

UVODNIK - NOVA PARADIGMA PREVENTIVE: " RANI RAZVOJ DJETETA - PRETPOSTAVKA ZDRAVLJA ODRASLIH"

Josip Grgurić

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Sažetak

U današnjem razvijenom svijetu sve više se postavlja problem kroničnih nezaraznih bolesti. Rješavanje tih problema traži nove preventivne programe. Mnogi od tih prioriteta imaju svoje ishodište u najranijoj fazi razvoja čovjeka (intrauterino i prvih godina života). Zbog toga današnje preventivne programe treba usmjeriti prije svega na optimalizaciju ranog razvoja djece. Predloženi koncept donosi dvostruki benefit: daje novu kvalitetu zdravlju djece, ali je isto tako najbolja dugoročna prevencija zdravlja odraslih. Takav koncept promicanja zdravlja traži i redefiniranje preventivnih programa kroničnih nezaraznih bolesti.

Ključne riječi: prevencija, rani razvoj djeteta, optimalizacija rasta

Uvod

Ovogodišnji Svjetski dan zdravlja posvećen je zdravlju majki i djece, pod motom: "Svaka majka i dijete su važni". Ova poruka ima duboku moralnu vrijednost, ali za našu zemlju i značajnu razvojnu komponentu. Zemlja koja se nalazi u demografskom decrescendu zaista kao prioritet mora staviti problem humane reprodukcije i zdravlja dijade majka - dijete.

Upravo iz tih razloga kao uvodnu temu ovog broja Hrvatskog časopisa za javno zdravstvo stavili smo temu "Demografske pretpostavke populacije". Ta tema morala bi imati centralno mjesto u našem pristupu prema budućnosti zemlje. Ona ne bi smjela biti samo prigodna izborna tema ili još pogubnije razmišljanje: kad se zemlja ekonomski obnovi i ojača, tada će doći na red demografski problemi i problemi djece.

Pored promjena u općoj društvenoj klimi u odnosu na djecu, potrebno je mijenjati i odnos prema djeci u zdravstvenom sustavu. Objektivno sve se manje izdvaja za djecu, pogotovo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Poznato je da se 1991. godine rodilo 52 289 djece (1), dok je 2003. godine rođeno 39 668 djece, pa je te godine trebalo izdvajati za 12 000 djece manje.

Osim manjeg broja djece, smanjio se i standard zaštite, jer je povećan broj djece na jednog pedijatra s 850 djece po timu na 1 000, pa i na 1 200 djece. Uz to, u timu primarne zdravstvene zaštite djece umjesto dvije sestre prije, djeluje samo jedna sestra. Naravno ovdje treba uzeti u obzir i još jednu negativnu tendenciju smanjenja pokrivenosti pedijatrijskom primarnom zdravstvenom zaštitom, tako da danas 30% djece nije u pedijatrijskoj skrbi.

Uz organizacijske i financijske probleme vezane uz djecu u društvu, postavlja se i pitanje redefiniranja sadržajnih zdravstvenih prioriteta u jednoj zajednici. Značajna saznanja dogodila su se posljednje desetljeće. Suvremeni preventivni stavovi razvijaju koncept da je rani razvoj djeteta vrlo blisko povezan sa zdravljem odraslih (2,3,4). Posljedično tome dolazi se do zaključka kako je potrebno stvoriti preduvjete za optimalizaciju ranog razvoja djece. Tu tezu potvrdili su i eksperti Svjetske banke posebno analizirajući cost-benefit takvog koncepta. Na međunarodnoj konferenciji 2000. "Investing in Our Children's Future" eksperti Svjetske banke ukazuju na činjenicu da je investicija u rani razvoj djeteta najbolja investicija. Slijedom takvog razmišljanja Svjetska banka preporučuje vladama investicije u djecu kao najrentabilnije investicije, posebno u područje ranog razvoja djeteta (5,6).

Tijekom 2004. godine održana su dva značajna međunarodna skupa na temu "Rani razvoj djeteta" i to u Genovi i Montrealu (7,8). Na međunarodnoj konferenciji o djeci u Genovi početkom 2004. godine, koja je okupila različite profile stručnjaka koji se bave djecom, posebno je naglašen stav Svjetske banke da se ulaganje 3 dolara u programe ranog razvoja vraća s 18 dolara, što je najisplativija investicija (8). Naravno, ovdje se podrazumijeva da će uloženi novac biti usmjeren prema zaista učinkovitim programima koji će osigurati zdrav život djeteta. Hendikepirano dijete kao posljedica oštećenja mozga za vrijeme trudnoće ili poroda stajat će zajednicu 20 puta više nego izdvajanje za zdravo dijete. To je tzv. ekonomski pristup problemima djece i njihovom razvoju. Vjerujemo da takav ekonomski pristup može mnoge moralne prije izrečene pristupe konkretizirati i realizirati.

Programi za optimalizaciju razvoja djeteta

Suvremena orijentacija međunarodnih organizacija, a posebno javnog zdravstva okrenuta je prema optimalizaciji ranog razvoja djeteta. Optimalni rani razvoj kombinacija je fizičkog,

psihičkog i socijalnog razvoja. Programi koji bi optimizirali rani razvoj djeteta su integracija prehrane, zdravstvenih mjera, stimulacije mentalnog razvoja i socijalnih intervencija. Suvremeni svijet i njegova medicina bar se deklarativno opredijelila za stav da je preventiva nešto što je najisplativije i najbolje u cilju osiguravanja zdravog i kvalitetnog života. U skladu s takvim razmišljanjem postavljaju se i pitanja kako današnje velike zdravstvene probleme rješavati, odnosno koji su to najučinkovitiji programi.

Zdravstveni problemi u odrasloj dobi razvijenog svijeta grupiraju se oko slijedećih bolesti (9,10):

- Krvožilne bolesti
- Dijabetes
- Debljina
- Povećani krvni tlak
- Starenje uz gubitak pamćenja
- Mentalna stanja (depresija...)

Sve veća učestalost gore navedenih problema u odrasloj dobi, motivira zdravstvenu službu na poduzimanje preventivnih aktivnosti. Međutim, uočava se da mnogi programi nisu usmjereni prema uzrocima nastanka bolesti, već su više okrenuti sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji. Zadnjih godina posebna pažnja posvećuje se prevenciji nezaraznih bolesti odraslih. Mnoge studije pokazale su kako niz problema odraslih počinje u djetinjstvu. Prije 20 godina Svjetska zdravstvena organizacija (11) ukazuje da perinatalni problemi, malnutricija, debljina, kardiovaskularne i mentalne bolesti imaju svoje ishodište u djetinjstvu. Upravo današnji stav Svjetske banke i međunarodnih organizacija usmjeren je prema uzročnim čimbenicima, a to u većini slučajeva znači usmjerenje prema ranim intervencijama u dječjoj dobi.

Rani razvoj djeteta - prediktor zdravlja odraslih

Da je rani razvoj djeteta prediktor kasnijeg zdravlja u odrasloj dobi, logična je istina. Manje je bilo poznato da različiti insulti u toj ranoj dobi nemaju samo neposredne posljedice na zdravlje i rast djeteta, već imaju i dugoročne konsekvence na zdravlje u adultnoj dobi. U tom smislu danas je dobro strukturirano nekoliko teorija.

Prije svega treba naglasiti važnost optimalnog intrauterinog razvoja. U tom pogledu značajnu promjenu stavova izazvala je Barkerova hipoteza (12,13,14) da nutritivno stanje djeteta intrauterino i u ranoj dojenačkoj dobi ima dugoročni utjecaj na bolesti odraslih. Tako djeca niske porodne tjelesne mase i smanjene težine s godinom dana, imaju češće u odrasloj dobi visoki krvni tlak, povišeni šećer u krvi ili dijabetes, a smanjena porodna težina ili učestale infekcije te najranije dobi također dovode do poremećaja funkcije pluća. Isto tako, djeca sa smanjenom težinom s godinu dana, imala su u adultnoj dobi povećanu koncentraciju apolipoproteina B, te povećan fibrinogen i faktor VII, koji su povezani s povećanim rizikom koronarnih srčanih bolesti.

Studije pak na životinjama postavile su tezu da povećani rizik za srčano-žilne bolesti nastaje zbog toga što nedovoljna prehrana u najkritičnijem periodu rasta ima utjecaj na organe - na njihov rast i funkciju.

Dok je prethodna Barkerova teorija povezala razvoj djeteta in utero s poremećajima u adultnoj dobi, Power i Hertzman (15) fokusiraju se na dva glavna i ponekad proturječna modela kako bi objasnili kako vanjski utjecaji u ranoj dobi utječu na zdravlje u odrasloj dobi. Prvi model opisuju kao "model latencije", koji slično kao i Barkerova teorija pretpostavlja da su bolesti odrasle dobi "programirane" za vrijeme fetalnog života i u ranoj dobi. Drugi "model putanje" fokusiran je na kumulativni efekt životnih događaja na razvojnoj putanji koji utječu na uzrok bolesti u odraslih. Oba modela "latencije i putanje" mogu biti komplementarni jedan drugome, ali u praktične svrhe evidentno je da "latentni" model traži strategiju investiranja u rani period djeteta, dok "model putanje" traži potporu za vrijeme cijelog života.

U teoretske modele, oni ugrađuju i socijalnu relaciju, koja pored bioloških elemenata snažno određuje kasnije zdravlje odraslih. Dijete iz niže socijalne klase već kod poroda ima više bioloških i psihosocijalnih rizika, a kasnije prima manju edukacijsku potporu, lošiju životnu sredinu i lošiju zdravstvenu zaštitu, nego dijete iz više socijalne sredine, tako da su za tu djecu značajniji programi i utjecaji na modelu putanje.

Iako su te teorije danas dobro fundirane i čine jedan mozaik pogleda na potrebu optimalizacije ranog razvoja djece, valja istaknuti da još uvijek nema dobro strukturiranih programa kako bi se to osiguralo. Barkerova teorija primarno naglašava nutritivni faktor na kasniju predikciju razvoja djeteta, dok Powerova naglašava više socijalni faktor, te treća Marmotova (16) teorija govori o optimalizaciji ranog adultnog za održavanje kasnijeg zdravlja.

I pored mnogih pristupa i teorija, važno je istaknuti da dominantno mjesto u budućem određenju ljudskoga zdravlja ima rani razvoj djeteta. Međutim, utjecaj na taj period nije jednoznačan jer on traži mnoge pretpostavke: od genetskih, prehrambenih, okolišnih, interpersonalnih i emocionalnih, primarno na relaciji dijade majka - dijete, a onda i njegovog prvog mikro-svijeta obitelji.

Sumarno možemo reći da danas postoje dobro strukturirane studije koje nedvosmisleno pokazuju povezanost ranog razvoja djeteta s bolestima u adultnoj dobi. Međutim sada je pred nama veliki izazov: kako na to djelovati, koji su to optimalni programi? To su novi izazovi na početku jednog tisućljeća. Za sada imamo možda samo osnovne gabarite budućih programa, pa su u tom smislu i završna razmatranja na već spomenutom skupu Svjetske banke 2000. godine bila usmjerena samo na glavne naznake.

Prije svega prema interventnim programima: smanjenja socijalnog rascjepa u smislu pomoći djeci i prekida ciklusa reprodukcije siromaštva koja inducira neadekvatni razvoj i bolesti (17,18). Isto tako na već navedenom skupu u Montrealu, MacFarlane (19) ističe da su najučinkovitiji preventivni programi za djecu, mladež i odrasle oni iz područja koje određuje vlada, a odnose se na nacionalnu politiku za smanjenje siromaštva i povećanje socijalne jednakosti. Druga grupa odnosi se na efektivne zdravstvene intervencije.

Kako se ne bismo našli samo u svijetu spekulacija i općih deklarativnih ciljeva, treba naglasiti da i medicinska struka može dosta učiniti u smislu konkretnih intervencija koje će se prezentirati i u ovom prigodnom broju časopisa.

LITERATURA

1. Wertheimer Baletić A. Depopulacija i starenje stanovništva temeljni demografski procesi u Hrvatskoj. Društvena istraživanja 2004;4-5:631-53.
2. Love JM, Schochet PZ, Meckstroth AI. Evaluating the Effectiveness of Early Childhood Programs. U: Young ME, ur. From Early Child Development to Human Development. Washington DC: The World Bank; 2002. str. 145-95.
3. Young ME. Early Child Development: Investing in the Future. Washington DC: The World Bank; 1996.
4. Mustard JF. Early Child Development and Brain. U: Young ME, ur. From Early Child Development to Human Development. Washington DC: The World Bank; 2002. str. 23-63.
5. Young ME. Introduction and Overview. U: Young ME, ur. From Early Child Development to Human Development. Washington DC: The World Bank; 2002. str. 1-12.
6. Proceeding of International Conference: "Children and the Mediterranean". Genoa; 2004 Jan 7-9.
7. Proceeding of International Meeting on Early Childhood Prevention. Montreal (Canada); 2004 Sept 22-24.
8. Van der Gaag J. From Child Development to Human Development; Economic point of view. Proceeding of International Conference: "Children and the Mediterranean". Genoa; 2004 Jan 7-9; str. 11-01.
9. Tarula LB. Effective Early Childhood Program: The US. Head Start Experience. U: Young ME, ur. From Early Child Development to Human Development. Washington DC: The World Bank; 2002. str. 212-53.
10. WHO. Designing the comprehensive "Healthy children in healthy families" programme. Copenhagen: WHO; 1993.
11. Falkner F. Prevention chez l' enfant des problemes de sante du futur adulte. Geneve: Organisation mondial de la sante; 1982.
12. Barker DJP. Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. British Medical Bulletin 1997;53(1):96-108.
13. Barker DJP, ur. Fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ; 1992.
14. Barker DJP, Gluckman PD, Gotfrey KM, i sur. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. Lancet 1993;341:938-41.
15. Power C, Hertzman C. Social and biological pathways linking early life and adult disease. British Medical Bulletin 1997;53(1):210-23.
16. Marmont MG. Early life and adult disorder: research themes. British Medical Bulletin 1997;53(1):3-10.
17. Gulmezoglu M, De Onis M, Vilae J. Effectiveness of Interventions to Prevent or Treat Impaired Fetal Growth. Obstetrical and Gynecological Survey (CME REVIEW ARTICLE) 1997;52:139-49.
18. Iglesias EV, Shalala DE. Narrowing the Gap for Poor Children. U: Young ME, ur. From Early Child Development to Human Development. Washington DC: The World Bank; 2002. str. 363-75.
19. MacFarlane A. What are the key elements for success and failure in implementing effective child public health prevention programmes. U: Proceedings of International Meeting on Early Childhood Prevention. Montreal (Canada); 2004 Sept 22-24.

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Josip Grgurić
Klinika za dječje bolesti
Zagreb, Klaićeva 16
Tel.(01) 4600 113
Fax. (01) 4600 160

