sanja Kolaček – Zagreb, mr. sc. Tomislav Gojmerac – Zagreb, Alemka Jaklin Kekez, dr. med. – Zagreb,
Franciska Lančić, dr. med. – Ivanec, mr. sc. Tonka Čavlek – Zagreb

UREDNIČKI ODBOR – EDITORIAL BOARD

Darko Antičević, Nina Barišić, Jagoda Dabo Deželin, Andrea Dasović Buljević, Marija Džepina, Josip Grgurić,
Vesna Jureša, Ivan Malčić, Branka Puškarić Saić, Darko Richter, Marijan Saraga, Mirko Žganjer

GLAVNA UREDNICA / EDITOR-IN-CHIEF

Ingeborg Barišić, Zagreb

POMOĆNICA UREDNICE / ASSISTANT EDITOR

Katja Dumić Kubat, Zagreb

POČASNI UREDNIK / EDITOR EMERITUS

Duško Mardešić, Zagreb

TAJNICA UREDNIŠTVA / SECRETARY

Martina Nigović

Lektorica za hrvatski jezik / Croatian language editor

Marija Jurela

Lektorica za engleski jezik / English language editor

Antonija Redovniković

Slog / Typesetting

DENONA d.o.o., Getaldićeva 1, Zagreb

Tisak / Printed by

DENONA d.o.o., Getaldićeva 1, Zagreb

NAKLADA 500 primjeraka

Izdavač / Editor

KLINIKA ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB, KLAIĆEVA 16, ZAGREB

Indeksiranost / Indexing

• Embase/Excerpta Medica, Amsterdam; • Index Copernicus; • ScientificCommons (Google Scholar, CrossRef, ResearchGate); • EBSCOhost;
• Abstracts Journal, All-Russian Institute for Scientific and Technical Information (VINITI); • Scopus; • Hrčak; • Electronic Journals Online Library
(EJOL); • Geneva Foundation for Medical Education and Research

Fotografija na naslovnici: VJEKOSLAV PINTAR: „Goranske proljetnice“

ravnatelj Osnovne škole u Skradu, sportski učitelj, organizator sportskih aktivnosti mladih u Skradu, novinar, urednik portala „Skrad.com“, kroničar jednog vremena i očuvanja prirodnih ljepota

AKADEMIJA MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE
HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO PEDIJATRIJSKO DRUŠTVO
HRVATSKO DRUŠTVO ZA PREVENTIVNU I SOCIJALNU PEDIJATRIJU

U suradnji s
Uredom UNICEF-a za Hrvatsku
Ministarstvom zdravstva RH

Gost urednik:

Prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med.

Organizacijski odbor:

Josip Grgurić, Marija Čatipović, Anita Pavičić Bošnjak, Milan Stanojević,
Đurđica Ivković, Lili Retek Živković, Martina Nigović

Ideja stručnih skupova pod nazivom „Goranski paneli o djeci“:

Prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med., pedijatar, Skrad

Broj posvećen:

Demografiji i zdravstvenoj zaštiti djece

PAEDIATRIA CROATICA

Vol. 64 • Travanj-Lipanj/April-June 2020. • Broj/No 2

SADRŽAJ / CONTENT

Jasna Lipozenčić, Josip Grgurić

PREGOVOR

PREAMBLE 47

1. PANEL: DEMOGRAFIJA

Josip Grgurić

Prilog raspravi o zdravstvenim aspektima demografske politike

Toward discussion on the health aspects of demographic policy 51

Zdenko Babić

Ulaganja u djecu kao visokoisplativa socijalna investicija

Investing in children as a highly profitable social investment 56

Marija Čatipović, Martina Marković, Josip Grgurić

Namjere sklapanja braka, rađanja djece i odlaska na rad u inozemstvo studenata Veleučilišta u Bjelovaru

Students of the Bjelovar University of Applied Sciences students' plans to get married, have biological children and emigrate for work 66

SAŽETCI/SUMMARIES

Anđelko Akrap

Ishod demografskih trendova u Hrvatskoj 74

Aida Mujkić

Optimalna zdravstvena zaštita djece 74

Krunoslav Capak

Javnozdravstveni osvrt na demografska kretanja u Hrvatskoj 75

Jasna Lipozenčić, Josip Grgurić

Zaključci okruglog stola o demografiji 77

2. PANEL: Aktualni izazovi očuvanja zdravlja djece

Regina M. Castillo

Predgovor

Preamble 81

Milan Stanojević, Anita Pavičić Bošnjak, Josip Grgurić

Dojenje u izvanrednim situacijama s osvrtom na nedavne humanitarne krize i pandemiju Covid-19

Breastfeeding in emergencies with assessment of recent humanitarian crises and the Covid-19 pandemic 83

Lorna Stemberger Marić, Srđan Roglić

Infekcija SARS-CoV-2 (COVID-19) u djece

SARS-CoV-2 infection (COVID-19) in children 94

<i>Anita Pavičić Bošnjak, Milan Stanojević, Josip Grgurić</i>	
COVID-19: Preporuke o dojenju	101
<i>Branka Golubić Čepulić, Jurjana Novoselac, Anita Pavičić Bošnjak, Ivana Leskovar</i>	
Banka humanog mlijeka u Hrvatskoj: prva iskustva	
<i>Human Milk Bank in Croatia: initial experiences</i>	103
<i>Ivana Borić</i>	
Mogućnosti lokalnih zajednica u ostvarivanju dječjih prava iz perspektive djece	
<i>Possibilities of local communities in the realization of children's rights from children's perspective</i>	111
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić, Mara Tripković, Silvana Pleština</i>	
Roditeljstvo/njegovateljstvo, djeca i obitelj – klinički pristup	
<i>Parenting/caregiving, children and family – clinical approach</i>	123
<i>Josip Grgurić</i>	
Gorski kotar - prijatelj djece (stanje i mogućnosti)	
<i>Gorski Kotar – a child-friendly area: current state and opportunities</i>	128
<i>Aida Salihagić-Kadić, Snježana Krpes</i>	
Partnerstvo i sinergija za dobrobit djece u Hrvatskoj	134
 Završna rasprava „Inicijative u pomoći djeci u tijeku pandemije i nakon potresa u Zagrebu“	
<i>Durđica Ivković, Lili Retek Živković</i>	
Odgovor na epidemiju koronavirusa i potres u Zagrebu	139
<i>Željka Vučko</i>	
Klub roditelja nedonoščadi „Palčiči“	141
<i>Adrian Voce, Josip Grgurić</i>	
Međunarodna humanitarna suradnja za pomoć od posljedica potresa u Zagrebu	142
 PISMO UREDNIKU/LETTER TO THE EDITOR	144
 PRIKAZ KNJIGE/BOOK REVIEW	
<i>Maša Malenica</i>	
Preventivna i socijalna pedijatrija	147
 IN MEMORIAM/OBITUARIES	149

Hrvatska već godinama bilježi depopulacijske trendove, koji danas poprimaju alarmantno stanje i traže poduzimanje hitnih mjera. Kako uzroci depopulacije nisu jednoznačni, to se traži opća mobilizacija za pokretanje svih društvenih sektora radi promjene takvog stanja. U tom kontekstu urednici ovog časopisa žele se uključiti u veće senzibiliziranje javnosti i doprinos u aktivnosti s područja svog djelovanja.

Osim depopulacijskih pitanja u uskoj je vezi i ono o zdravlju mladog naraštaja koje je pretpostavka uspješnog obrazovanja i potom produktivnog života. Stoga se organiziranjem okruglog stola o demografskim aspektima dječjeg zdravlja želi okupiti stručnjake koji rade s djecom, a posebno zdravstvene djelatnike i zainteresirane ljude iz javnog života, kako bi zajedno razmotrili stanje zdravlja djece u kontekstu demografskih trendova.

Program okruglog stola i pisani prilozi (u obliku referata i sažetaka) koncipirani su tako da upozoravaju na probleme djeteta od njegovog začeća, na razvojne probleme i rizičnosti na tom putu odrastanja. Posebni dio govorit će i o potrebi zdravstveno odgojnog rada s adolescentima, jer se u tom razdoblju stvaraju stavovi u vezi reproduktivnog ponašanja glede svijesti, odgovornosti, roditeljstva, seksualnosti i dr.

Očekuje se da zaključci okruglog stola budu i svojevrsni poticaj i uključenje medicinske i opće stručne javnosti u cilju demografske obnove Hrvatske i stvaranju uvjeta za optimalizacijom rasta i razvoja djece.

Zahvaljujući uredničkom odboru Paediatrica Croatica, omogućeno mi je uređivanje ovog broja posvećenog demografiji i zdravstvenoj zaštiti djece. Naravno, taj prijedlog prihvatio sam kao novi izazov da u aktualnom društvenom trenutku usmjerimo sve snage prema trima ugrozama: negativnoj demografiji, COVID-u-19 i prijetećem siromaštvu. Nadam se da će naš zajednički rad biti putokaz boljoj situaciji u zemlji, a posebno u zdravstvenoj zaštiti djece.

Voditelji

Prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić, dr. med.

Prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med.

2. PANEL:
Aktualni izazovi očuvanja
zdravlja djece

Predgovor

Regina M. Castillo*

Čast mi je prihvatiti poziv profesora Grgurića da napišem uvodnu riječ za časopis Paediatrica Croatica. Njegov je poziv došao nakon mojih prvih godinu dana rada za Ured UNICEF-a u Hrvatskoj. Čitatelji ovog časopisa vjerojatno najbolje razumiju važnost prve godine. Često smo se zajedno zalagali za prepoznavanje važnosti prve godine života!

Ovo je zaista bila godina za pamćenje, pogotovo zadnji mjeseci kada smo se svi borili s posljedicama pandemije bolesti COVID-19 i potresa koji je pogodio Zagreb 22. ožujka. Bila je ovo također godina otpornosti i zahvalnosti za dobrotu, profesionalnost i velikodušnost koje u su ovim teškim trenucima pokazali ljudi iz svih slojeva društva, služeći tako na ponos ovoj prelijepoj zemlji. Još uvijek sam zadivljena odlučnošću i pravovremenošću mjera koje je Vlada poduzela kako bi smanjila broj novozaraženih i broj smrtnih slučajeva, brojnim zdravstvenim djelatnicima koji se odano pridržavaju svoje cjeloživotne zakletve da služe unatoč opasnosti po vlastiti život te strpljenjem i disciplinom tako velikog broja ljudi, posebno djece i mladih, koji su poštovali preporuku da ostanu doma u samoizolaciji i tako smanje opasnost od zaraze.

Jako me se dojmila i posvećenost pravima djece koju su pokazali Vlada, akademska zajednica, civilno društvo, poslovni sektor te roditelji i djeca. To je izvrsna osnova za daljnje napore u smjeru povećanja i ubrzanja napretka za djecu i mlade, za učenje iz iskustva, umnažanje pozitivnih primjera i dopiranje do najviše marginaliziranih skupina. Kako bismo to postigli, potrebni su nam znanje i znanost da bismo mogli donositi informirane odluke i postići konsenzus o politikama i programima koji stavljaju djecu na prvo mjesto jer djeca su sadašnjost i budućnost svakog društva, a društvo se, prema riječima Nelsona Mandele, definira prema načinu na koji se odnosi prema svojoj djeci.

Bilo mi je zadovoljstvo vidjeti da je znanstvena zajednica u ovom broju časopisa Paediatrica Croatica odlučila posvetiti punu pažnju pitanjima koja su od najveće važnosti za djecu, pitanjima od kojih se većina također nalazi u samoj srži UNICEF-ovog programa za djecu u Hrvatskoj.

Naš dragi tim stručnjaka za provedbu UNICEF-ove inicijative „Rodilište prijatelj djece“ kojeg čine prof. Anita Pavičić Bošnjak, prof. Milan Stanojević i prof. Josip Grgurić bavi se dojenjem u kriznim situacijama te u svom radu donose poseban osvrt na COVID-19 i potres u Zagrebu. Tu su također i njihove *Preporuke za dojenje u kontekstu pandemije bolesti COVID-19* koje su podijeljene s Ministarstvom zdravstva i objavljene na web-stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te sadrže sve važne informacije o bolesti COVID-19. Na svjetskoj razini i u Hrvatskoj, UNICEF podržava brojne inicijative koje zagovaraju dojenje kao jedno od prava djece. To što hrvatska akademska zajednica doprinosi dijeleći vrijedna saznanja potrebna za pokretanje održivih promjena i unaprjeđenje praksi dojenja daje mi nadu da će uskoro još više djece u Hrvatskoj imati koristi od ovog vrijednog dara. Imajući na umu složenost podrške koja je potrebna kako bi se održalo isključivo dojenje većine djece, UNICEF i dalje ostaje predan ovom cilju koji je dio njegovog mandata i misije u Hrvatskoj.

Dr. sc. Lorna Stemberger Marić, dr. med. i dr. sc. Srđan Roglić, dr. med. bave se virusom COVID-19 u djece. Iako se čini da COVID-19 nije ozbiljnije utjecao na djecu, UNICEF se nastavlja truditi da spriječi da ova kriza preraste u krizu dječjih prava jer su najranjivija djeca – poput one pogođene siromaštvom, socijalnim isključenjem ili obiteljskim nasiljem – suočena s još većim rizicima budući da ne dobivaju inače dostupnu podršku.

Primjerice, provođenje terapije za djecu s invaliditetom i teškoćama u razvoju prekinuto je zbog zatvaranja zdravstvenih ustanova. Svi trudnički tečajevi za buduće roditelje otkazani su u trenutku kada su budući roditelji bili najviše zabrinuti za zdravlje svog nerođenog djeteta i pristup uslugama. Marginalizirane društvene skupine odjednom su imale ograničeniji pristup liječničkoj pomoći nego prije te smanjen pristup mrežama prijatelja i poznanika. Zbog mjera samoizolacije i

* Predstojnica Ureda UNICEF-a za Hrvatsku

preporuke da ostanu doma, djeca žrtve i svjedoci obiteljskog nasilja našla su se u još težoj situaciji. Osnovnoškolska i srednjoškolska nastava preselile su se na Internet i TV ekrane, no neka djeca nisu imala potrebnu infrastrukturu, podršku i uređaje da bi ravnopravno sudjelovala u nastavi na daljinu. Mladi s invaliditetom i njihovi skrbnici naišli su na prepreke koje su im onemogućile pristup skrbi i osnovnim informacijama o tome kako smanjiti rizike tijekom pandemije bolesti COVID-19.

Posljednjih mjeseci naučili smo kako ovakva, dosad neviđena, svjetska zdravstvena, ekonomska i društvena kriza zahtijeva dosad neviđenu razinu solidarnosti. Posljedice koje ova kriza ostavlja na djecu su izravne, i ukoliko ih ne krenemo rješavati, mogu ostaviti trag na cijeli njihov život. Međutim, sve su to stvari koje možemo popraviti. Zajedno se možemo pobrinuti da ova kriza ne postane dugoročna prijetnja društvenom i gospodarskom razvoju te možemo pomoći obiteljima i zajednicama razviti otpornost. Moramo iskoristiti ovu priliku da izgradimo bolji svijet i moramo slušati djecu i mlade te raditi s njima na stvaranju bolje budućnosti.

Skupina autora pod vodstvom Branke Golubić bavi se jednom od najvažnijih inicijativa UNICEF-a i partnera, Ministarstva zdravstva, a to je osnivanje prve nacionalne Banke humanog mlijeka u Hrvatskoj.

Prof. Ivana Borić donosi detaljan uvid u Analizu stanja dječje participacije u Hrvatskoj, što je jedna od tema u samoj srži interesa UNICEF-a. Riječi djece i mladih – „ništa što se tiče nas ne može bez nas“ – trebaju biti u središtu politika i programa usmjerenih na djecu i njihove obitelji. (Mogućnosti lokalne zajednice u ostvarivanju prava djece iz dječje perspektive).

Prof. Ivan Begovac i suradnici razjašnjavaju pitanja vezana uz klinički pristup roditeljstvu/njegovateljstvu, djeci i obitelji. Obitelj je temeljna društvena skupina i prirodno okruženje za rast i dobrobit svih svojih članova, posebno djece. U Uvodu u Konvenciju o pravima djeteta stoji „da dijete, radi potpunoga i skladnog razvoja svoje osobnosti treba rasti u obiteljskoj sredini, u ozračju sreće, ljubavi i razumijevanja“. Vođen Konvencijom o pravima djeteta, UNICEF nastoji utvrditi položaj dječjih prava kao trajnih etičkih principa i međunarodnih standarda ophođenja prema djeci.

Prof. Josip Grgurić, dragi prijatelj i suradnik UNICEF-a koji je posvetio život dobrobiti djece, podijelio je svoja iskustva iz Gorskog kotara gdje je rođen i gdje su donesene neke dobre odluke za djecu.

Prof. dr. sc. Aida Salihagić-Kadić i Snježana Krpes iz društva Naša djeca, cijenjenog partnera UNICEF-a u implementaciji mnogih aktivnosti vezanih uz dječju participaciju, u svom radu naglašavaju važnost partnerstva kao platforme za postizanje dobrobiti djece.

Ovim putem želim iskazati i veliku zahvalnost nevladinoj organizaciji „Palčići“ koja je, zajedno s udrugom navijača „Bad Blue Boys“ pružila humanitarnu pomoć potresom pogođenoj Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a Zagreb (Petrova).

Iskoristit ću ovu priliku da zahvalim i svim kolegama u Uredu UNICEF-a za Hrvatsku na njihovoj odlučnosti i velikoj predanosti u ostvarivanju rezultata za djecu.

UNICEF će iduće godine slaviti svoju 75. godišnjicu te 30 godina prisutnosti i rada u Hrvatskoj. Ne mogu dovoljno zahvaliti autorima ovog časopisa što su uvijek (bili) uz nas na našem putu zalaganja za djecu i mlade, posebno one koji još uvijek pate pod teretom siromaštva, nasilja i zanemarenosti. Iako sam u Hrvatskoj tek godinu dana, osjećam se kao da sam ovdje stekla cjeloživotne prijatelje i suradnike koji jednakom strašću poput mene brane dječja prava i dijele sa mnom UNICEF-ovu misiju. Autori i čitatelji ovog časopisa pripadaju toj skupini ljudi.

S poštovanjem,

Regina M. Castillo

Dojenje u izvanrednim situacijama s osvrtom na nedavne humanitarne krize i pandemiju virusa Covid-19

Milan Stanojević¹, Anita Pavičić Bošnjak², Josip Grgurić³

Svijet postaje mjesto u kojem se broj izvanrednih događaja i humanitarnih kriza povećava velikom brzinom, kako zbog ekonomske nejednakosti i jaza između razvijenih i nerazvijenih, tako i zbog klimatskih promjena koje dovode do poremećaja prirodne ravnoteže i razvoja prirodnih katastrofa. U katastrofama uvijek stradaju najranjivije skupine stanovništva, među kojima su svakako žene i djeca. Što je dijete mlađe, to je ugroženije, a pogotovo ako nije prirodno hranjeno ili nema majku ili roditelje. U brojnim su krizama bile angažirane različite humanitarne organizacije, među kojima Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF i druge organizacije povezane s Ujedinjenim narodima imaju vodeće mjesto. U skrbi za majke, dojenčad i malu djecu najvažnije je osigurati odgovarajuću prehranu, jer u suprotnom može doći do ugroze života. Nedostatak zaštite, potpore i promicanja prirodne prehrane (dojenja) te njezino ometanje i ometanje nekritičnim i nekontroliranim donacijama i distribucijom zamjenskih dojenačkih pripravaka mlijeka, najveći su izazov zbog neinformiranosti majki, onih koji pružaju potporu u izvanrednim situacijama, kako iz vladinog tako i iz nevladinog sektora, uz nedostatak međusektorske suradnje, što uzrokuje neusklađene i katkad štetne intervencije. Stoga se vlada preporučuje donošenje naputaka o prehrani dojenčadi i male djece prije pojave izvanrednog događaja i pravilnika za upravljanje krizama u kojima će pitanju prehrane dojenčadi i male djece biti posvećena dužna pozornost.

Ključne riječi: DOJENJE; PREHRAMBENI STATUS; IZVANREDNE SITUACIJE; COVID-19

UVOD

Svijet se suočava s brojnim prirodnim i humanitarnim katastrofama kojih će biti sve više kako se klimatske promjene i političke prilike budu pogoršavale. Među skupinama koje su najosjetljivije u izvanrednim situacijama su majke, dojenčad i mala djeca, s obzirom na trudnoću, porođaj i druga pitanja vezana za reproduktivno zdravlje žena. Isto se odnosi i na specifične potrebe djece, a osobito na zadovoljavanje njihovih prehrambenih potreba koje, ako se ne zadovoljavaju na odgovarajući način, mogu ugroziti njihovo zdravlje i život (1, 2). Stoga su mnoge međunarodne nevladine i vladine organizacije upozorile vlade na potrebu donošenja planova za prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, sukladno međunarodnim preporukama, uputama i standardima (1).

Hrvatska je već dugi niz godina izložena brojnim humanitarnim katastrofama i izvanrednim situacijama, od Domo-

vinskog rata 1991. do 1995. godine s brojnim izbjeglicama i prognanicima, poplavom 2014. godine, izbjegličkom krizom 2015. na 2016. godinu, potresom u Zagrebu tijekom globalne pandemije virusa COVID-19 na početku 2020. godine, na koju je Hrvatska, gledajući sveukupnost poduzetih mjera, odgovorila na najbolji mogući način (3).

Cilj ovog preglednog članka je sagledati upravljanje navedenim krizama sa stajališta međunarodnih preporuka o zaštiti prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama (4).

¹ KB Sveti Duh, Sv. Duh 64, 10000 Zagreb

² KBC Zagreb, Petrova 13, 10000 Zagreb

³ Unicef Hrvatska

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Milan Stanojević, dr. med.

KB Sveti Duh, Sv. Duh 64, 10000 Zagreb

e-mail: mstanoje29@yahoo.com

Primljeno/Received: 17. 5. 2020., Prihvaćeno/Accepted: 06. 7. 2020.

IZVANREDNE SITUACIJE U SVIJETU I U HRVATSKOJ

Situacija u svijetu

U 2020. godini oko 168 milijuna ljudi trebat će humanitarnu pomoć i zaštitu, od čega će gotovo 109 milijuna biti u 55 najvulnerabilnijih zemalja u razvoju. To znači da će 1 od 45 ljudi na svijetu trebati humanitarnu pomoć, što je najveća brojka otprije nekoliko desetljeća (5). Smatra se da je 2019. godine na svijetu bio neishranjen 821 milijun ljudi, od kojih je 113 milijuna patilo od akutne gladi. Vjeruje se da je 2019. godine na svijetu za 6,9 milijuna porastao broj djece od 6 do 59 mjeseci, trudnica i dojilja koji su liječeni zbog neishranjenosti (5). Do početka 2019. godine je zbog oružanih sukoba 71 milijun ljudi istjeran iz svojih domova (5). U posljednjih sedam godina broj izbjeglica neprestano raste, a na početku 2019. godine dosegnuo je 25,9 milijuna, polovica od kojih su djeca mlađa od 18 godina (5). U Turskoj broj izbjeglica raste po stopi od 5,8% na godinu, što znači da je 18% svjetske izbjegličke populacije u toj zemlji (5). Na početku 2019. godine 78% izbjegličke populacije je u izbjeglištvu duže od pet godina, što je veliki porast u odnosu na prethodnu godinu kad je ta brojka bila 66% (5). Prema procjenama do 2022. godine broj ljudi kojima će biti potrebna humanitarna pomoć na svijetu narast će na 200 milijuna (5).

Situacija u Hrvatskoj

Prema izvješću Vlade Republike Hrvatske (RH) iz 1998. godine u Hrvatskoj je 1992. godine bilo oko 800 000 prognanika i izbjeglica, što je bilo više od 15% ukupnog stanovništva, a potom se taj broj postupno smanjivao 1995. godine na 399 000, te 1998. godine na 126 000 (6). Ured za prognanike i izbjeglice Vlade RH osnovan je potkraj 1991. godine radi organiziranja skrbi za prognanike (6).

Poplavama u istočnoj Slavoniji u svibnju 2014. godine bilo je zahvaćeno veliko područje. Oko 1 700 osoba iz poplavljenih područja bilo je smješteno u prihvatilištima, a veliki problem je bio broj ugroženih domaćih životinja, spašenih gotovo 6 000, a bilo je sanirano oko 180 tona životinjskih strvina zaostalih nakon poplave (7).

Izbjeglička kriza 2015. i 2016. značila je poseban izazov za RH, jer je kroz nju do siječnja 2016. godine, uvođenjem tzv. koridora, prošlo oko 600 000 izbjeglica prema zapadnim zemljama (8). Osobitost ovog migrantskog vala bilo je razmjerno kratko zadržavanje na teritoriju RH, zbog čega su mogućnosti intervencija bile ograničene, pa i onih koje su se odnosile na prehranu dojenčadi i male djece.

Pandemija virusa COVID-19 pogodila je Hrvatsku, a sve je započelo u Kini 7. siječnja 2020. godine kad su kineske vlasti službeno proglasile otkriće novog koronavirusa koji je iza-

zvaio tešku upalu pluća stanovnika u pokrajini Wuhan, odakle se virus proširio po cijelom svijetu (9). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je 11.2.2020. nazvala bolest koronavirusna bolest 2019 ili skraćeno COVID-19, a već 11.3.2020. SZO je proglasio globalnu pandemiju uzrokovanu virusom Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) (9). Poduzete su brojne mjere u svijetu i u nas radi usporavanja širenja virusa. Unatoč svemu, mnogi su ljudi oboljeli, a s danom 11.5.2020. godine bilo je 2 196 oboljelih i 91 umrli u RH, dok je u svijetu bilo 4,18 milijuna oboljelih s 286.000 umrlih (9). U jeku pandemije Zagreb je pogodio razorni potres 22.3.2020. godine u kojem je prema procjenama oštećeno više od 26 000 zgrada od kojih je oko 1 900 potpuno neupotrebljivo za stanovanje (10).

UTJECAJ IZVANREDNIH SITUACIJA I HUMANITARNIH KATASTROFA NA PREHRANU DOJENČADI

Vjeruje se da je u populacijama majki i djece u humanitarnim katastrofama i izvanrednim situacijama veliki rizik od pobolijevanja i umiranja, a optimalnim dojenjem i pravilnom dohranom moglo bi se na svijetu spriječiti oko 20% smrti na godinu (od čega se oko 13% odnosi na dojenje, a 6% na dohranu) djece do pet godina, što bi na godinu moglo od smrti spasiti oko 823 000 djece do pet godina (11). Što je dijete mlađe, to je ovisnije o pomoći drugih i rizičnije za pojavu poteškoća koje sa sobom nose izvanredne situacije. Nezrelost imunološkog sustava djece i njihova veća osjetljivost prema infekcijama povećava opasnost od pobola i pomora tijekom izvanrednih situacija (11). U izvanrednim situacijama najčešće su loši higijenski uvjeti uz nedostatak odgovarajuće hrane i čiste vode, prevelika je gustoća ljudi na malom području, a zdravstvena zaštita je nedostupna (1). Sve je to rizik za one koji su se našli u izvanrednim okolnostima, a posebno za dojenčad i malu djecu i njihove skrbnike (1). Poznato je da je prehrana dojenčadi i male djece daleko od optimalne, čak i u razdobljima kad nema izvanrednih situacija. Za vrijeme izvanrednih situacija stanje se prehrane dojenčadi i male djece pogoršava zbog brojnih predrasuda o dojenju, neodgovarajuće prehrane prije i za vrijeme katastrofa, nedostupnosti sigurne i kvalitetne hrane, uz stres i psihološke traume svih pogođenih izvanrednim okolnostima, što može utjecati na skrb o djeci (1). Nekontrolirane donacije zamjena za majčino mlijeko i njihova distribucija, bez obzira na iskazane potrebe populacije kojoj su namijenjene, mogu ugroziti dojenje (1). Ova praksa utječe na neodgovarajuću prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, izazivajući brojne posljedice, među kojima su najteže one kratkoročne: povećanje pobola i smrtnosti dojenčadi i djece (2).

INTERVENTNE MJERE KOJE SE ODOSE NA PREHRANU DOJENČADI I MALE DJECE U IZVANREDNIM SITUACIJAMA

Pri donošenju mjera koje se odnose na prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama valja imati na umu da SZO preporučuje da se s dojenjem započne tijekom prvog sata nakon rođenja, isključivo dojenje prvih šest mjeseci pa sve do dobi od dvije godine, a i dulje ako to majka i dijete žele, te dohranu nakon navršenih šest mjeseci (11).

Prekid dojenja i neishranjenost najčešći su poremećaji prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama. Unatoč tome, u izvanrednim se okolnostima mnogo rjeđe provode programi koji se odnose na prehranu dojenčadi i male djece, u usporedbi s programima koji se odnose na liječenje akutne neishranjenosti djece u svakodnevnom životu bez izvanrednih situacija (2). *Prudhon i sur.* navode da razlog tome može biti to što se liječenju uvijek posvećuje veća pozornost nego prevenciji, a općenito kreatori javnozdravstvenih politika rijetko navrijeme prepoznaju potrebe donošenja mjera i planova za unapređenje i zaštitu prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama (2). *Prudhon i sur.* navode da se najčešće ne donose praktične mjere za unapređenje prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, što su opazili istraživači i u recentnim istraživanjima u Europi (2, 12). Kako navode *MacLaine i sur.* mjere za unapređenje prehrane dojenčadi i male djece trebale bi se sastojati od sljedećih koraka (13):

- razvoj postupnog praktičnog pristupa unapređenju prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim prilikama korak po korak,
- razvoj alata za evaluaciju i praćenje utjecaja i ishoda provedenih mjera,
- stvaranje baze provedenih mjera kao dokaza i za njihovu evaluaciju,
- edukacija onih koji će provoditi mjere,
- zalaganje za financiranje i pronalaženje izvora financiranja,
- razmjena iskustava i uspostava međusektorskih veza.

Malo je istraživanja o intervencijama za unapređenje i zaštitu prehrane dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, što otežava procjenu njihove utemeljenosti na dokazima.

DOJENJE KAO PREDNOST U PREHRANI DOJENČADI I MALE DJECE U IZVANREDNIM SITUACIJAMA

Kako je već naglašeno, rizik i opasnost za dojenčad u izvanrednim situacijama direktno su ovisni o načinu ishrane i dobi (mlađe od šest mjeseci i ono koje nije isključivo dojeno je rizičnije) (1). Suprotno uobičajenim uvjerenjima, stres i ne-

dostatak hrane kod majki neće izazvati nedostatak mlijeka, dok bi na proizvodnju mlijeka mogla donekle utjecati dehidracija majke (1). Dojena djeca imaju siguran izvor hrane i vode, a osim toga zaštićena su od infekcije, jer majčino mlijeko ima mnoge čimbenike za borbu protiv infekcije, faktore rasta i žive stanice koji su imunološka zaštita, te djeluju preventivno i pomažu pri oporavku dojenčeta od infekcije (1). Za razliku od toga, dojenčad koja se hrani zamjenskim industrijskim pripravcima je u lošijem, rizičnijem položaju, jer u izvanrednoj situaciji može nedostajati izvora kvalitetne hrane (mliječnog pripravka), čiste vode i energije za njezino prokuhavanje, pribora za pripremu i davanje formule dojenčadi (1). Osim toga, formula nema sve zaštitne funkcije koje ima majčino mlijeko, što za nedojenu djecu znači dodatni rizik (1).

Kako bi se sačuvala prednosti dojenja, u izvanrednim situacijama je potrebna dodatna potpora dojenju. Skrbnici dojene i umjetno hranjene dojenčadi trebaju ciljano ali odvojeno potporu tijekom izvanrednih okolnosti (4). Majkama dojene djece potrebna je potpora oko nastavka dojenja, unatoč svim izazovima povezanim s izvanrednim situacijama među kojima su stres i strah za budućnost (4). Majkama ili skrbnicima dojenčadi koja se hrani zamjenskim mlijekom potrebna je potpora da bi se osigurala opskrba odgovarajućim i sigurnim zamjenskim industrijskim pripravcima mlijeka, te pristup prokuhanoj vodi ohlađenoj na 70°C, opremi za pripremu formule i hranjenje dojenčeta (4). Bez potpore, rizik za dojenčad se povećava, bez obzira na način prehrane, a osobito su rizična dojenčad na umjetnoj prehrani formulom. Osim toga, za vrijeme izvanrednih situacija najčešće se ne kontroliraju donacije industrijskih pripravaka mlijeka za dojenčad, a njihova distribucija nije povezana s potrebama, pa se formula dijeli dojenoj i nedojenoj djeci, čime se ugrožava dojenje (4). Donirani industrijski pripravci namijenjeni prehrani dojenčadi mogu biti kontaminirani bakterijama, imati nedopuštene dodane sastojke koji mogu potencijalno biti štetni (furani, bisfenol A, melamin), ili im je istekao rok uporabe, što ih čini potencijalno štetnima. Kako bi se sve ovo izbjeglo, razvijene su međunarodne preporuke pod naslovom „Operativne upute za prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama“ koje su namijenjene vladama, organizacijama koje pružaju pomoć i pojedincima (4). U njima se nalaze upute o tome kako osigurati pomoć u prehrani dojenčadi i male djece u izvanrednim okolnostima te na koji način obučiti osoblje za pružanje pomoći, uz planiranje i provođenje intervencija kojima će se poduprijeti dojena djeca, ona hranjena zamjenskim pripravcima industrijskog mlijeka kao i ona kojoj je potrebna dohrana (4). Svjetska zdravstvena skupština je vladama zemalja predložila izradu planova za izvanredne situacije, a pogotovo za one koje se odnose na prehranu dojenčadi i male djece (4).

DOJENJE U IZVANREDNIM SITUACIJAMA I MEĐUNARODNI PRAVILNIK O NAČINU MARKETINGA I PRODAJE NADOMJESTAKA ZA MAJČINO MLIJEKO (KOD)

Dojenje kao ljudsko pravo i Kod

Prema stajalištu Ujedinjenih naroda (UN) od 2016. godine dojenje je ljudsko pravo za dijete i za majku (14). U njemu se naglašava da djeca imaju pravo na život, preživljavanje i razvoj, te na najveći mogući standard zdravstvene zaštite kao i na sigurnu i zdravu prehranu (14). Dojenje se smatra sastavnim dijelom ovoga prava (14). Na dojenje se sa stajališta žene također gleda kao na pravo. Žena nije obvezna dojit i svoje dijete, no nitko ne može negativno utjecati na njezino pravo da doji (14). Žene imaju pravo na točne i istinite informacije o dojenju da bi mogle donijeti pravilnu odluku o tome hoće li dojit ili neće, no isto tako one imaju pravo na odgovarajuće okruženje koje će joj omogućiti ostvarivanje tog prava (14). Važnost dojenja je odavno poznata, a smanjenje smrtnosti, poboljšanje kognitivnog razvoja dojenčadi i djece te unapređenje majčina zdravlja važne su i poznate činjenice u prilog dojenju. Treba naglasiti i pozitivan utjecaj dojenja na ekonomski razvoj društva (14). Poznati su i rizici nedojenja za majku i za dijete (14).

U UN-ovom se stajalištu upozorava da promocija proizvođača zamjena za majčino mlijeko negativno utječe na dojenje, a posebno se upozorava na nedostatak korporativne odgovornosti za posljedice loše promidžbe (14). Može li se išta učiniti kako bi se takvom djelovanju stalo na kraj? Na 69. zasjedanju Svjetske zdravstvene skupštine usvojena je rezolucija o zaštiti prava žena i djece na dojenje. U njoj se pozivaju zemlje članice na provođenje Smjernice za prestanak neodgovarajuće promocije hrane za dojenčad i malu djecu. SZO naglašava nedostatak poštivanja Koda i pripadajućih rezolucija Svjetske zdravstvene skupštine uz mnogo dokaza o tome da promocija zamjena za majčino mlijeko i komercijalnih pripravaka za dohranu dojenčadi i male djece loše utječe na dojenje i njihovu prehranu (14). Naglašava se da su vlade prema Konvenciji o pravima djece i drugim pripadajućim instrumentima UN o ljudskim pravima obvezne poštovati, štiti i provoditi prava djece na zdravlje i zdravu hranu, te pravo žene na zaštitu od štetnih djelovanja nevladinih sudionika, a pogotovo korporativnog sektora, te da uživaju stručnu potporu kako bi im se omogućilo dojenje (14). Stoga vlade moraju poduzeti sve zakonske korake da u potpunosti prihvate i provedu Smjernice koje bi dojenčadi i maloj djeci osigurale odgovarajuću prehranu, a majke imale pristup pravilnim informacijama o dječjoj hrani (14). Bez odgovarajuće akcije svih dionika nastavit će se neprihvatljiva praksa prehrane dojenčadi i male djece koja loše utječe na njihovo i zdravlje majki, a to onda unazađuje sveukupno zdravlje društva i države (14).

Dojenje sa stajališta etike i Kod

U svjetlu unapređenja, zaštite i promicanja prirodne prehrane poznato je nekoliko općih etičkih načela koje bi trebalo uzeti u obzir prilikom planiranja intervencija vezanih za prirodnu prehranu dojenčadi i male djece koji uključuju (15):

- stvaranje koristi,
- sprječavanje šteta,
- pravednu raspodjelu zdravstvenih koristi uz poštivanje autonomije pojedinca i slobode djelovanja,
- poštivanje i ispunjavanje univerzalnih ljudskih prava,
- zaštitu ranjivih skupina od marginalizacije i stigmatizacije,
- stvaranje i održavanje povjerenja.

Navedena etička načela su ugrožena u društvu i zajednici te se uglavnom ne primjenjuju sustavno, zbog čega je potrebno uložiti dodatne napore kako bi se stvorio okvir za njihovu primjenu. Etička načela je osobito važno primijeniti u praksi tijekom izvanrednih situacija tako da bi se ona trebala uzimati u obzir prilikom kreiranja odgovarajuće politike i planiranja intervencija za zaštitu dojenja u izvanrednim okolnostima (15).

Pritom je važno osigurati poštivanje najboljeg interesa dojenčeta majčine autonomije te njenih kulturnih uvjerenja, uz stalno praćenje koristi i rizika vezanih za javnozdravstvene intervencije za zaštitu i unapređenje dojenja (15). S etičke točke gledišta uvijek su upitne zdravstvene tvrdnje, kao i marketing, reklamiranje i označavanje nadomjestaka za majčino mlijeko, posebno zbog agresivnog marketinga industrijskih pripravaka namijenjenih prehrani dojenčadi što ga provode privatne tvrtke (15). Sve navedene aktivnosti ometaju dojenje koje je važna i priznata javnozdravstvena mjera za zaštitu zdravlja majki i djece (15).

Dojenje s ekološkog stajališta i Kod

Mliječna industrija masovno proizvodi novorođenačku formulu, a u njejoj proizvodnji služi se plastikom, energijom, transportom i drugim što može izravno ili neizravno utjecati na okoliš i klimatske promjene (16). Milijuni dojenčadi, procjenjuje se oko njih dvije trećine na svijetu, dobiva mliječnu formulu, dok se istodobno stope dojenja dramatično smanjuju, pogotovo u zemljama u razvoju (16). Stoga se prehrana zamjenskim industrijskim pripravcima mlijeka može promatrati kao jedan od globalnih izazova koji su vezani za okoliš i zdravlje stanovništva. Zaštita, promicanje i potpora dojenju pomažu očuvanju ljudskog zdravlja, ali i zdravlja općenito uzmemo li u obzir okolišne činitelje povezane s umjetnom prehranom (16). Uz to dojenje povećava otpornost dojenčadi i majki čak i u izvanrednim situacijama (16). Stoga sve što je usmjereno promociji, zaštiti i unapređenju dojenja i smanjenju nepotrebne primjene i marketinga za-

mjenskih industrijskih pripravaka mlijeka može povoljno utjecati na smanjenje emisije stakleničkih plinova i globalnog zatopljenja, uz poboljšanje prehrane, zdravlja općenito kao i povećanja ravnopravnosti pri ostvarivanju prava na zdravlje (16).

Dojenje sa stajališta sigurnosti hrane i Kod

Općenito govoreći, elementi sigurnosti hrane su dostupnost, mogućnost pristupa, uporaba i stabilnost opskrbe kvalitetnim i prihvatljivim količinama hrane, dok za onu namijenjenu dojenčadi i maloj djeci najvažnija načela su dojenje, izdvojeno majčino mlijeko, ono iz banaka humanog mlijeka ili dojilje koje doje tuđu djecu te zamjene za majčino mlijeko, što je u skladu sa smjernicama SZO-a i UNICEF-a o prehrani dojenčadi i male djece (17). Za pravilan odgovor na pitanja o poštivanju ljudskih prava, etička pitanja, pitanje ekonomske i ekološke održivosti mogu poslužiti dostupnost i opskrba hranom koja je namijenjena dojenčadi, uz poseban naglasak na njenu sigurnost (17).

O sigurnosti hrane namijenjene dojenčadi ne može se govoriti bez visokih stopa dojenja. No postojeći međunarodni i nacionalni instrumenti zaštite, promicanja i potpore dojenju ipak se široko ne provode u globalnoj ljestvici, pa se tako npr. može reći da se samo 10% novorođenčadi na svijetu rađa u rodilištima koja nose naziv „Rodilište prijatelj djece“ (17). Mjere za zaštitu, promicanje i potporu dojenju moraju uzimati u obzir trgovačko okruženje koje uključuje Internet, tržišta majčinog mlijeka te globalizirane lance opskrbe industrijskim dojenačkim pripravcima zamjena za majčino mlijeko (17). Stoga su potrebni novi pristupi kako bi se savladali dugogodišnji sukobi koji su povezani s prehranom dojenčadi i male djece. Ako se dojenje prikaže kao sigurnosno pitanje prehrane dojenčadi i male djece, to s političkog stajališta može biti zanimljivije, jer bi se podizanjem stopa dojenja mogli ostvariti gospodarski učinci, a to bi političarima moglo poslužiti kao argument za ostvarivanje gospodarskog rasta, uz naglasak na mjere kojima se podržava i podupire dojenje (17).

Uporaba komercijalne komplementarne hrane u humanitarnim izvanrednim situacijama važan je dio razvoja politike prehrane u takvim okolnostima, koji sa stajališta sigurnosti hrane za dojenčad i malu djecu nije najbolje obrađen u postojećim međunarodnim preporukama da bi se prevenirale bolesti koje mogu nastati zbog primjene neodgovarajuće hrane (18). Donacije komercijalne hrane, osiguranje i kontrola njezine kakvoće, kao ni osiguranje opskrbe vodom, poštivanje sanitarnih uvjeta i higijenskih načela nisu najbolje riješeni (Water Sanitation and Hygiene - WASH) u izvanrednim situacijama (18, 19). U svakom slučaju ta tri pitanja

trebalo bi bolje riješiti u postojećim preporukama postupanja u izvanrednim situacijama, a na terenu bi trebalo osigurati njihovo provođenje, kako bi se smanjila mogućnost štetnih djelovanja i nastanka bolesti zbog neodgovarajuće i loše prehrane (18, 19).

DOJENJE I PREHRANA DOJENČADI I MALE DJECE TIJEKOM HUMANITARNIH KRIZA I PANDEMIJE VIRUSA COVID-19

Kako bi se moglo planirati pružanje pomoći za unapređenje zdravlja u izvanrednim situacijama, potrebno je prikupiti odgovarajuće podatke koji će pomoći u pružanju intervencija, i to po mogućnosti utemeljenih na dokazima, koje mogu spasiti život (20). Potrebno je razviti jednostavne standardizirane alate za procjenu zdravstvenog stanja i drugih zdravstvenih pokazatelja majki i djece u ranoj fazi izvanredne situacije, odnosno humanitarne katastrofe (20). Preporučuje se klusterski pristup u partnerstvu s operativnim istraživačima i humanitarnim agencijama, što najčešće koordinira SZO (20). Zdravstvene usluge namijenjene ženama i djeci razlikuju se ovisno o lokaciji, klimi, kulturi, postojećoj infrastrukturi, zdravstvenim problemima stanovništva i vrsti humanitarne krize (20). Vrste odgovora na pomoć u humanitarnoj krizi također su različite, zbog uključivanja više vladinih i humanitarnih agencija u pružanje te pomoći (20). Potrebni su učinkoviti, jednostavni i sveobuhvatni alati za prikupljanje podataka koji pomažu u analizi stanja, donošenju odluka i koordinaciji odgovora na humanitarnu krizu (20). Kako je ovakav pristup često neizvediv tijekom humanitarne krize, sudionici u pružanju pomoći u izvanrednim situacijama često su primorani donositi *ad hoc* mjere koje najviše pogađaju najvulnerabilnije skupine i programe koji su im namijenjeni. Među njima su i programi prehrane za dojenčad i malu djecu u izvanrednim okolnostima (21).

Preporuke za prehranu djece u izvanrednim situacijama sadrže različite intervencije za zaštitu, promicanje i potporu dojenju, no u praksi se te preporuke nedovoljno provode i primjenjuju (22). U literaturi se objavljuju različiti podatci o učinkovitosti tih preporuka i njihov utjecaj na započinjanje i trajanje dojenja, kao i na isključivo dojenje te na zdravlje majki i djece (22). U radovima koji opisuju ishode dojenja u 40% ih se navodi napredak stopa dojenja, dok se u 30% navodi da su provedene mjere dovele do promjena ponašanja u odnosu na prehranu dojenčadi i male djece i do povećanja znanja majki i osoblja uključenog u provođenju mjera humanitarne pomoći o njihovoj prehrani u izvanrednim okolnostima (22). Svim objavljenim izvještajima je zajedničko da istraživane mjere i intervencije nemaju odgovarajuću snagu dokaza, čemu bi u budućnosti trebalo posvetiti veću pozornost (22).

Izazovi prirodne prehrane u izvanrednim situacijama

Prema preporukama SZO-a i UNICEF-a o prehrani dojenčadi i male djece u izvanrednim stanjima ona bi se trebala hraniti prema sljedećem redu: dojenje, relaktacija, izdojeno majčino mlijeko, ono iz banaka humanog mlijeka ili dojilje koje doje tuđu djecu, a tek na kraju su zamjenski industrijski pripravci mlijeka za dojenčad i druge zamjene za majčino mlijeko (4). Najvažniji izazov u izvanrednim situacijama je sačuvati dojenje, jer se majke dojilje susreću s mnogim preprekama, oprečnim informacijama i praksama kojima se najčešće šteti dojenju, a svakako treba spomenuti i brojne predrasude i loše reguliranu politiku doniranja i distribucije industrijskih pripravaka zamjena za majčino mlijeko namijenjenih dojenčadi (4).

Tijekom ratnih godina u Republici Hrvatskoj je istraživana interakcija majki i dojenčadi i trajanje dojenja u izbjegličkom centru u Gašincima u Slavoniji (23). Dojenje kao oblik komuniciranja između majke i dojenčeta analizirano je na uzorku od 477 izbjeglih i prognanih majki koje su prestale dojiti, od njih 1 521 iz Unsko-Sanskog kantona u Bosni i Hercegovini (23). Prestanak dojenja uslijedio je kod 42,3% majki unutar prvog mjeseca djetetovog života, a u drugom i trećem mjesecu prestalo je dojiti još njih 33,9%, što je ukupno činilo 76,2% djece koja su prestala biti dojena do dobi od tri mjeseca (23). Trajanje dojenja stavljeno je u korelaciju s djetetovom inicijativom uspostave kontakta pogledom, spontanom osmjehivanjem, dodiranjem i započinjanjem igre s majkom, tako da su djeca koja su imala bolji kontakt s majkom i koja su pokazivala inicijativu, dojila duže od djece koja su imala slabiji kontakt s majkom (23). Također je analiziran specifični utjecaj majčine depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) na trajanje dojenja i ranu komunikaciju (23). Konzistentnost korelacija između dojenja i svih promatranih parametara (dulje dojenje je popraćeno većim brojem pokušaja uspostave kontakta) dopuštaju zaključak da je dojenje važan čimbenik u komunikaciji između majke i njenog dojenčeta (23). Nije bilo moguće uspostaviti uzročno-posljedični odnos između dojenja i inicijative dojenčeta za uspostavom komunikacije zbog toga što kraće dojenje može biti znak općeg nedostatka odgovornosti i drugih majčinih emocionalnih poteškoća, koje združeno depriviraju razinu razmjene poruka (23). Majke s PTSP-om i depresijom dojile su dulje svoju djecu u usporedbi s majkama bez ovih smetnja (23). U izvanrednim situacijama osobitu pozornost valja posvetiti adolescentnim majkama koje su visokorizična skupina za pojavu poremećaja dojenja, kako bi se ranom intervencijom u toj skupini majki postigli što bolji rezultati u očuvanju i nastavku dojenja (23).

U drugom je radu istraživano zdravstveno stanje majki i djece 23 godine nakon vukovarske tragedije tijekom Domovin-

skog rata. Uzete su u obzir žene koje su rodile u razdoblju od 1. svibnja do 19. studenog 1991. godine u Općoj bolnici Vukovar (24). Istraživanjem je bilo obuhvaćeno 77 (34%) od 149 žena koje su rodile u tom razdoblju (24). Zanimljivi su bili podatci o učestalosti dojenja. Ukupno je dojilo 60 (81,9%) od 77 žena. Trajanje dojenja bilo je od dva do četiri tjedna kod 22 žene (28,5%), pet do osam tjedana kod 9 (11,6%) te devet do 16 tjedana kod 13 (16,8%), 17 do 24 tjedna kod njih 6 (7,7%), a više od 25 tjedana dojilo je 10 (12,9%) žena (24). Zajedničko ovim istraživanjima je to što su stope dojenja kod domicilnih i izbjeglih ili prognanih žena bile vrlo niske, a u radovima nije bilo podataka o vrsti potpore koju su u tom razdoblju dobile žene i djeca (24). Za razliku od toga, u izbjegličkoj krizi u Hrvatskoj od 2015. na 2016. godinu vrlo su detaljno opisane sve poteškoće koje su se pojavljivale na terenu pri savjetovanju o prehrani dojenčadi i male djece, što je objavljeno u priručniku (25). U njemu postoje brojne informacije koje bi mogle biti vrlo korisne za izradu nacionalnih planova za prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama (25). U RH je pitanje djelovanja u izvanrednim situacijama regulirano Zakonom o zdravstvenoj zaštiti NN 100/2018., iz čijeg članka 196. proizlazi da se za krizne situacije osniva Krizni stožer koji imenuje ministar nadležan za zdravstvo, a koji je ovlašten poduzimati one mjere i aktivnosti što nisu utvrđene ovim Zakonom. To uključuje mjere mobilizacije, rasporeda rada, mjesta i uvjeta rada zdravstvenih ustanova i njihovih radnika te privatnih zdravstvenih djelatnika koji obavljaju zdravstvenu djelatnost, a sve dok traju okolnosti krizne situacije (26). Prema članku 30. Pravilnika o ustrojstvu i načinu rada Kriznog stožera Ministarstva zdravstva, suradnja s humanitarnim organizacijama srodnim zdravstvu uređuju se posebnim međusobnim sporazumima (27). U Nacionalnom programu za zaštitu i promicanje dojenja od 2018. do 2020. u točki 3 se kaže: „Usvojiti i primijeniti smjernice o prehrani dojenčadi i male djece prema Globalnoj strategiji za prehranu dojenčadi i male djece, a posebno za dojenčad i djecu u kriznim situacijama“. Pisanje smjernica o prehrani dojenčadi i male djece u kriznim situacijama u RH je pri kraju i one će uskoro biti donesene (28).

Tijekom pandemije virusa COVID-19 donesene su preporuke o dojenju. Pogledamo li različite preporuke za COVID-19 pozitivne asimptomatske majke, u nekima se zbog straha od zaraze novorođenčeta preporučuje što ranije odvajanje djeteta od majke, a zbog straha od vertikalne transmisije virusa preporuča se što ranije presijecanje pupkovine, neprovođenje kontakta koža na kožu, kao ni dojenje i zajednički boravak majke i novorođenčeta, osim ako to majka nije izrazito zahtijevala. U nekim kineskim naputcima i onim Sjedinjenih Američkih Država te Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) prvi je izbor prehrane bilo izdojeno majčino mlijeko iz bočice s dudom, a novoro-

đenče je trebala hraniti medicinska sestra ili zdravi COVID-19 negativan član obitelji, daleko od COVID-19 pozitivne majke, osim ako ona nije inzistirala na dojenju i drukčijem pristupu (29 - 34). Te preporuke nisu u skladu s naputcima SZO-a, Talijanskog neonatološkog društva, Kraljevskog društva za opstetriciju i ginekologiju Ujedinjenog kraljevstva, koji su ipak preporučili dojenje COVID-19 pozitivne asimptomatske majke kao i zajednički boravak majke i djeteta uz pridržavanje strogih higijenskih mjera kad majka doji ili je dijete s njom u bliskom kontaktu i socijalne udaljenosti kad majka ne doji a dijete je u krevetiću (35 - 38). Na tom su tragu i naše hrvatske preporuke (39).

Pitanje je koliko je zbog sumnje na infekciju virusom COVID-19 obavljeno porođaja carskim rezom, odvajanja novorođenčadi od majki, preranog presijecanja pupkovine te koliko djece nije ostvarilo kontakt koža na kožu sa svojom majkom, koliko ih nije boravilo u zajedničkom boravku i koliko ih nije dojeno, što je sve u suprotnosti s preporukama koje je za opskrbu asimptomatskih majki i zdrave novorođenčadi dao SZO, uz strogo poštivanje higijenskih mjera i održavanja socijalne udaljenosti s maskom kad se majka ne treba baviti oko novorođenčeta (40, 41). Također zbog straha od infekcije i zatvorenosti bolnica u Hrvatskoj je bila zabranjena pratnja na porođaju, tako da su sve asimptomatske žene rodile bez pratnje, pa i one koje su je zahtijevale. Dokazan je pozitivan utjecaj pratnje na porođaju, na skraćivanje njegovog trajanja, smanjenje učestalosti instrumentalnog dovršenja vaginalnog porođaja i njegovo dovršenje carskim rezom, radi čega je u većini međunarodnih naputaka bila dopuštena nazočnost jedne osobe u pratnji na porođaju kod asimptomatskih žena bez sumnje na bolest COVID-19 (42). Uza sve mjere koje su provođene u nekim svjetskim zdravstvenim ustanovama, a tiču se majki i djece, vidljivo je da njihovi interesi nisu stavljeni na prvo mjesto, jer su zdravstveni kapaciteti namijenjeni opskrbi majki i djece u nekim bolnicama bili prenamijenjeni za skrb o pacijentima inficiranim virusom SARS-CoV-2 (43). Stoga je pitanje koliko se tijekom cijele pandemije virusa COVID-19 na svijetu poštovalo etičko načelo „ne škoditi“ zdravlju majki i djece, a na to će se pitanje moći odgovoriti na osnovi istraživanja tek kada prođe određeno vrijeme (44).

Relaktacija

Relaktacija je ponovna uspostava dojenja nakon njegova prestanka. U slučajevima kad je tijekom izvanrednih situacija premalo vremena za pružanje potpore dojiljama koje pristaju na relaktaciju, ne postoji mogućnost praćenja tog osjetljivog procesa, što cijelu intervenciju čini upitnom (45). Prema nekim podacima relaktacija je u izvanrednim situacijama učinkovita kod samo 10% onih kojima se preporučuje, a za njeno izvođenje potrebni su veliki napori vrlo dobro

obučениh savjetnica za dojenje kao i psihološka potpora okoline dojilji koja se odlučila za relaktaciju (45).

Darovano ljudsko mlijeko (izdojeno majčino mlijeko, zamjenske dojilje i ono iz banke humanog mlijeka)

Prema definiciji darovano ljudsko mlijeko je izdojeno i dojilje ga dobrovoljno darivaju za prehranu dojenčadi koja nije njihova (4). Neformalno darovano humano mlijeko je ono koje se dijeli s djecom majki koje ne mogu dojiti u zajednici, a mlijeko nije pripremljeno ni procesuirano za primjenu (4). Formalno darovano ljudsko mlijeko je ono iz banaka humanog mlijeka namijenjeno prehrani dojenčadi nakon prethodnog probira majki darivateljica i obrade darovanog ljudskog mlijeka u banci (4). Postoje radovi o prehrani dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama koje su hranile zamjenske dojilje, što se poduzimalo radi zaštite, promicanja i potpore dojenju za očuvanje zdravlja i života majki i djece. U izvanrednim situacijama nije lako ostvariti prehranu zamjenskim dojiljama, a svaka situacija je drukčija te će i načini za ostvarivanje te zadaće biti različiti (46). U istraživanju u Bangladeshu u izbjegličkim logorima je samo 16,7% zamjenskih dojilja imalo odgovarajuća znanja o prehrani dojenčadi i male djece, a gotovo trećina ih je imalo iskustvo s dojenjem tuđe dojenčadi (46). Više od polovice zamjenskih dojilja je bilo rodbinski povezano s djecom koju će dojiti, a čija je prosječna dob bila malo viša od jednog mjeseca (46). Trajanje dojenja zamjenske dojilje ovisilo je o njenoj dobi, o dobi njenog najmlađeg djeteta, obiteljskoj povezanosti s djetetom koje doji, njenom znanju o prehrani dojenčadi i male djece te o praćenju tijeka zamjenskog dojenja od strane odgovarajućih djelatnika zaduženih za prehranu u izbjegličkom logoru (46). Najčešće poteškoće tijekom zamjenskog dojenja su bili nesporazumi s obitelji dojenčeta koje se doji, opterećenje obitelji poslom i vremenska ograničenja, udaljenost između kućanstava te loša suradnja među članovima obitelji (46). U svladavanju poteškoća najvažniju ulogu su imali djelatnici zaduženi za prehranu, a najčešća motivacija zamjenskih roditelja za nastavak te aktivnosti su bili samozadovoljstvo, odgovarajuće savjetovanje i religiozna inspiracija (46). U situacijama kad nema drugih mogućnosti, ovom se aktivnošću mogu spasiti životi dojenčadi i male djece (46).

Poznata je i dokazana korisnost primjene darovanog ljudskog mlijeka iz banaka za prehranu iznimno nezrele nedonoščadi (47, 48). Sve se češće spominje primjena mlijeka iz banaka humanog mlijeka u donošene novorođenčadi i to se smatra boljim izborom dodatne prehrane u usporedbi s industrijskim pripravcima zamjenskog mlijeka namijenjenih dojenčadi (49). U razvijenim zemljama svijeta pitanje pristupa donošene djece darovanom mlijeku iz banaka humanog

mlijeka je socijalno ekonomsko i financijsko pitanje, jer je ta vrsta hrane skupa i nedostupna siromašnijim i lošije zdravstveno osiguranim majkama (50). Prema našim spoznajama nema radova na temu prehrane darovanim mlijekom iz banaka ljudskoga mlijeka u izvanrednim situacijama. Naše iskustvo u Zagrebu za vrijeme potresa 22.3.2020. godine, nakon oštećenja rodilišta i njegova preseljenja na drugu lokaciju, zbog nedostupnosti majki i zabranjenih posjeta s obzirom na pandemiju COVID-a19 i izvanrednu situaciju zbog potresa, mlijeko iz banke humanog mlijeka se upotrebljavalo za prehranu bolesne nedonoščadi, čime su se zasigurno smanjili zdravstveni rizici za njih, ali se štitilo i promicalo dojenje. To je bila prva veća akcija novoosnovane banke humanog mlijeka u Hrvatskoj.

Prehrana industrijskim pripravicima dojenačke hrane

Ovaj se način prehrane namijenjene dojenčadi i maloj djeci primjenjuje u slučajevima kada dojenje nije moguće. Kao što je već naglašeno, priprema mlijeka u prahu namijenjenog prehrani dojenčadi i male djece veliki je izazov, dok primjena tekućeg dojenačkog pripravka industrijskog mlijeka gotovog za uporabu nije pogodna zbog nemogućnosti kontinuiteta opskrbe i kratkog roka njegovog trajanja nakon otvaranja (21). Stoga treba postaviti jasne ciljeve kojima se nadzire raspodjela i vrsta dojenačkih pripravaka što se distribuiraju, kako bi se ostvarili postavljeni ciljevi prehrane i smanjila mogućnost štetnog utjecaja na dojenje (21).

To da je neodgovarajuća distribucija industrijske komplementarne hrane negativno utjecala na trajanje dojenja, pokazalo se tijekom izbjegličke i migrantske krize 2015. godine u Europi, ali i u Hrvatskoj. Tada je u Europu stiglo više od milijun ljudi. Duž migrantskih ruta nekontrolirano je dijeljena hrana namijenjena prehrani djece od šest do 23 mjeseca, a akcije različitih humanitarnih organizacija na tom planu nije bila usklađena, što je potkopavalo međunarodne smjernice za prehranu dojenčadi i male djece, a pogotovo prirodni način prehrane, odnosno dojenje (51). Budući da takav pristup može imati ozbiljne reperkusije na zdravlje te vulnerabilne populacije djece i njihovih majki, ovo je područje posebno osjetljivo i potrebno ga je bolje urediti u planovima i preporukama postupanja u izvanrednim situacijama (51).

Ocjena planova vlada za pružanje pomoći u izvanrednim situacijama

Donošenje planova za pravodobno postupanje u izvanrednim situacijama od ključne je važnosti za pripremu institucija na takve okolnosti (1). Posebna pozornost se u tim planovima mora posvetiti potrebama majki i djece kao najvulnerabilnijih skupina, koje su izložene humanitarnoj krizi ili

izvanrednoj situaciji. U analizi planova za pružanje pomoći u izvanrednim situacijama u Australiji je utvrđeno da se premalo pozornosti posvećivalo potrebama dojenčadi i male djece, što je povećalo njihovu rizičnost (1). Stoga bi bilo potrebno razvijati planove za potporu prehrani dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, koje bi bile u skladu s međunarodnim preporukama i standardima (1). Pokazalo se da je u planovima u Australiji više pozornosti posvećeno zaštiti životinja u izvanrednim situacijama nego zaštiti dojenčadi i male djece. Stoga su lokalni i središnji vladini organi pozvani da model zaštite životinja u izvanrednim situacijama primijene i na zaštitu dojenčadi i male djece (1). Tim organima je savjetovano da tijekom skrbi za majke i djecu u izvanrednim situacijama poboljšaju međusektorsku suradnju i uključe nevladine udruge poput Udruge za dojenje Australije (1). Pozivali su sve vlade i na međunarodnoj razini da osiguraju potporu svojim najmlađim i najosjetljivijim državljanima, kako bi ih zaštitili poboljšanjem odgovarajućih planova za prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama (1).

U radu u kojem je praćena realizacija Globalne strategije za prehranu dojenčadi i male djece u 18 europskih zemalja, na osnovi 15 indikatora, nađeno je da je realizacija indikatora 9 Prehrana dojenčadi u izvanrednim situacijama nedostatna i zanemarena, jer su samo tri od 18 ispitivanih europskih zemalja imale odgovarajuće planove i politike za prehranu dojenčadi i male djece u izvanrednim situacijama, dok su u ostalima zabilježeni nedostaci provedbenih dokumenata, edukacije savjetnica za dojenje, nedovoljno naglašavanje rizika umjetne prehrane, nedostatna regulacija donacije zamjenskih mlijeka i neki drugi (12).

ZAKLJUČAK

Svijet postaje mjesto u kojem se broj izvanrednih događaja i humanitarnih kriza povećava velikom brzinom, kako zbog ekonomske nejednakosti i jaza između razvijenih i nerazvijenih, tako i zbog klimatskih promjena koje dovode do poremećaja prirodne ravnoteže i razvoja prirodnih katastrofa. U katastrofama uvijek stradaju najranjivije skupine stanovništva, među kojima su svakako žene i djeca. Što je dijete mlađe, to je ugroženije, a pogotovo ako nije prirodno hranjeno ili nema majku ili roditelje. U brojnim su krizama bile angažirane različite humanitarne organizacije, među kojima SZO, UNICEF i druge organizacije povezane s UN-om imaju vodeće mjesto. U skrbi za majke, dojenčad i malu djecu najvažnije je osigurati odgovarajuću prehranu, jer u suprotnom može doći do ugroze života. Nedostatak zaštite, potpore i promicanja prirodne prehrane (dojenja) te njeno ometanje i potkopavanje nekritičnim i nekontroliranim donacijama i distribucijom zamjenskih dojenačkih pripravaka mlijeka,

najveći su izazov zbog neinformiranosti majki, onih koji pružaju potporu u izvanrednim situacijama, kako iz vladinog tako i iz nevladinog sektora, uz nedostatak međusektorske suradnje, što uzrokuje neusklađene i katkad štetne intervencije. Stoga se vladama preporučuje donošenje naputaka o prehrani dojenčadi i male djece prije pojave izvanrednih okolnosti te pravilnika za upravljanje krizama u kojima će pitanju prehrane dojenčadi i male djece biti posvećena dužna pozornost. S tim naputcima i planovima trebalo bi upoznati sve potencijalne sudionike u pružanju pomoći i stanovništvo, čime bi se postigao najvažniji cilj: potpora prirodnoj prehrani svima koji se hrane prirodno i odgovarajuća prehrana zamjenskim pripravcima industrijskog mlijeka onima koji se ne doje. Na osnovi kriza koje su se nedavno dogodile u svijetu naučili smo da još ne postoji dovoljna svijest o važnosti očuvanja dojenja u kriznim situacijama, iako o tome katkad ovisi preživljavanje djece i njihovih majki.

LITERATURA

- Gribble K, Peterson M, Brown D. Emergency preparedness for infant and young child feeding in emergencies (IYCF-E): an Australian audit of emergency plans and guidance. *BMC Public Health*. 2019 Oct 15;19:1278. doi: 10.1186/s12889-019-7528-0.
- Prudhon C, Benelli P, MacLaine A, Harrigan P, Frize J. Informing infant and young child feeding programming in humanitarian emergencies: an evidence map of reviews including low and middle income countries. *Matern Child Nutr*. 2018 Jan;14. doi: 10.1111/mcn.12457.
- Stevis-Gridneff M. Europe's battle-hardened nations show resilience in virus fight. *New York Times*, May 10, 2020. Dostupno na: <https://www.nytimes.com/2020/05/10/world/europe/coronavirus-europe-resilience.html> (Pristupljeno 12.5.2020.).
- IFE Core Group: Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Program Managers, Version 3; 2017. Dostupno na: https://www.enonline.net/attachments/3127/Ops-G_English_04Mar2019_WEB.pdf (Pristupljeno 10.5.2020.).
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Global Humanitarian Overview 2020. <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020> (Pristupljeno 10.5.2020.).
- Izveštje Vlade Republike Hrvatske o dosadašnjem tijeku povratka i zbrinjavanju prognanika, izbjeglica i raseljenih osoba; vidi u: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998_07_92_1248.html
- https://hr.wikipedia.org/wiki/Poplave_u_isto%C4%8Dnoj_Hrvatskoj_u_svibnju_2014. (Pristupljeno 12.5.2020.).
- Tadić J, Dragović F, Tadić T. Migracijska i izbjeglička kriza – sigurnosni rizici za EU. *Polici sigur* (Zagreb). 2016;25:14-41.
- Vlada Republike Hrvatske. Sve što trebate znati o zaštiti od koronavirusa. Situacija u vezi s epidemijom novog koronavirusa COVID-19 (SARS—CoV-2). Dostupno na: [https://vlada.gov.hr/?id=28862&pregled=1&datum=Fri%20Feb%2028%202020%2018:03:29%20GMT+0100%20\(Central%20European%20Standard%20Time#kronologija](https://vlada.gov.hr/?id=28862&pregled=1&datum=Fri%20Feb%2028%202020%2018:03:29%20GMT+0100%20(Central%20European%20Standard%20Time#kronologija) (Pristupljeno 12.5.2020.).
- Potres u Zagrebu. <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/u-zagrebu-osteceno-vise-od-26-000-gradevina-1-900-potpuno-neupotrebljivo-foto-20200328> (Pristupljeno 12.5.2020.).
- WHO. Infant and young child feeding-sheet No 342, 2015. Dostupno na: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/> (Pristupljeno 10.5.2020.).
- Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Bettinelli ME i sur. Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the global strategy for infant and young child feeding in Europe. *Int Breastfeed J*. 2020;15:51. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00282-z>.
- Save the Children. Infant and young child feeding in emergencies: why are we not delivering at scale? A review of global gaps, challenges and ways forward. Save the Children, 2012. Dostupno na: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/infant-and-young-child-feeding-emergencieswhy-are-we-not-delivering-scale> (Pristupljeno 26.6.2020.).
- Grummer-Strawn LM, Zehner E, Stahlhofer M, Lutter C, Clark D, Sterken E i sur. New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right. *Matern Child Nutr*. 2017;13(4):e12491. doi:10.1111/mcn.12491.
- Hurlimann T, Peña-Rosas JP, Saxena A, Zamora G, Godard B. Ethical issues in the development and implementation of nutrition-related public health policies and interventions: a scoping review. *PLoS One*. 2017;12:e0186897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186897>.
- Smith JP. A commentary on the carbon footprint of milk formula: harms to planetary health and policy implications. *Int Breastfeed J*. 2019;14:49. doi: 10.1186/s13006-019-0243-8. eCollection 2019.
- Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? *Int Breastfeed J*. 2015;10:7. doi: 10.1186/s13006-015-0029-6. eCollection2015.
- UNHCR. WASH Monitoring System Briefing Note v2 (UNHCR, 2020). Dostupno na: <https://wash.unhcr.org/download/wash-monitoring-system-briefing-note-v2/> (Pristupljeno 12.5.2020.).
- Theurich MA, Humphreys AL, Gosselin LB, McCool-Myers ME. Food safety considerations for commercial complementary foods from global operational guidance on infant and young child feeding in emergencies. *Nutr Rev*. 2019;77:350-62. doi: 10.1093/nutrit/nyy065.
- Pyone T, Dickinson F, Kerr R, Boschi-Pinto C, Mathai M, van den Broek N. Data collection tools for maternal and child health in humanitarian emergencies: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2015;93:648-658A-M. doi: 10.2471/BLT.14.148429.
- Talley LE, Boyd E. Challenges to the programmatic implementation of ready to use infant formula in the post-earthquake response, Haiti, 2010: a program review. *PLoS One*. 2013;8(12):e84043. doi: 10.1371/journal.pone.0084043. eCollection 2013.
- Dall'Oglio I, Marchetti F, Mascolo R, Amadio P, Gawronski O, Clemente M i sur. Breastfeeding protection, promotion, and support in humanitarian emergencies: a systematic review of literature. *J Hum Lact*. 2020;890334419900151. doi: 10.1177/0890334419900151.
- Jovančević M, Knežević M, Konjarik Z, Knežević S. Duration of breastfeeding and baby's initiative to communicate with mother in refugee and displaced population. *Paediatr Croat*. 2010;54:75-9.
- Habek D, Dujaković T, Čerkez Habek J, Jurković I. Twenty-three-year long-term health outcome after the war in Vukovar. *Acta Clin Croat*. 2016;55:58-62. doi: 10.20471/acc.2016.55.01.9.
- Jelušić R. Podrška dojenju i prehrani male djece u kriznim situacijama. Iskustva stečena tijekom migrantsko-izbjegličke krize u Hrvatskoj 2015. i 2016. godine. *Roda: Zagreb* 2017. Dostupno na: <http://www.roda.hr/udruga/events/dogadjanja/podraska-dojenju-i-prehrani-male-djece-u-kriznim-situacijama-predstavljanje-prirucnika.html> (Pristupljeno 5.5.2020.).
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html (Pristupljeno 12.5.2020.).
- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o ustrojstvu i načinu rada Kriznoga stožera Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. NN 20/2007. Dostupno na: <http://zakon.poslovna.hr/public/pravilnik-o-ustrojstvu-i-nacinu-rada-kriznoga-stozera-ministarstva-zdravstva-i-socijalne-skrbi/417282/zakoni.aspx> (Pristupljeno 12.5.2020.).

28. Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja od 2018. do 2020. Dostupno na: <https://zdravstvo.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-programi-projekti-i-strategije/ostali-programi/nacionalni-program-za-zastitu-i-promicanje-dojenja-za-razdoblje-od-2018-do-2020-godine/3242> (Pristupljeno 12.5.2020.)
29. Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X; Working Committee on Perinatal and Neonatal Management for the Prevention and Control of the 2019 Novel Coronavirus Infection. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First Edition). *Ann Transl Med.* 2020;8:47. doi: 10.21037/atm.2020.02.20.
30. Center for Disease Control and Prevention. Covid-19. Pregnancy and Breastfeeding. Available: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html> (Pristupljeno 25.4.2020.).
31. Center for Disease Control and Prevention. Covid-19. Considerations for Inpatient Obstetric Healthcare Settings. Available: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html> (Pristupljeno 25.4.2020.).
32. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding Guidance Post Hospital Discharge for Mothers or Infants with Suspected or Confirmed SARS-Co V-2 Infection. Dostupno na: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/breastfeeding-guidance-post-hospital-discharge/> (Pristupljeno 25.04.2020.).
33. Puopolo KM, Hudak ML, Kimberlin DW, Cummings J; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Section on Neonatal Perinatal Medicine, and Committee on Infectious Diseases. Initial Guidance: Management of Infants Born to Mothers with COVID-19. Dostupno na: <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/COVID%2019%20Initial%20Newborn%20Guidance.pdf> (Pristupljeno 25.4.2020.).
34. Poon L, Huixia Yang H, Kapur A, Melamed N, Dao B, Divakar H i sur. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: information for healthcare professionals. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;4. doi: 10.1002/ijgo.
35. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. Interim guidance. Dostupno na: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (Pristupljeno 25.4.2020.).
36. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, The Royal College of Midwives. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 8: Published Friday 17 April 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> (Pristupljeno 25.4.2020.).
37. Societa Italiana de Neonatologia, Union of European Neonatal and Perinatal Societies. Breastfeeding and SARS-CoV-2 infection (Coronavirus Disease 2019 - COVID-19). https://www.uenps.eu/wp-content/uploads/2020/03/14marzo.SIN_UENPS0.pdf (Pristupljeno 25.4.2020.).
38. Erdevė Ö, Çetinkaya M, Bař AY, Narlı N, Duman N, Vural M, Koç E. The Turkish Neonatal Society proposal for the management of COVID-19 in the neonatal intensive care unit. *Turk Pediatr Ars.* 2020;55:86-92.
39. Pavičić Bošnjak A, Grgurić J, Stanojević M, UNICEF Projektni tim za program "Rodilište prijatelj djece". COVID-19: Preporuke o dojenju. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-i-dojenje_HR-2.pdf (Pristupljeno 13.5.2020.).
40. UNICEF, WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2018. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf> (Pristupljeno 26.4.2020.).
41. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Ženeva: World Health Organization; 2014. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf?ua=1 (Pristupljeno 17.1.2017.).
42. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on companionship during labour and childbirth. The WHO Reproductive Health Library; Ženeva: World Health Organization, 2018. Dostupno na: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-companionship-during-labour-and-childbirth> (Pristupljeno 13.5.2020.).
43. Grünebaum A, Dudenhausen J, McCullough LB, Chervenak FA. Women and children first: the need for ringfencing during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med.* 2020;aop. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0149>.
44. Stanojević M. Are Covid-19 positive mothers dangerous for their term and well newborn babies? Is there an answer? *J Perinat Med.* 2020;13. pii: j/jpm.e.ahead-of-print/jpm-2020-0186/jpm-2020-0186.xml. doi:10.1515/jpm-2020-0186.
45. Burrell A, Kueter AM, Ariful S, Rahaman H, Iellamo A, Mothabbir G. Appropriate infant and young child feeding practices in an emergency for non-breastfed infants under six months: the Rohingya experience. *J Hum Lact.* 2020;13:890334420906838. doi: 10.1177/0890334420906838.
46. Azad F, Rifat MA, Manir MZ, Biva NA. Breastfeeding support through wet nursing during nutritional emergency: a cross sectional study from Rohingya refugee camps in Bangladesh. *PLoS One.* 2019;14:e0222980. Published 2019 Oct 2. doi:10.1371/journal.pone.0222980.
47. Galante L, Vickers MH, Milan AM, Reynolds CM, Alexander T, Bloomfield FH i sur. Feasibility of standardized human milk collection in neonatal care units. *Sci Rep.* 2019;9:14343. doi: 10.1038/s41598-019-50560-y. doi: 10.3390/nu11081895.
48. Cañizo Vázquez D, Salas García S, Izquierdo Renau M, Iglesias-Platas I. Availability of donor milk for very preterm infants decreased the risk of necrotizing enterocolitis without adversely impacting growth or rates of breastfeeding. *Nutrients.* 2019;14:11. pii: E1895. doi: 10.3390/nu11081895.
49. McKittrick MM, Khaki S, Gievers L, Larson IA. Clinical and sociodemographic factors associated with human donor milk supplementation in term newborns. *Hosp Pediatr.* 2020 May 1. pii: hpeds.2019-0259. doi: 10.1542/hpeds.2019-0259.
50. Kair LR, Nidey NL, Marks JE, Hanrahan K, Femino L, Fernandez Y i sur. Disparities in donor human milk supplementation among well newborns. *J Hum Lact.* 2020;36:74-80. doi: 10.1177/0890334419888163.
51. Theurich MA, Grote V. Are commercial complementary food distributions to refugees and migrants in Europe conforming to international policies and guidelines on infant and young child feeding in emergencies? *J Hum Lact.* 2017;33:573-7. doi: 10.1177/0890334417707717.

SUMMARY

Breastfeeding in emergencies with assessment of recent humanitarian crises and the Covid-19 pandemic

The world is becoming a place where the number of emergencies and humanitarian crises is increasing rapidly due to economic inequality and the gap between developed and underdeveloped countries, as well as climate changes leading to disruption of the natural balance and development of natural disasters. The most vulnerable groups of the population including women and children always are affected by disasters. The younger the child, the more vulnerable he/she is, especially if not naturally fed or having a mother or parents. Various humanitarian organizations have been involved in a number of crises, with the World Health Organization and UNICEF and other United Nations-related organizations leading the way. In the care of mothers, infants and young children, most important is to ensure appropriate nutrition because otherwise it can result in life-threatening health conditions. The lack of protection, support and promotion of natural nutrition (breastfeeding) and its disruption and undermining by uncritical and uncontrolled donations and distribution of infant formula are the biggest challenge due to the lack of information of mothers, those who provide support in emergencies from both governmental and non-governmental sector, without cross-sectoral cooperation, thus causing uncoordinated and sometimes harmful interventions. Therefore, it is recommended that governments issue guidelines on infant and young child nutrition prior to the occurrence of an emergency, and crisis management regulations in which the issue of infant and young child nutrition will be given due consideration.

Key words: BREAST FEEDING; NUTRITIONAL STATUS; EMERGENCIES; COVID-19

Infekcija SARS-CoV-2 (COVID-19) u djece

Lorna Stemberger Marić, Srđan Roglić*

Od pojave u prosincu 2019. pandemija uzrokovana SARS-om -CoV-2 veliki je javnozdravstveni problem u svim zemljama svijeta. Virus se prenosi prvenstveno inhalacijom kapljica respiratornih sekreta od bolesnika ili asimptomatskog nositelja i visoko je zarazan. Klinički je bolest u djece slična drugim akutnim respiratornim infekcijama uz predominantne simptome gornjeg dišnog sustava, a katkad može progredirati i do pneumonije s razvojem akutnog respiratornog distres sindroma i multiorganskog zatajenja. Bolest je blaža u djece nego u odraslih s niskom smrtnošću, a čini se da dojenčad i mala djeca imaju nešto težu kliničku sliku. Dijagnoza se postavlja dokazom virusnoga genetičkog materijala u respiratornim uzorcima (uglavnom brisevi nazofarinksa i orofarinksa) metodom lančane reakcije polimeraze. Liječenje je većinom simptomatsko, a kod teških i kritičnih oblika može se razmotriti uporaba nekog od antivirusnih lijekova (lopinavir-ritonavir, remdesivir, hidroksiklorokin).

Ključne riječi: SARS-COV-2; COVID-19; DJECA; LIJEČENJE

UVOD

Koronavirusi su velika skupina virusa koji mogu uzrokovati bolest u ljudi i životinja. Imaju sposobnost rekombinacije i mutacije, što može dovesti do nastanka novog koronavirusa koji se može proširiti sa životinja na ljude. U posljednja dva desetljeća dogodile su se dvije velike epidemije uzrokovane novim koronavirusima: SARS-CoV 2002. i MERS-CoV 2012. U prosincu 2019. u Kini se pojavio klaster pacijenata s pneumonijom koji su bili epidemiološki povezani s tržnicom morske hrane i životinja u gradu Wuhanu, provincija Hubei. Ubrzo je otkriveno da je uzročnik novi beta-koronavirus, SARS-CoV-2 (engl. *severe acute respiratory coronavirus 2*), kojemu je genetička sekvenca najbližnja koronavirusu izoliranom iz šišmiša. Bolest koju uzrokuje SARS-CoV-2 nazvana je COVID-19 (engl. *coronavirus disease*), a Svjetska zdravstvena organizacija je 11. ožujka 2020. proglasila pandemiju. Do danas se bolest proširila u gotovo sve države na svim kontinentima. Broj zabilježenih slučajeva COVID-a-19 podcjenjuje pravu veličinu problema, s obzirom na nedostupnost testova i značajan udio ljudi koji su asimptomatski ili imaju toliko blagu bolest da ostaju neprepoznati/nedijagnosticirani. Stoga bi smrtnost (case fatality rate - CFR), koja se procjenjuje na manje od 5%, vjerojatno bila i niža kad bi se znao pravi broj oboljelih. Baš su zato zanimljive studije seroprevalencije u različitim populacijama i dobnim skupinama koje mnoge zemlje trenutno provode. S obzirom na brzo širenje (određeno s engl. *basic reproduction number* - R₀, koji je na

početku epidemije bio 2,38 (95%CI: 2,04-2,77), veliki broj hospitaliziranih i smrtnost među "naivnim" populacijama, kao i nepostojanje cjepiva, pandemija COVID-19 uzrokuje najveću ugrozu javnom zdravstvu vezanu za respiratorne virusne infekcije još od pandemije influence A H1N1 1918. godine (1–3).

EPIDEMIOLOGIJA

Virus se može prenijeti od bolesnika ili asimptomatskog nositelja i visoko je zarazan. Neki su radovi pokazali kako i prijenos s asimptomatske osobe može izazvati tešku kliničku sliku (4). Glavni način prijenosa je kapljicama respiratornih sekreta tijekom bliskog međuljudskog kontakta. Izlučeni virus može dugo preživjeti na predmetima, pogotovo metalnim i plastičnim, što implicira mogući prijenos rukama (5). Može se zadržati u zraku u sitnim kapljicama aerosola, no čini se da je taj oblik prijenosa nije značajan (6). Postoje dokazi o izlučivanju virusa stolicom, čak i tjednima nakon

* Klinika za infektivne bolesti „Dr Fran Mihaljević“ Zagreb, Mirogojska 8, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Lorna Stemberger Marić, dr. med.,
Klinika za infektivne bolesti „Dr Fran Mihaljević“,
Mirogojska 8, 10000 Zagreb,
e-mail: lorna.stemberger@gmail.com

Primljeno/Received: 26. 5. 2020., Prihvaćeno/Accepted: 03. 7. 2020.

zaraze, što upućuje na postojanje virusne replikacije u gastrointestinalnom sustavu i mogućnost feko-oralnog prijenosa (7).

U ovom je trenutku važno utvrditi ulogu djece u širenju virusa. Mnoge su studije utvrdile da je značajna proporcija pedijatrijskih COVID-19 slučajeva asimptomatska ili blago simptomatska (1–4). Unatoč tome što nemaju simptome, ta djeca imaju visoke titrove virusa u nazofarinku, a i izlučuju virus stolicom dulje vrijeme (7-9). Dugo izlučivanje virusa u nazalnim sekretima i stolici ima implikacije za zajednicu zbog mogućeg širenja u predškolskim i školskim ustanovama i potrebe poduzimanja novih javnozdravstvenih mjera (10, 11).

Studije koje su ispitivale rizik *in utero* prijenosa nisu pronašle dokaze za postojanje kongenitalne infekcije SARS-CoV-2 u novorođenčadi rođene od majki s COVID-19 pneumonijom (12, 13). Pozitivitet u novorođenčadi najvjerojatnije je posljedica bliskog kontakta s oboljelim odraslim osobama neposredno nakon porođaja. Dvije nedavne studije pokazale su zanimljive rezultate - prva je uputila na prisutnost specifičnih IgM i IgG protutijela u serumu dva novorođenčeta čije su majke imale pneumoniju COVID-19, a u drugoj su opisana tri novorođenčeta s ranim SARS-CoV-2 infekcijom (14, 15). Iako se u ovom trenutku ne može utvrditi mogu li majke mlijekom prenijeti SARS-CoV-2, dojenje se potiče uz pridržavanje mjera opreza (upotreba maski za vrijeme dojenja, pranje ruku sapunom i vodom prije i nakon kontakta s djetetom, dezinfekcija površina) (16). Premda je vjerojatnost perinatalnog prijenosa s majke na dijete izuzetno mala, novorođenčad pozitivnih majki treba pomno pratiti zbog moguće pojave bolesti (17, 18).

Dosad objavljeni podatci pokazuju kako su stariji, osobito oni s kroničnim bolestima, pod povišenim rizikom za nastanak teške bolesti i smrti uzrokovane SARS-om -CoV-2 u odnosu na mlađe odrasle, adolescente i djecu (19). Podatci iz Kine i Sjedinjenih Američkih Država (SAD) upućuju na to da se 80% smrti javlja u starijih od 85 godina (20, 21). U Italiji je 1,1% smrti prijavljeno u mlađih od 50 godina, a nije zabilježena ni jedna smrt u djece (22, 23). Izviješteno je o smrti 12-godišnjakinje u Belgiji, 13-godišnje i 5-godišnje djece u Velikoj Britaniji, 16-godišnjakinje u Francuskoj, 14-godišnjaka u Portugalu i dva dojenčeta u SAD-u. Nasreću, broj umrlih u ukupnom broju oboljelih je za djecu oko 0,1%, što je značajno manje nego u odraslih (2,3%) (24). Pregled 45 radova pokazao je da djeca obuhvaćaju 1-5% COVID-19 slučajeva i da imaju blažu bolest koja iznimno završava smrću (19). U SAD-u 5% COVID-19 slučajeva (i manje od 1% od ukupnog broja hospitaliziranih) čine djeca (21).

Brojni pedijatrijski slučajevi vjerojatno prolaze nedijagnosticirano zbog blage kliničke slike, što može pridonositi trenutno niskoj zabilježenoj incidenciji bolesti u ovoj populaciji.

PATOGENEZA

Neriješeno je pitanje uzroka velikoj razlici u težini bolesti između djece i odraslih. Neke hipoteze uzrok nalaze u razlici u imunološkom odgovoru u različitim dobnim skupinama. Odrasli zaraženi SARS-om-CoV-2 skloniji su razvoju nebalansirano imunološkog odgovora s pojavom citokinske oluje koja uzrokuje oštećenje pluća (akutni respiratorni distress sindrom - ARDS) i drugih organa s posljedično lošijim ishodom. Dojenčad i djeca imaju bolje razvijenu nespecifičnu imunost i učinkovitiji T-stanični odgovor potreban za čišćenje (engl. *clearance*) virusa. Križna zaštita stečena tijekom prethodnih infekcija drugim koronavirusima (ili nedavna infekcija virusom influence, parainfluence, adenovirusa, respiratornog sincicijskog virusa (RSV) i rinovirusa) te protutijela nastala nakon nedavne infekcije tim virusima možda pružaju djelomičnu križnu zaštitu od koronavirusa. Uvjerljivo djeluje i hipoteza da je uzrok razlika u ekspresiji, distribuciji, sazrijevanju i funkcioniranju virusnih receptora na alveolarnim epitelnim stanicama tipa 2 (25). ACE2 (engl. *angiotensin-converting enzyme*) receptor je receptor koji SARS-CoV-2 rabi za ulazak u stanicu, čime počinje virusna replikacija (26). Osobito ga mnogo ima u alveolama, što objašnjava visoku incidenciju pneumonije u COVID-u-19. Muškarci imaju više razine ACE2 receptora u alveolarnim stanicama u odnosu na žene, što je jedno od mogućih objašnjenja teže kliničke slike kod muškaraca (20, 21, 25, 27). Slična je razlika u spolu zamijećena i kod djece (8, 28). Mogući razlozi blaže bolesti u djece su i to što ona imaju manje kontakata i manje putuju te su samim time manje izložena infekciji, imaju zdraviji respiratorni sustav (manje cigaretnog dima) te manje predležćih bolesti. Daljnje su studije potrebne kako bi se potvrdilo što točno uzrokuje razlike u kliničkim manifestacijama djece i odraslih (29, 30).

KLINIČKA SLIKA

Inkubacija infekcije je 1-14 dana, no većinom se bolest javlja unutar 3-7 dana nakon kontakta.

Klinički djeca su ili bez simptoma ili imaju blaže simptome poput kašlja (48,5%), grlobolje (46,2%) i vrućice (41,5%), a učestalost pojedinog simptoma razlikuje se od studije do studije (19). Vrućica većinom traje 1-2 dana, a izostanak febriliteta ne isključuje COVID-19; više od 40% djece s COVID-om-19 nije febrilno. Do sada dostupni podatci upućuju na to da djeca češće imaju simptome infekcije gornjeg nego donjeg dišnog sustava. Rjeđi simptomi (u manje od 10% slučajeva) su proljev i umor. Gastrointestinalni simptomi zamijećuju se češće nego u odraslih bolesnika, pa čak mogu biti i dominantni simptomi infekcije, posebice u dojenčadi. U djece je bolest većinom blaža i ozdravljenje nastupa u roku od tjedan dana. Rijetko i u pedijatrijskih bole-

snika može doći do pogoršanja, uglavnom u drugom tjednu bolesti s razvojem dispneje, cijanoze, pojavom limfopenije, trombocitopenije, porastom kreatin-kinaze ili laktat dehidrogenaze (LDH) te razvojem ARDS-a, septičkog šoka ili multiorganskog zatajenja (31).

Klinička se klasifikacija COVID-a-19 dijeli u pet stupnjeva težine (28, 32):

1. asimptomatska infekcija - SARS-CoV-2 test je pozitivan, ali nema kliničkih simptoma i radiološka obrada daje uredne rezultate.
2. akutna infekcija gornjeg dišnog sustava: vrućica, kašalj, grlobolja, začepjenost nosa, glavobolja, umor, mialgije; nema znakova pneumonije na radiogramu pluća.
3. blaža pneumonija: respiratorni simptomi poput kašlja s vrućicom ili bez nje; radiološki se verificira pneumonija, ali ne opsežna.
4. teška pneumonija - bilo što od navedenog:
 - a) respiratorna frekvencija ≥ 70 /min u mlađih od 1 godine ili ≥ 50 /min u starijih od godinu dana (u mirovanju i afebrilitetu)
 - b) oksigenacija periferne krvi kisikom $<92\%$ pri udisanju okolišnog zraka
 - c) znakovi respiratornog distresa – stenjanje, širenje nosnica, uvlačenje juguluma/interkostalnih prostora, cijanoza, apneje
 - d) poremećaj svijesti/konvulzije
 - e) odbijanje obroka ili poteškoće hranjenja i znakovi dehidracije
5. životno ugroženo dijete
 - a) respiratorna insuficijencija s potrebom mehaničke ventilacije
 - b) šok
 - c) kombinacija s disfunkcijom ostalih organa.

U najvećoj dosad provedenoj pedijatrijskoj studiji, analizirajući podatke 2 143-je djece u Kini, *Dong i sur.* su pokazali da nema velike razlike među spolovima (28). Medijan dobi bio je sedam godina (1 dan-18 godina), oko 4% djece je bilo asimptomatsko, 51% je imalo blagu bolest, 39% umjereno tešku bolest, a oko 6% njih bilo je kritično bolesno (u usporedbi s 18,5% odraslih). Umrlo je jedno dijete, 14-godišnji dječak. U spomenutoj studiji 11% dojenčadi je bilo kritično bolesno, u usporedbi sa 7% djece u dobi od 1-5 godina, 4% onih u dobi od 6-10 godina, 4% onih od 11-15 godina i 3% onih starijih od 16 godina. No u bolesnika prikazanih u ovom istraživanju testiranje na ostale respiratorne viruse nije bilo standardizirano, i 2/3 slučajeva zapravo nije uopće bilo virološki potvrđeno, što je veliki nedostatak ove studije. Nadalje, baš su ta djeca (bez virološke potvrde bolesti) bila teže bolesna od onih s potvrđenim COVID-om-19 i pripada-

la su najmlađoj dobnoj skupini (10,6% je bilo mlađe od godine dana) te je vjerojatno da su njihovi (teški) simptomi bili uzrokovani drugim patogenima (moguće RSV-om?). Među potvrđenim slučajevima (731 dijete), 13% je bilo bez simptoma, 43% je imalo blage, 41% umjerene simptome, dok je 2,5% bilo teško, a 0,4% kritično bolesno, što je značajno manje u odnosu na odrasle bolesnike. Među simptomatskom djecom 5% je imalo dispneju ili hipoksemiju, a 0,5% je progrediralo do ARDS-a (28).

U studiji koja je ispitala kliničke karakteristike 36-ero djece s COVID-om-19 u Kini autori su izvjestili kako je čak oko polovice bolesnika bilo asimptomatsko ili je imalo blaže simptome gornjeg respiratornog trakta, dok su ostali imali umjereno tešku bolest s pneumonijom (33). Djeca s COVID-om-19 imala su blaže simptome od odraslih, a u usporedbi s oboljelima od influence, bilo je više asimptomatskih slučajeva, dok su COVID-19 bolesnici češće imali pneumoniju. Oskudni su podatci o utjecaju komorbiditeta na težinu bolesti u djece. U radu *Xiaoxia Lu i sur.* od 171-og djeteta s potvrđenim COVID-om-19, svo troje kojima je bilo potrebno intenzivno liječenje i mehanička ventilacija, imalo je predležće bolesti (hidronefroza, leukemija na kemoterapiji i intususcepcija) (34).

U Španjolskoj su djeca činila oko 0,8% ukupnog broja zaraženih (41/4695) (35). Od 25-ero djece 41 dijete s potvrđenim COVID-om (60%) je hospitalizirano, a četvero (9,7%) je primljeno u jedinicu intenzivnog liječenja i trebalo je respiratornu potporu. Samo je jedno imalo predležću bolest - rekurentne bronhopneumonije. Nisu zabilježeni smrtni ishodi. Dva bolesnika imala su koinfekciju s gripom tip B (5%). U ovoj su studiji potvrđeni COVID-19 bolesnici činili samo 11% testiranih sa simptomima koji odgovaraju ovoj infekciji. Šesnaestero (39%) bolesnika je imalo kontakt s potvrđenim slučajem COVID-a-19 (35).

Studija *Wei Xia i sur.* je pokazala kako većina oboljele djece ima uredan auskultacijski nalaz na plućima, 15% ima krepitacije, a oko 5% cijanozu (24). Među teško oboljelim bolesnicima u drugoj studiji svi su imali patološki auskultacijski nalaz na plućima (hropce i krepitacije) (36).

Laboratorijski nalazi su nespecifični. U djece je većinom (čak u do 70% slučajeva) broj leukocita (i limfocita) uredan, tj. nema limfocitne deplecije videne u odraslih (samo 20% ima leukopeniju), što sugerira manji stupanj imunološke disfunkcije u odnosu na odrasle bolesnike. *Henry i sur.* saželi su 12 studija na 66-ero djece i analizirali laboratorijske nalaze ovih bolesnika (37); 69,2% djece je imalo normalan broj leukocita, a neutrofilija (4,6%) i neutropenija (6%) bile su rijetke (37). U ovoj je studiji samo 3% djece imalo limfopeniju, a C-reaktivni protein (CRP) i prokalcitonin (PCT) su bili povišeni u 13,6% i 10,6% slučajeva (37). Prema nekim je studijama

čak do 80% djece imalo povišeni PCT, što se ne vidi u odraslih COVID-19 bolesnika. To može upućivati na potrebu liječenja antibioticima, s obzirom na to da je bakterijska superinfekcija prisutna (prema nekim studijama) u čak do 40% bolesnika (37, 38). Povišeni CRP, PCT i LDH češće imaju teže oboljeli, kao i snižene vrijednosti CD16 + CD56+ limfocita te povišene razine IL-6, IL-10 i IFN- γ (36).

Što se tiče radioloških pretraga, nalazi rendgena i kompjuterizirane tomografije (CT) pluća slični su onima kod odraslih bolesnika. Tipične manifestacije su unilateralni ili bilateralni subpleuralni opaciteti tipa mliječnoga stakla i konsolidacije s okolnim halo-znakom. Budući da su konsolidati s okolnim halo-znakom bili prisutni u više od 50% pedijatrijskih slučajeva, trebali bi se smatrati tipičnim znakom COVID-a-19 u pedijatrijskoj populaciji (24, 28).

Među teško oboljelima koji su zahtijevali intenzivno liječenje, svi su imali patološki nalaz na CT-u pluća, njih šestero je imalo obostranu pneumoniju, a dvoje jednostranu (36).

U izvještajima o kliničkim značajkama teško oboljelih pedijatrijskih bolesnika iz pokrajine Wuhan, *Sun i sur.* su u jedinici za intenzivno liječenje liječili osmero bolesnika (troje kritičnih, a petero teško bolesnih) u dobi od dva mjeseca do 15 godina (36). Trajanje bolesti bilo je više od 20 dana za kritično bolesne. Najčešći simptom bila je tahipneja, zatim vrućica, kašalj, iskašljavanje, mučnina/povraćanje, proljev, umor/mijalgije, glavobolja i konstipacija. Šestero je trebalo suplementaciju kisika, a dvoje mehaničku ventilaciju. Najčešće komplikacije bile su septički šok i multiorgansko zatajenje. Kritično bolesnih muškog spola bilo je 75%, a pola su bila dojenčad i mala djeca (36).

Klinički i laboratorijski markeri težine bolesti i lošeg ishoda u odraslih su bolesnika prisutnost ARDS-a kod prijma, limfopenija, povišene razine IL-6, IL-10 i TNF-alfa kao i D-dimera te smanjena ekspresija CD4 T limfocita, dok studije koje su ispitivale markere težine bolesti u djece izostaju (37, 39).

Nedavni izvještaji iz Europe i Amerike opisali su klastere djece i adolescenata koji su zahtijevali prijem u jedinicu za intenzivno liječenje zbog multisistemnog hiperinflamatornog sindroma s kliničkim karakteristikama sličnima Kawasaki-voj bolesti i toksičnom šok sindromu (40, 41). Osim što su zabilježeni u vrijeme epidemije COVID-a-19, u dijelu djece dokazan je SARS-CoV-2, dio je imao pozitivnu serologiju, a neki epidemiološki podatak o kontaktu s oboljelim od COVID-a-19 (42). Ipak, neka djeca nisu imala ni epidemiološki podatak o izloženosti SARS-u-CoV-2 ni laboratorijski dokaz infekcije (40). U sve je djece obavljena mikrobiološka obrada bila negativna, a gotovo su svi ozdravili nakon primjene imunomodulatorne terapije (intravenski imunoglobulini, kortikosteroidi, tocilizumab, infliksimab) (40, 41).

S kliničkog i epidemiološkog aspekta problem je u razlikovanju COVID-a-19 od drugih respiratornih infekcija u djece, jer se klinička slika ovih infekcija značajno ne razlikuje, a nema ni značajnih odstupanja u laboratorijskim nalazima. Katkad nam je ključan nalaz radiološke obrade, no ona se često ne radi zbog blage bolesti. Baš su stoga u djece od posebnog značenja epidemiološki podaci, jer oko 65% (prema nekim studijama i do 84%) ima dokazan kontakt s oboljelim (uglavnom članom obitelji) (24, 35).

DIJAGNOSTIKA

Dijagnoza COVID-a-19 postavlja se na temelju pozitivnog nalaza lančane reakcije polimerazom (engl. *reverse transcription polymerase chain reaction*, RT-PCR) na SARS-CoV-2 iz obriska/aspirata nazofarinksa i/ili orofarinksa. Potvrđenim slučajem COVID-a-19 smatra se svako dijete u kojeg je SARS-CoV-2 dokazan metodom lančane reakcije polimeraze iz relevantnog uzorka (dišni putovi, krv, stolica, cerebrospinalni likvor), bez obzira na kliničke simptome (43). Serološka dijagnostika detektira prisutnost protutijela, no dijagnoza se može postaviti samo u kasnijem tijeku bolesti, jer osjetljivost testa (IgM) značajno raste nakon sedmog dana bolesti. U uzorcima sakupljenim u prvih sedam dana bolesti osjetljivost PCR-a je u jednoj studiji bila 66,7%, a serologije 38,3%, a u drugom tjednu bolesti 54% za PCR i 89,6% za serološke testove (44). Postoji mnogo različitih komercijalnih testova koji se razlikuju u svojoj osjetljivosti i specifičnosti. Još se i danas ne zna jesu li protutijela nastala nakon infekcije SARS-CoV-2 virusom uopće zaštitna i ako jesu, koliko zaštita traje te postoji li kolektivni imunitet (45).

LIJEČENJE

Liječenje COVID-a-19 u djece još i sad sadrži nepoznanice, prvenstveno zbog činjenice da je bitno manje oboljele djece nego odraslih i da je infekcija u djece blaža nego u odraslih. Stoga se kliničari u odluci o antivirusnom i imunomodulatornom liječenju djece uglavnom oslanjaju na iskustva s odraslim bolesnicima kao i na spoznaje stečene liječenjem bolesti uzrokovanih prethodnim epidemijama koronavirusa (SARS-CoV i MERS-CoV).

S obzirom na to da većina djece ima blagu bolest, liječenje je u većini slučajeva isključivo simptomatsko i ne razlikuje se bitno od liječenja djece s drugim respiratornim infekcijama. Ono uključuje adekvatnu hidraciju, primjenu antipiretika/analgetika i aspiraciju gornjih dišnih putova u mlađe djece. Iako je postavljena sumnja da nesteroidni antireumatici djeluju nepovoljno na tijek COVID-a-19, to zasad nije potvrđeno (46). Ipak, kao i tijekom drugih infekcija, preporučuje se za antipirezu u djece prvenstveno primjenjivati paraceta-

mol. Lijekovi za ublažavanje ili pospješivanje kašlja nisu učinkoviti u djece, pa ih treba izbjegavati (47). Respiratorna potpora provodi se kao i kod drugih respiratornih infekcija i uključuje suplementaciju kisika (obično se započinje ako saturacija periferne krvi kisikom padne ispod 92%), neinvazivnu i invazivnu mehaničku ventilaciju te u rijetkim slučajevima izvantjelesnu membransku oksigenaciju.

Tijekom epidemije primjenjivani su različiti lijekovi za koje se smatra da imaju antivirusni (oseltamivir, lopinavir/ritonavir, remdesivir, azitromicin, klorokin i hidroklorokin) ili imunomodulatorni učinak (kortikosteroidi, intravenski imunoglobulini, tocilizumab, anakinra). U tijeku su brojna klinička ispitivanja, no u ovom trenutku ni za jedan lijek nije potvrđena djelotvornost. Stoga svjetske smjernice preporučuju antivirusno i imunomodulatorno liječenje provoditi u sklopu kliničkog istraživanja (48, 49). Nažalost, trenutno u Republici Hrvatskoj nema niti jedno kliničko istraživanje potencijalnih lijekova za COVID-19 koje uključuje djecu, pa nam preostaje samo primjena navedenih lijekova izvan odobrene indikacije. S obzirom na navedeno kao i na činjenicu da se većina djece s COVID-om-19 spontano oporavi, antivirusno i imunomodulatorno liječenje preporučuje se samo u djece s teškom pneumonijom ili kritičnom bolešću (50). Pri donošenju odluke o hospitalizaciji i modalitetu liječenja treba uzeti u obzir i rizične čimbenike za težu bolest.

Djecu s multisistemskim upalnim odgovorom uglavnom se liječi po protokolu za Kawasakijevu bolest – intravenskim imunoglobulinima uz acetilsalicilnu kiselinu. Terapijske opcije primijenjene u djece s perzistiranjem simptoma uključuju IVIG i/ili kortikosteroide te biološku terapiju (tocilizumab, anakinra, rituksimab) (40, 41).

Preporuča se testirati djecu s epidemiološkim indikacijama (kontakt s pozitivnim bolesnikom, najčešće u obiteljskoj epidemiji) ili uz kliničke manifestacije poput respiratornih simptoma i vrućice ili radioloških znakova sugestivnih za COVID-19. Zbog svoje blaže kliničke slike, pedijatrijski bolesnici rjeđe se testiraju te se mogu lako previdjeti i tako biti važni (neprepoznati) izvor zaraze.

ZAKLJUČAK

Unatoč generalno blažoj kliničkoj slici i nižoj smrtnosti infekcije sa SARS-om-CoV-2 u djece, ostaje važnim utvrditi ulogu pedijatrijske populacije u transmisiji i širenju bolesti, jer su djeca vjerojatno važan rezervoar virusa i mogla bi biti značajan faktor u širenju epidemije. Implikacije ove bolesti sežu i izvan respiratornog sustava. Budući da infekcija SARS-CoV-2 uzrokuje ozbiljnu socijalnu ugrozu i utječe na obavljanje svakodnevnih aktivnosti, rano otkrivanje, liječenje i izolacija bolesnika, kako odraslih tako i pedijatrijskih, trenutno su glavni ciljevi.

Kratice:

SARS-CoV-2 – severe acute respiratory coronavirus 2
 COVID-19 – coronavirus disease
 CFR – case fatality rate
 SAD – Sjedinjene Američke Države
 ARDS – akutni respiratorni distres sindrom
 RSV – respiratorni sincicijski virus
 ACE2 – angiotensin-converting enzyme 2
 LDH – laktat dehidrogenaza
 PCT – prokalcitonin
 CRP – C-reaktivni protein
 CT – kompjuterizirana tomografija
 RT-PCT – reverse transcription polymerase chain reaction

LITERATURA

1. Safadi MAP. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96:265-8. doi:10.1016/j.jped.2020.04.001
2. Li R, Pei S, Chen B i sur. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*. 2020;368:489-93. doi:10.1126/science.abb3221
3. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G i sur. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *ImperialAcUk*. 2020:3-20. <https://doi.org/10.25561/77482>
4. Hu Z, Song C, Xu C i sur. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci*. 2020;63:706-11. doi:10.1007/s11427-020-1661-4
5. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH i sur. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;382:1564-7. doi:10.1056/NEJMc2004973
6. Park SY, Kim YM, Yi S i sur. Coronavirus disease outbreak in Call Center, South Korea. *Emerg Infect Dis*. 2020;26:10.3201/eid2608.201274. doi:10.3201/eid2608.201274
7. Zhang T, Cui X, Zhao X i sur. Detectable SARS-CoV-2 viral RNA in feces of three children during recovery period of COVID-19 pneumonia. *J Med Virol*. 2020;92:909-14. doi:10.1002/jmv.25795
8. Kam KQ, Yung CF, Cui L i sur. A well infant with coronavirus disease 2019 (COVID-19) with high viral load. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa201. doi:10.1093/cid/ciaa201
9. Tang A, Tong ZD, Wang HL i sur. Detection of novel coronavirus by RT-PCR in stool specimen from asymptomatic child, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26:1337-9. doi:10.3201/eid2606.200301
10. Zou L, Ruan F, Huang M i sur. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *N Engl J Med*. 2020;382:1177-9. doi:10.1056/NEJMc2001737
11. Liu Y, Yan LM, Wan L i sur. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:656-7. doi:10.1016/S1473-3099(20)30232-2
12. Chen H, Guo J, Wang C i sur. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records [published correction appears in *Lancet*. 2020;395:1038. [published correction appears in *Lancet*. 2020;395(10229):1038]. *Lancet*. 2020;395(10226):809-15. doi:10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
13. Zhu H, Wang L, Fang C i sur. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9:51-60. doi:10.21037/tp.2020.02.06
14. Zeng H, Xu C, Fan J i sur. Antibodies in infants born to mothers with COVID-19 pneumonia. *JAMA*. 2020;323:1848-9. doi:10.1001/jama.2020.4861

15. Dong L, Tian J, He S i sur. Possible vertical transmission of SARS-CoV-2 from an infected mother to her newborn. *JAMA*. 2020;323:1846-8. doi:10.1001/jama.2020.4621
16. World Health Organization (WHO). Breastfeeding advice during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2020 May 22]. Available from: <http://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-infocus/breastfeeding-advice-during-covid-19-outbreak.html>
17. Chen D, Yang H, Cao Y i sur. Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection [published correction appears in *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Jul;150:136]. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149(2):130-6. doi:10.1002/ijgo.13146
18. Canarutto D, Priolo A, Russo G, Pitea M, Vigone MC, Barera G. COVID-19 infection in a paucisymptomatic infant: raising the index of suspicion in epidemic settings. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:E4-E5. doi:10.1002/ppul.24754
19. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020;109:1088-95. doi:10.1111/apa.15270
20. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.2648. doi:10.1001/jama.2020.2648
21. CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) – United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:343-6. doi:10.15585/mmwr.mm6912e2
22. Livingston E, Bucher K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.4344. doi:10.1001/jama.2020.4344.
23. Epicentro – Istituto Superiore di Sanità. Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy. Report based on available data on May 14th, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 22]. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths>
24. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: different points from adults. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:1169-74. doi:10.1002/ppul.24718
25. Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. *Intensive Care Med*. 2020;46:586-90. doi:10.1007/s00134-020-05985-9
26. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S i sur. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020;181:271-80.e8. doi:10.1016/j.cell.2020.02.052
27. Wang D, Hu B, Hu C i sur. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1061-9. doi:10.1001/jama.2020.1585
28. Dong Y, Mo X, Hu Y i sur. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*. 2020;145:e20200702. doi:10.1542/peds.2020-0702
29. Yonker LM, Shen K, Kinane TB. Lessons unfolding from pediatric cases of COVID-19 disease caused by SARS-CoV-2 infection. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:1085-6. doi:10.1002/ppul.24748
30. Shen Q, Guo W, Guo T i sur. Novel coronavirus infection in children outside of Wuhan, China. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:1424-9. doi:10.1002/ppul.24762
31. Zheng F, Liao C, Fan Q i sur. Clinical characteristics of children with coronavirus disease 2019 in Hubei, China. *Curr Med Sci*. 2020;40:275-80. doi:10.1007/s11596-020-2172-6
32. World Health Organization (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
33. Qiu H, Wu J, Hong L, Luo Y, Song Q, Chen D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:689-96. doi:10.1016/S1473-3099(20)30198-5
34. Lu X, Zhang L, Du H i sur. SARS-CoV-2 infection in children. *N Engl J Med*. 2020;382:1663-5. doi:10.1056/NEJMc2005073
35. Tagarro A, Epalza C, Santos M i sur. Screening and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr*. 2020;e201346. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1346
36. Sun D, Li H, Lu XX i sur. Clinical features of severe pediatric patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan: a single center's observational study. *World J Pediatr*. 2020;16:251-9. doi:10.1007/s12519-020-00354-4
37. Henry BM, Lippi G, Plebani M. Laboratory abnormalities in children with novel coronavirus disease 2019. *Clin Chem Lab Med*. 2020;58:1135-8. doi:10.1515/cclm-2020-0272
38. Lippi G, Plebani M. Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *Clin Chim Acta*. 2020;505:190-1. doi:10.1016/j.cca.2020.03.004
39. Pedersen SF, Ho YC. SARS-CoV-2: a storm is raging. *J Clin Invest*. 2020;130:2202-5. doi:10.1172/JCI137647
40. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020;395:1607-8. doi:10.1016/S0140-6736(20)31094-1
41. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A i sur. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet*. 2020;395:1771-8. doi:10.1016/S0140-6736(20)31103-X
42. Jones VG, Mills M, Suarez D i sur. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *Hosp Pediatr*. 2020;10:537-40. doi:10.1542/hpeds.2020-0123
43. World Health Organization (WHO). Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: interim guidance [Internet]. [cited 2020 May 24]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance>
44. Zhao J, Yuan Q, Wang H i sur. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa344. doi:10.1093/cid/ciaa344
45. CDC. Serology Testing for COVID-19 at CDC | CDC [Internet]. 2020 [cited 2020 May 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/serology-testing.html>
46. World Health Organization (WHO). The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in patients with COVID-19: Scientific Brief [Internet]. 2020 [cited 2020 May 22]. Available from: [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-\(nsaids\)-in-patients-with-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/the-use-of-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-(nsaids)-in-patients-with-covid-19)
47. De Sutter A. There is no good evidence for the effectiveness of commonly used over-the-counter medicine to alleviate acute cough. *Evid Based Med*. 2015;20:98. doi:10.1136/ebmed-2014-110156
48. Chiotos K, Hayes M, Kimberlin DW i sur. Multicenter initial guidance on use of antivirals for children with COVID-19/SARS-CoV-2. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2020;pii045. doi:10.1093/jpids/piaa045.
49. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH i sur. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa478. doi:10.1093/cid/ciaa478
50. HDIB. Kliničko zbrinjavanje djece s COVID-19. 2020.

SUMMARY

SARS-CoV-2 infection (COVID-19) in children

Lorna Stemberger Marić, Srđan Roglić

Since the outbreak in December 2019, the SARS-CoV-2 pandemic virus has been a major public health problem in all countries of the world. The virus is transmitted by inhalation of respiratory droplets from the patient or asymptomatic carrier and is highly contagious. The clinical disease in children is similar to any acute respiratory infection with predominant upper respiratory symptoms, but occasionally can progress to pneumonia with acute respiratory distress syndrome and multiorgan failure. The disease is milder in children than in adults, with low mortality, and it appears that infants and young children have a somewhat more severe clinical course. Diagnosis is made by detecting the virus from respiratory samples (mainly nasopharyngeal and oropharyngeal swabs) using polymerase chain reaction. Treatment is usually symptomatic, and in severe and critical forms, the use of one of the antiviral drugs (lopinavir-ritonavir, remdesivir, hydroxychloroquine) may be considered.

Key words: SARS-COV-2; COVID-19; CHILDREN; THERAPEUTICS

Covid-19: preporuke o dojenju

Anita Pavičić Bošnjak, Josip Grgurić, Milan Stanojević*

Ove preporuke namijenjene su zdravstvenim djelatnicima koji skrbe o majkama i djeci s obzirom na dojenje i prehranu majčinim mlijekom kad kod majke postoji sumnja na infekciju COVID-19/SARS-CoV-2 virusom i u slučaju kad je ona potvrđena. Preporuke se temelje na trenutnim spoznajama o COVID-u-19 i smjernicama međunarodnih zdravstvenih institucija i stručnih društava. Ured UNICEF-a za Hrvatsku i projektni tim za „Rodilište prijatelj djece“ u suradnji s Povjerenstvom za zaštitu i promicanje dojenja Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, javnozdravstvenim institucijama i stručnim društvima pratit će najnovije spoznaje vezane za širenje virusa kao i preporuke međunarodnih zdravstvenih institucija te ih prema potrebi ažurirati.

COVID-19 (prema engl. *coronavirus disease 2019*) akutna je respiratorna bolest koju uzrokuje novi koronavirus nazvan SARS-CoV-2 (prema engl. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Najčešći simptomi kod oboljelih osoba su povišena tjelesna temperatura, kašalj, otežano disanje, bolovi u mišićima i umor. Trenutno nema cjepiva ni specifičnog lijeka. Liječenje je suportivno.

Način prijenosa virusa

Virus se prenosi bliskim kontaktom sa zaraženom osobom. Prijenos se odvija kapljičnim putem (kapljicama koje nastaju kad zaražena osoba kašlje ili kiše) te dodirivanjem kontaminiranih površina na kojima se nalazi sekret iz dišnih putova zaražene osobe, a potom dodirivanjem usta, nosa ili očiju. Nije poznato koliko dugo SARS-CoV-2 preživljava na površinama (1, 2).

Nije poznato događa li se vertikalni prijenos SARS-a-CoV-2 s majke na plod. Među prvih 19 u literaturi opisanih slučajeva trudnica i novorođenčadi čije su majke imale kliničke simptome COVID-a-19, virus nije otkriven u plodovoj vodi ili krvi pupkovine. Stoga trenutno nema dokaza koji bi podržavali vertikalni prijenos virusa SARS-CoV-2 (3, 4, 5).

Prenosi li se COVID-19 majčinim mlijekom?

Do danas nisu pronađeni dokazi koji bi upućivali na to da je virus SARS-CoV-2 prisutan u mlijeku majki s COVID-om-19. Prisutnost ovog virusa ispitivana je u šest žena oboljelih od

COVID-a-19, ni u jednom uzorku mlijeka virus nije pronađen (3). Iz prethodnog iskustva s drugim koronavirusima, kao što su SARS CoV (uzročnik teškog akutnog respiratornog sindroma, 2 SARS) i MERS CoV (uzročnik koronavirus bliskoistočnog respiratornog sindroma, MERS), nema dokaza o prenošenju tih virusa u majčino mlijeko (6). Stoga je vjerojatno da je rizik od prenošenja SARS-a-CoV-2 putem majčinog mlijeka nizak.

Dojenje

Uzimajući u obzir sve prednosti dojenja i prehrane majčinim mlijekom, u slučaju sumnje na infekciju COVID-om-19 u majke, preporuča se nastaviti s dojenjem, primjenjujući opće mjere zaštite (7). Odluku o započinjanju i nastavljanju dojenja, odnosno odluku o hranjenju izdojenim majčinim mlijekom, majka treba donijeti nakon razgovora sa članovima obitelji i zdravstvenim djelatnicima.

Majci treba potanko objasniti trenutno poznate činjenice o načinu prijenosa zaraze kako bi razumjela potencijalni rizik za dijete. Majku treba podučiti primjeni općih zaštitnih mjera tijekom dojenja, kako bi se izbjeglo širenje virusa na novorođenčeta, a to su pranje ruku prije svakog dodirivanja novorođenčeta i početka dojenja te nošenje maske za vrijeme dok doji i kad je u neposrednoj blizini djeteta (7, 8).

Majka s potvrđenim COVID-om-19 ili sa simptomima koji zahtijevaju nadzor, koja s obzirom na kliničke simptome može doći i koja je donijela odluku o dojenju, treba poduzeti sve moguće mjere opreza kako bi se izbjeglo širenje virusa na novorođenčeta. To uključuje pranje ruku prije i poslije dodirivanja novorođenčeta kao i prije i poslije podoja, nošenje maske za lice tijekom podoja i uvijek kad je u djetetovoj blizini (unutar jedan metar udaljenosti od djeteta) te čišćenje kontaminiranih površina (7, 8).

Ako je majka odlučila izdajati se uporabom ručne ili električne izdajalice, treba oprati ruke prije dodirivanja bilo kojeg

* UNICEF Projektni tim za program „Rodilište prijatelj djece“, 5. 3. 2020.

Adresa za dopisivanje:

Izv. prof. dr. sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr.med.,
Klinički bolnički centar Zagreb, Petrova 13, 10000 Zagreb
e-mail: apavici1@kbc-zagreb.hr

dijela izdajalice ili bočice (spremnika) za mlijeko te slijediti preporuke za njihovo pravilno čišćenje nakon svake uporabe. Zdravstveni radnik ili druga zdrava osoba (ako je prisutna) nahranit će dijete izdojenim majčinim mlijekom (7, 8, 9).

U slučaju da se majka i dijete moraju privremeno odvojiti, majci koja namjerava dojiti treba pomoći u održavanju stvaranja mlijeka putem izdajanja (primjenom ručnog izdajanja ili uporabom pumpice). Pri izdajanju se treba pridržavati higijenskih uputa, općih mjera zaštite te higijenskih uputa o čišćenju izdajalice (8, 9).

Privremeno razdvajanje majke i djeteta zbog medicinske indikacije kad postoji sumnja na zarazu, odnosno dokazana bolest COVID-19 te postupanje zdravstvenog osoblja s tim u vezi odvijat će se u skladu s naputcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo "Postupanje zdravstvenih djelatnika u slučaju postavljanja sumnje na novi koronavirus (2019-nCoV)" i nadležne ustanove koja skrbi o majkama i djeci (10). Privremeno razdvajanje majke i djeteta, odnosno boravak izvan *rooming*-ina smatra se medicinskom indikacijom.

LITERATURA

1. World Health Organization. Q&A on coronaviruses (COVID-19). Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses> (pristupljeno: 4.3.2020.)
2. HZJZ. Pitanja i odgovori o bolesti uzrokovanom novim koronavirusom COVID-19. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/pitanja-i-odgovori-o-novom-koronavirusu-2019-ncov/>
3. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;0(0). Published online February 12, 2020. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3) (pristupljeno: 4.3.2020.)
4. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9:51-60. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06> (pristupljeno: 4.3.2020.)
5. Qiao J. Comment What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet* 2020. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2) (pristupljeno: 4.3.2020.)
6. Robertson CA, Lowther SA, Birch T, Tan C, Sorhage F, Stockman L, et al. SARS and Pregnancy: A Case Report. *Emerg Infect Dis*. 2004;10:345-48. 2004;10:345 doi:10.3201/eid1002.030736
7. UNICEF. Coronavirus disease (COVID-19): What parents should know. Dostupno na: <https://www.unicef.org/stories/novel-coronavirus-outbreak-what-parents-should-know> (pristupljeno: 4.3.2020.)
8. CDC. Interim Considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/inpatient-obstetric-healthcare-guidance.html>
9. CDC. Interim Guidance on Breastfeeding for a Mother Confirmed or Under Investigation For COVID-19. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/pregnancy-guidancebreastfeeding.html>. (pristupljeno: 4.3.2020.)
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/postupanje-zdravstvenih-djelatnika-uslucaju-postavljanja-sumnje-na-novi-koronavirus-2019-ncov/> (pristupljeno: 4.3.2020.)

Banka humanog mlijeka u Hrvatskoj: prva iskustva

Branka Golubić Čepulić, Jurjana Novoselac, Anita Pavičić Bošnjak, Ivana Leskovar, Koraljka Gojčeta, Vladimira Rimac*

Darovano humano mlijeko je najbolja zamjena za majčino mlijeko u okolnostima kad ona ne može hraniti svoje dijete. Sigurno i kvalitetno darovano humano mlijeko osiguravaju banke humanog mlijeka. S tim ciljem u Hrvatskoj banci tkiva i stanica Kliničkog bolničkog centra Zagreb osnovana je Banka humanog mlijeka u siječnju 2020. Rad Banke u skladu je sa Zakonom o primjeni ljudskih tkiva i stanica. U ovom radu prikazujemo rezultate njenog rada od otvaranja do lipnja 2020. godine. Iz logističkih razloga uzrokovanih epidemijom COVID-19 i potresom u Zagrebu Banka humanog mlijeka nije prikupljala mlijeko 43 dana.

Mlijeko je darovala 31 majka. Medijan dobi bio je 31 godina a 81% ih je bilo visokoobrazovanih. U 52% slučajeva majke su počele darivati mlijeko tri mjeseca nakon porođaja. Najviše darivateljica darovalo je mlijeko samo jedan put (45%). Medijan razdoblja darivanja bio je 46 dana. Većina (52%) darivateljica rodilo je prvi put, u očekivanom terminu porođaja (94%), djecu porođajne mase >2 500 gr. Samo troje od njihove djece (9%) bilo je na intenzivnom liječenju. Ukupno je prikupljeno 175,5 L mlijeka (prosječno 5,7 L/darivateljici), od kojih je 151,5 L zadovoljilo zahtjeve ulazne kontrole kakvoće, a 141 L je bila i pasterizirana. Kritičan broj vijabilnih, aerobnih i fakultativnih bakterija imalo je 32,6% mješavina mlijeka pripremljenih za pasterizaciju, a nakon nje 8,9%. Za kliničku primjenu izdano je 78,7 L u tri jedinice intenzivnog liječenja novorođenčadi. Već u prvim mjesecima rada Banka humanog mlijeka pokazala je važnost svog djelovanja. Kako bi mogli zadovoljiti potrebe za darovanim humanim mlijekom na nacionalnoj razini, potrebno je trajno podučavati/educirati majke o važnosti humanog mlijeka i promicati njegovo darivanje.

Ključne riječi: BANKA MLIJEKA; HRVATSKA

UVOD

Prehrana djeteta majčinim mlijekom u prvim mjesecima života važna je za optimalan rast i razvoj te imunološku zaštitu. Nažalost, postoje okolnosti u kojima majka ne može dobiti vlastito dijete ili to ne želi. Prehrana novorođenčadi i male djece mlijekom nebiološke majke ima dugu povijest. Od pamtivijeka članica obitelji ili prijateljica koja je u razdoblju laktacije, odnosno plaćena dojilja, hrani djecu koja nemaju pristup mlijeku vlastite majke. U nekim kulturama još i danas postoji vjerovanje da se humanim mlijekom prenose osobine dojilje na dojeno dijete ili da se mlijekom uspostavljaju rodbinske veze. U starim narodima to je vjerovanje bilo toliko snažno da je već Hamurabijev zakonik u 18. stoljeću pr. Kr. propisao pravila pod kojim se može angažirati dojilja (1). U Europi se u srednjem vijeku dojenje smatralo nepristojnim pa su se plemićke obitelji služile uslugom dojilja. Tada je

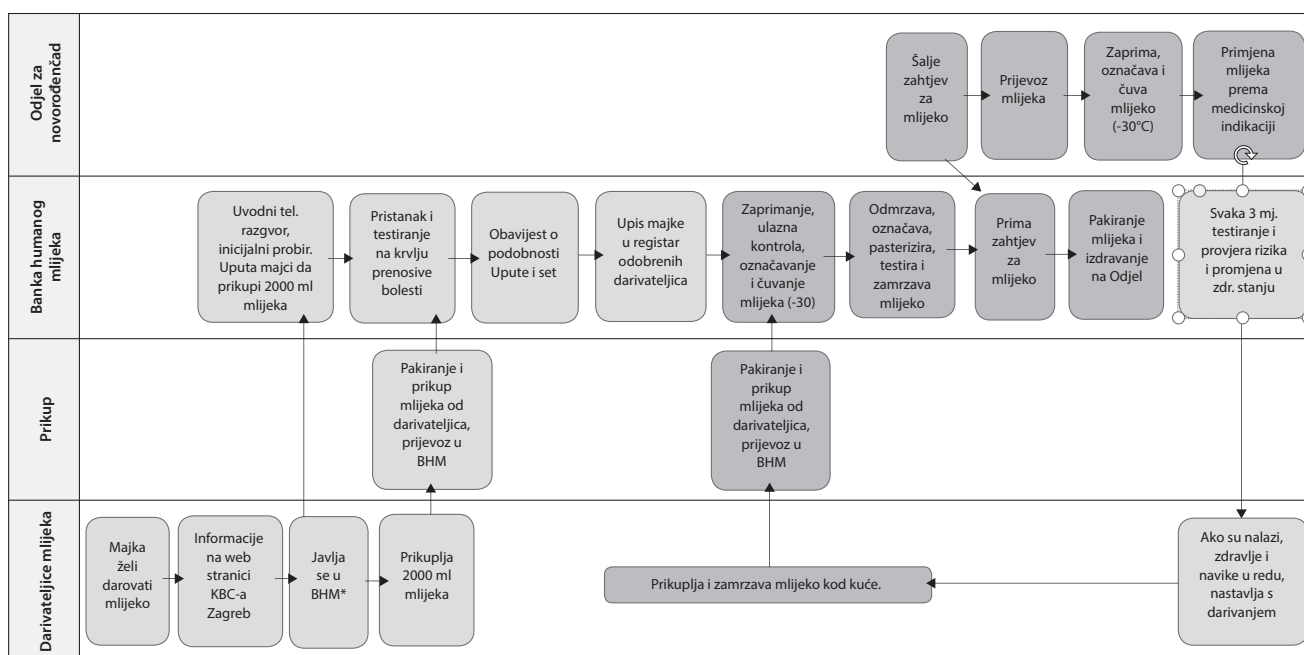
dojenje bilo najbolje plaćeno žensko zanimanje. Ta se praksa službeno uslugom plaćenih dojilja održala do 19. stoljeća, kad se naglo promijenila zbog objave rezultata istraživanja o visokoj smrtnosti novorođenčadi u Parizu, osobito u djece koju su hranile dojilje. Visoka smrtnost pripisana je njihovom nezdravom načinu života i miješanju njihovog mlijeka s mlijekom životinjskog podrijetla. Istodobno počinju istraživanja zamjenskih pripravaka za prehranu novorođenčadi.

* Klinički bolnički centar Zagreb, Klinički zavod za transfuzijsku medicinu i transplantacijsku biologiju, Hrvatska banka tkiva i stanica, Banka humanog mlijeka, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Doc. dr. sc. Branka Golubić Čepulić, dr. med., Klinički bolnički centar Zagreb, Klinički zavod za transfuzijsku medicinu i transplantacijsku biologiju, Kišpatičeva 12, Zagreb, E-mail: bgolubic@kbc-zagreb.hr

Primljeno/Received: 01. 07. 2020., Prihvaćeno/Accepted: 09. 07. 2020.



SLIKA 1. Postupak prikupljanja darovanog humanog mlijeka

Theodor Escherich je u Beču 1909. godine otvorio prvu banku humanog mlijeka, što se danas smatra pionirskim pothvatom u uvođenju načela sigurnosti i kakvoće u primjeni humanog mlijeka. Sljedeće godine otvorena je i prva banka humanog mlijeka u Bostonu u Americi. Otad pa do 60-ih godina prošlog stoljeća mnoge mliječne kuhinje na odjelima za novorođenčad prikupljaju mlijeko rodilja i koriste ga za prehranu druge djece, često bez dokaza o njegovoj kakvoći i sigurnosti. U to vrijeme dodatno pada interes za primjenu darovanog humanog mlijeka zbog sve boljih industrijski proizvedenih zamjenskih pripravaka za majčino mlijeko. U 80-im godinama pojavljuje se virus humane imunodeficijencije (HIV) koji ponovo skreće pozornost na opasnost prijenosa zaraznih bolesti supstancijama humanog podrijetla (SoHO). To je dodatno smanjilo zanimanje za primjenu darovanog humanog mlijeka, pa veliki broj banaka prestaje s radom.

Svjetska zdravstvena organizacija i Fond Ujedinjenih naroda za djecu (UNICEF) izdali su zajedničku izjavu koja podupire primjenu darivanog humanog mlijeka kao najbolju zamjenu za mlijeko biološke majke kad ono nije dostupno (2). U godinama koje slijede najuglednija pedijatrijska stručna društva podupiru primjenu majčinog i darovanog humanog mlijeka, a banke humanog mlijeka se povezuju u stručne udruge koje rade na standardizaciji postupka odabira darivateljica i njihovom testiranju na krvlju prenosive bolesti te obrade i testiranja humanog mlijeka (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Danas se procjenjuje da u svijetu ima oko 500 banaka humanog mlijeka (9). Broj banaka raste paralelno s rastom kliničkih dokaza koji potvrđuju korist od prehrane novorođen-

čadi humanim mlijekom, osobito one prijevremeno rođene i/ili male rodne mase.

Ideja za osnivanje banke humanog mlijeka u Kliničkom bolničkom centru Zagreb (KBC Zagreb) rođena je 2005. godine. No projekt se nije tada ostvario zbog nedostatka infrastrukture, financijske potpore i zakonskih okvira za rad banke humanog mlijeka. Projekt ponovo pokreće Ministarstvo zdravstva 2017. godine na inicijativu Ureda UNICF-a u Hrvatskoj i Hrvatske udruge grupa za potporu dojenju. Ovaj put KBC Zagreb osigurava prostor i daje stručnu potporu projektu, Ministarstvo zdravstva osigurava financijska sredstva za obnovu prostora i daje zakonski okvir za rad, a UNICEF daruje opremu.

Banka humanog mlijeka (BHM) je otvorena 15. studenog 2019. godine. Organizacijski je dio Hrvatske banke tkiva i stanica Kliničkog zavoda za transfuzijsku medicinu i transplantacijsku biologiju KBC-a Zagreb. U okviru banke ustrojen je i Odjel za podršku dojenju. S radom je počela u siječnju 2020., nakon dobivanja odobrenja za rad nadležnog tijela Ministarstva zdravstva. Odobrenje za rad dobiveno je prema Zakonu o primjeni ljudskih tkiva i stanica (10). Ovo je prva banka humanog mlijeka u Hrvatskoj. Njena vizija je djelovati kao nacionalna banka koja će osigurati dovoljno mlijeka za svu prijevremeno rođenu djecu u Hrvatskoj.

ISPITANICI I METODE

Postupak darivanja mlijeka prikazan je na Slici 1. Ukratko, moguća darivateljica javlja se osobno, telefonom ili elektroničkom poštom u Banku humanog mlijeka, s osobljem ban-

ke ispunjava upitnik o zdravlju, porođaju, o djetetovom zdravlju i napredovanju, prikupljaju se podaci o rizičnom ponašanju, putovanjima, prehranbenim navikama, pušenju, konzumaciji napitaka bogatih kofeinom, biljnih čajeva i alkoholnih pića, uzimanju lijekova i opojnih droga. Mlijeko se može darivati do navršene djetetove prve godine. Ako je majka zdrava, nema drugih kontraindikacija za darivanje i dijete očekivano napreduje, dobiva set za prikup mlijeka i pisane upute o tehnikama izdavanja, osobnoj higijeni, održavanju higijene izdajalice, označavanju spremnika s izdojenim mlijekom, rukovanju i čuvanju mlijeka u kući, rukovanju čipom za kontinuirano bilježenje temperature u kućnom zamrzivaču te važnosti praćenja svog zdravstvenog stanja i onog ukućana u razdoblju izdavanja. Kad prikupi 2 L mlijeka, uzimaju se uzorci za testiranje na krvlju prenosive bolesti. Sve darivateljice testiraju se serološki na hepatitis B - HBV (HBsAg i anti-HBc), hepatitis C - HCV (anti-HCV), HIV (anti-HIV 1/2 i p24Ag) i sifilis (anti-TP) te molekularno na nukleinske kiseline virusa HBV, HCV i HIV-a (8, 10). Sezonski, obično od 1. lipnja do 30. listopada, darivateljice se molekularno testiraju i na virus Zapadnog Nila (VZN). Na temelju epidemioloških podataka i podataka o putovanjima darivateljica može biti testirana i na druge uzročnike zaraznih bolesti. Za darivanje mlijeka prihvaćaju se samo darivateljice negativne na biljege uzročnika krvlju prenosivih bolesti. Testiranje na zarazne bolesti se ponavlja ako je razdoblje darivanja mlijeka duže od tri mjeseca (8). Nakon izdavanja darivateljica mlijeko odmah zamrzava i do prikupa čuva na temperaturi od -20°. Mlijeko se u banku dostavlja zamrznuto. Zaprimiteljeno mlijeko prolazi ulaznu provjeru. Provjeravaju se zapisi o zdravstvenom stanju darivateljice i ukućana za razdoblje u kojem je mlijeko izdojeno i temperatura zamrzivača, uvjeti prijevoza, stanje spremnika s mlijekom kod prijma (označavanje oštećenja, volumen mlijeka). Ako su propisani zahtjevi ispunjeni, mlijeko se odobrava za pasterizaciju. Pasterizaciju se mora obaviti unutar tri mjeseca od datuma izdavanja mlijeka (6, 8). Do obrade je mlijeko u karanteni. Postupak obrade mlijeka prikazan je na Slici 2. Mlijeko se obrađuje u čistoj sobi s kakvoćom zraka klase D (10). Pasterizira se Holderovom metodom, što uključuje zagrijavanje mlijeka na temperaturu od 62,5° C. Ta se temperatura održava 30 minuta, a zatim se mlijeko naglo hladi (S90 Pasterizator, Sterifeed, Velika Britanija) (6, 8). Neposredno prije pasterizacije pripremaju se mješavine mlijeka volumena do 2 L. Mješavina se priprema od mlijeka samo jedne darivateljice. Pripremaju se u mikrobiološkom sigurnosnom kabinetu s kakvoćom zraka A klase u kojem se mlijeko i pakira za pasterizaciju (8, 10). Spremnici se prije pasterizacije zatvaraju sigurnosnim varom (Indukcijski zavarivač ICS-600DI, Sterifeed, Velika Britanija). Sve proizvedene mješavine se mikrobiološki testiraju i određuje im se prehranbena (masti, bjelanjčevine i ugljikohidrati) i kalorijska vrijednost (Analizator ljudskog mlijeka

Miris HMA™, Miris AB, Švedska). Uzorci mlijeka prije i nakon pasterizacije nasađuju su kalibriranom ezom 0,01 mL na krvni agar. Uzorak nakon pasterizacije dodatno se nasađuje i pipetom od 0,5 mL na krvni agar i razvuče sterilnom ezom. Podloge se inkubiraju u termostatu na 35-37°C u atmosferi obogaćenoj CO₂ tijekom 48 sati. Sve vrste poraslih kolonija identificiraju se masenom spektrometrijom (MALDI-TOF). Za kliničku primjenu dopušteno je upotrijebiti samo mlijeko koje prije pasterizacije ima ukupan broj vijabilnih aerobnih i fakultativnih bakterija ≤ 10⁵ CFU/mL, odnosno *Enterobacteriales* ili *Staphylococcus aureus* ≤ 10⁴ CFU/mL (6, 8). Nakon pasterizacije mlijeko mora biti sterilno (6, 8). Čuva se zamrznuto na temperaturi od -30° C, a rok valjanosti mu je tri mjeseca od datuma pasterizacije (6, 8).

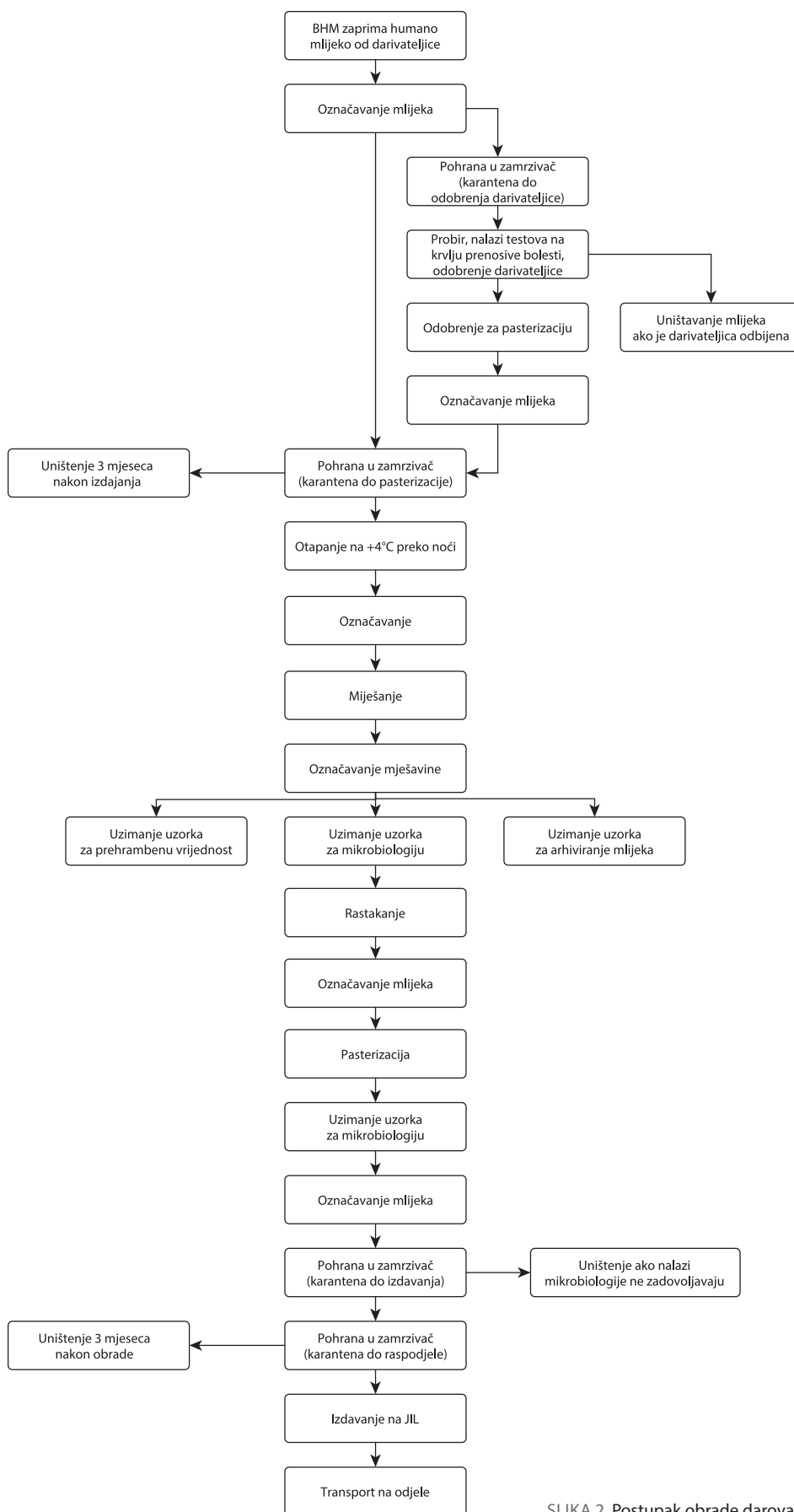
Pasterizirano darovano humano mlijeko propisuje liječnik koji skrbi o djetetu. U okolnostima kad mlijeka nema dovoljno, ono se dodjeljuje prema prioritetima sljedećim redoslijedom: 1. Nedonoščad porođajne mase < 1 500 g; 2. Nedonoščad nakon operativnog liječenja nekrotizirajućeg enterokolitisa (NEC); 3. Nedonoščad sa sumnjom na NEC; 4. Nedonoščad porođajne mase 1 500-1 800 g; 5. Nedonoščad i donošena djeca nakon operativnog liječenja prirođenih grješaka probavnog sustava. Edukacija o primjeni humanog mlijeka provedena je za sve zagrebačke bolnice, a za Klinički bolnički centar Osijek u virtualnom okruženju. Nakon edukacije potpisani su ugovori o suradnji.

Ovo istraživanje je ustrojeno kao presječno. U istraživanje su uključene sve darivateljice humanog mlijeka u razdoblju od šest mjeseci koje obuhvaća vrijeme od prosinca 2019. do svibnja 2020. Izvor podataka je arhivska dokumentacija banke humanog mlijeka KBC-a Zagreb. Podatci prikupljeni u sklopu istraživanja su: dob, stupanj obrazovanja, način dobivanja prvih informacija o mogućnosti darivanja mlijeka, način porođaja, podaci o novorođenčetu (koji obuhvaćaju gestacijsku dob, spol, rodnu masu, boravak u jedinici intenzivnog liječenja), učestalosti darivanja, količina prikupljenog, obrađenog i izdanog mlijeka, stopa bakterijskog zagađenja sirovog i pasteriziranog mlijeka prema vrsti/rodu bakterija.

Podatci su prikazani u apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci su opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjele koja slijedi normalu, a u ostalim slučajevima medijanom i rasponom. Za statističku obradu podataka primijenjen je programski paket MS Excel 2016.

REZULTATI

U promatranom razdoblju za darivanje mlijeka prijavile su se 34 moguće darivateljice humanog mlijeka. Jedna moguća darivateljica je odbijena zbog nedavnog transfuzijskog liječenja, dok su dvije, nakon što su prošle postupak odabira,



SLIKA 2. Postupak obrade darovanog humanog mljeka

odustale od darivanja, tako da je mlijeko prikupljeno od 31 darivateljice. Obilježja darivateljica prikazana su u Tablici 1. Od prihvaćenih darivateljica dvije (6%) su imale hipotireozu. U oba slučaja darivateljice su uz uzimanje levotiroksina imale normalnu razinu hormona. Jedna od darivateljica (3%) bila je vegeterijanka. U nje je laboratorijski potvrđena normalna razina vitamina B 12. U dopuštenim količinama 84% darivateljica je konzumiralo pića bogata kofeinom, 29% biljne čajeve, a 16% alkohol.

Sve darivateljice testirane su na krvlju prenosive bolesti HBV, HCV, HIV i sifilis. Darivateljice koje su mlijeko darovale nakon 1. lipnja, njih 8, testirane su i na VZN. Jedna darivateljica je zbog boravka u endemskom području za humani T-limfotropni virus (HTLV I./II.) testirana na anti-HTLV I./II. protutijela. Testirane darivateljice bile su negativne na sve testirane zarazne bolesti. Deset darivateljica je kontrolno testirano nakon tri mjeseca darivanja ili na kraju darivateljskog razdoblja. I kontrolno testiranje je bilo negativno.

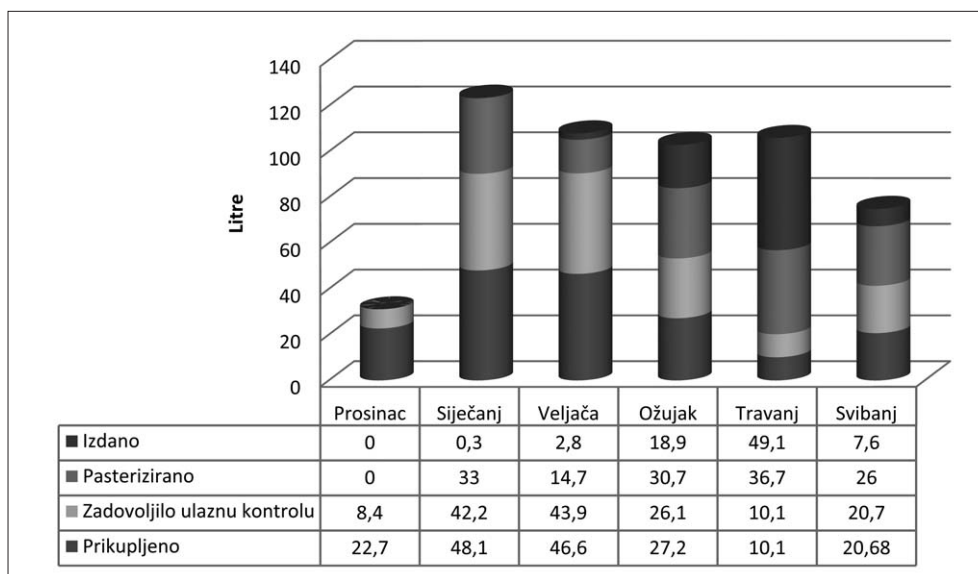
Darivateljice su prosječno prikupljale mlijeko 46 dana (raspon 9-142 dana). Prosječno su prikupile 5,6 L (raspon 0,6-21,7 L). U tri darivateljice (10%) privremeno je bilo prekinuto prikupljanje mlijeka. U dva je slučaja bila riječ o mastitisu, a u jednom o rizičnoj epidemiološkoj situaciji zbog akutne infekcije u obitelji (sin bolovao od vodenih kozica). Medijan djetetove dobi u odnosu na početak prikupljanja mlijeka bio je 13 tjedana (raspon <1-47 tjedana). Većina djece (94%) rođena je prema očekivanom terminu porođaja. Troje (9%) djece bilo je liječeno u jedinicama intenzivnog liječenja za novorođenčad.

Količina prikupljenog mlijeka bila je 175,5 L. Prema uputi nadležnog tijela Ministarstva zdravstva zbog epidemije COVID-19 mlijeko se nije prikupljalo 43 dana u razdoblju od 23. ožujka do 4. svibnja 2020. U tom se razdoblju pasteriziralo prethodno prikupljeno mlijeko koje se odmah nakon završetka testiranja izdavalo za kliničku primjenu (Slika 3). Zahtjeve za pasterizaciju zadovoljila je 151,5 L (83%). Mlijeko prije pasterizacije je uništeno zbog neodgovarajućeg označavanja, skladištenja, isteka roka valjanosti za pasterizaciju i/ili majčine akutne bolesti. Količina uništenog mlijeka prije pasterizacije pada tijekom promatranog razdoblja. U prva dva mjeseca uništeno je 29% od prikupljenog mlijeka, dok je sve prikupljeno mlijeko u posljednja tri mjeseca promatranog razdoblja zadovoljilo zahtjeve za pasterizaciju. Dinamika pasterizacije prilagođena je kliničkim potrebama, pa je većina mlijeka (84%) pasterizirana potkraj ožujka i u travnju za vrijeme COVID-19 epidemije i nakon potresa u Zagrebu. Ukupno je pasterizirano 141 L mlijeka. Nakon otapanja, a neposredno prije pasterizacije, pripremljena je 101 mješavina mlijeka koje su mikrobiološki ispitane. Tri (3%) mješavine su bile sterilne, a u 68 (68%) je izolirana jedna bakterija, dvije u 29 (29%), a tri u jednoj (1%) mješavini. Bakterije koje su izolirane u mješavinama prije pasterizacije prikazane su u

TABLICA 1. Obilježja darivateljica humanog mlijeka (N 31)

Obilježje	N	%
Dob		
20-25	1	3
26-30	14	45
31-35	12	39
>36	4	13
Redni broj porođaja		
1	16	52
2	15	48
Porođaj		
Vaginalni	26	84
Carski rez	5	16
Broj rođene djece (N 32)		
Jednoplodna	30	97
Blizanačka	1	3
Gestacijska dob djeteta		
≥ 37 tjedana	30	94
32-36 ⁺⁶ tjedana	0	0
28-31 ⁺⁶ tjedana	1	3
<28 tjedana	1	3
Spol djeteta		
Muški	9	28
Ženski	23	72
Porođajna masa djeteta		
<2 500 gr	2	6
>2 500 gr	30	94
Liječenje u jedinici intenzivnog liječenja		
Da	3	9
Ne	29	91
Početak darivanja u odnosu na porođaj		
<1 mjeseca	12	39
1-<2 mjeseca	3	10
2-<3 mjeseca	/	/
3-<4 mjeseca	7	22
4-<6 mjeseci	4	13
6-12 mjeseci	5	16
Stupanj obrazovanja		
Osnovna škola	0	/
Srednja škola	5	16
Prijediplomski studij	1	3
Diplomski studij ili više	25	81
Promidžba i informacije o darivanju		
Internet	14	45
Medicinsko osoblje	10	32
Televizija	4	13
Novine	1	3
Nepoznato	2	7

tablici 2. Najčešće je izoliran *Staphylococcus epidermidis* (36,2%), zatim slijede *Acinetobacter species* (29,2%), *Enterobacter species* (10,8%), *Klebsiella species* (7,7%) i *Enterococcus species* (5,4 %). Ostale vrste bakterija izolirane su u



SLIKA 3. Količina prikupljenog, pasteriziranog i izdanog darovanog humanog mlijeka u razdoblju prosinac 2019. – svibanj 2020.

TABLICA 2. Vrsta/rod dokazanih bakterija u mješavinama mlijeka prije pasterizacije

Vrsta/rod	Broj izoliranih bakterija (%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	47 (36,2)
<i>Acinetobacter species</i>	38 (29,2)
<i>Enterobacter species</i>	14 (10,8)
<i>Klebsiella species</i>	10 (7,7)
<i>Enterococcus species</i>	7 (5,4)
Gram-negativni štapići (nefermentativni)	3 (2,3)
Gram-pozitivni štapići asporogeni saprofiti	3 (2,3)
<i>Serratia liquefaciens</i>	2 (1,5)
<i>Bacillus cereus</i>	2 (1,5)
Gram-pozitivni koki saprofiti	2 (1,5)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (0,8)
<i>Moraxella species</i>	1 (0,8)

manje od 3% slučajeva. Kritičan broj CFU/mL imalo je 32,6% mješavina.

Nakon pasterizacije 9 (8,9%) mješavina nije bilo sterilno. U sedam mješavina je izoliran *Bacillus cereus*, u jednoj *Enterococcus fecalis* i u jednoj *Staphylococcus warneri*. Mješavine u kojima je izoliran *Bacillus cereus* proizvedene su od mlijeka pet žena. Samo u 2/7 mješavina *Bacillus cereus* izoliran je u velikom broju i u uzorcima prije pasterizacije. I u slučaju *Enterococcus fecalis* veliki broj bakterija je bio izoliran i prije pasterizacije. *Staphylococcus warneri* nije bio dokazan u uzorku mješavine mlijeka prije pasterizacije. Zbog bakterijske kontaminacije ukupno je uništeno 36% (54,7 L) pasteriziranog mlijeka.

TABLICA 3. Prehrambena vrijednost humanog mlijeka

	X±SD	Raspon
Masti (g/100 ml)	3,46±0,96	1,6-5,2
Ugljikohidrati (g/100 ml)	8,06±0,19	7,3-8,4
Bjelančevine (g/100 ml)	1,01±0,27	0,5-1,9
Kalorije (kcal/100 ml)	69,95±9,68	50-86

Prehrambena i energetska vrijednost mješavina sirovog mlijeka prikazana je u Tablici 3. Količina hranjivih tvari kretala se u rasponima: masti 1,6-5,2 g/100 mL, ugljikohidrati 7,3-8,4 g/100 mL, bjelančevine 0,5-1,9 g/100 mL, a energetska vrijednost 50-86 kcal/100 mL.

U promatranom razdoblju ukupno je za kliničku primjenu izdano 78,7 L u tri jedinice za intenzivno liječenje novorođenčadi.

RASPRAVA

Postoji niz objektivnih okolnosti u kojima majke ne mogu dobiti svoju djecu. Najčešće primjenjivana zamjena za majčino mlijeko je industrijski proizvedena dječja hrana. No danas ima sve više znanstvenih dokaza koji daju prednost prehrani darovanim humanim mlijekom ako nije dostupno majčino (11). Posebno se to odnosi na najugroženiju novorođenčad. Zadatak banaka humanog mlijeka je osigurati dovoljne količine sigurnog i kvalitetnog humanog mlijeka, prvenstveno za tu djecu, ali i za svu ostalu djecu kojoj nije dostupno majčino mlijeko.

Uspješnost rada banke humanog mlijeka ovisi o broju darivateljica. Većina naših darivateljica su visokoobrazovane

prvorotkinje koje počinju darivati mlijeko u trećem mjesecu nakon porođaja. To potvrđuje da se i u prvorotkinja dobra laktacija može uspostaviti brzo nakon porođaja.

Želimo li uvijek imati dovoljno mlijeka, posebno je važno izgraditi trajan i održiv sustav informiranja žena o važnosti darivanja humanog mlijeka, a promidžbene poruke do njih trebaju doprijeti još prije porođaja, a najkasnije u ranoj fazi laktacije. Zato promidžbene aktivnosti treba usmjeriti na mjesta na kojima se one okupljaju, a svi profili medicinskog osoblja, osobito oni koji provode edukaciju trudnica i/ili u zajednici majkama daju potporu vezanu za dojenje, trebaju biti promicatelji darivanja mlijeka.

Ovo istraživanje, kao i neka druga, pokazuje da najveći broj darivateljica informaciju o bankama humanog mlijeka dobije putem interneta (12, 13, 14). Stoga je danas za dovoljnu količinu mlijeka potrebno povećati broj promidžbenih aktivnosti elektroničkim putem, prvenstveno služeći se internetom.

Veliki je udio darivateljica koje mlijeko daruju samo jedan put, i to najčešće samo preostalu količinu zamrznutog mlijeka kod djetetovog otpusta iz bolnice. To je mlijeko često neodgovarajuće označeno, a podatci o rukovanju njime u kući darivateljice u razdoblju prikupljanja su nepotpuni. Zbog toga je velika količina mlijeka preuzeta u prva dva mjeseca rada BHM-a morala biti uništena. Kako bi ovo mlijeko moglo biti obrađeno u banci, potrebno je implementirati iste standarde u prikupljanje majčinog mlijeka koji vrijede za darovano mlijeko.

Darivateljice u ovom istraživanju prikupe prosječno 5,9 L mlijeka, što je malo u odnosu na druge banke. U Norveškoj je prosječna količina prikupljenog mlijeka po darivateljici 28,7 L, a na Tajvanu 17 L (12, 15). Razlozi tome mogu biti: 1. naše darivateljice (45%) mlijeko daruju samo jedan put, i to u maloj količini; 2. u odnosu na porođaj kasno se uključuju u postupak darivanja mlijeka, medijan 13 tjedana (u Norveškoj 7, na Tajvanu 12-16); 3. medijan razdoblja darivanja je samo šest tjedana, što je kratak rok za prikupljanje veće količine mlijeka.

Neke banke humanog mlijeka izdaju nepasterizirano sirovo mlijeko, a pasteriziraju ga samo ako je zagađeno s *Enterobacterialesom*, *Staphylococcus aureusom* ili je broj bakterija > 10⁴ CFU/mL (15). Radi mikrobiološke sigurnosti mlijeka mi smo se odlučili pasterizirati sve mlijeko sukladno nacionalnim preporukama Velike Britanije i Vijeća EU-a (5, 8). Zbog previsoke bakterijske kontaminacije mješavina mlijeka uništeno je 36% darovanog mlijeka. Visoka bakterijska kontaminacija povezana je s mlijekom 11 (35%) darivateljica. S nekim od njih provedena je ponovna edukacija o osobnoj higijeni i postupcima održavanja izdajalica, nakon čega je broj bakterija u njihovom mlijeku bio manji. Dodatna edukacija nije obavljena kod svih darivateljica, jer smo informaciju o mikrobiološkoj kontaminaciji dobili kasno, kada te majke većinom nisu bile naše darivateljice. Naime, u prvim mjesecima

rada BHM-a postojao je nesrazmjernost raspoloživog mlijeka u odnosu na interes kliničara za njegovu primjenu. Kako bi produžili ukupan rok valjanosti mlijeka, pasterizaciju smo odgađali do krajnjeg dopuštenog roka, a to znači tri mjeseca nakon izdavanja. Postotak uništenja mlijeka u odnosu na objavljena istraživanja je visok i ubuduće treba više pozornosti posvetiti edukaciji darivateljica na početku njihovog uključivanja u postupak darivanja mlijeka. I neke druge banke imaju visoku stopu uništenja mlijeka (12, 13, 16, 17).

Pasterizacija Holderovom metodom je učinkovita u uništavanju bakterija u darovanom humanom mlijeku. Ali ako je količina bakterija prije pasterizacija velika ili se u mlijeku nalazi *Bacillus cereus*, pasterizacijom se ne moraju uništiti sve bakterije. Iz pasteriziranog mlijeka najčešće se izolira *Bacillus cereus*, a to je bio slučaj i u našem istraživanju. Na veliki broj bakterija u mlijeku mogu utjecati: 1. mjesto izdavanja (bolnica vs kuća); 2. neodgovarajuća osobna higijena; 3. tehnika izdavanja (ručno vs mehanička izdajalica vs električna izdajalica); 4. stare i neodgovarajuće održavane izdajalice; 5. nepridržavanje uputa o održavanju hladnog lanca u rukovanju mlijekom prije zamrzavanja; 6. neodgovarajuća temperatura hladnjaka i zamrzivača u kući darivateljice; 7. nepridržavanje hladnog lanca u prijevozu mlijeka do banke ili bolnice. Rezultati istraživanja ne potvrđuju uvijek pozitivan utjecaj poduzetih mjera na mikrobiološku sigurnost mlijeka.

Prehrambena vrijednost mlijeka ovisi o karakteristikama darivateljica i zato se značajno razlikuje. Veća količina bjelančevina nalazi se u mlijeku darivateljica koje su ga počele darivati rano nakon porođaja, a osobito u onih čija su djeca rođena prije porođajnog termina. U ovom ispitivanju samo su dvije darivateljice rodile prije termina, tako da je prosječna količina bjelančevina u mlijeku relativno niska. Niskoj količini bjelančevina pridonosi i činjenica da je 16% darivateljica prvi put darovalo mlijeko kad je njihovom djetetu bilo više od šest mjeseci. Količina masti i ugljikohidrata je očekivana.

ZAKLJUČAK

Već u prvih šest mjeseci rada BHM je pridonijela boljoj skrbi za prijevremeno rođenu novorođenčad. Posebno se BHM pokazao korisnim u kriznoj situaciji epidemije Sars-Cov-2 i potresa u Zagrebu, kad su djeca morala biti odvojena od njihovih majki. Naši prvi rezultati pokazuju da promicanje darivanja humanog mlijeka mora biti zadatak svakog medicinskog djelatnika koji je u kontaktu s trudnicama i mladim majkama. Kako bi stopa darivanja bila visoka i zadovoljila nacionalne potrebe za humanim mlijekom, potrebno je osmisliti način trajnog informiranja mladih žena, služeći se suvremenim tehnologijama, o važnosti dojenja i mogućnosti darivanja viška mlijeka u banku. Darivateljice treba motivirati da što ranije počnu darivati mlijeko i da ga daruju barem do djetetovog šestog mjeseca. Radi mikrobiološke

sigurnosti mlijeka, edukaciju darivateljica o održavanju osobne higijene i opreme kojom se služi pri prikupljanju mlijeka, kao i o važnosti održavanja hladnog lanca od izdavanja do njegovog prikupa treba provesti na početku razdoblja darivanja i svaki put kad se zabilježi veći broj patogenih bakterija.

LITERATURA

- Moro G. History of milk banking: from origin to present time. *Breastfeed Med.* 2018;13:5-16.
- WHO/UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Ženeva: SZO, 2003. Dostupno na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
- American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129:827-41.
- ESPGHAN Committee on Nutrition; Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C i sur. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57:535-42.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (UK). Donor breast milk bank service, NICE clinical guideline 93, 2010. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg93/evidence/full-guideline-243964189>
- Gillian Weaver G, Bertino E, Gebauer C i sur. Recommendations for the Establishment and Operation of Human Milk Banks in Europe: a Consensus Statement from the European Milk Bank Association (EMBA). *Front Pediatr.* 2019;7:53.
- PATH Strengthening Human Milk Banking; a Global Implementation Framework. Version 2.0. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation Grand Challenges Initiative, PATH; 2019. Dostupno na: https://path.azureedge.net/media/documents/PATH_HMB_Toolkit_0_Global_Implementation_Framework.pdf
- Guide to the quality and safety of tissues and cells for human application, 4. izd. European Directorate for the Quality of Medicines and Health Care (EDQM), 2019. Dostupno na: <https://www.edqm.eu/en/news/new-guide-quality-and-safety-tissues-and-cells-human-application>
- Haiden N, Ziegler EE. Human milk banking. *Ann Nutr Metab.* 2016;69 (Suppl 2):8-15.
- Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica. *Narodne novine.* 2012;144.
- Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;6:CD002971.
- Chang FY, Cheng SW, Wu TZ, Fang LJ. Characteristics of the first human milk bank in Taiwan. *Pediatr Neonatol.* 2013;54:28-33.
- Jang HL, Cho JY, Kim MJ i sur. The experience of human milk banking for 8 years: Korean perspective. *Korean Med Sci.* 2016;31:1775-83.
- Liu XH, Han SP, Wei QF i sur. The data and characteristics of the human milk banks in mainland China. *World J Pediatr.* 2019;15:190-7.
- Grøvslien AH, Grønn M. Donor *milk banking* and breastfeeding in Norway. *J Hum Lact.* 2009;25:206-10.
- Lindemann PC1, Foshaugen I, Lindemann R. Characteristics of breast milk and serology of women donating breast milk to a milk bank. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004;89:F440-1. doi: 10.1136/adc.2003.046656
- Landers S, Updegrove K. Bacteriological screening of donor human milk before and after pasteurization. *Breastfeed Med.* 2010;5:117-21.

SUMMARY

Human Milk Bank in Croatia: initial experiences

Branka Golubić Čepulić, Jurjana Novoselac, Anita Pavičić Bošnjak, Ivana Leskovar, Koraljka Gojčeta, Vladimira Rimac

Donated human milk is the best substitute for breast milk in the case when the mother cannot feed her baby. Human milk banks provide safe and high quality donated human milk. That was the reason why the Human Milk Bank was established in the Croatian Tissue and Cell Bank at the Zagreb University Hospital Centre in January 2020. The Bank works in accordance with the Law on the Application of Human Tissues and Cells. In this paper, we present the results of the Bank work since from its opening until June 2020. Due to logistic reasons caused by the COVID-19 epidemic and the earthquake in Zagreb, the Human Milk Bank did not collect milk for 43 days. Milk was donated by 31 mothers. Their median age was 31 years and 81% of them had high education level. In 52% of cases, mothers started donating milk three months after giving birth. Most donors donated milk only once (45%). The median period of donation was 46 days. The majority (52%) of donors gave birth for the first time, in the expected term of childbirth (94%), birth weight was >2500 g. Only three of donors' children (9%) were in intensive care. A total of 175.5 L of milk were collected (mean 5.7 L per donor), of which 151.5 L met the requirements of input quality control, and 141 L were pasteurized. A critical number of viable aerobic and facultative bacteria were identified in 32.6% of milk pools prepared for pasteurization, and 8.9% after pasteurization. For clinical use, 78.7 L were dispensed in three neonatal intensive care units. The Human Milk Bank has already shown the importance of its activities during the first months of operation. In order to be able to meet the needs for donated human milk at the national level, it is necessary to constantly inform mothers about the importance of human milk and to promote its donation.

Key words: MILK BANKS; CROATIA

Mogućnosti lokalnih zajednica u ostvarivanju dječjih prava iz perspektive djece

Ivana Borić*

Lokalne zajednice važan su čimbenik u pozitivnom razvoju djece, pa tako i u zaštiti njihovih prava. U suvremeno vrijeme lokalne zajednice poimaju se sve više i kao mjesta za aktivnu građansku participaciju, pa tako i za participaciju djece. Djeca su prepoznata kao društvena skupina i resurs zajednice, odnosno kao dionici koji svojim prijedlozima i inicijativama mogu unaprijediti život zajednice. Stoga je aktivno uključivanje djece, barem na razini konzultacija, postalo nova praksa u mnogim zajednicama. U radu se prikazuje istraživanje provedeno s djecom stanovnicima triju gradova/ općina u Hrvatskoj. Cilj istraživanja bio je utvrditi kako djeca u određenim lokalnim zajednicama vide njihove kapacitete u zadovoljavanju svojih potreba. Primijenjen je kvalitativni istraživački pristup. Rezultati pokazuju da djeca visoko vrjednuju uređen i lijep okoliš, osjećaj sigurnosti te dostupnost usluga, pa im se suprotno tome ne sviđa kad ovi aspekti nisu zadovoljeni u dovoljnoj mjeri. Djeca posebno ističu socijalni aspekt života u svojim zajednicama: dobre odnose, solidarnost te u tom smislu misle da bi njihovi gradovi i općine trebali biti bolji. U odnosu na vlastitu participaciju u svojoj lokalnoj zajednici djeca misle kako nisu prepoznata kao važni sudionici te kako ne utječu na donošenje odluka.

Ključne riječi: MREŽE ZAJEDNICA; LJUDSKA PRAVA

LOKALNE ZAJEDNICE KAO VAŽAN RESURS U ZAŠTITI PRAVA DJECE

Opće je prihvaćeno vjerovanje da su djeca¹ jedan od najvažnijih resursa nekog društva, odnosno neke zajednice. U mnogim javnim raspravama i porukama stručnjaka i donositelja odluka često se može čuti izreka da su „djeca naša budućnost“. S obzirom na ova uvjerenja zanimljivo je što djeca nisu u većoj mjeri prepoznata i kao važni sudionici života zajednica u sadašnjosti. Djeca kao skupina imaju relativno malo do nimalo moći i utjecaja, pogotovo izvan vlastitih obitelji, a katkad ni tamo. Kako naglašava Pavlović (1) djeci kao društvenoj skupini nije dopušteno pravo glasa i utjecaja, što ne mora biti nužno loše ako su djeca informirana i pitana za mišljenje u sigurnom i zdravom okruženju svoje obitelji te sve dok njihovi roditelji, odnosno skrbnici, dobro zastupaju njihove interese u javnosti. U slučaju da to nije tako, važno je osigurati načine i medije da djeca mogu

izraziti svoje mišljenje izvan svoje obitelji (u školi, u društvu) te osigurati načine i sredstva za njihovu aktivnu participaciju. Riječ je o važnim aspektima koji dugoročno osiguravaju veću demokratičnost cijelog društva.

U suvremeno vrijeme lokalne zajednice poimaju se sve više i kao mjesta za aktivnu građansku participaciju, pa tako i za participaciju same djece. Na razini lokalnih zajednica, posebno onih manjih, moguće je fleksibilnije i lakše organizirati sudjelovanje i socijalne akcije građana, ali i odvojiti sredstva za aktivno uključivanje djece. U tom smislu neke su zajednice (općine i gradovi) u Hrvatskoj pravi primjeri ovakvog djelovanja - npr. Grad Opatija i Grad Velika Gorica. U ovim zajednicama djeca su prepoznata kao važni i relevantni sudionici i partneri te ih se konzultira, uključuje, ali i potiče da

* Odsjek za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Borongajska cesta 83f, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Izv. prof. dr. sc. Ivana Borić, Odsjek za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Borongajska cesta 83f, 10000 Zagreb

¹ Pojam „dijete“ odnosi na sve osobe do 18. godine života, sukladno Konvenciji o pravima djece (1989.).

sami predlažu i provode svoje projekte. Ovi gradovi posebnu pozornost i resurse usmjeravaju i na rad dječjih gradskih vijeća (DGV) kao dječjih predstavničkih tijela putem kojih lokalne vlasti imaju stalan dijalog s najmlađim građanima. Lokalnu zajednicu, prema definiciji koju ističe *Mataga Tintor* (2), čine ljudi što žive na određenom prostoru, imaju zajedničke potrebe i bave se različitim djelatnostima. Lokalnu zajednicu možemo promatrati kao društvenu instituciju koja raspolaže određenim ovlastima prema važećim zakonima. To znači da u tom smislu ne govorimo samo o teritorijalnom/ geografskom određenju nego o širem - društvenom i upravnom. Poznato je da su lokalne zajednice važan čimbenik u pozitivnom razvoju djece, pa tako i u zaštiti njihovih prava (2, 3). U tom smislu *Bašić* (4) govori o prevenciji u zajednici kao sveobuhvatnom djelovanju usmjerenom na promjenu socijalnih uvjeta koji mogu utjecati na život djece i njihovu dobrobit. *Hart i sur.* (5) govore o razvoju otpornosti zajednica, ističući pritom važnost socijalne pravde i transformacijskih praksi koje podrazumijevaju aktivno uključivanje svih društvenih skupina, posebno onih koje su u marginaliziranom položaju. Razumijevanje marginalne pozicije djece je kompleksno. Ona, naime, nisu jedinstvena društvena skupina, razlikuju se s obzirom na brojna osobna obilježja i podrijetlo, no zajednički im je nedostatak utjecaja s obzirom na dob, zrelost i razvojne mogućnosti. Kad govorimo o djeci, govorimo o njihovim razvojnim kapacitetima (6) i stoga baš lokalne zajednice mogu biti jedno od okruženja koje će omogućavati djeci sudjelovanje u onim aktivnostima i sadržajima koja ih poučavaju o mogućnostima izbora i odgovornom donošenju odluka, razvijanju socijalnih vještina, samopoštovanja i samopouzdanja te poštovanja prema drugima (2). Snaga lokalnih zajednica je u mogućnostima da stvore pozitivna okruženja koja omogućuju svim građanima da žive zdravim i produktivnim životom (7). U tom smislu i *Goldfeld i Villanueva* (8) navode kako društvena okruženja u kojima djeca odrastaju, žive i uče o interakcijama i suživotu, uvelike utječu na njihove razvojne ishode.

Mataga Tintor (2, 9, 10, 11) provela je istraživanja u Gradu Velika Gorica u odnosu na ispunjavanje dječjih prava u lokalnoj zajednici. Ispitujući percepciju ključnih ljudi u zajednici (onih koji donose odluke važne za život u zajednici te one koji svojim djelovanjem na njih utječu) te građana, autorica zaključuje kako građani pokazuju otvorenost prema davanju vlastitog vremena i truda u cilju poboljšanja uvjeta u kojima odrastaju djeca i mladi. Kad je riječ o ključnim ljudima u zajednici, pokazalo se da su žene spremnije od muškaraca na konkretno djelovanje i izravno sudjelovanje u programima za djecu i mlade. Zanimljivo je i to da su muškarci zastupljeniji od žena u skupini ključnih ljudi, no žene izražavaju veći stupanj motiviranosti za davanje aktivnog doprinosa. Što se tiče aktivnog bavljenja politikom, rezultati po-

kazuju da se politički aktivni ključni ljudi koji djeluju u lokalnoj zajednici ne razlikuju bitno u percepciji lokalne zajednice od ključnih ljudi koji nisu politički aktivni, što znači da politička aktivnost ne utječe na percepciju lokalne zajednice, što je svakako pozitivan pokazatelj, jer briga za djecu preteže u odnosu na političke preferencije (2, 9). Nastavno na ova istraživanja ista je autorica (10) istraživala i kako se ostvaruju dječja prava u lokalnoj zajednici u funkciji razvoja njene otpornosti. Zanimljivo je da je pravo djeteta na sudjelovanje bilo rangirano niže od ostalih kategorija prava. Konkretnije, u odnosu na participaciju djece pokazalo se kako građani procjenjuju da djeca najviše participiraju u obitelji, a najmanje u školi. U odnosu na dječju participaciju u zajednici pokazalo se da bolje informirani sudionici istraživanja povoljnije procjenjuju ostvarenje toga prava. Ostvarivanje participativnih prava kod djece pridonosi razvoju vanjskih i unutarnjih razvojnih prednosti.

VAŽNOST DJEČJE PERSPEKTIVE I PARTICIPACIJE U ŽIVOTU ZAJEDNICE

Dječje mišljenje i dječja perspektiva dugo se vremena nisu smatrali relevantnim za razvoj politika i intervencija namijenjenih djeci. Njih su doživljavali kao pasivne korisnike usluga o kojima odlučuju, koje kreiraju i provode odrasli, pa su njihova mišljenja često bila nedovoljno zastupljena u modelima i razumijevanju socijalnih fenomena (12, 13). Vjerojatno se najveće formalno priznanje važnosti dječje perspektive nalazi u Konvenciji o pravima djeteta (14), definirano kroz tzv. participativnu skupinu prava² u člancima 12. 12.15. te u članku 40. O dječjoj participaciji u novije vrijeme mnogo se govori i piše, no i dalje je upitna njena ostvarivost u svakodnevnom životu djece. Dječja participacija u užem (i „pravom“ smislu) često je ograničena stvarnim mogućnostima utjecaja djece na društvena i politička pitanja (15), odnosno djecu se u suvremenom društvu i dalje ne smatra relevantnim društvenim i političkim sudionicima (16). Pojedini autori (15) smatraju kako je razlog tome nepostojanje konzistentnih oblika (struktura/ tijela) putem kojih bi djeca mogla izraziti svoj glas i volju. Isto tako već postojeći oblici dječje participacije, kao što su primjerice vijeća učenika ili dječja gradska vijeća, često su nedjelotvorna u ostvarivanju svoje svrhe te su kritizirana kao pretežno formalna i formalistička (1, 17, 18, 19, 20). Jedno od mogućih objašnjenja neuspjeha i kritika dječje participacije vjerojatno leži u tome što se ona nudi (i odvija) kroz oblike koji su namijenjeni odraslima (npr. parlamenti, vijeća), dok se ne iznalaze novi načini koji bi bili prilagođeni djeci (21). Istražujući mišljenja djece i mladih u Hrvatskoj, *Miharija i Kuridža* (22) navode kako je glavni pro-

² Osim participativnih prava, Konvencija propisuje i tzv. prava preživljavanja, razvojna i zaštitna prava. O

blem u vezi s participativnim pravima djece nepostojanje zadovoljavajućih institucionalnih mehanizama namijenjenih uključivanju djece u odlučivanje. Uz to autorice navode da se uključivanje djece u odlučivanje i dalje temelji na samoinicijativi raznih organizacija civilnog sektora, kulturnih inicijativa itd. Tako i *Brajša-Žganec i sur.* (23) u analizi stanja dječjih prava u Hrvatskoj naglašavaju potrebu sustavnog istraživanja o participativnim pravima djece te praksi njihova sudjelovanja u odlučivanju, kako bi se razvili učinkoviti institucionalni mehanizmi koji će omogućiti i zaštititi sudjelovanje djece u različitim područjima društvenog života. Dječja pravobraniteljica u svojim izvješćima također redovito upozorava na razne segmente neostvarivanja participativnih prava djece (24, 25, 26,27).

Poštivanje dječjih prava i dječjeg mišljenja (perspektive) temelji se na tome kakvu sliku o djeci imamo: kao na nedorasle, u razvoju, one koje treba štiti, kao autonomne, kompetentne itd. Slika djeteta kao i pojam djetinjstva društveno je konstruirana i uvjetovana i razlikuje se u različitim društvima, ali i u različitim zajednicama u istom društvu. Tako neke zajednice mogu visoko cijeniti djecu i njihov doprinos, a druge ga potpuno ignorirati i zaobilaziti. U novije vrijeme dijete se poima kao aktivni socijalni sudionik, što znači da nije isključivo biće koje (samo) izražava svoje želje, već je i djelatno biće koje utječe na okolnosti koje se tiču njegova života (28). Autorica navodi kako baš činjenica da dječja aktivnost ne mora nužno utjecati na donošenje odluka koje se tiču njih (u obitelji, vrtiću, školi, zajednici), ili je riječ o marginalnom utjecaju, dovodi do razlikovanja između aktivnosti i djelovanja, odnosno poimanja djeteta kao socijalnog aktera i socijalnog djelatnika. Poimanje djeteta kao socijalnog djelatnika povezano je i s drukčijim razumijevanjem i pristupom dječjoj participaciji. *Malone i Hartung* (29) navode kako je zapadnjačko društvo povijesno sklonije gledati na djecu kao na one kojima je potrebna zaštita pa stoga odrasli vrlo često sputavaju djecu u tome da preuzmu aktivniju ulogu u životu svojih zajednica. Istodobno odrasli sebi daju u zadatak da djeluju u zaštiti djetetova najboljeg interesa. *Juul i Jensen* (30) govore o novoj kulturi djece kojoj je cilj da ih se kulturno, politički i komercijalno shvaća ozbiljno. U tom smislu djetinjstvu se u suvremeno vrijeme pripisuje posebno značenje. Pravo djece na samoodređenje, izražavanje mišljenja i sudjelovanje postalo je samorazumljivo, dok je još u generaciji njihovih roditelja postojao restriktivni konsenzus oko toga što djeca smiju ili ne smiju reći, u čemu smiju ili ne smiju sudjelovati. Djetinjstvo je također obilježeno i određenom dihotomijom, jer djeca mogu dati značajan doprinos i biti kompetentni građani, no istodobno su osjetljivi na nasilje, zlostavljanje, viktimizaciju pa im je potrebna zaštita (31). *Kodele* (16) na zanimljiv način uspoređuje prevladavajuće slike o djetetu s razinama participacije kako ih definira *Hart* (32). Autorica tako govori o tri dominantne slike djeteta: di-

jete kao ranjivo biće, dijete kao nositelj vlastitih prava i dijete kao kompetentno biće. Ako se dijete promatra kao ranjivo biće, tada ga odrasli moraju zaštititi, što može dovesti do manipulacije i tokenizma, odnosno do neparticipacije. Slika djeteta kao nositelja prava i kao kompetentnog bića, smatra autorica, označava svojevrsni preobrat, odnosno priznanje djetetu prava na participaciju. Razlika između tih dvaju poimanja je u tome što slika djeteta kao nositelja prava naglašava pravo na participaciju, no ono vrlo često ovisi o stavovima i volji odraslih, što označava sredinu Hartove ljestvice, a to je vođenje odraslih i konzultacije s djecom. Doživljaj djeteta kao kompetentnog bića poštuje dijete kao važnog sugovornika i suradnika u procesima odlučivanja, odnosno najviše se odnosi na gornje ljestvice u Hartovom modelu, a to je preuzimanje inicijative od djece i suodlučivanje. Zanimljivo je i stajalište koje iznose *Malone i Hartung* (29) koji smatraju da modeli dječje participacije temeljeni na slici koju odrasli imaju o djeci, zapravo limitiraju participaciju na odnose djece i odraslih, kao da djeca bez vođenja odraslih ne mogu participirati i pridonijeti zajednici. *Bessell* (12) smatra kako participacija ima tri važne vrijednosti: intrinzičnu vrijednost za samu djecu (poboljšanje njihovih kompetencija i uspjeha te samopoštovanja), instrumentalnu vrijednost (poboljšanje usluga za djecu temeljeno na njihovim stvarnim potrebama) te vrijednost u smislu promocije dječjih prava na sudjelovanje u svom životu. Čini se da je participacija djece ipak mnogo prisutnija u „redovitim sustavima“ u koje se uključuju djeca i mladi, poput sustava školovanja, nego kad je riječ o djeci i mladima koji se nalaze u sustavu socijalne skrbi ili maloljetničkog pravosuđa. Tako primjerice djeca i mladi u Hrvatskoj imaju prilike participirati i djelovati kroz dječja vijeća pri gradovima i općinama, dječje forume, vijeća učenika, vijeća korisnika (u sustavu alternativne skrbi za djecu), Nacionalno vijeće učenika, Mrežu mladih savjetnika Pravobraniteljice za djecu, Odbor mladih Poliklinike za zaštitu djece Grada Zagreba i dr.

Kad govorimo o situacijama u kojima je dijete korisnik neke društvene usluge (intervencije), tada je riječ o paralelizmu dviju važnih perspektiva: dječje i „korisničke“ (33). Prema suvremenim shvaćanjima korisnici se poimaju kao partneri, a proces intervencije kao proces suradnje između stručnjaka i korisnika (34). Na taj način pozicija stručnjaka kao onih koji najbolje znaju što je nekome potrebno, posljednjih desetljeća nastoji „korigirati“ uvođenjem korisničke perspektive u brojna područja ljudskog života, pa tako i na razini lokalnih zajednica (35). U tom promijenjenom odnosu moći, gdje se više ne podrazumijeva kako su stručnjaci isključivi nositelji znanja i vještina, a korisnici isključivi nositelji problema odnosno iskustva, korisnike se smatra „iskustvenim stručnjacima“ (34). Primjenjujući ovu paradigmu u kontekst djetinjstva i djece, u uslugama i institucijama koje se bave djecom (čiji su ona korisnici) sve se više pozornost posvećuje dječjoj

perspektivi i njihovom iskustvu. Djeca pritom nisu samo „stručnjaci za djetinjstvo“ nego i za sve aspekte života u nekom društvu koji su relevantni za njih - obrazovanje, zdravstvena i socijalna skrb, prijevoz, očuvanje okoliša i dr. Teško je zapravo pronaći sferu života i područje djelovanja za koji djeca ne bi bila zainteresirana, i to iz konteksta svojih potreba u sadašnjem trenutku ili s pogledom na svoju budućnost. Uključivanje djece na svim razinama djelovanja društva, pa tako i u životu lokalnih zajednica, može imati najmanje dvostruku ulogu: prosvjetljenje i osnaživanje (36). Prosvjetljenje se odnosi na to da djeca daju važne informacije o vlastitoj perspektivi i na taj način pridonose boljim odlukama i uslugama, dok se osnaživanje odnosi na pozitivne učinke što ih sudjelovanje i poštivanje mogu imati na dječje samopoštovanje i razvoj njegovih kompetencija.

Tisdall i sur. (37) navode kako je uzimanje u obzir dječje perspektive i dalje ograničeno, odnosno da su djeca (pa i mladi) marginalizirani u institucijskim procesima donošenja odluka. Isto tako autori ističu kako je od različitih vrsta marginalizacije (npr. spolna, rasna, ekonomska) dob kao kriterij najčešće zanemarena. Mogućnosti participacije djece u zajednicama odražava stav tih istih zajednica prema „svojoj“ djeci. Za neke zajednice dječja participacija može značiti novu i radikalnu praksu te pokrenuti preispitivanje tradicijskih pozicija moći i nemoći, znanja i neznanja. Uzimanjem u obzir dječje perspektive omogućuje se i šira transformacija političkih i institucijskih struktura, što može dovesti do razvoja novih načina komunikacije, ophođenja i upravljanja u zajednicama.

Iako to još i sad nije pravilo, već se gotovo i dalje javlja kao iznimka, u svijetu se u pojedinim zajednicama ipak sve više pozornosti posvećuje dječjoj perspektivi u poboljšanju životnih uvjeta. Najčešće se dječja perspektiva uzima u obzir pri urbanom planiranju i tjelesnim aktivnostima djece (38, 39, 40, 41, 42), a manje u kreiranju i donošenju javnih politika i odluka u institucijama u kojima djeluju, kao što su škole (43, 44, 45). *Driskell* (46) navodi kako su djeca rijetko uključena u kreiranje svog okruženja te ih se uglavnom smatra ne-realnima, neiskusnima i nekvalificiranima, iako često nude novu perspektivu koja može donijeti nova kreativna rješenja. Dječje znanje je često neotkriveno ili potisnuto u stranu, iako ono može dati dragocjene uvide i rješenja za poboljšanje života u zajednici.

METODOLOGIJA

Cilj i istraživačka pitanja

Svrha cjelokupnog projekta bila je unapređenje postojeće metodologije za procjenu gradova i općina u okviru akcije Saveza društava „Naša djeca“, „Gradovi/općine prijatelji djece“. S tim u vezi opći cilj projekta imao je dva smjera: priku-

piti i analizirati sveobuhvatne informacije o trenutnim praksama, metodama istraživanja (kvantitativnim i kvalitativnim) instrumentima, kriterijima ocjenjivanja i terenskim posjetima (izvidima ocjenjivača), kako bi se utvrdile njihove prednosti i nedostaci i predložila metodološka poboljšanja, te redefinirati pokazatelje u 10 postojećih ključnih programskih područja za procjenu gradova/općina. Vezano za ove ciljeve, u ovom se radu prikazuje dio istraživanja o tome kako djeca u svojim lokalnim zajednicama vide njihove kapacitete u zadovoljavanju dječjih potreba. Slijedom toga definirana su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Kako djeca doživljavaju vlastiti grad/ općinu u odnosu na zadovoljavanje svojih potreba?
2. Koji su elementi dobre i poticajne okoline za život djece?
3. Kakav je odnos odraslih i djece u gradu/ općini u odnosu na njihova prava na sudjelovanje u životu zajednice?

Sudionici istraživanja

U istraživanju su sudjelovala djeca iz triju gradova/općina. Gradovi/općine birani su prema trima kriterijima:

- veliki grad (Zagreb),
- manji grad s populacijom različitog etničkog podrijetla (Sisak),
- grad/općina s povećanjem ulaganja u djecu (na razini područja) u nekoliko posljednjih godina (Stubičke Toplice).

Riječ je o prigodnom uzorku. Uključena su djeca starije osnovnoškolske dobi (od 4. do 8. razreda), u svakom gradu/ općini po 8-ero djece. Dob djece kretala se u rasponu od 10 do 14 godina, a u fokus skupinama sudjelovalo je 12 djevojčica i 12 dječaka. Djeca su birana u dogovoru s predstavnicima gradova/općina i škola, a način i izbor ovisili su o veličini grada/općine. Tako je npr. u Zagrebu odabrano specifično naselje - ono koje se nalazi u širem centru, te specifično po školi koju polaze djeca iz obitelji različitog socioekonomskog i etničkog podrijetla. U Sisku je odabrana škola u kojoj se obrazuju djeca različitog etničkog podrijetla u kojoj se provode programi inkluzije djece s teškoćama. U Stubičkim Toplicama odabrana je jedina škola u tom mjestu. Informacije o istraživanju djeci su primarno davali stručni suradnici škola koje su pohađali, a ujedno su i prikupljali suglasnosti roditelja.

Metode prikupljanja podataka

Podatci su prikupljeni metodom fokusne skupine koja je izabrana zbog prednosti u održavanju dinamične i fleksibilne komunikacije, sinergije skupnih mišljenja te prirodnosti pri razgovoru (47). Razgovori u fokusnim skupinama su snimani te su nakon toga doslovno transkribirani. Za razgovor u fokusnim skupinama izrađeni su vodiči, a razgovor je vođen u

odnosu na sljedeće teme usklađene s istraživačkim pitanjima: život u gradu/općini (prednosti, nedostaci); zadovoljavanje dječjih prava i potreba u gradu/općini; odnos djece i odraslih; (pre)poruke djece za unapređenje života u gradu/općini za bolji život djece. Prosječno trajanje fokusnih skupina bilo je 90 minuta. Da bi se fokus skupina potaknula na razgovor, u početku su primjenjivane komplementarne kreativne tehnike (48). U najavi fokus skupine djeca su zamoljena da na razgovor donesu dvije (ili više) fotografije svoga grada/općine koje prikazuju ono što im se sviđa u njihovom gradu/općini, a druga ono što im se ne sviđa. Djeca su rado prihvatila ovaj način rada te su svi dolazili na razgovor s pripremljenim fotografijama.

Etička načela

Budući da su u istraživanju sudjelovala djeca mlađa od 14 godina, sukladno nacionalnom Etičkom kodeksu istraživanja s djecom (49), prethodno je pribavljena suglasnost roditelja. Osim toga, djeca su i sama izrazila svoj pristanak na sudjelovanju u istraživanju i snimanje fokus skupina te su im na samom početku objašnjena i sljedeća etička načela: povjerljivost podataka, mogućnost odustajanja od sudjelovanja u razgovoru, mogućnost da ne odgovore na sva pitanja.

Metoda analize podataka

Kao što je već rečeno, razgovori u fokusnim skupinama doslovno su transkribirani, a transkripti su služili kao temeljne jedinice analize. Podatci su obrađivani kvalitativnom analizom slijedeći ove faze analize: čitanje i upoznavanje s podacima, identificiranje tematskog okvira (ključnih tema o kojima se govori u transkriptima), kodiranje cjelovitog materijala u odnosu na tematski okvir, redefiniranje i povezivanje kodova u kategorije, interpretacija. Tematski okvir kreiran je u skladu s istraživačkim pitanjima uz istodobno zadržavanje fleksibilnosti analize koja je omogućavala dodavanje novih tema/kategorija: doživljaj vlastitoga grada/općine, jednakost mogućnosti djece i mladih u gradu/općini, odnos djece i odraslih. Navedena fleksibilnost analize rezultirala je time da je početna tema „odnos djece i odraslih“ poslije redefinirana u temu pod nazivom „mogućnosti sudjelovanja djece“.

REZULTATI

U daljnjem tekstu rezultati će se prikazati u odnosu na teme i njima pripadajuće kategorije, uz navođenje nekih citata mladih sugovornika kako bi se dodatno ilustrirao neki aspekt podataka. Iako su se fokus skupine analizirale u jednoj cjelini, dodatno će se istaknuti perspektiva djece iz pojedinih gradova, kako bi se stekao uvid u specifičnost s obzirom

na tip grada/općine. Ovim se nastoji prikazati širina prikupljenih podataka i cjelovitost dječje perspektive.

Doživljaj vlastitoga grada/mjesta

Sva djeca uključena u ovaj konzultacijski proces mjesto (grad, općinu) gdje žive doživljavaju u velikoj mjeri pozitivno te procjenjuju da je riječ o „dobrom mjestu za odrastanje“. Djeca iz manjega grada (Sisak) i općine (Stubičke Toplice) govore o općim dojmovima cijele općine/grada, dok djeca iz Zagreba prvenstveno govore o svojem naselju (kvartu), a zatim i o cijelom gradu. U njihovim primarnim okolinama najviše im se sviđa okruženje (priroda, parkovi, rijeke, šetnice, zelenilo, čistoća zraka), odnosno jasno kao prednost prepoznaju uređenost mjesta za igru i druženje. U tom smislu spominju i uređena igrališta, klizališta, biciklističke i pješačke staze i sl. Važan im je i osjećaj sigurnosti i zaštićenosti u vlastitom naselju/mjestu koje identificiraju sa sigurnošću u socijalnom smislu (dobre odnose, dobre susjede) i fizičku sigurnost (sigurnost u prometu, osvjetljenost naselja/mjesta). Kao prednosti mjesta u kojem žive djeca navode i dostupnost usluga i sadržaja koji su im važni, kao što su primarno vrtići i škole te razne izvanškolske aktivnosti (klubovi, udruge i dr.). U Zagrebu djeca dodatno naglašavaju kako grad pruža mnoge mogućnosti, no problematiziraju to što djeca moraju plaćati (preskupe) tramvajske karte kad putuju na aktivnosti izvan svog naselja, što je dodatni problem za djecu iz siromašnih obitelji. Mladi Zagrepčani kao prednost spominju još i dostupnost raznih udruga, savjetovaništa i linija pomoći za djecu što djeluju u njihovom gradu.

Djeca u mjestima u kojima žive prepoznaju i trud gradova i općina da se djeci i ostalim građanima ponudi više mogućnosti. U tom im se pogledu osobito sviđa trud koji se ulaže u razne blagdanske aktivnosti, događanja za vrijeme praznika te opće ulaganje u izgled grada/mjesta. U Stubičkim Toplicama djeca posebno ističu i omogućavanje besplatnih knjiga (kupnjom od općine i međugeneracijskom razmjenom) za svu djecu. Jednako kao i pozitivne aspekte, djeca prepoznaju i one negativne, odnosno znaju jasno reći što im se ne sviđa u mjestima u kojima žive. Uglavnom su to neuređeni gradski/općinski prostori koji su zbog zapuštenosti opasni za djecu, a nedostaju im i određeni sadržaji (npr. školska športska dvorana). Djeci se isto tako ne sviđa neuredan izgled njihovoga grada, dječja igrališta koja se ne čiste te grafiti kojima se nagrđuje izgled nekih zgrada i naselja. Kad govore o osjećaju (ne)sigurnosti u svome mjestu, djeca upućuju na potrebu dobrog osvjetljenja naselja, ali i veću kontrolu gradskih vlasti usmjerenu na zabranu uporabe alkohola u javnosti, jer osjećaju strah od alkoholiziranih odraslih koji se katkad zadržavaju na mjestima (parkovima) gdje su djeca te ih ponegdje čak nude cigaretama. Osim toga, djeca su svjesna i izražavaju svoju brigu oko socijal-

ne slike svojih gradova, što se posebno moglo zamijetiti u Sisku, gdje su djeca kao negativni aspekt istaknula siromaštvo i veliku nezaposlenost.

Djeca uglavnom znaju da njihova mjesta imaju status „Grada/općine prijatelja djece“ i u najvećoj mjeri smatraju da je taj status zaslužen, ponavljajući sve prije navedene prednosti svog mjesta. Smatraju kako se stvaranjem takvih uvjeta (uređen okoliš, dostupnost usluga i sadržaja za djecu, kakvoća okruženja, tj. čistoća zraka i zelene površine, sigurnost, kontinuiran rad na unapređenju mjesta/grada te konkretna materijalna pomoć djeci i obiteljima) potiče građane na to da zasnuju obitelj i rađaju djecu.

Upitani o tome kako znaju da njihovo mjesto ima ovaj status, njihov prvi odgovor je „ima ploča na ulazu u grad/općinu“. Zanimljivo je da su sva djeca koja su sudjelovala u konzultacijama iz Stubičkih Toplica i Siska znala za postojanje statusa i „ploče/table“, dok djeca iz Zagreba nisu. Jedan od zaključaka koji se nameće je da bi se sa statusom trebalo bolje upoznati djecu u većim gradovima te ga oglašavati na prometno frekventnim mjestima, a ne samo na ulazu u grad. Djeca ističu i da se status grada/općine prijatelja djece može prepoznati i kroz poštivanje dječjih prava, mogućnosti sudjelovanja djece te po (ne)postojanju DGV-a. U vezi s tim važno je naglasiti kako jedino Sisak ima DGV i za njih djeca koja su sudjelovala u konzultacijama znaju, no smatraju da bi se u njegov rad trebalo uključiti mnogo više djece. Uz to mladi Siščani poručuju da se o radu DGV-a treba više govoriti, da djeca o tome moraju biti bolje i primjerenije obaviještena, i to preko medija koji su njima poznati i bliski kao npr. društvene mreže. Tako predlažu da se kreira *Facebook* stranica „Grad Sisak - prijatelj djece“ kao i #gradsisakprijateljdjece, koje bi uređivala djeca. U Zagrebu, kao ni u Stubičkim Toplicama ne postoje DGV-i, ali djeci se sviđa ta zamisao.

Jednakost mogućnosti djece i mladih u gradu/općini

Od djece smo zatražili i da procijene pruža li njihov grad/općina iste mogućnosti za svu djecu i tu se jasno iz razgovora može zaključiti da je situacija različita i složena: prepoznaju se ulaganja pojedinih mjesta u izjednačavanje mogućnosti za svu djecu (npr. asistenti za djecu s poteškoćama, rehabilitacijski programi u zajednici), no i dalje je zaključak da zapravo sva djeca nemaju jednake mogućnosti, posebno u sudjelovanju. Tako i dalje nailazimo na primjere da su djeca s poteškoćama smještena u zasebne razredne odjele te da se ne sreću s ostalom djecom u školi čak ni u vrijeme obroka. Problematizira se i položaj i mogućnosti siromašne djece i djece pripadnika manjina (posebno Roma), pa djeca poručuju da bi odrasli („Vlada, gradonačelnik...“) trebali poduzimati više za zaštitu romske djece od zanemarivanja u

vlastitim obiteljima: da ih zaštite od prisiljavanja na rad, prošnjju, rano ulaženje u brak, već da im dopuste nastavak obrazovanja. Zanimljivo je mišljenje dijela djece da je skupina djece s poteškoćama na neki način privilegirana, jer imaju posebne uvjete (pogodnosti) prilikom upisa u srednju školu. Jedan od zaključaka koji dolazi iz Zagreba je „Zagreb je grad prijatelj „normalne“ djece“, što smatramo da je vrlo snažna poruka koja jasno govori da u lokalnim sredinama ima mnogo mjesta za ulaganje kako bi se stvorili poticajni uvjeti za svu djecu.

Mogućnosti sudjelovanja djece

Generalan stav i poruka dobiveni iz ovog istraživanja je kako je važno da djeca sudjeluju, da mogu reći svoje mišljenje te odlučivati o stvarima koje su važne za njihov život. Neovisno o mjestu iz kojeg dolaze, djeca se u tome slažu. Važnost dječjeg sudjelovanja argumentiraju time što djeca imaju svoju (dječju) perspektivu koja odraslima nije dostupna ni poznata. No istodobno djeca jasno poručuju da za svoje sudjelovanje trebaju i zainteresirane partnere s „druge strane“, odnosno odrasle koji će ih slušati, čuti i podržati njihove inicijative. U svojim dosadašnjim iskustvima djeca nažalost nemaju mnogo pozitivnih primjera u kojima bi odrasli na primjeren način poticali njihovo sudjelovanje. Kad nisu uključena, djeca se osjećaju „izostavljeno, poniženo, omalovaženo, uvrijeđeno i ljutito“. Smatraju kako je važno da odrasli kreiraju poticajnu atmosferu da djeca mogu reći što misle, bez ikakvog sankcioniranja. No djecu treba podučiti kako da izraze svoje mišljenje na primjeren način. Ovo potonje je posebno važno za mlađu djecu. Djeca također poručuju kako neki odrasli ne poštuju djecu, posebno onu mlađu, a takvim odraslima djeca uzvraćaju istom mjerom. U tom smislu djeca poručuju odraslima da bi trebalo „preoblikovati bonton“, što dobro ilustrira sljedeći citat: „Ponekad neki ljudi, tipa 30 godina, poslovnici, znaju te onako u tramvaju tražiti da im ustupiš mjesto, iako vide da jedva stojiš na nogama s torbetinom, onako ogromnom. To se meni znalo dogoditi par puta pa onak' nije baš fora. A mislim da bonton sad treba malo preoblikovati, da ne treba ustupiti mjesto starijima nego potrebnijima.“

U nekoj mjeri djeca poticanje na izražavanje mišljenja doživljavaju neuvjerljivim od strane odraslih, posebno stoga što im se u nekim situacijama predbacuje da imaju previše prava. Važno je primijetiti i to kako djeca imaju jasnu svijest o tome da svaki njihov prijedlog neće biti prihvaćen i to razumiju, no isto tako žele da im se pojasni razlog tome, ali trenutno to odrasli ne rade. Djeca izražavaju svoje mišljenje, ali imaju dojam da se malo toga poslije mijenja, pa bez povratne informacije od strane odraslih gube motivaciju za daljnje sudjelovanje, imaju dojam da ono „nema smisla“. Čini se, barem temeljem rezultata ovog istraživanja, da su djeca u

nekoj mjeri spremnija na partnerski odnos i participaciju od odraslih.

Kad je riječ o mogućnostima sudjelovanja djeca zapravo najviše govore o sudjelovanju na razini obitelji i škole, dok im je mogućnost sudjelovanja u lokalnoj zajednici uglavnom apstraktan pojam. Očekivano, najveća je razina sudjelovanja u obiteljima: djeca ističu da ih se sluša, pita za mišljenje, da sudjeluju u odlučivanju te da ih se podržava, no i ovdje imaju potrebu naglasiti kako je to njihovo iskustvo, ali da su uvjereni kako nije svoj djeci tako. Djeca smatraju da u školi mnogo manje sudjeluju, ima nastavnika koji ih uključuju i potiču pa se s njima osjećaju povezani, no škola nije mjesto u kojem se u dovoljnoj mjeri potiče dječje sudjelovanje. Kad je riječ o školi, neizostavno se pojavila i tema vijeća učenika. Prema procjeni djece koja su sudjelovala u konzultacijama samo u Stubičkim Toplicama, ona imaju osjećaj da učeničko vijeće dobro funkcionira. Djeca iz Stubičkih Toplica govore o tome kako se katkad i ljudi iz općine, kad im je potrebno dječje mišljenje, obraćaju učeničkom vijeću. U Zagrebu i Sisku djeca nisu zadovoljna ni organizacijom učeničkog vijeća (način biranja predstavnika i mogućnost utjecaja) ni konkretnom, operativnom razinom (organizacija sastanaka, učestalost sastajanja, teme kojima se vijeće bavi). Izvještavaju tako da se vijeća sastaju dva puta na godinu (jedan put u svakom polugodištu), da su u vijećima oni „najomiljeniji“ ili najbolji učenici koji su često i predsjednici razreda, a ne oni koji imaju dobre ideje. Djeca napominju i kako su sastanci vijeća učenika posebno besmisleni za mlađu djecu, koja „samo sjede tamo u kutu“. Jednako tako djeca su kroz razgovor izrazila mišljenje kako su male mogućnosti da bi netko od djece iz ranjivih skupina mogao biti uključen u učeničko vijeće („vjerojatno ih nitko ne bi izabrao“). Utjecajnost vijeća procjenjuje se kao vrlo mala, što također demotivira djecu na uključivanje. Dio djece govori i o temama kojima se bavi vijeće učenika koje su većinom ponudili odrasli, no kada teme ponude djeca, često se doživljaju kao banalne (npr. anketa o utjecaju reklama). Djeca smatraju da bi se u vijeće trebalo uključiti više djece, jer bi tako i mogućnost utjecaja bila veća, te da bi se trebali baviti temama koje su važne za djecu. U tom smislu preporučuju da se djecu na razini škole češće pita o nekim važnim temama putem anonimnih anketa. U odnosu na sudjelovanje u školi djeca u nekim situacijama prepoznaju da im odrasli (nastavnici) daju preveliku odgovornost koju oni ne žele, jer zapravo i nije „njihova“. U tom smislu izvještavaju o situacijama kad pojedini nastavnici zahtijevaju od predsjednika razreda da „umiri učenike“ i sl., što ne smatraju svojom odgovornošću. Djeca poručuju da u školi žele dobivati više pozornosti, da se više razgovara sa svakim učenikom, jer je sadašnja percepcija da se razgovara samo s „problematičnima“. Smatraju da bi odrasli morali zaista slušati djecu, a ne samo stvarati

privid da ih slušaju. Vlastito sudjelovanje u kontekstu slobodnih aktivnosti doživljavaju zadovoljavajućim, a nedostatak sudjelovanja pojašnjavaju time što su slobodne aktivnosti njihov izbor pa od njih svojom voljom mogu odustati, dok je škola obvezna pa je stoga i važnije da se osigura adekvatno sudjelovanje djece.

Sudjelovanje na razini lokalne zajednice, kao što je već rečeno, za djecu je prilično apstraktan pojam, pogotovo u mjestima gdje nisu formirani DGV-i. Načelno, djeca su zainteresirana za sudjelovanje u lokalnoj zajednici (općini, gradu), no smatraju da bi to trebalo biti dobro organizirano. U tom smislu nemaju neke konkretne prijedloge, no generalno smatraju kako je djecu potrebno uključiti, jer imaju dobre ideje i mogu pomoći razvoju mjesta. Smatraju da djecu treba više pitati i poticati na sudjelovanje. Na razini mjesta u kojem žive uglavnom imaju osjećaj da ih odrasli „izbacuju“ iz važnih odluka („Mislim da nas dosta odrasli izbacuju iz nekih važnih odluka koje mogu pomoći gradu. Mi bismo u mnogo situacija voljeli pomoći u tome, ali maloljetni smo i nas nitko ništa ne pita.“) te je prevladavajući osjećaj da djeca u gradovima/općinama nisu jednako važna kao odrasli, jer nemaju pravo glasa. Dio djece navodi da se djeca ipak sve više uključuju, no premalo i presporo, pa je jedan od njihovih zaključaka da se odrasli boje djece zbog njihovih kreativnih ideja i stoga ih ne uključuju. U slučajevima kad se djecu konzultira i pita za mišljenje, osjećaju se važnima i time dobivaju poruku da im odrasli vjeruju. Zanimljivo je da djeca dobro prepoznaju i vlastitu odgovornost i smatraju da bi i sami trebali biti odgovorniji, pokazati što mogu i znaju, jer bi im tada i odrasli više vjerovali i više ih uključivali. Mladi sudionici istraživanja poručili su i to da djeca u današnje vrijeme imaju previše obveza, što isto može smanjiti njihov potencijal i želju za sudjelovanjem. Na kraju, ali ne i manje važno, zanimljiva je perspektiva djece kako odrasli o njima razmišljaju preopćenito, kao da su sva djeca ista: djeca se razlikuju međusobno, postoje mnoge skupine djece s raznim specifičnim obilježjima pa im tako treba i pristupati.

RASPRAVA

Prva dva istraživačka pitanja (Kako djeca doživljavaju vlastiti grad/općinu u odnosu na zadovoljavanje svojih potreba? i Koji su elementi dobre i poticajne okoline za život djece?) logički su se povezivala već i u samim razgovorima u fokus skupinama, jer su djeca, govoreći o doživljaju svoga grada, jasno iznosila ono što im je potrebno i poželjno te tako i predstavili elemente poticajne okoline. Djeca su se pokazala kao vrlo dobri poznavatelji svojih gradova/općina pa iz svoje dječje perspektive otvoreno govore o pozitivnim i o negativnim aspektima života. Visoko vrjednuju uređen i lijep okoliš, osjećaj sigurnosti te dostupnost usluga, a suprotno tome im se ne sviđa kad ovi aspekti nisu u dovoljnoj mjeri

zadovoljeni. Dječje zadovoljstvo vidljivo je i po njihovom mišljenju da gradovi/ općine u kojima žive zaslužuju status „prijatelja djece“. Djeca posebno ističu socijalni aspekt života u svojim zajednicama: dobre odnose, solidarnost te u tom smislu misle da bi njihovi gradovi i općine trebali biti bolji. Ovi rezultati slažu se s pokazateljima sličnim istraživanja u drugim zemljama i gradovima. Tako *Al Arasi* (38), istražujući život djece u jednom nizozemskom gradu, navodi kako djeca najpozitivnijim aspektima života u gradu ocjenjuju postojanje i uređenost mjesta za igru i druženje s prijateljima. Također im je važno da u njihovom okruženju bude prirodnih elemenata (drveća, rijeke) te da ono općenito bude „lijepo“ i sigurno. Djeca su u svom okruženju zapazila i ono što im je bilo „ružno“, odnosno neuređeno i zapušteno, posebno se osvrnuvši na ono što proizvodi mnogo buke i loših mirisa (npr. gust promet, tvornice). Od negativnih aspekata djeca su navela i postojanje različitih opasnosti (i fizičkih i socijalnih) te dosadu. Djeca su navodila da u svom gradu žele biti slobodna od kriminala i zlostavljanja (pa i od druge djece). Autorica zaključuje kako djeca u načelu žele sigurno, čisto okruženje u kojem se mogu igrati i družiti sa svojim prijateljima. Slično navode i *Derr i Tarantini* (40), govoreći o dječjim potrebama u okruženjima u kojima žive te navode sljedeće: dostupnost usluga, priroda, igra, sloboda od opasnosti i prilike za aktivno uključivanje u život zajednice. U istraživanju koje je *Loebach* (42) provela u Kanadi, pokazalo se da su djeca vrlo malo uključena u život lokalne zajednice, i to većinom kao pasivni primatelji usluga. U svojim zajednicama djeca su najviše cijenila okruženje koje im pruža dovoljno prilika za rekreaciju, ali i za konzumaciju (npr. trgovine, *fast food* restorani). No autorica također zaključuje kako se u lokalnim zajednicama „mjesta za djecu“ smanjuju te da susjedstva više nisu primarno okruženje za dječje aktivnosti, što može negativno utjecati na dječji razvoj. Slično se pokazalo i u istraživanju koje su proveli *Al Arasi i sur.* (39) u Nizozemskoj. Djeca u svom okruženju očekuju i pozitivno vrijednuju prirodne elemente (sunčeva svjetlost, voda, drveće), biciklističke staze, pametne tehnologije (posebno mjesta s neograničenim *wi-fi* pristupom), postojanje restorana (uglavnom s brzom hranom) te trgovina. Među negativne elemente u okruženju djeca spominju zgrade i prostore koje opisuju kao „stare i ružne“: prljave gradske zidove, loše održavane zgrade, okruženja s mnogo ljudi. Zanimljivo je da su djeca posebno negativno ocijenila trgovine (kafiće) u kojima se može kupiti marihuana, pa ulice u kojima su ti kafići smješteni drže opasnim. Sumarno, djeca prepoznaju elemente poticajne okoline za njih, a o čemu je već prije bilo riječi u tekstu uz aspekt dječje participacije u zajednici. On će šire biti elaboriran u razmatranju trećeg istraživačkog pitanja. U Tablici 1 prikazana su područja na koja upućuju djeca i neki mogući pokazatelji ostvarenosti pojedinog elementa.

TABLICA 1. Elementi poticajne okoline za djecu

Element	Pokazatelji
Zdravi i uređeni okoliš	<ul style="list-style-type: none"> • čist zrak • drveće • rijeke, jezera
Uređen i lijep izgled mjesta	<ul style="list-style-type: none"> • uređene zgrade • uređene ceste • uređeni i čisti parkovi i dječja igrališta • pješačke i biciklističke staze • adekvatna rasvjeta u mjestu
Sigurnost	<p>Fizička</p> <ul style="list-style-type: none"> • osvijetljene javne površine • redovite intervencije policije prema alkoholiziranim građanima (posebno onima koji se zadržavaju u prostorima namijenjenima djeci) <p>Socijalna</p> <ul style="list-style-type: none"> • dobri odnosi među susjedima, građanima • osjećaj „poznavanja“ ljudi u svom naselju/ mjestu
Kontinuirani rad na unapređenju mjesta	<ul style="list-style-type: none"> • organiziranje kulturnih manifestacija • organiziranje humanitarnih organizacija • smanjivanje nezaposlenosti • smanjivanje siromaštva
Dostupnost usluga za svu djecu	<ul style="list-style-type: none"> • osiguravanje usluga za djecu s teškoćama (npr. asistenti, programi za rehabilitaciju) • osiguravanje besplatnih slobodnih aktivnosti • osiguravanje usluga za pomoć i potporu djeci (linije pomoći, savjetovališta)
Konkretna materijalna i financijska pomoć obiteljima	<ul style="list-style-type: none"> • besplatni udžbenici
Sudjelovanje djece	<ul style="list-style-type: none"> • formirana dječja/ općinska vijeća • veći broj uključene djece u Vijeća učenika i dječja gradska vijeća • uključenost djece iz ranjivih skupina u rad dječjih vijeća i vijeća učenika • uključenost djece u donošenju odluka • vidljivost rada dječjih vijeća i vijeća učenika

Treće istraživačko pitanje bavilo se odnosom djece i odraslih u gradovima/općinama u odnosu na prava sudjelovanja u životu zajednice. Kako podatci pokazuju, odnos djece i odraslih tipično je hijerarhijski: djeca smatraju da su odrasli važniji od njih te da ona imaju relativno mali do nikakav utjecaj na odluke koje se donose u zajednici. Dječje mišljenje najviše se poštuje u obitelji, mnogo manje u školi, a najmanje u lokalnoj zajednici, odnosno djeci je taj pojam apstraktan i nepoznat. Osjećaju da u svojim lokalnim zajednicama djeca nisu prepoznata kao važni sudionici, pridonosi i činjenica o nepostojanju dječjih predstavničkih tijela ili pak o nezadovoljstvu njihovim radom. Slične rezultate možemo vidjeti i kod *Matage Tintor* (10) koja je ispitala odrasle građane te se pokazalo kako je pravo djeteta na sudjelovanje bilo rangirano niže od ostalih kategorija prava. *Loebach* (42) također zaključuje da su djeca vrlo malo uključena u život lokalne zajednice, i to većinom kao pasivni primatelji usluga. I druga istraživanja pokazuju kako na razini participacije

u javnim politikama i odlučivanju djeca manje sudjeluju, odnosno njihovo je sudjelovanje često formalna. Slične zaključke nalazimo i temeljem domaćih istraživanja, pa tako *Miharija i Kuridža* (22) ističu nepostojanje zadovoljavajućih institucijskih mehanizama namijenjenih uključivanju djece u odlučivanje. *Brajša-Žganec i sur.* (23) također naglašavaju važnost razvoja institucijskih mehanizama koji će omogućiti i zaštititi sudjelovanje djece u različitim područjima društva, pa tako i na razini lokalnih zajednica. Rezultati istraživanja koje su provele *Jeđud Borić i sur.* (50) o radu dječjih vijeća u Hrvatskoj pokazuju kako ona kao „specijalizirane institucije“ za prakticiranje participativnih prava djece trebaju širu bazu za sudjelovanje pripremljene djece, a isto tako i „participativnije strategije“ povezivanja dječjih vijećnika s djecom koju predstavljaju, odnosno bolje umrežavanje dječjih vijeća. Autorice također ističu i pitanje neinkluzivnosti dječjih vijeća te navode da postojeći način izbora dječjih vijećnika, ma kako bio raznolik i „demokratičan“, ima zajednički temelj, a to je obrazovna izvrsnost djece vijećnika, pri čemu su druga obilježja (rod, dob, zdravlje, interesi i slobodno vrijeme, pripadnost drugim životno važnim skupinama) često nevažni ili zanemareni. *Marshall, Byrne i Lundy* (43) sumiraju istraživanja kojima je u fokusu bilo dječje sudjelovanje u kreiranju i donošenju odluka u tijelima javne vlasti. Pokazalo se da donositelji odluka najbolje reaguju i uzimaju u obzir dječje mišljenje kad se ono komunicira u izravnom kontaktu. Izravni kontakt (licem u lice) omogućuje da se dječja mišljenja dožive kao vrijedna pa djeca imaju osjećaj da ih odrasli više poštuju. Odrasli koji su sudjelovali u ovim procesima konzultacija s djecom navodili su da bolje razumiju položaj djece te da su dobili iskustvenu perspektivu koja dodatno može podržati njihove odluke.

Promatrajući hijerarhijski, zanimljivo je da se čini kako odrasli zauzimaju vrh metaforičke piramide iznad djece, no nisu ni sva djeca u istom položaju. Kao što su naveli naši mladi sugovornici, „normalna“ djeca su u boljoj poziciji, a djeca iz ranjivih skupina smještena su na samo dno piramide moći i utjecaja. U ovoj situaciji djeca se jasno zalažu za socijalno ujednačavanje i uzimanje u obzir činjenice da kad govorimo o „djeci“, ne govorimo o jedinstvenoj društvenoj skupini s istim/sličnim obilježjima, već o vrlo heterogenoj skupini i mnoštvu dječjih glasova/perspektiva. Djeca prepoznaju da život u njihovim zajednicama nije isti za sve građane (svu djecu), pri čemu iskazuju vlastitu socijalnu osjetljivost, unatoč tome što su oni sami, uvjetno rečeno, „privilegirani“ (dobri učenici, iz financijski stabilnih obitelji). Kroz različite teme djeca kontinuirano ističu pitanje (ne)inkluzivnosti usluga, dobara, ali i samog dječjeg sudjelovanja. Ovi aspekti inkluzivnosti, posebno u odnosu na participaciju, ali i u odnosu odraslih prema djeci i njihovim pravima, također se kontinuirano javljaju u sličnim istraživanjima, pa tako i u onim novijim u našoj zemlji (44, 50).

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Temeljem rezultata ovog istraživanja moguće je jasnije formulirati nekoliko ključnih zaključaka, ujedno i doprinosa ovog istraživanja: kompetentnost djece da izraze svoje mišljenje i artikuliraju svoje potrebe u zajednici, aspekt neinkluzivnosti i nejednakosti djece u zajednicama te aspekt poimanja djece kao važne društvene skupine u lokalnoj zajednici. Prije svega vidljivo je da djeca, upitana o njihovom životu u nekoj zajednici, itekako znaju prepoznati ključne teme za razvoj zajednica i optimalni razvoj djece o kojima govore i odrasli (npr. teme vezane za socijalnu sigurnost, inkluzivnost, prostorno planiranje). Riječ je o relevantnim temama o kojima bi trebalo kontinuirano tražiti dječje mišljenje, ali i njihovo sudjelovanje u rješavanju problema u zajednici te donošenju odluka. Čini se da taj resurs lokalne zajednice još i sad ne primjenjuju ili to rade više na formalnoj razini: npr. kroz formalna dječja predstavnička tijela bez stvarnog utjecaja ili povratne informacije djeci o njihovim prijedlozima. Djeca su, barem u ovim lokalnim zajednicama, spremna na aktivno uključivanje u život svojih zajednica te je u ovom trenutku pitanje volje, ali i kompetencije odraslih da podijele moć i odgovornost. U tom smislu, kao što se zalažu *Marshall, Byrne i Lundy* (43), donositelji odluka trebali bi osigurati načine izravne i kontinuirane komunikacije s djecom, jer se taj način pokazao kao jedan od najučinkovitijih u smislu doživljavanja dječje perspektive kao relevantne. Ovaj je pokazatelj jedan od ključnih nalaza ovog istraživanja, jer se pokazalo da su djeca, osim što su dobri poznavatelji svojih zajednica, ujedno i kompetentni i zainteresirani sugovornici.

U odnosu na dosadašnja istraživanja koja su se bavila dječjom percepcijom života u zajednici, u ovom se istraživanju dodatno ističe aspekt nejednakosti djece u lokalnoj zajednici s obzirom na njihovo podrijetlo i obilježja. Jasna je poruka djece da su djeca tipičnog i urednog razvoja u boljem položaju te mogu adekvatnije zadovoljiti svoja prava i potrebe u lokalnim zajednicama. To vodećim ljudima u zajednicama i stručnjacima jasno stavlja u zadatak osiguravanje istih uvjeta (standarda usluga) za svu djecu. Pitanje nejednakosti djece doživljavaju vrlo snažno i kad se o tome govorilo u fokus skupinama, njihov emotivni angažman je bio velik, što upućuje i na to da su u postizanju jednakopravnosti baš djeca najbolji zagovaratelji i promotori, jer su u svojim traženjima autentična.

Rezultati koji govore o odnosima djece i mladih u gradovima/općinama u vezi s mogućnošću sudjelovanja u životu zajednice i donošenju odluka, u najvećoj mjeri govore o tome kako djeca i dalje, barem u ovim zajednicama, nisu prepoznata kao relevantna društvena skupina. Njihovo sudjelovanje najčešće je deklarativno, pa se i oni sami pitaju

kakva je svrha takvog sudjelovanja, posebno stoga što njihovo mišljenje i preporuke (često i zahtjevi) nimalo ne utječu na donošenje odluka. Stoga, uzimajući u obzir suvremene trendove i razvoj nove kulture djece koju se shvaća kulturno, politički i komercijalno ozbiljno (30), lokalne zajednice bi u svoje strategije razvoja trebale uvrstiti aktivnu dječju participaciju. Svakako najvidljiviji aspekt dječje participacije su dječja predstavnička tijela koja su i dalje više rijetkost nego pravilo. No lokalne bi zajednice trebale planirano ulagati u povećanje dječje participacije i kroz osiguravanje sljedećih resursa:

- Ljudski resursi - voditelji i mentori koji su dostupni i posvećeni djeci. Voditelji i mentori za djecu ne bi trebali biti samo volonteri, već bi se u proračunu trebala jasno namijeniti sredstva za njihov rad, odnosno ako je riječ o zaposlenicima u lokalnoj samoupravi, taj dio rada s djecom trebao bi im biti priznat kao radno vrijeme.
- Prostorni i tehnički resursi koji uključuju i fizičke prostore za susrete, druženja i rad djece, ali i dostupnost digitalne potpore i umrežavanja. U tom smislu važno je omogućiti i komunikaciju s djecom putem društvenim mreža i medija koji su djeci poznati i bliski. Ovaj vid komunikacije može dodatno osnažiti i onu djecu koja inače nisu uključena u rad dječjih predstavničkih tijela, odnosno onu čije se mišljenje rjeđe čuje, pa se tako povećava i inkluzivnost sudjelovanja.
- Financijski resursi kao ciljani dio proračuna za rad dječjih predstavničkih tijela i dječjih inicijativa.

Osim pripreme i uključivanja djece, važno je imati na umu i značenje pripreme odraslih za povećanu dječju participaciju. Jedan od načina je sustavna i kontinuirana edukacija o dječjim pravima i dječjoj participaciji, koja uključuje i neke praktične vještine rada s djecom. Osim toga, važno za razvoj kvalitetnijih odnosa i razumijevanja u zajednici između odraslih (donositelji odluka) i djece je i osiguravanje prilika za razgovore i susrete djece s ključnim ljudima u zajednici (ravnateljima ustanova, gradonačelnicima, županima itd.).

Jedno od dodatnih načina kako da se podigne razina sudjelovanja djece u lokalnim zajednicama, ali i način rješavanja određenih socijalnih potreba i problema su participativna akcijska istraživanja. Njihov cilj je stvoriti znanje i socijalnu akciju koja će izravno koristiti određenoj skupini ljudi te ih tako ujedno i osnažiti, omogućujući im da sudjeluju u procesu stvaranja i primjene svoga znanja. Kod participativnih akcijskih istraživanja posebno se vrjednuje istinska posvećenost i dijalog između sudionika, u ovom slučaju djece i odraslih. U našoj zemlji postoji praksa uključivanja djece u akcijska istraživanja u obrazovanju (51) te bi ovakve prakse mogle biti i temelj sličnih projekata u drugim područjima društvenog života. Prenoseći to u praksu lokalnih zajednica,

možemo zaključiti kako će se akcijski istraživački projekti, u kojima djeca ravnopravno sudjeluju (osmišljavaju ih, vode), javljati u većem broju kad se riješe i neka elementarna pitanja vezana za sudjelovanje djece u odlučivanju u ovom sustavu, odnosno kad participacija nadiđe današnju deklarativnu razinu i postane polazna točka svakog postupanja prema djeci. Dobar primjer za to su akcijska istraživanja o kojima govori *Driskel* (46), opisujući pritom i cjelovitu metodologiju participativnog rada s djecom. Nadamo se da nismo daleko od tog trenutka, posebno vjerujući u vrijednosti razvoja i promjene pojedinaca, organizacija i zajednica, kako to navodi i *Checkoway* (52): "Pojedinci participiraju, organizacije se razvijaju, a zajednice se mijenjaju."

Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje je manjeg opsega i geografski specifično, s obzirom na to da je provedeno u tri grada/ općine, pa je važno je u obzir uzeti i neka ograničenja. Kad je riječ o generalizaciji podataka, kao što je i uobičajeno za kvalitativna istraživanja, nije moguća šira generalizacija zaključaka, no moguće je povezivanje s prijašnjim istraživanjima u zemlji i inozemstvu, pa je opravdano očekivati i prijenos rezultata u praksu u našoj zemlji.

U odnosu na sudionike istraživanja važno je naglasiti da su učenike za sudjelovanje birali ravnatelji i stručni suradnici škola, pa nije neočekivano da su to uglavnom dobri učenici, s različitim izvannastavnim aktivnostima, koji spremno i rado iznose svoje mišljenje. Iako ih to čini dobrim sugovornicima, to je istodobno i određeno ograničenje dječje perspektive. Naime, u fokusnim skupinama nisu bila zastupljena djeca iz ranjivih skupina kao što su ona s poteškoćama, pripadnici nacionalnih manjina, djeca s rizikom itd. To su istaknula i sama djeca, često naglašavajući kako je njima dobro, kako oni mogu sudjelovati itd., no kako to vjerojatno nije tako za svu djecu, posebno za onu iz ranjivih skupina. Kao što je već rečeno, djeca su se pokazala kao kompetentni sugovornici, neovisno o svojoj dobi i o mjestu iz kojeg dolaze, a još jedna dodatna vrijednost ovih konzultacija je i ta da su neka djeca naglasila važnost da se s njima razgovara i savjetuje na ovakav način. No u sljedećim istraživanjima ovog tipa svakako bi bilo važno osigurati uključivanje djece sa što heterogenijim obilježjima: podrijetlo, akademski uspjeh, interesi, poteškoće u razvoju, zajednica u kojoj žive itd. U odnosu na vjerodostojnost istraživanja i rezultata primijenjene su ove validacijske strategije: triangulacija istraživačica (podatke su prikupljale dvije istraživačice), podatci su analizirani i raspravljani u timu kako bi se smanjila analitička pristranost te su tijekom istraživanja i analize vođene terenske i analitičke bilješke.

Rad je nastao temeljem projekta „Jačanje kapaciteta lokalnih zajednica u ostvarivanju prava djece“, nositelj kojeg je

Savez društava „Naša djeca“, a financiran je sredstvima Ureda UNICEF-a za Hrvatsku.

LITERATURA

- Pavlović Z. Children's parliament in Slovenia. U: Verhellen E, ur. *Monitoring Children's Rights*. Martinus Nijhoff Publishers. Hague: Kluwer Law International; 1996; 327-46.
- Mataga Tintor A. Razlike u percepciji lokalne zajednice i prevencije poremećaja u ponašanju između ključnih ljudi s obzirom na spol. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2006;42:83-100.
- Mihić J, Novak M, Bašić J. Zajednice koje brinu: CTC upitnik za djecu i mlade u procjeni potreba za preventivnim intervencijama. *Ljetopis socijalnog rada*. 2010;17:391-412.
- Bašić J. Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Zagreb: Školska knjiga, 2009.
- Hart A, Gagnon E, Eryigit-Madzwamuse S i sur. Uniting resilience research and practice with an inequalities approach. *SAGE Open*. 2016;6:1-13. <https://doi.org/10.1177/2158244016682477>
- Lansdown G. The realisation of children's participation rights - critical reflections. U: Percy-Smith B, Thomas N, ur. *A Handbook of Children and Young People's Participation - Perspectives from Theory and Practice*. London: Routledge, 2010;11-23.
- Mrazek P, Biglan A, Hawkins JD. *Community monitoring systems: tracking and improving the wellbeing of America's children and adolescents*. National Science Foundation and Society for Prevention Research, 2007.
- Goldfeld S, Villanueva K. The Kids in Communities Study: what is it about where you live that makes a difference to children's development? *Early Childhood Matters: Moving towards Scale: Advancing Early Childhood Development*. 2017;126:35-9.
- Mataga Tintor A. Ključni ljudi u lokalnoj zajednici u prevenciji poremećaja u ponašanju djece i mladih. Magistarski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2004.
- Mataga Tintor A. Ostvarivanje prava djeteta u funkciji izgradnje otporne lokalne zajednice. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2011.
- Mataga Tintor A. Community resilience and the fulfilment of child rights in the family, school and community. *Center for Educational Policy Studies Journal*. 2013(1855-9719);3:71-91.
- Bessell S. Participation in decision-making in out-of-home care in Australia: what do young people say? *Child Youth Serv Rev*. 2011;33:496-501. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.05.006
- Mishna F, Antle BJ, Regehr C. Tapping the perspectives of children-emerging ethical issues in qualitative research. *Qual Soc Work*. 2004;3:449-68. <https://doi.org/10.1177/1473325004048025>
- Konvencija o pravima djeteta (1989.). Dostupno na: http://www.dijete.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=136&lang=hr (preuzeto srpanj 2012.).
- Mannion G. After participation: the socio-spatial performance of intergenerational becoming. U: Percy-Smith B, Thomas N, ur. *A Handbook of Children and Young People's Participation - Perspectives from Theory and Practice*. London: Routledge; 2010;330-42.
- Kodele T. Participacija učencev v procesu reševanja njihovih učnih težav. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, 2017.
- Thomas N. Towards a theory of children's participation. *Int J Child Rights*. 2007;15:199-218. doi: 10.1163/092755607X206489
- Begg I. Participation rights in Norway. U: Crimmens D, West A, ur. *Having Their Say: Young People and Participation: European Experiences*. London: Russell House Publishing, 2004;124-37.
- Whitty G, Wisby E. Whose voice? An exploration of the current policy interest in pupil involvement in school decision-making. *Int Stud Social Educ*. 2007;17:303-19.
- Dekleva B, Žorga S. Children's parliaments in Slovenia. U: Crimmens D, West A, ur. *Having Their Say: Young People and Participation: European Experiences*. London: Russell House Publishing, 2004;138-45.
- Crimmens D, West A. *Having Their Say: Young People and Participation: European Experiences*. London: Russell House Publishing, 2004.
- Miharija M, Kuridža B. Mišljenja i stavovi djece i mladih u Hrvatskoj. Istraživanje o dječjim pravima među djecom osnovnoškolskog uzrasta - rezultati. Zagreb: UNICEF; 2011.
- Brajša-Žganec A, Franc R, Merkaš M, Radačić I, Šerić M, Šikić-Mičanović L. Analiza stanja prava djece i žena u Hrvatskoj. Zagreb: UNICEF; 2012.
- Izvešće o radu Pravobraniteljice za djecu za 2015. Zagreb: Ured Pravobraniteljice za djecu Republike Hrvatske, 2016.
- Izvešće o radu Pravobraniteljice za djecu za 2016. Zagreb: Ured Pravobraniteljice za djecu Republike Hrvatske, 2017.
- Izvešće o radu Pravobraniteljice za djecu za 2017. Zagreb: Ured Pravobraniteljice za djecu Republike Hrvatske, 2018.
- Izvešće o radu Pravobraniteljice za djecu za 2018. Zagreb: Ured Pravobraniteljice za djecu Republike Hrvatske, 2019.
- Polić P. Što za pedagogiju znači pitanje o odnosu potreba i prava djeteta? *Pedagojska istraživanja*. 2015;12(1-2):149-62.
- Malone K, Hartung C. Challenges of participatory practice with children. U: Percy-Smith B, Thomas N, ur. *A Handbook of Children and Young People's Participation - Perspectives from Theory and Practice*. London, Routledge, 2010;24-38.
- Juul J, Jensen H. *Od poslušnosti do odgovornosti*. Zagreb: Naklada Pelago, 2002.
- Aldridge J. *Participatory Research, Working with Vulnerable Groups in Research and Practice*. Croydon: Policy Press, 2015.
- Hart R. *Children's Participation: from Tokenism to Citizenship*. New York: UNICEF. Innocenti Essays No. 4, 1992.
- Žižak A, Koller-Trbović N, Jeđud Borić I, Maurović I, Miroslavljević A, Ratkajec Gašević G. Što nam djeca govore o udomiteljstvu - istraživanje dječje perspektive udomiteljstva s preporukama za unapređenje. Zagreb: UNICEF, 2012.
- Čačinović Vogrinčić G, Mešl N. Uspostavljanje suradnog odnosa u socijalnom radu. U: Čačinović Vogrinčić G, Kobal L, Mešl N, Možina M, ur. *Uspostavljanje suradnog odnosa i osobnog kontakta u socijalnom radu*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Biblioteka socijalnog rada, 2007;3-49.
- Koller-Trbović N, Žižak A. Participacija korisnika u procesu procjene potreba i planiranja intervencija: socijalnopedagoški pristup. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2005.
- Cashmore J. Children's participation in family law decision-making: theoretical approaches to understanding children's views. *Child Youth Serv Rev*. 2011;33:515-20. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.05.008
- Tisdall EKM, Hinton R, Gadda AM, Mandel Butler U. Introduction: Children and Young people's participation in collective decision-making. U: Tisdall EKM, Hinton R, Gadda AM, Mandel Butler U, ur. *Children and Young People's Participation and Its Transformative Potential*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2014;1-21.
- Al Arasi HA. *A Study on Children's Perception of Their Local Living Environment*. Master Thesis. University of Twente, Netherlands; 2013. Posjećeno 18. ožujka 2020. na https://webapps.itc.utwente.nl/librarywww/papers_2013/msc/upm/alarasi.pdf
- Alarasi H, Martinez J, Amer S. Children's perception of their city centre: a qualitative GIS methodological investigation in a Dutch city. *Child Geogr*. 2016;14:437-52. doi: 10.1080/14733285.2015.1103836
- Derr V, Tarantini E. "Because we are all people": outcomes and reflections from young people's participation in the planning and design of child-friendly public spaces. *Local Environ*. 2016;21:1534-56. doi: 10.1080/13549839.2016.1145643
- Hume C, Salmon J, Ball K. Children's perceptions of their home and neighborhood environments, and their association with objectively

- measured physical activity: a qualitative and quantitative study. *Health Educ Res.* 2005;20:1-13. doi: 10.1093/her/cym074
42. Loebach JE. Children's Neighbourhood Geographies: Examining Children's Perception and Use of Their Neighbourhood Environments for Healthy Activity". *Electronic Thesis and Dissertation Repository.* 2016; 1690. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/1690>. Posjećeno 19. ožujka 2020.
 43. Marshall C, Byrne B, Lundy L. Face to face: children and young people's right to participate in public decision-making. U: Gal T, Faedi Duramy B, ur. *International Perspectives and Empirical Findings on Child Participation.* New York: Oxford University Press, 2015; 357-80.
 44. Osmak Franjić D, Borić I. Participacija djece u školi. Zagreb: Pravobranitelj za djecu Republike Hrvatske, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2019.
 45. Percy-Smith B. Councils, consultations and community: rethinking the spaces for children and young people's participation. *Child Geogr.* 2010;8:107-22. doi: 10.1080/14733281003691368
 46. Driskell D. *Creating Better Cities with Children and Youth: A Manual for Participation.* London: Earthscan, Routledge; 2017.
 47. Paradžik Lj, Jukić J, Karapetrić Bolfan Lj. Primjena fokusnih grupa kao kvalitativne metode istraživanja u populaciji djece i adolescenata. *Soc Psihijatrija.* 2019;46:442-56.
 48. Liebenberg L. The use of image-based methods in research with youth. In: Liebenberg L, Ungar M, ur. *Researching Youth Resilience.* Toronto: University of Toronto Press, 2009;129-52.
 49. Etički kodeks istraživanja s djecom. Zagreb: Vijeće za djecu Vlade RH. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, 2003.
 50. Jeđud Borić I, Koller-Trbović N, Žižak A. Pogled u način rada dječjih vijeća iz dječje perspektive. *Zrno: časopis za obitelj, vrtić i školu.* 2016;120-121:26-9.
 51. Bognar B, Zovko M. Pupils as action researchers: improving something important in our lives. *Educational Journal of Living Theories.* 2008;1:1-49.
 52. Checkoway B. What is youth participation? *Child Youth Serv Rev.* 2011;33:340-5. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.09.017

SUMMARY

Possibilities of local communities in the realization of children's rights from children's perspective

Ivana Borić

Local communities are an important factor in positive development of children and thus in the protection of their rights. In contemporary societies, local communities are increasingly perceived as places for active civil participation that includes active participation of children. Children are recognized as a social group and community resource, as stakeholders who can enhance life of the community through their proposals and initiatives. Therefore, active involvement of children, at least at the consultation level, has become a new practice in many communities. This paper presents a study conducted with children in three cities/municipalities in Croatia. The aim of the study was to investigate how children perceived capacity of communities to meet their needs. A qualitative research was applied. The results showed children to appreciate tidy and nice environment, the sense of security and availability of services in the community. When these elements were not fulfilled sufficiently, children were not satisfied. Children especially emphasised social aspect of life in their communities, i.e. good relationships and solidarity; in this particular aspect, children believed that their cities and municipalities should have done better. In relation to their own participation in local community, children considered that they were not recognized as important stakeholders and had no influence on decision-making.

Key words: COMMUNITY NETWORKS; HUMAN RIGHTS

Roditeljstvo/skrbnništvo, djeca i obitelj – klinički pristup

Ivan Begovac, Gordan Majić, Mara Tripković, Silvana Pleština*

Svako se dijete rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu, intenzivnih socijalnih interpersonalnih relacija, većinom unutar obiteljskog konteksta. Primjereno roditeljstvo/skrbnništvo i partnerstvo u obitelji karakterizira: dobra suradnja partnera, otvorena, direktna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima, kontinuitet i koherencija u odnosima, čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini. U literaturi postoje različiti modeli dijagnostike obitelji, a ovise o teorijskom usmjerenju pojedinog pravca. Potrebna je integracija različitih psihodinamskih, sustavnih i kognitivno bihevioralnih smjerova i terapija. Nekad je dovoljno u praksi od strane različitih stručnjaka (dječji i adolescentni psihijatri, pedijatri, drugi suradni stručnjaci) se samo orijentirati na progresivne tendencije cijele obitelji, odnosno pružiti suportivni terapijski stav roditeljstvu/skrbništvu.

Ključne riječi: RODITELJI; SKRBNICI; DIJETE; OBITELJ; PROCJENA

UVOD

Definirati obitelj danas nije nimalo lako. S jedne strane tradicionalno gledano, obitelj čine zajednicu roditelja i djece koja su vezana biološkim krvnim srodstvom i/ili zakonskim odredbama (npr. u slučaju posvojenja). Posljedično tome, s određenih teorijskih stajališta obitelj se može promatrati kao sustav koji uključuje subsustave (npr. roditeljski par, djeca kao subsustav itd.), te se unutar toga također može govoriti o konceptima granica, moći, komunikaciji, transgeneracijskom prijenosu itd. Znači da su s više tradicionalnog načina gledanja roditelji osobe koje skrbe za dijete kad ono rađanjem/skrbništvom/posvojenjem postaje dio jednog većeg socijalnog sustava. No ovu zajednicu mogu sačinjavati i par bez djece, samohrani roditelj i dijete itd. Pojedini autori s pluralističkim stajalištem opisuju međusobnu „predanost“ (*engl. commitment*) određenog broja osoba koje žive u zajednici (1) pa i ovu zajednicu mogu sačinjavati osobe koje se skrbe za dijete (*engl. caregiver system*). Oba prije navedena pristupa ne moraju se međusobno isključivati. U ovom tekstu će se engleska riječ „caregiver“ prevesti s terminom osobe koja se brine za dijete, odnosno kao skrbništvo, premda se u najširem smislu može upotrijebiti i riječ njegovatelj. No ta riječ u hrvatskom jeziku ima više medicinsko značenje u smislu zdravstvene njege. Riječ skrbništvo u ovom članku ima šire značenje, dakle osoba koja se brine za dijete (može uključivati i roditelje), a ne uključuje samo uži pravni termin.

U praksi i literaturi potrebno je jasno razlikovati intrapsihičku od interpersonalne dinamike. Prva govori o unutrašnjoj strukturi osobnosti, unutrašnjim konfliktima, reprezentacijama, identifikacijama, projekcijama itd., dok se interpersonalna razina odnosi na različite socijalne odnose (npr. koncept privrženosti, koncept intersubjektiviteta itd.). Tradicionalno su reprezentacije u psihoanalizi bile definirane kao kompleksni „unutrašnji materijali“ koji sadržavaju predodžbe o vlastitoj osobi i o drugim osobama, a utječu na posljedično ponašanje (i socijalnu interakciju). Nastavljajući se na interpersonalne odnose (dijadne), uvažamo i trijadne odnose (način odnosa između triju monada), kao i na komplicirane polidijadne odnose. Takvom razradbom upućuju na to kako je moguć nebrojeni niz kombinacija cijelog sustava odnosa, odnosno može se govoriti i o cijelom sustavu u svojoj cjelini.

Poznati je model u literaturi da iza socijalne interakcije roditelj-dijete (interpersonalna razina) stoje određene reprezen-

* Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu,
Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju,
Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, KBC Zagreb,
Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb; e-mail: ivan.begovac@mef.hr

Primljeno/Received: 10. 5. 2020., Prihvaćeno/Accepted: 23. 6. 2020.

tacije pojedinog sudionika dijade (intrapsihička razina), vidi detaljnije o modelu u *Stern-Bruschweiler i Stern* (2), u drugim udžbenicima (3), kao i druge slične reference.

Uvodno se može reći da u jednoj obitelji važnu ulogu mogu imati biološki čimbenici (npr. *engl. caregiver brain system and infant brain system*), kao i psihološki (intrapsihički, kao i interpersonalni), ali ne treba zanemariti ni sociokulturne čimbenike (npr. način odgajanja djece u kulturama može biti vrlo različit, npr. u zapadnoj kulturi je naglasak na monadama, dijadama i trijadama, dok se u afričkoj kulturi za odgoj djece skrbi više osoba, odnosno cijelo selo) (4).

Zaključno rečeno, svako se dijete većinom rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu koji uključuje različite socijalne interpersonalne relacije, većinom unutar obiteljskoga kruga. Primjereno roditeljstvo/skrbnništvo i partnerstvo u obitelji karakterizira: 1. Dobra suradnja partnera, 2. Otvorena, direktna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima, 3. Kontinuitet i koherencija u odnosima, 4. Čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini (5). Obitelj pruža djetetu bazične relacije s emocionalnim privrženostima i bihevioralnim ograničenjima. Obitelj pruža djetetu mrežu interpersonalnih odnosa dijadne i trijadne naravi. Obitelj je model za socijalno ponašanje, mogućnost emocionalnog doživljavanja i kognitivni razvoj. Obiteljski sustav, osim unutrašnje konzistencije (mi - osjećaj) sadržava i fleksibilnost (autonomija i individualnost pojedinih članova), održavajući stalni (emocionalni) balans između primanja i davanja (5).

DIJAGNOSTIKA OBITELJI

Uvodni aspekti dijagnostike

Dijagnostika obitelji je nužan preduvjet različitih kliničara, da bi se u procesu radne dijagnoze postavila hipoteza o funkcioniranju jedne obitelji, koja bi onda poslije mogla imati i praktične kliničke terapijske implikacije. Dijagnostika obitelji je vrlo kompleksan proces i u literaturi se nalaze različite mogućnosti dijagnostike ili promatranja koji ovise o bazičnoj edukaciji stručnjaka. Ovdje se može razlikovati dijagnostika pojedine osobe (monade), kao i dijagnostika dijada, trijada te cijelog obiteljskog sustava u cjelini.

Dijagnostika jednog roditelja/skrbnika slična je dijagnostici koja se inače primjenjuje kod dijagnostike individue (monade), a može uključivati vlastitu povijest, intrapsihičku dinamiku (reprezentacije), psihička odstupanja itd. Slično prije rečenome, dijagnostika pojedinog djeteta također je upućena na vlastitu povijest, intrapsihičku dinamiku, komunikacijske i interpersonalne sposobnosti itd.

Dijagnostika para roditelja/skrbnika orijentira se na dijadne procese. Kod dijagnostike dijade spominju se cirkularni pro-

cesi: s jedne strane postoji horizontalna os afilijacije sa dva pola - neprijateljsko *versus* prijateljsko; s druge strane postoji okomita os s polovima dopuštajuće *versus* kontrolirajuće (6). Iz ove cirkumpleksne konstelacije može proizlaziti ukupno osam mogućnosti načina interpersonalnih odnosa. Slično se može primijeniti na bilo koju dijadu unutar obitelji (npr. pojedini roditelj/skrbnik-dijete). Slično se može primijeniti i na trijadne konstelacije. Mogu se procjenjivati trijade (npr. dijete-majka-otac), ili se mogu primijeniti drugi primjeri. Horizontalna os je afilijacija (prijateljsko *versus* neprijateljsko), dok su na okomitoj osi fleksibilnost *versus* rigidnost. Primjer oznake "Odnosi u trijadi su rigidni i uz napore se održavaju" je kad postoji rigidni i opsesivni interakcijski stil, uz nedostatak emocionalnosti unutar trijade. Sličnu procjenu monada, dijada i trijada čini i klasifikacija Zero to five (7.). Dijagnostika obitelji kao sustava (kao cjeline) bit će poslije navedena u tekstu.

Dijagnostički intervju s obitelji

Najvažnije dijagnostičko sredstvo je intervju sa cijelom obitelji i može se reći da je to zlatni standard dijagnostike (8). Sadržajna struktura i tijek intervjua dijeli se u više područja, koje ispitivač prilagođava konkretnoj obitelji. Tijekom intervjua služi se anamnezom i opservacijom. Naime, u sljedećem tekstu će biti prikazan modificirani, integrativni i bazični model obiteljske dijagnostike, koji objedinjuje sustavno, kognitivno bihevioralno i psihodinamsko gledanje.

Početni tijek intervjua se odnosi na uzimanje pojedinih podataka o obitelji, naime anamneze dijadnih i trijadnih odnosa već su se dobile tijekom uzimanja razvojne anamneze (interpersonalni, socijalni odnosi). Osim anamnestičkih podataka, važna je i opservacija interakcije (interakcijska razina), npr. emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, koncept privrženosti itd.

Bazični (osnovni) anamnestički podatci o obitelji i tko čini njenu strukturu. Dobivaju se osnovni podatci o dobi pojedinih članova obitelji - bolesti u obitelji (malformacije, kronične bolesti, psihički problemi). Roditelji mogu imati osjećaj krivnje ako postoji podatak o nekim psihičkim bolestima u obitelji, pa ih može mučiti pomisao na mogućnost da dijete naslijedi neki psihički poremećaj. Kakva je individualna osobnost, razvoj, psihopatologija djeteta? Ovi se podatci mogu dobiti već i drugim anamnestičkim podacima. Dobivaju se opći podatci o obiteljskoj situaciji: kakav je socioekonomski položaj, podatci o stanovanju, razvojna faza obitelji u životnom ciklusu (i druge vanjske situacije npr. zaposlenost roditelja). Koncept faza obitelji u životnom ciklusu je s današnjeg stajališta termin koji je potrebno modificirati. Uz to mogu biti važna pitanja o tome kakvi su osobnost i razvoj roditelja (njihov individualni razvoj te kako su se oni odnosili prema svojim roditeljima, stavovi i ponašanja roditelja, nji-

hove kompetencije i snage, njihova funkcija u ulozi roditelja/skrbnika). Kakav je partnerski odnos, naime postoji li partnerski ili obiteljski konflikt, ili razlika u načinu roditeljstva? Koji su načini roditeljstva (autoritativni, autoritarni, permisivni i indiferentni)? Klasična podjela roditeljskih odgojnih načina uključuje četiri kategorije, a slično su konceptualizirani kako je već prije navedeno u uvodu, prema modelu, gdje je na jednoj osi dimenzija - afektivna rezonanzivnost *versus* zahtjevnost na drugoj osi (9,10). Uz to mogu biti važna pitanja o tome kakvo je zajedničko roditeljstvo (*engl. coparenting*), npr. u slučaju rastave roditelja (11). Važna su i pitanja tome postoje li rastave, separacije, samohrano roditeljstvo, adopcija, ponovni bračni status pojedinog roditelja s drugim partnerima, življenje djece s drugom djecom iz drugih brakova roditelja i s njihovim drugim partnerima itd. Sva ova pitanja zahtijevaju dodatnu posebnu pozornost.

U današnje vrijeme važno je znati postoji li učinkoviti roditeljski/skrbnički nadzor djece, koji između ostalog govori i o kakvoći interpersonalnih odnosa između roditelja i djece. Ovdje se misli na roditeljski nadzor nad druženjima svoje djece i nad nekontroliranom izloženosti lošim aspektima medija i interneta. Znači da treba dobiti osnovne informacije o dovoljno dobroj brizi roditelja za dijete. Posebno su važna zapažanja roditelja o djetetu i očekivanja (fantazije) o njemu (ili drukčije rečeno, reprezentacije roditelja/skrbnika), odnosno kakvo simboličko značenje ima dijete za pojedinog roditelja. Npr. majka može imati kaotične reprezentacije (npr. loše i nestabilne reprezentacije o svojem djetetu) ako je i sama imala dezorganiziranu privrženost u svojem djetinjstvu, odnosno nerazriješeni vlastiti odnos s roditeljima. Postoji li nerealistično očekivanje od djeteta? Ovdje se mogu zrcaliti nesvjesni transgeneracijski prijenosi.

Važna su i pitanja o tome kakvo je djetetovo ponašanje u odnosu na roditelje/skrbnike, pokazuju li djeca osjećaje, može li se dijete radovati, kakve su njegove empatijske sposobnosti, kakve su reakcije na kratke rastanke? Imaju li osjećaje ovisnosti, samostalnosti, drži li se pravila i dogovora, kako dijete sebe doživljava u svojoj obitelji? Ovdje pojedini autori govore o centrifugalnim silama u obiteljskom sustavu, kad su obitelji vrlo bliske i ne dopušta se autonomija pojedinih članova. S druge strane, centripetalne sile bi govorele o obiteljima koje su formalno zajedno, naglasak je na autonomiji pojedinih članova, no ne postoji unutrašnja bliskost, ili kako bi drugi autori rekli kohezivnost obitelji kao cjeline. Nadalje, dobiva se podatak o osobnosti, razvoju i psihopatologiji braće/sestara, koji je položaj braće i sestara, kakav je odnos pacijenta prema drugim članovima obitelji, kakve su interakcije i aktivnosti unutar obitelji (kakva je međusobna izmjena, igra, konkurencija, rivalitet, solidarnost, empatija i *feedback*, svađaju li se djeca neprestano, postoje li agresivni i/ili stvarni sukobi)?

Podatci o pojedinim aspektima obitelji odnose se na stabilnost obitelji/doma, emocionalnoj klimi u cijeloj obitelji, o privrženosti, obiteljskim interakcijama (monada, dijada, trijada), komunikaciji, socijalnim ulogama (atribucije), obiteljskim granicama (subsustavi, koalicije), psihodinamskim aspektima (npr. kontrola, moć, nesvjesne fantazije, mistifikacije, projekcije itd.); o obiteljskim socijalnim vrijednostima, odnosno shvaća li se obitelj kao sustav potpore. Socijalne uloge (atribucije) govore o biološkim datostima, sociokulturnim utjecajima i socijalnim stereotipima, ali i o individualnoj i skupnoj psihodinamici. Mogu biti korisna ova pitanja: je li obitelj kao sustav dovoljno strukturirana (kohezivnost) i pruža li bazične osnove za njegu, ljubav i pozornost, ali isto tako je li i dovoljno fleksibilna na nove promjene? Kakve su granice između generacija, jesu li one stabilne/nestabilne i propusne/ nepropusne? Postoje li neki obiteljski stresovi u posljednje vrijeme? Svaki pojedini član ima svoje viđenje obitelji koje je važno i koje se može prihvatiti kao dio mozaika funkcioniranja cijele obitelji (različite perspektive svakog pojedinog obiteljskog člana). Dobivaju se podatci o široj socijalnoj sredini, kao i o kulturološkim utjecajima, npr. koliko je obitelj integrirana u širi socijalni sustav.

Genogram može biti koristan kao tehnika kod dijagnosticiranja obitelji. Genogram omogućava uvid u strukturu, dinamiku i prošlost obiteljskog sustava kroz više generacija u vertikalnom i horizontalnom presjeku. Registrira obiteljske obrasce i način na koji prošli događaji utječu na sadašnje i buduće relacije u obiteljskom sustavu. Uključuje minimalno tri generacije (transgeneracijski prijenos), daje uvid u dinamiku obitelji, odnosno daje simboličan prikaz transgeneracijskih životnih ciklusa obitelji, uključujući neke važne životne događaje i međusobne odnose obiteljskih članova. Detaljnije je o genogramu pisano u drugim udžbenicima (12). Današnja kritika genograma je da je riječ o pretežito deskriptivnom načinu gledanja na obitelj, npr. uzimaju se u obzir samo važni životni događaji i trenutni činjenični odnos življenja članova kod različitih generacija.

Sljedeća važna točka kod intervjua može biti odnos prema djetetovu problemu. Razrađuje se odluka o dolasku i podrijetlu upućivanja obitelji na pregled, s temeljnim pitanjem zašto se baš sad obitelj obraća terapeutu. Sagledavamo kako obitelj prezentira djetetov problem, kako su ga shvatili (emocionalno, kognitivno) drugi članovi i obitelj u cjelini te kako je problem prethodno rješavan. Rješavanje prošlih problema u jednoj obitelji može biti dobar orijentir za aktualni smjer moguće intervencije. Određuje se značenje djetetova simptoma za obitelj, osigurava li homeostazu ove obitelji. Ovi podatci mogu biti vrlo dragocjeni u razumijevanju djetetovog problema, ali i obitelji u cjelini. U odnosu na problem djeteta sljedeće pitanje može biti važno, a to je koje su mogućnosti rješavanja problema cijele obitelji. Intervju s

obitelji mora uzeti u obzir progresivne tendencije cijele obitelji, odnosno orijentaciju na daljnji razvoj, na snage i resurse (8).

Pri kraju intervjua slijedi samorefleksija terapeuta i koterapeuta (rezonancija i/ili kontratransferni osjećaji), radne hipoteze te indikacije. Naime, u dječjoj psihijatriji je uobičajeno da intervjuu prisustvuju barem dva terapeuta, no to nije nužno. Kako se terapeut i koterapeut osjećaju u susretu s obitelji, osjećaju li se umorno, napadnuto, iscrpljeno, ili pak ushićeno, osvježeno? Idući korak je formiranje radne hipoteze o funkcioniranju obitelji sukladno psihodinamskim, kognitivno bihevioralnim i sustavnim modelima, a koje su važne za daljnje intervencije. Tijekom cijelog intervjua procjenjuje se motivacija cijele obitelji za eventualnu terapiju. Prema potrebi će se intervju sastojati od više seansi (sastanaka), kad se budu pokušali evaluirati drugi prije navedeni aspekti. Prema pojedinim autorima indikacije za obiteljsku terapiju su izrazita patologija pojedinog djeteta, poticanje autonomije adolescenta iz primarne obitelji, kao i drugi pojedini psihički poremećaji djece. Svakako da je pretpostavljena i značajna obiteljska disfunkcija, odnosno potreba obitelji da se dalje razvija (13). Na početku obiteljske terapije potrebno je jasno izgraditi terapijski savez, pa će se s vremenom iskristalizirati potreba za daljnjom intenzivnom obiteljskom terapijom. Korisno je na kraju formulirati pismeni nalaz za medicinsku dokumentaciju. Danas u literaturi postoji niz terapijskih pristupa, koji zahtijevaju posebnu edukaciju terapeuta.

Kao dodatna dijagnostika obitelji mogu se primijeniti strukturirane ljestvice za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja (projektivne tehnike, skulptura obitelji, crteži npr. familio-gram - kada dijete crta svoju cijelu obitelj, mjerenje disfunkcionalnosti obitelji, FAD; FACES, FAM, itd.) (14 - 17). Većina instrumenata se fokusira na sljedeća tri područja (18) 1. individualne karakteristike pojedinaca, 2. značajke dijadnih interakcija, 3. funkcioniranje obitelji kao cjeline. U ovim su instrumentima često istraživani koncepti interakcije, roditeljskog stila, komunikacije, emocionalnosti, rješavanja problema, obiteljske kohezije, obiteljske adaptabilnosti, hijerarhije i moći, obitelji kao sustava, obiteljske klime i drugi koncepti.

Klinička vinjeta

Na pregled dječjem psihijatru došla je mlada majka sa svojim sedmogodišnjim sinom. Neposredni razlog dolaska su dječakovi povremeni emocionalni problemi. Obavila se dijagnostika ove dijade, odnosno obitelji. Anamnestički se saznaje da je majka dijete rodila kao maloljetnica, izložena partnerovom nasilju u vrijeme svoje adolescencije. Iz majčine povijesti saznaje se i o nizu nepovoljnih životnih okolno-

sti. Majka je trudnoću i nekoliko godina nakon porođaja provela u zaštićenju institucionalnoj sredini, gdje se godinama radilo na ojačavanju roditeljstva i poboljšanju interakcije majka - dijete. Trenutno je to obitelj samohrane majke sa sinom, samostalno žive zajedno, majka je zaposlena u jednoj zaštićenju udruzi. Ona se dodatno educira u jednoj profesiji i pozitivno je usmjerena prema tome. Obavila se dijagnostika dijade. U interakciji majka - sin zapaža se dovoljno dobra emocionalna toplina i kohezivnost odnosa. U majčnim reprezentacijama zapaža se dovoljna balansiranoost u odnosu prema svom sinu, u smislu diferencijacije vlastitih konflikata od potreba samog djeteta. U terapijskom smislu se u nekoliko fokusiranih suportivnih intervencija radi psihoterapija majka-dijete, ojačavajući majčine reprezentacije, istodobno ojačavajući i interakciju majka - dijete. Također se ojačavaju prirodne snage i tendencije ove dijade.

Terapijski aspekti

U konkretnom kliničkom slučaju kod stručnjaka (dječjeg i adolescentnog psihijatra, pedijatra ili drugih suradnih stručnjaka) pitanje je kako terapijski intervenirati. Minimum dijagnostičke procjene je opisan prije u tekstu i on prethodi eventualnim terapijskim intervencijama. Često je u praksi dovoljna dijagnostika i neće se primijeniti dodatna terapija. U slučaju da je ona potrebna, kliničar će procijeniti hoće li se provoditi pojedinačno samo s djetetom (individualne terapije djece mogu se raditi već od djetetove četvrte godine), hoće li se raditi pojedinačno samo s roditeljem, hoće li se provoditi dodatno s roditeljima uz individualnu terapiju s djetetom, hoće li se primijeniti psihoterapija roditelj - dijete (obično do djetetove sedme godine), hoće li se primijeniti partnerska terapija i naposljetku hoće li se provoditi obiteljska terapija ili će postojati kombinacija različitih terapija. Izbor će svakako ovisiti i o prezentiranoj psihopatologiji, ali i o konkretnim mogućnostima terapeuta (edukacija, dovoljno vremena, stabilan okvir terapije itd.).

U slučaju kad se terapeut odluči provoditi obiteljsku terapiju, osim njenog stabilnog okvira, potrebna je educiranost terapeuta. U svijetu postoji niz obiteljskih terapija koje se mogu primijeniti: psihodinamske, systemske, kognitivno - bihevioralne, tzv. humanističke, eklektičke, narativne itd., vidi detalje o različitim obiteljskim terapijama u drugim udžbenicima obiteljske terapije (1, 18).

ZAKLJUČAK

U ovom tekstu pokušali smo na ateoretičan način prikazati klinički pristup obitelji u cjelini te pojedinim dijadama i trijadama. Dijagnostika obitelji izuzetno je važna i obuhvaća niz segmenata koje je potrebno ispitati i razumjeti kako bi se planirale eventualne daljnje intervencije.

LITERATURA

1. Goldenberg I, Stanton M, Goldenberg H. Family therapy - an overview. 9. izd. Australia: Cengage Learning, 2017.
2. Stern-Bruschweiler N, Stern DN. A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health J.* 1989;10:142-56.
3. Zeanah CJ, Doyle Zeanah P. Infant mental health – the clinical science of early experiences. U: Zeanah CH Jr, ur. *Handbook of Infant Mental Health.* 4. izd. New York: The Guilford Press, 2019;5-24.
4. McDermott JF. Effects of ethnicity on child and adolescent development. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry.* 2. izd. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996;411-5.
5. Bürgin D. *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter.* Stuttgart: Gustav Fischer, 1993.
6. Arbeitskreis OPD-KJ-2. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter.* 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
7. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, et al. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc:0-5: selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J.* 2016;37(5):471-475. doi:10.1002/imhj.
8. Matzejat F, Schulte-Markwort M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* 5. izd. Bremen: UNI-MED, 2013.
9. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs,* 1967;75:43-88.
10. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. U: Mussen PH, Hetherington EM, ur. *Handbook of Child Psychology.* Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development. New York: Wiley, 1983;1-101.
11. McHale JP, Irace K. Coparenting in diverse family systems. U: McHale JP, Lindahl KM, ur. *Coparenting: A Conceptual and Clinical Examination of Family Systems.* Washington, DC: American Psychological Association, 2011;15-37.
12. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. *Genograms: Assessment and Intervention.* 3. izd. New York: WW Norton & Company, 2008.
13. Prpić M. *Psihoterapija obitelji.* U: Nikolić S, ur. *Mentalni poremećaji u djece i omladine* 3. izd. Zagreb: Školska knjiga, 1992;103-20.
14. DeZan D. *Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji.* Zagreb: Medicinska naklada, 2013
15. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther.* 1983;9:171-80.
16. Olson D. FACES IV and the circumplex model: validation study. *J Marital Fam Ther.* 2011;37:64-80
17. Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios, G. Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning. *J Fam Ther.* 2000;2:190-21
18. Matzejat F. *Familiendiagnostik.* U: Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine praktische Einführung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2011;78-81.
19. Vidović V. *Obiteljska i bračna terapija.* U: Kozarić Kovačić D, Frančišković T, ur. *Psihoterapijski pravci.* Zagreb: Medicinska naklada, 2014;205-20.

SUMMARY

Parenting/caregiving, children and family – clinical approach

Ivan Begovac, Gordan Majić, Mara Tripković, Silvana Pleština

Every child that is born into this world lives in a unique social environment consisting of interpersonal relationships, particularly within the context of family. Appropriate parenting/caregiving and partnership in a family is characterized by good cooperation of partners; open and direct communication, with clear and sincere non-verbal expressions; continuity and coherence in relationships; and strength, but also flexibility, of the family system as a whole. In the literature, there are various models of family assessment, each depending upon theoretical direction of the individual models. Integration of various psychodynamic, systemic and cognitive behavioural models and therapy is essential. In practice, it is important for healthcare professionals such as child and adolescent psychiatrists, paediatricians and other experts to focus on the progressive tendencies of the family as a whole and offer support to parents/caregivers.

Key words: PARENTS; CAREGIVERS; CHILD; FAMILY; ASSESSMENT

Gorski kotar – prijatelj djece (Stanje i mogućnosti)

Josip Grgurić¹, Ivica Knežević², Đulija Malatestinić³, Goran Ivanišević⁴,
Dubravka Ortyński⁵, Dragica Marač⁶, Snježana Krpes⁷, Jadranka Mustajbegović⁸,
Andro Bauer⁹, Daniel Trošić¹⁰, Dragica Glad¹¹

Pregledni rad o najznačajnijem društvenom problemu koji ima za cilj zainteresirati i pokrenuti društvo radi revitalizacije Gorskog kotara, ali na objektivnoj vrijednosti jednoga kraja koji su nazivali „Mala Švicarska“ (mala Švicarska), a danas ga zovu „Zeleno srce Hrvatske“. Slijedom takvih slogana koji idealiziraju jedan kraj, a stvarnost je depopulacija tog područja, pitanje je kako zaustaviti ta negativna kretanja. Odgovor je jednoznačan, treba krenuti od djece.

Ključne riječi: HRVATSKA

UVOD

Hrvatska je u traženju svog gospodarskog identiteta između mnogobrojnih potencijala kao što su brodogradnja, poljoprivreda, industrija, suvremene informatičke mogućnosti te veliki turistički izazovi. Na regionalnom planu pojavljuju se i Gorski kotar, kraj s mnogobrojnim neistraženim potencijalima, od kojih je vjerojatno dominantan turizam. Posebno je značajno to što Gorski kotar ima stoljetnu tradiciju klimatski povoljnog utjecaja na ljudsko zdravlje. Mnogobrojni su klimatski povoljni i nepovoljni činitelji koji djeluju na ljudsko zdravlje. Baš klimatsku prednost koju neki kraj ima na čovjekovo zdravlje umnogome određuje njegovo mjesto življenja, a posebno je značajna u odabiru kraja i mjesta za odmor. Ta se činjenica nedovoljno uzima u obzir prilikom investicijskog ulaganja i ljudskih životnih destinacija. Uz klimatske činitelje koji određuju neku destinaciju turističkom, važan je i ljudski potencijal. Nažalost, taj je kapital u odnosu na Gorski kotar insuficijentan, jer je to područje uvijek bilo izvor emisijskih tijekova kadrova, a posebno nakon velikih ekonomskih kriza i ratnih kataklizmi. Nakon ratnih zbivanja devedesetih na području Gorskog kotara prisutna je dezorijentacija s obzirom na razvoj turizma. Istina, postoje programi razvoja na županijskim lokalnim razinama, ali nisu popraćeni izvorima financijskog kapitala, pa su tako ostali kao deklarativni izričaji.

Jedna od najtužnijih priča su uništeni turistički kapaciteti bivših vojnih objekata u Skradu, koji su prethodno služili za

zdravstveni oporavak djece te su dodijeljeni Skradu za šire zdravstveno-rekreativne potrebe. Nažalost, ta ideja do danas nije realizirana i ako je još i sad otvorena. Radi senzibilizacije stručne i društvene javnosti za zdravstveno rekreativne potencijale Skrada organizirano je 15 simpozija Preventivne pedijatrije u Skradu, koji su potvrdili stručnu opravdanost takvog projekta, ali bez pravih investitora, a na globalnom planu razvija se ravnodušnost, apatija i rijetke sporadične inicijative.

Jedna od posljednjih je pod nazivom „Mrkopalj- mjesto zdravog življenja“ u organizaciji općine, Turističke zajednice i Akademije medicinskih znanosti Hrvatske radi revalorizacije klimatskih uvjeta, koji su preduvjeti za programe razvoja turizma. Prošle i ove godine održana su dva stručna sastan-

¹ Ured Unicefa za Hrvatsku

² Grad Delnice

³ Upravni odjel za zdravstvo Primorsko-goranske županije

⁴ Lječilište Veli Lošinj

⁵ Društvo Goranin

⁶ Upravni odjel za socijalnu politiku i mlade Primorsko-goranske županije

⁷ Društvo „Naša djeca“ Hrvatske

⁸ Katedra za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

⁹ Hrvatski savjet za zelenu gradnju

¹⁰ Upravni odjel za socijalnu politiku i mlade Primorsko-goranske županije

¹¹ Društvo „Naša djeca“ Ravne Gore

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med., Ured Unicefa za Hrvatsku, Radnička cesta 41, Zagreb, E-mail: jgrguric@unicef.hr

ka u Mrkoplju na temu valorizacije goranskoga kraja (1, 2). Uz to je u Mrkoplju županija organizirala panel „Gorski kotar u fokusu“, koji je razmatrao opće društveno-ekonomsko stanje u županiji, te se nametnula potreba da se u tom smislu organizira skup koji će u žižu svojih razmatranja staviti dijete, pod nazivom „Goranski paneli - dijete u fokusu“. Navedeni panel održan je 12. studenog 2019. godine u Mrkoplju. Dakako, kad razgovaramo o djeci, onda u našim prostorima dominantno mjesto imaju nepovoljna demografska kretanja, koja su povezana s društveno-ekonomskom situacijom i nedovoljno valoriziranim značenjem djeteta kao faktora ljudske sreće. Slijedom takvog razmišljanja formulirani su i zaključci ovog prvog panela prema trima povezanim područjima u kojima svaki od njih, uz šire globalne inicijative, traži i one lokalne:

- a) Demografsko područje je vrlo kompleksno, ali uz nacionalna opredjeljenja traži i lokalne motivacije.
- b) Društveno - ekonomski aspekt traži pokretanje lokalnih inicijativa. Jedna od takvih je i „Mrkopalj-mjesto zdravog življenja“.
- c) Dijete kao subjekt razvoja izražen Konvencijom o pravima djece pokrenuo je mnoge inicijative u prilog djece kao što je ova „Gradovi općine-prijatelji djece“ (3, 4).

Na kraju panela predloženo je da se nastavi njegovo održavanje s različitom tematikom i u raznim lokalnim zajednicama. Za sljedeću temu i mjesto predlaže se Ravna Gora s temom: „Goranski paneli o djeci - stanje i mogućnosti“.

O Gorskom kotaru – područje razmatranja

Gorski kotar je geografska cjelina koja se na jugoistoku prostire do ogulinske kotline, na sjeveroistoku do Zdihova. Njegovu jugozapadnu granicu prate vrhovi Dinarida na prosječnoj nadmorskoj visini od 750 metara, sjeverozapadnu granicu čini stari rimski zid Limes od Prezida do Klane, a sjeverna granica su mu rijeke Čabranka i Kupa.

Površina Gorskog kotara iznosi 1275 km² i zauzima 1/3 Primorsko-goranske županije. Prema posljednjim procjenama nastanjuje ga nešto manje od 20.000 stanovnika s prosječnom gustoćom naseljenosti od 15,7 stanovnika po km². Više od 85% površine Gorskog kotara čine šume!

Prvi kartografski prikaz Gorskog kotara seže u 16. stoljeće i naziva se „Vražji vrt“ ili „Hortus diabolicus“. Posebnu važnost u razvoju Gorskog kotara imale su povijesne prometnice: Karolina, koja je građena od 1726. do 1732. a povezivala je unutrašnjost, preko Vrbovskog - Ravne Gore - Mrkoplja - Fužina s Bakrom, te Lujzijana koja je građena od 1803. do 1811. od Fiumare u Rijeci do Marmontove aleje u Karlovcu.

Osnivanjem Severinske županije 2. rujna 1776. godine formiraju se dva kotara Kupski i Primorski, a zbog boljeg i sigurnijeg

prometovanja te učinkovitije sudbene vlasti, na zahtjev Hrvatskog kraljevskog vijeća u Zagrebu, carica Marija Terezija ocijenila je opravdanim zahtjev za osnivanje i trećega kotara, pa svojim reskriptom Processus montanus 7. studenoga 1776. godine u Beču, osniva i treći kotar - Gorski kotar.

Nažalost, trebalo je proći 230 godina da bi se prvi put od njegovog osnutka obilježio datum proglašenja, što je obavljeno 7. studenog 2008. u prepunoj športskoj dvorani u Delnicama uz nazočnost tadašnjeg predsjednika Republike Hrvatske, gospodina Stipe Mesića. Otada, zaslugom Društva Gorana iz Zagreba, Gorski kotar je promoviran u Bruxellesu, Šopronu, Zadru, Osijeku, Karlovcu, prije 10-tak godina u travnju na središnjem zagrebačkom trgu, kao i još i sad živućim Međunarodnim festivalom heligonki koji se svake godine održava u maloj dvorani Koncertne dvorane Vatroslava Lisinskog. U Radničkom domu u Delnicama 2018. godine svečanom je akademijom obilježena 240. obljetnica postanka Gorskog kotara. Premda Primorskog i Kupskog kotara više nema, naša je dužnost da po svaku cijenu sačuvamo postojanje Gorskog kotara i goranskog čovjeka, kao nedjeljivog dijela identiteta koji moramo i dalje isticati i nadasve se njime ponositi. Da bismo u tome uspjeli, u taj proces treba uključiti najmlađe, već u vrtićkoj dobi, te osnovnoškolce i srednjoškolce primjerenim edukativnim sadržajima koji će ih poučiti o povijesti Gorskog kotara i na taj način jačati goranski identitet pripadnosti. No uz to valja njegovati i svu raznolikost i ljepotu goranskih govornih idioma kao posebni znak identiteta i pripadnosti. U tom smislu potrebno je i dalje naglašavati vrijednost toga kraja (5).

Demografski pokazatelji Gorskog kotara

Opće značajke demografskog razvoja Gorskog kotara u prethodnih deset godina (2001. do 2011.), po svom smjeru i predznacima, bitno ne odudaraju od onih iz razdoblja 1991. do 2001. godine kad je iznosio - 14,4% (Tablica 1).

Prema navedenim pokazateljima Gorski kotar postaje višedesetljetno depopulacijsko žarište Primorsko-goranske županije. Kao i u prethodnom desetljeću, porazna je demografska činjenica da baš sve administrativno-teritorijalne goranske jedinice bilježe pad broja stanovnika, u rasponu depopulacije između ekstremne (Skrad: 20,9%) do granice umjerene depopulacije zabilježene u Delnicama (5,5%). Slična dinamika kretanja broja stanovnika bila je prisutna i u prethodnih dvadeset godina, dok najozbiljnije negativne procese, koje svrstavam u pojavu „izumiranja stanovništva“, osim u Skradu, zatičemo i u Mrkoplju, Vrbovskom i Čabru (8, 9).

Prirodno kretanje stanovnika Gorskog kotara u razdoblju od 2001. do 2011. godine je negativno, prisutan je negativni priraštaj, što znači da je umiranje bila učestalija pojava nego

rađanje. Stopa mortaliteta od 2001. do 2011. godine varira između 11,3 i 14,4‰, uz nisku razinu nataliteta između 6 i 6,9‰, što rezultira prosječnom godišnjom stopom prirodnog pada oko 6,6‰, da bi na kraju dovelo do smanjenja broja stanovnika. Općina Brod Moravice na vrhu je ljestvice najviših stopa mortaliteta, ne samo u Gorskom kotaru i Primorsko-goranskoj županiji, već i u našoj Republici (2011. godine 30,01‰).

TABLICA 1. Kretanje stanovništva Gorskog kotara u razdoblju 1991.-2011.

Gradovi/općine	Broj stanovnika			2011/2001 %
	1991	2001	2011	
Brod Moravice	1 196	985	866	-12
Čabar	5 169	4 387	3 770	-14
Delnice	6 858	6 262	5 952	-5
Fužine	2 000	1 885	1 592	-15
Lokve	1 255	1 120	1 049	-6
Mrkopalj	1 823	1 407	1 214	-14
Ravna Gora	3 167	2 724	2 430	-11
Skrad	1 549	1 333	1 062	-21
Vrbovsko	7 528	6 047	5 076	-16
Gorski kotar	30 545	26 150	23 011	-12

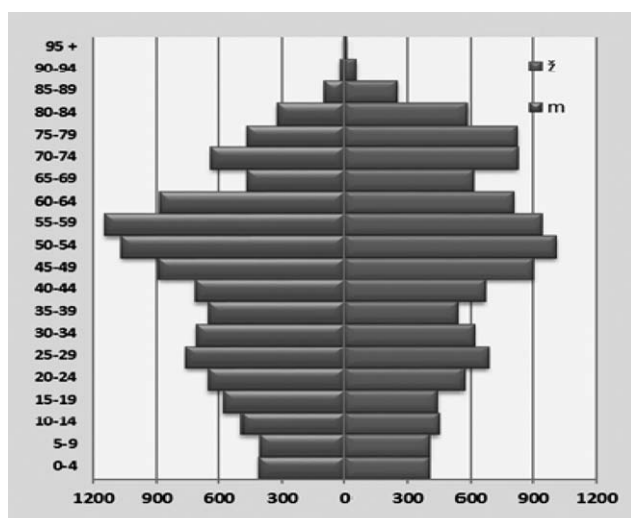
Temeljem procjene broja stanovnika Državnog zavoda za statistiku, nakon popisne 2011. godine (Tablica 2), za cijelo vrijeme promatranja do 2017. godine bilježi se daljnji pad broja stanovnika u Gorskom kotaru, za sve administrativno-teritorijalne jedinice. I dalje su stope mortaliteta više od stopa nataliteta i prirodni priraštaj ima i dalje negativni predznak. Od svih jedinica na području Primorsko-goranske županije najnegativniji prirodni priraštaj imaju gradovi i općine u Gorskom kotaru. U 2017. godini izdvajaju se Mrkopalj (20,6‰), Skrad (21,7‰) i Vrbovsko (15‰).

Prosječna dob populacije u Gorskom kotaru (popis 2011.), bila je 45,9 godina, viša od one u Primorsko-goranskoj županiji (43,9). Pritom je prosječna dob stanovnika županije veća nego ona stanovništva Republike Hrvatske, uz napomenu o uvriježenom mišljenju među demografima da populacija počinje starjeti kada dosegne prosječnu dob od 30 godina. O vrlo lošem stanju demografskih pokazatelja govori i koeficijent dobne ovisnosti u Gorskom kotaru koji iznosi 50,9 (broj starih na 1000 radno aktivnih). Indeks starenja od 190,5 govori da u Gorskom kotaru živi više stanovnika starijih od šezdeset godina nego mlađe populacije do 19 godina (djeca i mladi).

Lošu dobno spolnu strukturu Gorskog kotara zorno prikazuje grafički prikaz (Slika 1). Prikaz ima oblik tzv. „urne“, a to zna-

TABLICA 2. Pokazatelji dobne strukture stanovništva Gorskog kotara (popis 2011.)

Grad/Općina	Prosječna starost	Koeficijent dobne ovisnosti (br.starih na 100 radno aktivnih)	Indeks starenja (60 i više god./19 god.)
Primorsko goranska županija	43,9	45,7	155,3
Gorski kotar	45,8	50,9	190,5



SLIKA 1. Dobno-polni prikaz stanovništva Gorskog kotara 2011. godine

Izvor: Malatestinić Đ. Demografski pokazatelji Gorskog kotara. Gorski paneli o djeci: „Djeca u fokusu“, 12.11.2019., Dom kulture, Mrkopalj.

či da je populacija neprirodno erodirala u dječjoj bazi, dok u dobnoj strukturi sve je više prisutnih starijih u postaktivnoj dobi. Posljedica je to kontinuiranog smanjenja nataliteta, a u nekim situacijama i jačeg emigriranja stanovništva. Prof. dr sc. Malatestinić, autorica tog dijela rada o demografiji zaključno ističe:

- broj stanovnika Gorskog kotara značajno se smanjio u odnosu na stanje 2001. godine,
- depopulaciju je uzrokovao smanjeni natalitet, veći broj umrlih u odnosu na broj živorođene djece u proteklih deset godina,
- Gorski kotar postaje depopulacijsko žarište Primorsko-goranske županije,
- smanjuje se broj djece predškolske, školske i srednjoškolske dobi,
- povećava se udio starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu.

Mrkopalj - mjesto zdravog življenja (Zaključci stručnih skupova u Mrkoplju 2018.-2019.)

Za revitalizaciju Gorskog kotara poduzimaju se početne inicijative. Na temelju dosadašnjih spoznaja i radova prikazanih na stručnim skupovima „Gorski kotar - mjesto zdravog življenja“ 2018. i 2019. godine predloženi su zaključci, koje bi trebalo posebno elaborirati:

1. Gorski kotar, brdsko-planinski dio Hrvatske, posjeduje prirodne klimatske ljekovite činitelje, osobito: posebno podneblje, klimatska počela i činitelje, raslinje, čistoću zraka, Sunčevo zračenje i kraške špilje (8, 9).
2. Prirodni klimatski ljekoviti činitelji služe za očuvanje i unapređenje zdravlja, unapređenje kakvoće života, kao i u klimatoterapiji za sprječavanje, liječenje, produženo liječenje i rehabilitaciju različitih bolesti i patoloških stanja.
3. Prirodnim ljekovitim činiteljima Gorskoga kotara služe se sve dobne skupine, npr. za rast i razvoj djece, očuvanje radne sposobnosti radno aktivnoga stanovništva, a u starijoj dobi za očuvanje funkcijskog stanja.
4. Planinska klimatoterapijska mjesta u Gorskom kotaru su Baške Oštarije (924 m), Brod Moravice (604m), Delnice (696 m), Fužine (723 m), Lokve (723 m), Skrad (700 m).
5. Među spomenutim mjestima ističe se Skrad, koji je bio poznato lječilište za podmorničare od 1930-ih godina, a nakon II. svjetskog rata Dječja bolnica za djecu oboljelu od respiratornih bolesti, astme, šećerne bolesti i drugih patoloških stanja.
6. Za uvid u klimatske značajke Gorskoga kotara potrebno je nabaviti odgovarajuće meteorološke uređaje i obavljati redovita višegodišnja dnevna meteorološka mjerenja temperature, tlaka i vlage zraka, kao i ostalih meteoroloških parametara, koje će analizirati stručnjaci Državnog hidrometeorološkog zavoda u Zagrebu i izraditi bioklimatski prikaz određenog mjesta.
7. Za uvid u kakvoću (čistoću) zraka pojedinog mjesta potrebno je nabaviti uređaje za njezino praćenje, koje će analizirati stručnjaci Zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije.
8. Za provođenje projekta „Gorski kotar - mjesto zdravog življenja“ potrebna je i vrlo korisna međusobna suradnja stručnjaka s različitih područja, iz različitih akcija, inicijativa i udruga kao što su „Gorski kotar prijatelj djece“, Društvo „Naša djeca“, „Škola mira“ u Mrkoplju, Turističke zajednice pojedinih goranskih općina i gradova, kao i drugih zainteresiranih za razvitak Gorskoga kotara.
9. Potrebno je medijski pratiti sve što se organizira i zbiva u Mrkoplju, u Primorsko-goranskoj županiji i na području primjene prirodnih klimatskih ljekovitih činitelja u hrvatskoj medicini i turizmu.

Gorski kotar - prijatelj djece

U povodu 10. obljetnice Konvencije UN-a o pravima djeteta dana 20. studenoga 1999. pokrenuta je u Hrvatskoj društvena akcija „Gradovi i općine - prijatelji djece“.

Akcija je uvrštena u Nacionalni plan aktivnosti za djecu u razdoblju od 2014.-2020. godine te se provodi na nacionalnoj i lokalnoj razini u Hrvatskoj. Akciju vode partnerske organizacije Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske i Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, uz pokroviteljstvo Ureda UNICEF-a u Hrvatskoj. Opći cilj te akcije je motivirati i poticati lokalne uprave i samouprave, ustanove, organizacije i pojedince u gradovima i općinama Republike Hrvatske da potpuniye ostvaruju prava i potrebe djece priznate u Konvenciji UN-a. Baš iz tih razloga pokušavamo izraziti mišljenje da polazna obnova jednoga kraja mora početi od djece i potrebe za zajedničkim osmišljenim planovima. Trenutačno u akciji sudjeluje 130 gradova i općina u Hrvatskoj, a 70 lokalnih zajednica postiglo je naslov „prijatelj djece“. Svake godine taj se broj povećava. U tim gradovima i općinama gradska i općinska poglavarstva prihvaćaju učinkovite politike u skladu s najboljim interesom za dijete (3). U ovu Akciju se može uključiti svaki grad i općinu u Hrvatskoj, koji dobrovoljno odluče ostvarivati cilj i program akcije, te su spremni pokazati i dokazati što su učinili i za djecu (10, 11, 12).

S obzirom na negativne demografske trendove nužno je ugraditi politiku s novom paradigmom u svim planovima: „Dijete kao vrjednosni subjekt opstojnosti jednog naroda“ (13).

Akcija „Gradovi/općine-prijatelji djece“ u Hrvatskoj najviše je prepoznata u Primorsko-goranskoj županiji. Prije 20 godina naziv „Grad-prijatelj djece“ ostvaruju prvi gradovi: Rijeka, Opatija, Varaždin, Čakovec i Zabok te jedina općina Skrad. Kao što je rečeno, nastavio se izazov da taj naziv ostvare sve goranske lokalne zajednice. Na taj način *via facti* cijela subregija postaje „prijatelj djece“. Važno je istaknuti da su time goranske lokalne zajednice dale poseban doprinos da Primorsko-goranska županija prošle godine postaje jedna od dviju županija prijatelj djece u Hrvatskoj. Dakako, cijelu akciju ne bi trebalo shvatiti kao borbu za naslov, već kao mogućnost za mobilizacijom u pokretanju projekata lokalne, regionalne, nacionalne i EU razine u prilog djece (14, 15).

Zamisao o međusobnom povezivanju i umrežavanju gradova i općina prijatelja djece pokrenuta je na skupu predstavnika lokalnih goranskih zajednica 2009. godine u Skradu. Valja istaknuti da je potporu u organizaciji tematskih rasprava dao Središnji koordinacijski odbor akcije, a neposredno njegovi članovi *prof. dr. sc. Josip Grgurić i Snježana Krpes*, današnja tajnica Saveza društava „Naša djeca“ te uz društvenu i financijsku pomoć Primorsko-goranske županije. Održano je 15 simpozija pedijatara Hrvatske u Skradu koji su dali svoj

doprinos zdravstvenoj zaštiti djece, a posebno u klimatoterapiji. Naposljedku je 6. lipnja 2018. godine u Lokvama - Golubinjaku svečano proglašeno da su svih 9 lokalnih jedinica ostvarile naziv „Gorski kotar - prijatelj djece.“ Time je *de facto* Gorski kotar postala prva hrvatska regija s nazivom „Gorski kotar - prijatelj djece“.

Aksijski program „Gorski kotar - prijatelj djece“

Posebna pozornost posvetit će se razradi metodologije i definiranju projekta „Goranski paneli o djeci“ u sadržajnom i provedbenom smislu. Oni trebaju biti nastavak panela koji je pokrenula županija pod nazivom „Gorski kotar u fokusu“ s tim što je sad u fokusu dijete. Svrha tog prvog panela bila je razmotriti opće stanje djece i mogućnosti veće kooperacije u poduzimanju mjera u okviru lokalne i nacionalne zajednice.

Ujedno se podržava inicijativa „Mjesta zdravog življenja“ te će se u suradnji s inicijativom i jednim panelom razmotriti specifične okolnosti potencijalno ljekovite klime, zraka i drugih prirodnih ljekovitih činitelja Gorskog kotara, mogućnost njihove promocije i primjene za dobrobit goranske djece te kao potpore programima očuvanja i unapređenja zdravlja djece u RH i regiji.

- Nastaviti suradnju sa Središnjim koordinacijskim odborom „Gradovi-prijatelji djece“, a posebno i dosad uspješnu suradnju sa Savezom društava „Naša djeca“ Hrvatske na lokalnoj i nacionalnoj razini. Društvo „Naša djeca“ Opštine nastavit će pružati stručnu potporu jedinicama lokalne samouprave te lokalnim društvima „Naša djeca“ koja djeluju na području Gorskoga kotara radi implementacije najboljih praksi u području dječje participacije.
- Primorsko-goranska županija je posljednjih 6 godina, u suradnji s jedinicama lokalne samouprave, pokrenula osnivanje društvenih domova za djecu i mlade, čime se osigurava provođenje raznolikih programa i projekata usmjerenih na unapređenje položaja djece u lokalnoj zajednici. Primorsko-goranska županija će nastaviti sufinancirati širenje mreže društvenih domova za djecu i mlade na području Gorskog kotara.
- Programom „Županija prijatelj djece“ Primorsko-goranska županija će nastaviti pružati potporu jedinicama lokalne samouprave u procesu održavanja statusa „Grad/općina - prijatelj djece“. Program će i ubuduće biti podloga za povezivanje ključnih sudionika u realizaciji projekata usmjerenih stvaranju sigurnog i poticajnog okruženja za djecu, u okviru kojeg će ona stjecati znanja i vještine potrebne za uključivanje u proces participativnog odlučivanja.
- Organizirati inicijalno koordinacijsko tijelo za daljnju razradu i provođenje projekta. U ovom inicijalnom pogledu predlaže se formiranje odlukom župana.

Goranski paneli o djeci

Prije pozitivno ocijenjen panel „Gorski kotar u fokusu“ mogao bi biti dobar model u organizaciji prvog modela panela „Gorski kotar prijatelj djece“. Dakako, zamišljeni dobro organizirani paneli mogli bi se njegovati i primjenjivati u kontinuitetu, kao što smo imali, prije navedena, svojevrсна savjetovanja. O budućnosti daljnjih aktivnosti „Gradova/općina - prijatelja djece“ očekujemo da ćemo govoriti i o boljem međusobnom povezivanju i širenju mreže gradova i općina *prijatelja djece radi* (16):

- podizanja razine svijesti o zaštiti i ostvarivanju dječjih prava na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini u Hrvatskoj,
- podizanja razine svijesti o vrijednosti kraja u kojem živimo,
- poticanja strateškog planiranja za djecu,
- razvijanja dječje participacije i njihova sudjelovanja u zajednici,
- promicanja inovativnih programa i projekata za djecu,
- uključivanja djece s teškoćama u razvoju,
- organiziranja slobodnog vremena mladih, rekreacije i športa,
- poticanja međusektorske suradnje u provedbi programa „Gradovi i općine - prijatelji djece“ i djelovanju za djecu (17, 18, 19).

Organizacijski, programski i financijski razvoj i održivost akcije „Gradovi i općine - prijatelji djece“ nastavljamo u drugim zainteresiranim lokalnim zajednicama Gorskog kotara. Na ovogodišnjem III. stručnom skupu u Mrkoplju prezentirat će se taj koncept, a u pisanom obliku će se pripremiti prilog za Zbornik radova.

ZAKLJUČAK

Opredjeljenje jedne lokalne zajednice da pristupi akciji „Gorski kotar-prijatelj djece“ pridonosi poboljšanju njihovog položaja i stvaranju poticajnog i prijateljskog okruženja za njihov rast i razvoj. Ono je prvi, ali vrlo značajan korak u prilog poboljšanju dječjeg života (13, 14). U ovu se akciju može uključiti svaki grad i općina u Gorskom kotaru u kojima su djeca dobila prioritet da mogu dobrovoljno odlučivati i ostvarivati cilj akcijskog programa, pa su spremni pokazati i dokazati što su učinili i što čine za djecu. Ujedno je to konkretni primjer demokratičnosti društva u kojemu interesi najvulnerabilnijih nisu marginalizirani (15).

Javnozdravstveni pristup sadržajima očuvanja i unapređenja zdravlja u Gorskom Kotaru otvara pogled na dvije zavisne i jednako značajne razine: kako i što učiniti radi unapređenja zdravlja stanovnika Gorskog kotara i kako bi se i što sve moglo učiniti u Gorskom kotaru za korisnike provedbe mjera unapređenja i očuvanja zdravlja.

Zahvala sudionicima lokalnih jedinica: načelniku Mrkoplja, (domaćinu susreta), gradonačelniku Delnica i načelnicima općina Fužine, Lokava i Ravne Gore.

LITERATURA

1. Bauer L. Mrkopalj - Gorski Kotar - mjesto zdravog življenja. U: Ivanišević G, ur. Mrkopalj: mjesto zdravog življenja: knjiga izlaganja na stručnom skupu, 22. rujna 2108., Mrkopalj. Zagreb: Medicinska naklada, 2018;73-6.
2. Grgurić J. Mrkopalj i Gorski Kotar – prijatelji djece. U: Ivanišević G, ur. Mrkopalj: mjesto zdravog življenja: knjiga izlaganja na stručnom skupu; 22. rujna 2108., Mrkopalj. Zagreb: Medicinska naklada, 2018;35-42.
3. Ilić T, ur. Konvencija UN-a o pravima djeteta. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, 2010.
4. Vlada Republike Hrvatske. Nacionalna strategija za prava djece [Internet]. Zagreb, 2014. [pristupljeno 27.4.2020.]. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocImages/ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika/NACIONALNA%20STRATEGIJA%20ZA%20PRAVA%20DJECE%20U%20RHZA%20RAZDOBLJE%20D%202014.%20D%202020.%20GODINE%5B1%5D.pdf>
5. Krmpotić M. Brodski kotar ili Processus Montanus: znate li kad je rođen Gorski Kotar? Novi list. 2016 Feb 29 [pristupljeno 27.4.2020.]. Dostupno na: http://www.novolist.hr/Vijesti/Regija/node_1588/Brodski-kotar-ili-Processus-Montanus-Znate-li-kad-je-roden-Gorski-kotar?meta_refresh=true
6. Mićović V, Benčević H, Malatestinić D, Mijandrušić Sinčić B, Kendel G, Štefanac-Nadarević V. Inequalities in health related quality of life in Primorsko-Goranska County, Croatia. How healthy are people using primary health care? Coll Antropol. Internet]. 2008;32 (Supplement 2):133-8. [pristupljeno 27.4.2020.]; Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/34557>
7. Stevanović R, Capak K, Benjak T, ur. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Zagreb [Internet]. 2019 [pristupljeno 27.4.2020.]; Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis_Yearbook_2018-1.pdf
8. Ivanišević G. Prirodni ljekoviti činitelji u Hrvatskoj. U: Ivanišević G, ur. Mrkopalj: mjesto zdravog življenja: knjiga izlaganja na stručnom skupu; 22. rujna 2108., Mrkopalj. Zagreb: Medicinska naklada, 2018:31-50.
9. Banac S. Simpozij klimatoterapija u pedijatriji, Skrad, 2.10.1999. Paediatr Croat. 1999;43:218-21.
10. Gradovi i općine – prijatelji djece: programska knjižica. Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske, 2014.
11. Rotterdamska deklaracija o ulozi lokalnih i regionalnih vlasti u uspostavi zajednica prijatelja djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Savez DND Hrvatske, 2008.
12. UNICEF. European Network of Child Friendly Cities (EN CFC) – Europska mreža gradova prijatelja djece. New York. [pristupljeno 27.4.2020.]. Dostupno na: <https://childfriendlycities.org/>
13. Blanchet-Cohen N. Approaches and tools for municipalities to promote young people participations. U: Abstract Book of the 7th Child in the City Conference, 2014 Sep 29-Oct 1; Odense, Denmark. [s.l.]: Child in the City Foundation, 2014.
14. Ross A. Society for children and youth friendly community. U: Abstract Book of the 7th Child in the City Conference, 2014 Sep 29-Oct 1; Odense, Denmark. [s.l.]: Child in the City Foundation, 2014.
15. Mark J. Towards the positive approach to local youth policy: a toolkit for local government. U: Abstract Book of the 7th Child in the City Conference, 2014 Sep 29-Oct 1; Odense, Denmark. [s.l.]: Child in the City Foundation, 2014.
16. Grgurić J. Inicijativa gradovi/općine – prijatelji djece. U: Sažetci i materijali 41. redovne i tematske skupštine Saveza društava Naša djeca Hrvatske; 28. veljače 1999; Opatija. Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske, 1999.
17. Grgurić J. Program "Gradovi/općine – prijatelji djece". Dijete i društvo. 2001;3:479-89.
18. Grgurić J, Paravina E, Zakanj Z. Towns/districts – friendly of children. U: Abstract Book of the ISPCAN 13th International Congress on Child Abuse and Neglect; 2000 Sep 3-6; Durban, JAR. Aurora, CO: International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect (ISPCAN), 2000.

SUMMARY

Gorski Kotar – a child-friendly area: current state and opportunities

Josip Grgurić, Ivica Knežević, Đulija Malatestinić, Goran Ivanišević, Dubravka Ortynski, Dragica Marač, Snježana Krpes, Jadranka Mustajbegović, Andro Bauer, Daniel Trošić Dragica Glad

This is a review paper on the most significant social problem that aims to raise interest and motivate the society to revitalize Gorski Kotar, respecting the objective value of the area popularly called Mala Švica (Little Switzerland), now known as the 'green heart of Croatia'. Following such slogans that idealize one aspect versus the reality of the area depopulation, the question is how to stop these negative movements. The answer is unambiguous, it should start with children.

Key words: CROATIA

Partnerstvo i sinergija za dobrobit djece u Hrvatskoj

Aida Salihagić Kadić¹, Snježana Krpes²

Savez društava „Naša djeca“ (DND) Hrvatske najstarija je i najveća krovna organizacija za djecu, koja već 70 godina svojeg djelovanja kontinuirano radi na dobrobit djece, bez obzira na spol, nacionalnost, vjeroispovijest, dob, obrazovanje, socijalni status. U Savez DND-a udruženo je 97 osnovnih društava „Naša djeca“ u svim hrvatskim županijama. U suradnji s lokalnim društvima, srodnim udrugama organizacija civilnog društva (OCD), jedinicama i tijelima lokalne uprave i samouprave, različitim ustanovama za djecu te partnerskim udrugama, Savez DND-a je inicijator i koordinator brojnih nacionalnih programa za djecu, od kojih su neki partnerski, sinergijski i međusektorski. To su programi: „Gradovi i općine - prijatelji djece“ (od 1999.) i „Za osmijeh djeteta u bolnici“ (od 1999.) te programi „Dječji forumi“ (od 1992.) i „Dječja vijeća“ (od 2000.) za ostvarivanje prava djece i poticanje njihovog aktivnog sudjelovanja u lokalnim zajednicama.

Stručno-znanstveni pristup slobodnom vremenu djece

Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske od svojeg osnivanja do danas njeguje stručno-znanstveni pristup slobodnom vremenu djece. Već od 1952. pri Savezu DND-a (tadašnjem Glavnom odboru DND-a) imenovana su stručna radna tijela nazvana sekcijama, a poslije centrima, i to najprije pet: za predškolski odgoj, za rad s roditeljima, za ugroženu djecu te za dječji tisak, literaturu i dječji crtež, a sljedećih godina još sedam: za zdravstvenu zaštitu djece, za izvannastavne aktivnosti, za dječja igrališta, za dječja ljetovališta, za kazališta lutaka, za igračke, za film i dijafilm, pa nakon pet godina još pet: za pomoć djeci s invaliditetom, za vitaminsku prehranu djece, za glazbeni odgoj, za scenski izraz te za suvremeno odijevanje djece. U tih ukupno sedamnaest programskih odbora bilo je okupljeno nekoliko stotina suradnika - stručnjaka: javnih prosvjetnih i kulturnih radnika, pedagoga, psihologa, liječnika, socijalnih radnika, književnika, glazbenika, likovnih umjetnika, arhitekata, urbanista, ekonomista, pravnika i drugih, koji sudjeluju u stvaranju novih sadržaja i novih uvjeta za odgoj i obrazovanje djece putem DND-a.

Partnerstvo i sinergija programa za dobrobit djece - Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske i Hrvatsko društvo za socijalnu i preventivnu pedijatriju

Od brojnih suradnji i partnerstava na programima i aktivnostima za dobrobit djece izdvajamo dvadesetogodišnje snažno partnerstvo Saveza društava „Naša djeca“ Hrvatske i Hrvatskog društva za socijalnu i preventivnu pedijatriju. Ta je suradnja započela radom dvojice istaknutih stručnjaka: pedagoga i tadašnjeg tajnika Saveza DND-a *dr. sc. Emila Paravine* i pedijatra, tadašnjeg predsjednika Hrvatskog društva za socijalnu pedijatriju *prof. dr. sc. Josipa Grgurića*, pa je to primjer partnerstva kad se sinergijski spoje snažni ljudi i organizacije sa svojim potencijalom u članstvu, stručnosti i volonterskom angažmanu. Obje su organizacije posvetile sve svoje vrijednosti i ciljeve djelovanja stvaranju i izgradnji društva koje holistički brine za djetetova prava i potrebe.

Kao trajna vrijednost ovog partnerstva u posljednjih dvadesetak godina ističu se dva nacionalna i cjelovita dugoročna programa iz područja holističkog zdravlja djeteta te ostvarivanja dječjih prava u lokalnim zajednicama - „Za osmijeh djeteta u bolnici“ i „Gradovi i općine-prijatelji djece“.

Za osmijeh djeteta u bolnici

Briga o zdravlju djece jedna je od najvećih civilizacijskih zasluga. Značajnu ulogu u tome ima hospitalno liječenje djece. No boravak u bolnici i moguće traumatizirajuće faktore, pa se počinju zalagati za što kraću hospitalizaciju djece te za sustav otvorene bolnice.

Slijedom tih spoznaja 1999. u Hrvatskoj je pokrenut program za promicanje humanizacije - „Za osmijeh djeteta u bolnici“. U programu, osim Saveza društava „Naša djeca“ Hrvatske i Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedija-

¹ Savez DND-a Hrvatske i Središnjeg koordinacijskog odbora akcije „Gradovi i općine - prijatelji djece“

² Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Aida Salihagić Kadić, dr. med., Amruševa 10/4, 10000 Zagreb

triju, sudjeluje i Hrvatska udruga medicinskih sestara, pedijatrijska sekcija.

Cilj „Za osmijeh djeteta u bolnici“ je ostvarivanje svjetske zamisli o „otvorenoj bolnici“ u Hrvatskoj za djecu, i to promicanjem prava djece kao bolesnika te primjenom suvremenih načela humanizacije tijekom njihovog bolničkog liječenja. Od samog početka Ministarstvo zdravstva RH potpuno podržava ideju „otvorene bolnice“, a organizatori programa ostvaruju suradnju i s Ministarstvom za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku te Ministarstvom znanosti i obrazovanja.

Program se provodi u bolnici na dječjem odjelu, uz zajedničko osmišljeno sudjelovanje medicinskog osoblja i vanjskih stručnih i društvenih suradnika iz društava „Naša djeca“ te drugih udruga i ustanova, a posebnost ove akcije je u tome što spaja i objedinjuje dvije vrste aktivnosti: medicinsku pomoć i psihosocijalnu potporu bolesnom djetetu.

„Europska povelja o djeci u bolnici“ zalaže se za primanje djece u bolnicu ako medicinska skrb ne može biti provedena u obitelji, za pravo da uz hospitaliziranu djecu u bolnici budu i njihovi roditelji, za pravo djece i roditelja na suodlučivanje o medicinskim zahvatima, za bolnički tretman djece s poštivanjem njihove osobnosti, za adekvatno osposobljeno osoblje, ali i za mogućnost upotrebe vlastite odjeće i drugih osobnih predmeta, za liječenje djece na odjelima na kojima su ujednačene dobne skupine, u sredini koja je opremljena tako da zadovoljava djetetove potrebe i odgovara standardu sigurnosti i nadzora te da djeca imaju mogućnost za igru, slobodno vrijeme i učenje.

Hospitalizacija mora biti ne samo mogućnost upoznavanja djeteta sa svojom bolešću, nego i povećana prilika većeg uključivanja djece i roditelja u borbu za očuvanje zdravlja te za jače povezivanje bolnice i zajednice u zajedničkom radu u brizi za njeno zdravlje. Stoga se u okviru Svjetske zdravstvene organizacije potiče razvoj mreže bolnica koje promiču zdravlje, posebno za ono djece i adolescenata u bolnicama.

Pritom je važna suradnja svih uključenih u skrb o djeci, od obrazovanja do zdravlja i socijale, ali poteškoća je u tome što su ti sustavi u pravilu zatvoreni i skloni samostalnom djelovanju. To je posebno vidljivo pri hospitalizaciji djeteta, kad najčešće izostane sukladno djelovanje raznih institucija koje bi u sinergiji bilo najučinkovitije. Stoga su nužne strukturne promjene u društvu, kako bi se umjesto ograda radili mostovi suradnje i zajedničkog djelovanja, što je jedno od značajnih postignuća programa „Za osmijeh djeteta u bolnici“.

Zahvaljujući dugogodišnjem vrijednom radu i entuzijazmu svih sudionika programa „Za osmijeh djeteta u bolnici“, u gotovo svim bolnicama/dječjim odjelima u Hrvatskoj grade se i dostižu europski i svjetski standardi u humanizaciji bolničkog liječenja djece. Svi partneri, sudionici i suradnici po-

molli su u osnivanju i radu igraonica, nabavci igračkaka, opremanju bolničkih prostora u kojima borave djeca i roditelji, edukaciji zdravstvenog osoblja i vanjskih stručnih suradnika te volontera u bolnicama.

Roditelji mogu sudjelovati u njezi i liječenju djeteta, maksimalno se skraćuje njegov boravak u bolnici, organiziraju se igraonice i škole u bolnici, kao i razni pedagoški, kulturno-zabavni sadržaji, a vrlo su važni i pomaci u opremanju, uljepšavanju, oplemenjivanju bolničkih prostora kako bi djeci bili što ugodniji. Središnji koordinacijski odbor akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“ tematskim savjetovanjima, okruglim stolovima, stručnim skupovima i radionicama informirao je i educirao više od petsto koordinatora akcije iz trideset i devet bolnica i više od sto volontera. Posebna je pozornost posvećena važnosti kakvoće komunikacije između bolničkog osoblja, djeteta i roditelja, zatim djeci bez adekvatne roditeljske skrbi u bolnici, djeci s teškoćama u razvoju, pravilnoj prehrani te ciklusima edukacije volontera i koordinatora volontera u bolnici.

Ojačano je partnerstvo između bolničkog osoblja, roditelja i djeteta te je poboljšana kakvoća njihove komunikacije, a u bolnicama koje su uključene u akciju „Za osmijeh djeteta u bolnici“ kontinuirano i dugoročno se teži ostvarivanju europskih i svjetskih standarda u humanizaciji liječenja i skrbi za bolesnu djecu.

Gradovi i općine - prijatelji djece

Program pod nazivom „Gradovi i općine - prijatelji djece“ u Hrvatskoj se provodi u kontinuitetu već dvadeset i jednu godinu. Akciju su 1999. godine, u povodu desete obljetnice Konvencije UN-a o pravima djeteta - najvažnijeg svjetskog dokumenta za djecu, pokrenuli *Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske i Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju*, dok na lokalnoj razini u gradovima i općinama program vode koordinacijski odbori. Pokrovitelj programa je Ured UNICEF-a za Hrvatsku. Posljednjih desetak godina provedbi programa i partnerstvu pridružile su se Udruga gradova, Hrvatska zajednica općina te Hrvatska zajednica županija.

Cilj „Gradova i općina - prijatelja djece“ je motivirati tijela lokalne uprave i samouprave, stručne službe, ustanove za djecu, pravne subjekte, udruge građana, sponzore, donatore te roditelje i djecu u lokalnim zajednicama da potpunije i brže ostvaruju dječja prava i potrebe, priznata u Konvenciji UN-a o pravima djeteta, koja obvezuje sve odrasle da čine što najviše mogu kako bi se svako dijete potpuno i skladno razvijalo i pripremio za život i korisno djelovanje u zajednici.

Ovim programom obuhvaćena su sva područja djetetova života u lokalnoj zajednici te se njegovom provedbom afirmira holistički pristup cjelokupne zajednice usmjerene na dobrobit djece, stvarajući za njih sigurno i poticajno okruženje.

U program se dobrovoljno uključuju gradovi i općine, a trenutno program provodi 126 gradova i općina, od kojih je njih 75 gradova/općina postiglo prestižan naziv - prijatelj djece. Zahvaljujući projektu „Gorski kotar - prijatelj djece“, 2018. godine proglašena je i prva regija - prijatelj djece, jer su svi goranski gradovi i općine stekli status prijatelj djece.

Važno je istaknuti da djeca aktivno sudjeluju pri donošenju odluke o dodjeli počasnog naziva grad/općina-prijatelj djece, a njihovo sudjelovanje u lokalnoj zajednici jedan je od važnih preduvjeta stvaranja prijateljskih zajednica za djecu. Služeći se svojim participativnim pravom, djeca odrastaju u odgovorne, tolerantne i humane osobe, a odrasli se potiču na to da slušaju i poštuju dječje mišljenje. Na taj se način ostvaruje veća tolerancija, razumijevanje, socijalna integracija i uključivanje, interkulturalnost te međugeneracijski dijalog svih članova u lokalnoj zajednici.

Program „Gradovi i općine - prijatelji djece“ provodi se tako da se potiče međusektorska suradnja i sinergijske aktivnosti za djecu u lokalnim i regionalnim zajednicama. Da bi jedna lokalna zajednica došla do tog, treba doseći zadovoljavajuće standarde skrbi za djecu u svih deset programskih područja te razviti dobru suradnju između lokalne uprave, institucija, ustanova i organizacija civilnog društva. U praksi to znači da provodeći program „Gradovi i općine - prijatelji djece“, odrasli trebaju analizirati stanje prava djece u svojim sredinama te planirati akcije za njihovo poboljšanje, izdvajati potrebna financijska sredstva i ulagati u djecu, poticati rad udruga i ustanova, osigurati preduvjete da se djeca osjećaju sigurno na ulicama, u školama, među svojim vršnjacima, primjerenu dostupnost zdravstvenih i socijalnih usluga, kvalitetno obrazovanje te kulturne, športske, zabavne, rekreativne i ostale korisne sadržaje za razvijanje dječjih kreativnih i intelektualnih potencijala u slobodno vrijeme. Posebno se potiču lokalne zajednice da pomažu ranjivim skupinama djece i njihovim obiteljima, integrirajući ih u dobar život zajednice.

Koliko gradovi i općine uspijevaju u postizanju kriterija iz programa „Gradovi i općine - prijatelji djece“ ovisi o sociološkim, gospodarskim, kulturološkim i geografskim čimbenicima i specifičnostima pojedinih lokalnih sredina. Gradovi i općine koji su dobili naziv prijatelj - djece, bez obzira na njihovu veličinu ili gospodarsku razvijenost, pokazuju da su to postigli zahvaljujući dobro uređenim lokalnim upravama, velikom broju udruženja i udruga te kulturnih, športskih, ekoloških, preventivnih akcija za djecu i mlade, međugeneracijskom solidarnošću i volonterskom radu članova zajednice. Hrvatski je program „Gradovi i općine - prijatelji djece“ istaknut u nekim međunarodnim dokumentima kao primjer dobre prakse provedbe Konvencije UN-a o pravima djeteta na lokalnoj razini i holističkog pristupa dobrim uprava za djecu i s djecom, a Hrvatska je od 2008. godine aktivna članica Europske mreže gradova prijatelja djece.

Od 2016. godine Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske zajedno sa Hrvatskom zajednicom županija, u okviru programa „Gradovi i općine - prijatelji djece“ pokrenuo je projekt „Županije - prijatelji djece“, u koji je trenutno uključeno 10 županija, a 2018. proglašene su i prve dvije županije - prijatelji djece: Krapinsko-zagorska i Primorsko-goranska.

Sve su ovo primjeri nacionalnih programa, koji su u dva posljednja desetljeća promijenili nabolje i unaprijedili živote djece u Hrvatskoj te mobilizirali lokalne zajednice, županije, ustanove, partnerske organizacije i državna tijela da se prava djeteta u Hrvatskoj ostvaruju u svim aspektima njegova života.

LITERATURA

1. Grgurić J, Paravina E, ur. Cilj, program i način provedbe akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“, Zagreb, Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske, 2001.
2. Grgurić J, Paravina E, ur. Cilj, program i način provedbe akcije „Gradovi i općine-prijatelji djece“, Zagreb, Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske, 1999.

ZAVRŠNA RASPRAVA

„Inicijative u pomoći djeci u tijeku pandemije i nakon potresa u Zagrebu“

UNICEF u Hrvatskoj Odgovor na epidemiju koronavirusa i potres u Zagrebu

Đurđica Ivković¹, Lili Retek Živković²

UVOD

Pandemija koronavirusa i potres u Zagrebu uzrokovali su brojne izazove za svaku obitelj. Ipak, u kriznim situacijama poput ovih, s najviše izazova susreću se oni najranjiviji u našem društvu, a to su djeca s poteškoćama u razvoju, djeca koja žive u socijalno nepovoljnim prilikama, prijevremeno rođena i sva druga djeca neposredno nakon rođenja i tijekom tri prve godine života.

CILJ

Ured UNICEF-a u Hrvatskoj svojim redovitim programima pruža potporu baš tim skupinama najranjivije djece, a u kriznim situacijama dodatno mobilizira sve raspoložive resurse.

METODOLOGIJA RADA I REZULTATI

Kao odgovor na krizu uzrokovanu pandemijom koronavirusa i posljedicama potresa u Zagrebu dodatno smo mobilizirali svoje resurse i uz pomoć globalnog UNICEF-ovog fonda za pomoć u kriznim situacijama te donacijama građana i tvrtki osigurali smo materijalnu i stručnu pomoć.

- **Materijalna potpora zdravstvenom sustavu:** Osigurali smo 10 tona profesionalne medicinske i zaštitne opreme za medicinsko osoblje, koja uključuje profesionalne zaštitne maske, rukavice, odijela, kute, vizire, kape i zaštitne gumene čizame. Uz zaštitnu opremu osigurali smo i 10 oksigenatora za zdravstvene ustanove. Dosadašnja ukupna vrijednost donacije medicinske i zaštitne opreme prema zdravstvenom sustavu iznosi 1.600.000 kuna.
- **Potpore obiteljima s djecom:** Uz niz sadržaja i preporuka na mrežnim stranicama i na društvenim mrežama, radi zaštite zdravlja i potpore nastavku obrazovanja, osigurali smo 450 paketa za djecu predškolske dobi i 165 paketa pelena za novorođenčad iz socijalno ugroženih obitelji u

Međimurskoj županiji. U potpori obiteljima s djecom pogođenim potresom u Zagrebu osigurali smo pakete s više od 5500 higijenskih proizvoda.

- **Suradnja s državnim tijelima i organizacijama civilnog društva:** Početkom ožujka 2020., prije mjera izolacije, UNICEF-ov ekspertni tim pripremio je Smjernice za dojenje tijekom pandemije koronavirusa za zdravstvene djelatnike, koje su objavljene na službenim mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Uz njih preveli smo i distribuirali na stručna društva i rodilišta niz recentnih preporuka i smjernica koje su objavili Svjetska zdravstvena organizacija, Centar za prevenciju i kontrolu bolesti (CDC) i UNICEF globalno. U suradnji s udrugom RODA organizirali smo online trudničke tečajeve koji tako postaju dostupni svim trudnicama i obiteljima koje za vrijeme COVID-19 epidemije nisu mogle sudjelovati na njima pri domovima zdravlja ili rodilištima, a dodatno su značajni i za sve one trudnice koje žive u izoliranim područjima, u socijalno nepovoljnim uvjetima, kao i za žene s invaliditetom.
- **Potpore najranjivijoj djeci koja se liječe u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njege:** Banka humanog mlijeka, otvorena u KBC-u Zagreb u dvostrukoj kriznoj situaciji, u epidemiji i nakon potresa, pokazala se kao izuzetno važna za novorođenčad u jedinicama intenzivne njege. Naime, novorođenčad je bila uglavnom odvojena od svojih majki zbog epidemioloških mjera pa majke nisu mogle ni dobiti niti izdajati za svoju djecu. Posebno se to odnosi na novorođenčad na intenzivnoj njezi u KBC-u Zagreb u Petrovoj pošti su premještena u

¹ Voditeljica odjela za rani razvoj djece, Ured UNICEF-a za Hrvatsku
² Programska suradnica Ured UNICEF-a za Hrvatsku

Adresa za dopisivanje:

Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Radnička cesta 41/7, 10000 Zagreb,
e-mail: divkovic@unicef.org

KB Dubrava zbog oštećenja nastalih u potresu. Samo njima je u tih deset dana, koliko su boravili u KB-u Dubrava, izdano 10 litara pasteriziranog humanog mlijeka. Tijekom ožujka i travnja u Banci humanog mlijeka intenzivno se pasteriziralo donirano humano mlijeko te je ukupno izdano gotovo 70 litara neonatološkim intenzivnim jedinicama na KBC-u Zagreb i KB-u Merkur. Sve to ne bi bilo moguće bez majki koje višak svog mlijeka daruju novorođenčadi i spašavaju njihove živote i bez naših UNICEF-ovih donatora - „Čuvara djetinjstva“. Zahvaljujući njihovoj potpori, i sve jedinice intenzivne neonatalne njege u Hrvatskoj opremljene su profesionalnim hladnjačama i zamrzivačima za majčino mlijeko.

- **Edukacija stručnjaka:** Kao odgovor na suspenziju usluga rane intervencije tijekom pandemije, u suradnji s partnerima, pokrenuli smo potporu za stručnjake koji se bave ranom intervencijom u djetinjstvu, kroz inovativni razvoj i širenje teleintervencije za djecu s razvojnim odstupanjima i poteškoćama. Pripremili smo kratke videopriložbe sa savjetima i preporukama iskusnih pedijatara, psihologa i edukacijskih rehabilitatora, koji su podijeljeni s roditeljima kroz UNICEF-ove digitalne kanale i društvene mreže. Pokrenuta je besplatna telefonska linija za udomiteljske obitelji i djecu putem koje mogu razgovarati s iskusnom udomiteljicom. Poruke i savjeti za pomoć djeci i obiteljima dosegle su više od 6 milijuna pregleda kroz UNICEF-ove službene kanale i medije.
- **Potpora obrazovnom sustavu:** Zbog života u izoliranim područjima, nepovoljnih socioekonomskih uvjeta, ali i posljedica potresa, poseban izazov za mnogu djecu i njihove obitelji tijekom pandemije bila je škola na daljinu. U suradnji s partnerima UNICEF je pripremio edukativne materijale koji su uključeni u službeni program škole na daljinu. Osigurani su tableti i SIM kartice u vrijednosti od 120.000 kn za pomoć učenicima u školovanju na daljinu za 52 škole u Hrvatskoj, kao i sustav za nadogradnju

CARNET-ovog servera za online školovanje za više od 450.000 učenika istodobno u vrijednosti od 488.000 kn.

ZAKLJUČAK

Zahvaljujući brznoj reakciji, uz pomoć globalnog UNICEF-ovog fonda za pomoć u kriznim situacijama te donacijama građana i tvrtki, Ured UNICEF-a za Hrvatsku koordiniranom akcijom osigurao je pomoć onim najranjivijima u našem društvu, djeci s poteškoćama u razvoju, djeci koja žive u socijalno nepovoljnim prilikama, prijevremeno rođenoj i svoj drugoj djeci neposredno nakon rođenja i tijekom prve tri godine života.

Sadržaji dostupni na mrežnoj stranici UNICEF-a

Sadržaj za odgojitelje, učitelje i nastavnike,
Koronavirus: Upute za odgojitelje, učitelje i nastavnike,
Smjernice za zaštitu djece i potporu sigurnim školskim aktivnostima,
Preporuke za prilagodbu nastave na daljinu za djecu s poteškoćama u razvoju,
Medijska pismenost i online sigurnost.

Sadržaj za zdravstvene djelatnike

COVID-19 i dojenje - preporuke,
Smjernice za rutinske imunizacijske usluge,
COVID-19 – smjernice za pedijatrijske usluge,
COVID-19 – zaštita majki i djece,
COVID-19 – često postavljana pitanja o zdravlju majki, novorođenčadi i adolescenata,
Svjetska zdravstvena organizacija: Najčešće postavljana pitanja o dojenju tijekom COVID-19 pandemije.



Razorni potres koji je 22. ožujka u rano nedjeljno jutro protresao Zagreb, nažalost je zauvijek razorio „prvi dom“ najmanjih heroja, najvećeg i najhrabrijeg srca - Palčiča.

Prostor Zavoda za intenzivno liječenje novorođenčadi u našem najstarijem rodilištu u Petrovoj, gdje se stoljećima vode borbe za život, znane samo onima između tih zidova, trajno je i bespovratno oštećen.

Osim preteške borbe za njihove živote, svima onima koji se danonoćno brinu o Palčičima to je jutro donijelo još jednu borbu.

Zahvaljujući hrabrosti i prisebnosti medicinskog osoblja, 26-ero Palčiča sigurno je evakuirano iz bolnice. Dio njih najkritičnijih smješten je u vratarevu kućicu. Dok je tmurno nebo sipalo pahulje na majke koje su u spavaćicama i papučama bile na dvorištu, vrijedne ruke neonatoloških sestara u vratarevoj kućici vodile su svoje najteže borbe, upuhivale su život u njihova malena, krhka pluća, dišući umjesto njih, jer su strojevi koji to inače rade ostali u razrušenim zidinama.

Već nekoliko minuta nakon potresa među preplašena lica trudnica, majki i medicinskog osoblja pristigla je „plava vojska“ čuvara našega grada. „Dinamovi“ navijači stvorili su se niotkuda, s pokrivačima u rukama....spremni da pruže svaku pomoć.

Ubrzo je stigla odluka da se Palčiči presele u podstanarstvo u KB Dubrava. Vozila saniteta su jedno za drugim odvozili malene heroje u njihov novi, privremeni dom, a vrijedne ruke naših „plavih vojnika“, uz pomoć hrvatske vojske iz razrušenih zidina evakuirale su opremu koja život znači i tovarile je u kamione kako bi i ona krenula za njima.

Možemo li uopće zamisliti takve borbe?

Mi, roditelji Palčiča koji se već 10 godina kao Udruga borimo da ovaj svijet učinimo boljim mjestom za najmanje heroje Palčiče, nakon svih borbi koje smo prošli i kao roditelji i kao Udruga, odlučili smo se za još jednu tešku i bespoštednu borbu i pokrenuli je već 28. ožujka, samo šest dana nakon potresa, pod imenom „VRATIMO PALČIČE U PETROVU“.

Znali smo da im ne možemo vratiti prostor koji su imali, za to će trebati mnogo više vremena, no znali smo da prostor u koji se vraćaju, u sigurnom djelu zgrade koja je naše najstarije rodilište, možemo učiniti adekvatnim za brigu i skrb o našim Palčičima i pomoći svima njima i medicinskom osoblju koje o njima skrbi, da prebrode razdoblje do izgradnje novog doma.

Cilj je bio jasan, potrebna sredstva nikako mala, no kao što smo već mnogo puta dokazali - nema tih prepreka i tih planina koje ne možemo preskočiti i pregaziti za najmanje heroje - Palčiče, nošeni njihovom snagom.

Samo poslije nekoliko dana nakon početka akcije stigao je poziv „plave vojske“ našega grada: „Kako možemo pomoći? „Spremni kao uvijek dosad pružiti ruku najpotrebitijima“ uz Palčiče već dugi niz godina, uz Palčiče i u najvećoj borbi za najmanje heroje koju će Hrvatska ikad imati.

U samo dva mjeseca od početka akcije prikupljeno je više od 5,5 milijuna kuna, kupljeni su inkubatori, respiratori, reanimacijski i topli stolići te monitori vitalnih funkcija za Petrovu u vrijednosti od 4 723.147,84 kn s PDV-om te transportni inkubator s respiratorom, intenzivni inkubator, fototerapijske svjetiljke i paravan za RTG KB Merkur u ukupnoj vrijednosti od 853.255,14 kn.

Nastavljamo dalje akcijom „PALČIČI ZA HRVATSKU“, u kojoj je cilj ponoviti akciju „Palčić gore“ i opremiti sva preostala rodilišta u RH opremom koja nedostaje u liječenju i skrbi o najmanjima.

NAŠI SU CILJEVI UVIJEK JASNI I TRANSPARENTNI, BORBE UVIJEK NAJTEŽE, JER SMO „SAMO RODITELJI“, NO ONO ŠTO MOGU SAMO RODITELJI, TEŠKO DA ITKO IKADA MOŽE PONOVI TI.

Klub roditelja nedonoščadi „Palčiči“, Ozaljska 45, 10000 Zagreb

Međunarodna humanitarna suradnja za pomoć od posljedica potresa u Zagrebu

Andreas Voce, Josip Grgurić (ENCFC)

Pokreću se inicijative na nacionalnom i internacionalnom planu. Ovom prilikom posebno ističemo tri programa od kojih svaki ima svoju dinamiku u rješavanju.

Prof. dr. sc. Josip Grgurić, kao član Izvršnog odbora Europske mreže gradovi prijatelji djece i član Središnjeg koordinacijskog odbora akcije "Gradovi i općine-prijatelji djece" pri Savezu društava "Naša djeca" Hrvatske, upoznao je članove Izvršnog odbora ENCFC-a o nesrećama koje su zadesile grad Zagreb i njegove stanovnike, kao i brojne odgojno-obrazovne, kulturne i zdravstvene ustanove.

U razgovoru s predsjednikom gospodinom Adrianom Vocem pokrenuta je inicijativa za akcijom solidarnosti za pomoć Gradu Zagrebu kojeg je zadesio razorni potres. Posebno je upućen poziv europskim gradovima koji su do sada bili organizatori Europskih konferencija "Gradovi - prijatelji djece" (Bruges, Stuttgart, London, Rotterdam, Firenza, Zagreb, Odense, Ghent, Bristol). Osobno je upućeno pismo Gradonačelniku Grada Zagreba (pismo u prilogu i odgovor).

U daljnjim našim zajedničkim kontaktima i dogovorima te suradnji s ENCFC-om vidjeli bismo u kojem bi smjeru išla ova inicijativa i na koji bi načini u skoroj budućnosti ovi europski gradovi, u dogovoru sa svima nama, mogli dati potporu za što brži oporavak. Ako ona zaživi, vjerujemo da će se dogovoriti i način, oblik i područja potpore kao prioriteta za djecu Grada Zagreba. Najljepše Vas molimo da u vezi s ovim prvim apelom i ENCFC-ovom inicijativom budemo u kontaktu, pa očekujemo Vaša razmišljanja, prijedloge, ideje. Uz potporu Europske zajednice i javnosti te našim međunarodnim kontaktima i dobrim suradnjama želimo pomoći oporavku Grada Zagreba i normalizaciji života djece.



Milan Bandić
Mayor of City Zagreb
Trg Stjepana Radića 1/3
Zagreb
Croatia

30 March, 2020

Dear Mayor Bandić,

I write to you on behalf of our board, and our wider network of researchers, practitioners, and advocates for child-friendly cities in Europe, to express our sympathy, support and solidarity with the City of Croatia after the terrible recent earthquake.

It was such a pleasure to hold our biennial conference in your beautiful city in 2012. We were all shocked to read about the damage and trauma this earthquake has caused, adding considerably to the challenges you must be facing in dealing with the Covid-19 pandemic.

I am sure that friends and colleagues in our other host cities – Bruges, London, Stuttgart, Florence, Odense, Ghent, Rotterdam and Bristol – and all of Europe's people and their municipalities, will join me in wishing you, your colleagues and your people well in this difficult time, and a speedy recovery from this trauma.

With kind regards

Adrian Voce OBE
President

cc Prof. Josip Grgurić, University of Zagreb, School of Medicine, Croatia (Board member)

European Network for Child Friendly Cities is managed by Playful Planet, a Community Interest Company (registration pending), 100 Leghorn Road, London, NW10 4PG, UK

adrian@playfulplanet.org.uk

Kao pedijatrica uvijek sam se vodila načelom da smo mi pedijatri odvjatnici djece, da govorimo u njihovo ime, da ih štitimo sa svih aspekata od medicinskog, psihološkog, pedagoškog, socijalnog, ekonomskog, etičkog i pravnog.

O djeci se vrlo malo govorilo u vrijeme pandemije izazvane koronavirusom. Stoga osjećam obvezu i potrebu da govorim o djeci u vremenu izvanredne situacije i izolacije kao i o onom koje nakon ove pandemije čeka roditelje, nas pedijatre i društvo u cjelini. U mom dugogodišnjem pedijatrijskom radu preživjela sam s djecom mnogo društvenih i prirodnih nepogoda, ali ova situacija s pandemijom koronavirusa i izolacijom kao preventivnom epidemiološkom mjerom, zbog svoje slojevitosti i specifičnosti, zahtijeva minuciozan pristup svih slojeva društva. Izolacija je izazivala osjećaj straha i neizvjesnosti zbog brojnih nepoznanica i prisutnih rizika za dječje zdravlje. Posebno me zabrinulo stanje imuniteta kod naše djece. Da bi se umanjio rizik za njihovo zdravlje, nametnula se potreba opservacije dječjeg zdravstvenog stanja i prisutnost negativnih čimbenika za zdravlje prije, za vrijeme i poslije izolacije. Djeca su najvulnerabilnija skupina populacije i najduže u svojim dušama nose traumatične situacije. Vrijeme prije izolacije nije bilo naklonjeno zdravlju djece, jer je njihova izolacija zbog pandemije uslijedila u rano proljeće nakon duge jeseni i zime. Jesen i zimu 2019. godine pamtit ćemo po ekstremnoj zagađenosti zraka i drugim lošim klimatskim uvjetima. Sjetimo se da su veliki gradovi u Hrvatskoj i europskim zemljama imali visoki indeks loše kakvoće zraka, što znači prisutnost toksičnih supstancija kao što su lebdeće čestice PM₁₀, PM_{2,5}, ozona O₃, dušikovog dioksida NO₂, sumpornog dioksida SO₂, ugljičnog monoksida te prisutnost teških metala olova, arsena, nikla, kadmija, policiklički aromatskih ugljikovodika. Mjere zaštite od tog aerorozagađenja su podrazumijevale zabranu boravka na otvorenom i bavljenje fizičkom aktivnošću, nošenje zaštitnih maski ili pokrivanje nosa i usta. Poseban rizik ove situacije odnosio se na djecu, trudnice i starije osobe. Znamo da je razdoblje kasne jeseni i zime inače nepovoljno za dječje zdravlje, jer se boravi u zatvorenom, često zadimljenim prostorima te u kolektivu vrtića ili škole. To su povoljni uvjeti za brojne infekcije respiratornih organa uzrokovanih uzročnicima kao što su streptokok, mikoplazme te druge bakterije i virusi. Dodatno opterećenje za imuni status djece su alergije na kućnu prašinu i grinje koje su u to doba godine najagresivnije. Sve ove okolnosti, uz izloženost toksičnim tvarima iz okoliša, mogu uzrokovati iritaciju donjeg dišnog sustava i pogoršanje osnovne kro-

nične bolesti. Podsjetila bih da smo potkraj prošle godine, 2019., imali veći postotak djece oboljele od atipičnih pneumonija i dugotrajnog podražajnog kašlja. Uz dišne organe negativni čimbenici su utjecali na cijeli organizam djece, što je pridonijelo njihovoj psihofizičkoj iscrpljenosti. Kao dio negativnih čimbenika za zdravlje djece naglasit ću da su brojna prijašnja istraživanja potvrdila prisutnost velikog broja faktora rizika za kronične nezarazne bolesti kod naše djece, a to su:

1. fizička neaktivnost,
2. nepravilna prehrana u kvalitativnom i kvantitativnom smislu,
3. pretilost,
4. dijabetes,
5. pušenje, bilo aktivno kod adolescenata ili pasivno kod male djece.

Sve ove navedene okolnosti govore o tome da su nam djeca u izolaciju zbog koronavirusa ušla vrlo iscrpljena i sa sniženim imunološkim kapacitetima. Izolacija kao preventivna mjera ima sva obilježja traumatičnog događaja, jer je nastupila iznenada, jer je nepoznata i neizvjesna pa dovodi u stanje svojevrsnog šoka i djeluje na psihu svih skupina populacije, a posebno na djecu i njihove roditelje. Zabrinutost zbog izolacije posebno se odnosi na izloženost djece jakom stresu, koji narušava njihovo psihofizičko stanje i funkcioniranje imunog sustava. U izolaciji je djeci bila uskraćena baš aerobna fizička aktivnost koja je najznačajnija za jačanje imuniteta i zaštitu od stresa i koja se odvija na svježem zraku i na suncu, a to su trčanje, vožnja biciklom, kolektivne igre s vršnjacima, nogomet, košarka, rukomet i druge igre. Na taj je način prekinut socijalni kontakt s vršnjacima, uskraćena im je emocionalna veza sa starijim članovima obitelji, bakama, djedovima, tetama. Prekinute su im i sve vrtičke i školske aktivnosti. Duži boravak ispred ekrana, često u zagušljivim i zadimljenim prostorijama, dodatno je opteretio dječje imunološke, emocionalne i fizičke potencijale. U ovoj stresnoj situaciji roditelji su bili opterećeni mnogim dilemama, strahovima i neizvjesnostima. Našli su se u situaciji da se moraju brinuti o egzistenciji, poslu, dječjem zdravlju i obrazovanju, ali i o starijim članovima obitelji. Znači da su se našli u situaciji koja im je bila posve nova, nepoznata, stresna i s nedokučivim posljedicama. Suvremene tehnologije pridonijele su bržoj razmjeni informacija ali, nažalost, i dezinformacija. Različiti jedni od drugih, prava je zamka za roditelje iz koje nije lako naći pravi put. S jedne strane tu neizvjesnost

i strah roditelja uvjetovale su loše vijesti o smrti brojnih ljudi i brzom širenju infekcije, a s druge strane informacije koje su se širile internetom da je riječ o lažnoj i bezazlenoj infekciji. Za ublažavanje osjećaja straha i neizvjesnosti bitna je provjerena i znanstveno utemeljena informacija. Posebno su bili opterećeni roditelji djece koja boluju od kroničnih bolesti kao što su astma, bronhitis, epilepsija, dijabetes i kardiološke bolesti, jer je pogoršanje kronične bolesti moguće, a kontakt s djetetovim pedijatrom je otežan. Sve je ovo mnoge roditelje dovelo u anksiozna i panična stanja. No nikako ne smijemo zanemariti činjenicu da je veći broj današnjih roditelja u razdoblju svog odrastanja prošlo kroz traumatične situacije rata i poraća. Nažalost, te traume nisu procesuirane ni izliječene, nego su pohranjene duboko u podsvijesti, pa ovakve stresne situacije mogu dovesti do retraumatizacije koja vraća potisnute strahove i vodi do paničnih stanja. Djeca osjećaju taj strah kod roditelja i intenzivnije ih opterećuje, premda ga ne manifestiraju na vidljiv način. Znanstveno je dokazano da stanja strepnje, straha, ljutnje, panike blokiraju rad imunog sustava te stvara podlogu za razvoj velikog broja bolesti, a posebno onih autoimunih, npr. samo 10 minuta stresa blokira imuni sustav na nekoliko sati. Koje bi bile smjernice za roditelje? Vrijeme izolacije uzrokovano pandemijom koronavirusa kao i vrijeme popuštanja epidemioloških mjera zahtijeva angažiranje svih slojeva društva, kako bi se pomoglo djeci da prebrode poteškoće. Ova briga ne smije i ne može pasti samo na leđa roditelja, već zahtijeva pun angažman pedijatar, psihologa, pedagoga i svih onih koji skrbe o djeci. Kao pedijatrica smatram da je očuvanje i jačanje mentalnog i fizičkog zdravlja djece naš pedijatrijski imperativ u ovoj situaciji. Iako je epidemiološka situacija u svojoj silaznoj putanji, savjetovala bih roditeljima da se i dalje pridržavaju preporučenih mjera zaštite od bolesti COVID-19. Opušteno ponašanje roditelja prema tim mjerama nije dopušteno, jer se mjere zaštite baziraju na osnovi specifičnosti sredine u kojoj živimo. Znam da je za laike zbujujuće kad čuju da se u nekoj drugoj zemlji preporučuju drukčije zaštitne mjere, ali moramo poštovati specifičnosti našeg lokaliteta. Skrenula bih pozornost na to da o korona virusu ne znamo sve pojedinosti, iako iskustva govore da su kod djece lakše kliničke slike i da su ona vektori za virus. Ipak mislim da treba biti oprezan, jer je vrlo kratko razdoblje promatranja ponašanja virusa pa ne znamo što će se događati, to više što se djeca vrlo malo testiraju. Treba razmišljati i uzeti u obzir i mogućnost odgođene reakcije organizma na virus, što nam potvrđuju izvješća o toj pojavi kod djece iz susjednih zemalja, Italije, Engleske, Švicarske, Španjolske, Portugala, Kine. Značajan broj djece je obolio od težeg oblika upalnog sindroma sličnog Kawasakijskom. Moguće je da su djeca prije 3-4 mjeseca bila u kontaktu s virusom koji je narušio imuni kapacitet djece i uzrokovao ova teška stanja. Sva ova oboljela djeca imala su pozitivne serološke reakcije na

virus. Od virusnih bolesti može se obraniti samo zdrav imuni sustav, pa stoga mjere jačanja imuniteta moraju biti adekvatne i treba ih dosljedno provoditi. Moram vas podsjetiti na ono što sam već navela, a to je da su nam djeca u izolaciji ušla s iscrpljenim imunim statusom. Stoga bi bilo poželjno da obave:

1. laboratorijske analize krvne slike, da se utvrdi postoji li kod djece anemija,
2. da se djeci pregleda vid, jer su dugo bila pred ekranom,
3. da se obave kontrolni pregledi djece koja boluju od kroničnih bolesti, a na koja zbog epidemije nisu bila.

Napomenula bih da su vitamini i minerali značajni za očuvanje imuniteta kod djece, a da posebno značenje za imunitet ima vitamin D, što su potvrdila i brojna istraživanja. I danas, kad se govori o vitaminu D, uglavnom se misli na rahitis, a on je samo vrh ledenog brijega te problematike. Dokazano je da svoj utjecaj vitamin D ostvaruje preko svojih receptora, koji se nalaze na svim membranama stanica tkiva. Na osnovi te činjenice jasno je da je vitamin D vrlo značajan za sve metaboličke procese u organizmu, a osobito za imunitet. Nažalost, bilježi se veliki deficit tog vitamina kod svih stanovnika na planetu i taj nedostatak ima pandemijski karakter. Za adekvatno doziranje vitamina D bilo bi poželjno izmjeriti njegovu koncentraciju u dječjoj krvi i nadoknaditi eventualni nedostatak do normalnih koncentracija vitamina D od 50 nmol/l, a potom nastaviti djeci davati preventivne doze. Na taj će način djetetov imuni sustav biti spremniji na to da se suprotstavi svim pošastima koje nam prijete. Naglašavam kako su relevantne epidemiološke studije utvrdile da najveći deficit vitamina D postoji u populaciji Azije, južne Europe, Srednjeg istoka i Sredozemlja. Nisu li to zemlje koje su pretrpjele najveće posljedice od COVID-a19? Ne smijemo zanemariti nadoknadu željeza te cinka, selena i magnezija. Savjete o pravilnoj prehrani u kvalitativnom i kvantitativnom pogledu moramo detaljno prezentirati i uvjeriti roditelje koliko je ona važna za pravilan rast i razvoj. To podrazumijeva konzumiranje povrća, zelenog lisnatog i korjenastog, voća, orašastih plodova, badema, lješnjaka, oraha i bobičastog voća. Treba jesti integralne žitarice, ribu, jaja, mliječne prerađevine, meso, puretinu i piletinu. Valja savjetovati da se izbjegavaju velike količine mesa i suhomesnatih proizvoda. Također treba izbjegavati pekarske proizvode od bijelog brašna, slatkiše, gazirana pića, slane grickalice. Treba povećati i unos tekućine, vode, sokova, čaja. Vrtić - da ili ne? Najbolji način za povratak djetetove dobre kondicije je boravak u prirodi, na otvorenom, na svježem zraku i suncu, u igri s vršnjacima. To je blagodat i zdravoj djeci, a posebno onoj koja zbog kroničnih bolesti ne mogu pohađati vrtić. Bilo bi dobro da i zdrava djeca ne idu u vrtić, ali ako roditelji nemaju drugi izbor, odlazak u vrtić je dobra opcija za resocijalizaciju djece nakon izolacije. Djeca koja boluju od kroničnih bolesti i koja su na profilaksi s kortikosteroidima, ne bi smjela ići u

vrtić. Ono što se izričito zabranjuje je boravak djece u zatimljenim prostorima, jer se tako djeca izlažu pasivnom pušenju koje ozbiljno narušava njihovo zdravlje. Djeca pasivni pušači obolijevaju od istih bolesti kao i pušači, čak i u težem obliku. Za očuvanje imuniteta važna je i "mentalna hrana" koju bi roditelji trebali dati djeci da bi se ublažio stres i osnažila emocionalna stabilnost. Kada dijete osjeti strah, strepnju, nesigurnost kod svojih roditelja, to kod njega izaziva dvostruko jače negativne emocije, iako ih vidljivo ne manifestira. U toj situaciji pedijatri moraju biti oslonac roditeljima, jer su im najbliži i poznaju obitelj. Treba savjetovati roditelje da priušte, djetetu što više šale, igre, smijeha i pozitivnih emocija, nježnih dodira i ljubavi. Dokazano je da opušteno i veselo ozračje u domu i tople emocije potiču lučenje hormona sreće kao što su endorfin, dopamin, serotonin, oksitocin i hormon D. Ti hormoni sreće preko receptora na staničnoj membrani imunih stanica stimuliraju njihov rad i podižu imuni odgovor djece. Kao primjer neka bude čuveni dječji onkolog *Patch Adams* koji je uveo smijeh kao sastavni dio terapije u liječenju djece oboljele od leukemije. On je glumio klauna s crvenim nosom i nasmijavao djecu i ta su djeca pokazala bolje rezultate u liječenju. Da bi se starijoj, školskoj djeci ublažio stres od nepoznatog, roditelji im moraju na primjeren način objasniti što se događa, o kakvoj je bolesti riječ i kako se od može zaštititi. Nužno je da se roditelji aktivno uključe u proces školskog programa. Mlađoj je djeci potrebna prisutnost roditelja, uz smijeh, igru, čitanje slikovnica. Stavite dijete u krilo, čitajte mu i pričajte, a sadržaj priče kreirajte prema djetetovu raspoloženju. Um i emociju treba njegovati i sjetimo se da je mozak dirigent našeg fizičkog, emocionalnog i umnog stanja. Prije se govorilo: "U zdravom tijelu, zdrav duh", a danas bi bilo primjerenije reći: "U zdravom duhu, zdravo tijelo".

ZAKLJUČAK

O djeci se malo govorilo u vrijeme pandemije i izolacije, jer su shvaćeni kao manje rizična skupina koja se dobro nosi sa

infekcijom koronavirusom. Opservacija stanja dječjeg zdravlja prije izolacije, za vrijeme izolacije i vremena koje dolazi, upozorava da moramo biti oprezni zbog moguće odgođene posttraumatske reakcije, kako psihičke tako i fizičke. Smatram da je nužno u najkraćem vremenu osmisliti programe za pomoć djeci uz žurnu mobilizaciju svih relevantnih službi psiholoških, pedagoških medicinskih, pedijatrijskih, epidemioloških i društva u cjelini. Proteklih mjeseci djeca nisu bila izložena virusu, ali otvaranjem škola i vrtića otvara se put njegovu prijenosu.

U ovoj situaciji treba postupiti smireno, bez poticaja straha kod djece, jer su ona posebno osjetljiva i svjesna velikih razlika u trenutnoj svakodnevnici.

Epidemija nije gotova i na to nas upozorava situacija iz okolnih zemalja gdje se epidemija opet razbuktava. Mjere za poboljšanje imuniteta nužno je ozbiljno provoditi, jer je to jedini način da izbjegnemo kobne komplikacije i posljedice, o čemu svjedoče iskustva susjednih zemalja SAD-a, Italije, Španjolske, Portugala, Švicarske i Velike Britanije.

Inicijalne hipoteze pokazuju da bi pojava toksičnog šoka ili Kawasakija mogla biti povezana s COVID-om 19. Odgovori na neka pitanja mogle bi dati velike populacijske studije, uključujući i serološka testiranja kojima se može utvrditi raširenost koronavirusa u nekoj zajednici. Iako je ova situacija stresna i za nas pedijatre, i veliki je izazov u profesionalnom smislu, moramo angažirati sve potencijale da bismo bili oslonac djeci i roditeljima. Kao što znamo, roditeljstvo je nepresušni izvor snage i sreće pa vjerujem da će se roditelji potruditi da svojim mališanima osiguraju lijepo i sretno djetinjstvo i u ovim teškim okolnostima. Da bi uspjeh bio potpun, nužna je potpora svih slojeva društva, a mi pedijatri ćemo se uključiti u kreiranje programa za kvalitetnu rehabilitaciju djece i pripremiti ih za eventualni novi val epidemije koronavirusa.

Prim. dr. Zdenka Škorić-Kovačić
spec. pedijatrije

Prikaz udžbenika: Preventivna i socijalna pedijatrija

Urednici: Josip Grgurić, Milivoj Jovančević
Izdavač Medicinska naklada, Zagreb, 2017.

Maša Malenica*

Udžbenik je namijenjen liječnicima i suradnim strukama koje u svakodnevnom radu skrbe za zdravlje djece u najširem smislu – o medicinskom i socijalnom zdravlju te o njevoj edukacijskoj sastavnici.

U prvom poglavlju pod naslovom „Temeljni koncepti i odrednice zdravlja“ autori nas uvode u sve aspekte koji utječu na djetetovo zdravlje od prevencije, razvijanja otpornosti, holističkog pristupa djetetu i utjecaja okoliša kao i siromaštva do etičkog pristupa, Konvencije o pravima djeteta te do Nacionalne strategije za dječja prava u Republici Hrvatskoj. Počevši od pojedinca i usmjeravajući se na njega, ne zaobilazi se salutogeneza koja donosi preporuke o tome kako ostvariti najveće razine cjelokupnog zdravlja, tjelesnog i duševnog, a isto tako socijalnog i edukacijskog.

Uloga primarne zdravstvene zaštite je da uz preventivnu aktivnost holistički pristupa bolesniku, rano otkriva bolesti i sprječava njihov razvoj i komplikacije. Dakle, povećan je broj djece s „novim bolestima“ koje najčešće imaju psihosocijalni, psihomotorni i emocionalni karakter te upućuju na potrebu novog pristupa djeci i društvu.

Potpoglavlje „Uloga roditelja u prevenciji bolesti, promicanju zdravlja i djetetovu ozdravljenju“ naglašava potrebu za edukacijom roditelja, osobito na području važnosti kontinuiranog cijepljenja, jer je baš ono pravo i obveza svake osobe u okviru zdravstvene zaštite koja im se jamči Ustavom i zakonima.

U drugom se poglavlju pod naslovom „Rast i razvoj“ autori osvrću na dijete od fetalne dobi do adolescencije s naglaskom na čimbenike koji na to utječu.

Istaknuta je važnost prevencije prijevremenog porođaja, opisana je zdravstvena skrb i njega novorođenčeta uz najčešće bolesti i potrebne preventivne mjere. Udžbenik posebnu pozornost posvećuje značenju dojenja i važnosti imunologije majčinog mlijeka. Uloga pravilne prehrane trudnice i novorođenčeta i poslije djeteta detaljno je opisana s najnovijim preporukama svjetskih organizacija. Praće-



nje rasta i razvoja zbog epidemije prekomjerne tjelesne uhranjenosti i pretilosti, ali i poremećaja hranjenja (anoreksija i bulimija) u djece i mladih tema je od prioritetnog javnozdravstvenog značenja.

O ranom otkrivanju odstupanja od normalnog rasta i razvoja govori se u trećem poglavlju. Počinje se sa značenjem probira, koja su njegova područja potrebna i njegove današnje mogućnosti.

Nastavlja se s ranim djetetovim neurološkim razvojem gdje nas autori upoznaju ne samo s motoričkim nego i s mentalnim razvojem, senzoričkim funkcijama i ranim otkrivanjem odstupanja od njih. Posebna su podpoglavlja posvećena otkrivanju slabovidnosti i oštećenjima sluha s posebnim osvrtom na prevenciju kasnog otkrivanja i naknadnog oštećenja. Ne zaobilazi se ni probir na poteškoće jezično-govorne komunikacije.

Četvrto poglavlje pod naslovom „Dječje kronične bolesti“ naglašava kako je kronično bolesno dijete jedan od najvećih prioriteta u zdravstvenoj zaštiti. Autori pozivaju na novi pristup djetetu s kroničnom bolešću, uključujući bolju suradnju medicinske struke sa školskim sustavom, socijalnom zaštitom i lokalnom zajednicom.

Peto poglavlje pod naslovom „Psihosocijalni razvojni poremećaji“ upućuje na problematiku koja pogađa ne samo

*Klinika za pedijatriju, Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice, Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Izv. prof. dr. sc. Maša Malenica, Klinika za pedijatriju
KBC "Sestre milosrdnice" 10000 Zagreb, Vingradska cesta 29,
e-mail: malenicamasa96@gmail.com

dijete već obitelj i cijelo društvo, a započinje sa zanemarenim i zlostavljanim djetetom. Uz to se ulazi i u temu bolesti ovisnosti, a potom slijedi tema koja obrađuje specifičnosti poteškoća djece tijekom roditeljske rastave braka.

Nesreće koje u svakom slučaju nose najveći potencijal preventivne i u Hrvatskoj i u svijetu i dalje imaju visoku incidenciju. Detaljno su prikazani učestalost nesreća razvrstanih po uzrocima i dobnim skupinama te mogućnosti preventivnog djelovanja.

Šesto poglavlje posvećeno je „Prevenciji u pedijatriji“ počevši s preventivnim pregledima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sadržanim u Programu mjera zdravstvene zaštite. Mjere zaštite od zaraznih bolesti s naglaskom na važnost cijepljenja posebno su naglašene. Istaknuta je i uloga patronaže koja ima uvid u lokalne probleme, upoznaje stanovništvo i promiče zdravlje na individualnoj razini.

I na kraju, sedmo se poglavlje odnosi na „Partnerstvo u promicanju zdravlja djece u zajednici“ kao ključ uspjeha unapređenja brige o djeci i ostvarivanju njihovih maksimalnih prava u zajednici. Opisuju se programi koji se provode u lokalnim zajednicama, a kao izvrstan primjer suradnje roditelja u brizi za zdravlje djece navodi se i klub roditelja nedonoščadi „Palčići“ kao i Udruga roditelja djece sa šećernom bolešću.

Poruka udžbenika je nužnost cjelovitog, sveobuhvatnog pristupa djetetu i u bolesti i u zdravlju, u kontekstu društva, okoliša, školstva i obitelji. Doktrinarno se promovira integracija fizičkih, mentalnih i socijalnih dimenzija djetetovog zdravlja i razvoja kao i prevencija bolesti, promocija zdravlja i bolje kakvoće života.

Rasema Bubica, dr. med. (1953.-2020.)



Nakon kratke i teške bolesti u 67. godini života preminula je naša ugledna kolegica, pedijatrica, dr. Rasema Bubica.

Dr. Bubica je rođena 1953. godine u Čapljini. U rodnom gradu kao odlična učenica pohađala je osnovnu školu i gimnaziju. U Sarajevu je završila medicinski fakultet 1978., a specijalizaciju iz pedijatrije 1991. Poslije diplome radila je kratko u Čapljini, a 1980. dolazi u Dječji dispanzer u Metkoviću, gdje i nakon specijalizacije ostaje raditi do kraja radnoga vijeka, uključujući i vrijeme Domovinskog rata.

U zasluženu mirovinu nakon 40 godina rada u zdravstvu i navršenih 65,5 godina života potkraj lipnja 2019. otišla je u mirovinu. Tom su joj prigodom pripremili veliki svečani oproštaj roditelji i djeca, njeni pacijenti, kolege, suradnici, a i mnogi drugi, želeći na taj način pokazati kako poštuju i prepoznaju rad i trud što ih je ulagala godinama. Grad Metković joj je iste godine dodijelio godišnju nagradu "Sveti Ilija" za izuzetan doprinos u zdravstvu.

Među kolegama je bila omiljena, spremna na suradnju, energična, optimistična s uvijek prisutnim osmijehom na licu.

Njeno ljubazno srce i duša uvijek su bili širom otvoreni i spremni za poslušati roditeljske strepnje, a zatim savjetovati, toplo primiti i popričati sa svojim malim pacijentima, kako bi stekla njihovo povjerenje i uspješnije ih liječila. Djeca su joj rado dolazila, jer su osjećala njenu ljubav kojom je zračila, pa su joj ljubavljuzi uzvraćali, ispunjavajući njenu ordinaciju veselim, šarenim crtežima zahvale i fotografijama zagrljaja.

Ni godinu dana poslije odlaska u mirovinu zbog teške bolesti, njeno humano srce prestalo je iznenada kucati. Na ispraćaju njenih zemnih ostataka, s tugom u srcu i suzom u oku, okupili su se njeni kolege i veliki broj građana Metkovića, izražavajući joj zahvalnost i u tuzi suosjećajući s njenom obitelji, koja u posljednjim danima njenoga života nije fizički mogla biti uz nju zbog pandemije koronavirusa.

Počivala u miru.

Vlado Krmek, dr. med.