

PLAČ DJETETA - IZMEĐU KOMUNIKACIJE I PATNJE

JOSIP GRGURIĆ*

Prekomjerni plač je relativno česta pojava u zemljama zapadnog svijeta, a izražava ga oko 15-25% dojenčadi. Etiologija ovog sindroma je raznovrsna, i obuhvaća razne entitete radi čega su i terapijski postupci različiti. Ipak, današnji je stav, da je pretežni dio prekomjernog plača uzrokovan općom ekscitacijom djeteta, a ne samo gastroenterološkim uzrocima, što je tradicionalno uvriježeno. Iako se prekomjerni plač djeteta ubraja u skupinu "self-limited" stanja, on može imati i dugoročne posljedice na razvoj djeteta.

Deskriptori: PLAČ, DIJETE, KOMUNIKACIJA, PATNJA

UVOD

Plač je jedan od najčešćih, ponekad i jedini način da novorođenče i mlado dojenče komunicira s okolinom u cilju upozorenja i zadovoljenja svojih elementarnih potreba. Plač se može podijeliti u nekoliko kategorija: *normalni ili fiziološki* plač; prekomjerni (ekscesivni) plač s *organskim uzrokom*, te *ekscesivni* plač *bez poznatog uzroka*. Naravno postoje i druge podjele, posebno u kategoriji prekomjernog plača bez poznatog uzroka. U razlikovanju tzv. normalnog plača od prekomjernog prihvaćeni su opći kriteriji poznati pod nazivom "*pravilo tri*", po kojem prekomjerni plač traje više od 3 sata dnevno, 3 dana u tjednu i najmanje 3 tjedna u mjesecu. Takav prekomjerni plač se naziva često i "plač prva 3 mjeseca" (eng. "three months colic").

Točnije, prema opće prihvaćenoj Brazeltonovoj studiji smatra se još prihvatljivim da dijete s 15 dana plače do 2 sata dnevno, sa 6 tjedana 3 sata, nakon čega se plač u dobi djeteta od 12 tjedana smanjuje na 1 sat dnevno (1, 2). Kulturološki faktori utječu na pojavu prekomjernog plača dojenčeta, jer je

opažen porast prekomjernog plača dojenčadi u zemljama Zapada, a manje je među crnačkom djecom, što se povezuje sa stilovima života i tehnikama njege djece. Neobjašnjivi plač djeteta neki stavljaju i u kontekst evolutivnih perspektiva (3).

Prema ispitivanjima van der Wala i suradnika prekomjerni plač je rjeđi među ženskom djecom, drugom i kasnije po redoslijedu poroda rođenom djecom, te kod djece na prsima (4). Činjenica da dojena djeca manje plaču ne povezuje se s kvalitetom mlijeka, već s načinom dojenja, posebno ako se djeca doje prema vlastitom traženju, što povećava i učestalost podoja i kontakata majka-dijete.

PATOFIZIOLOGIJA PLAČA

Plač se mijenja tijekom razvoja djeteta, a posebno u prvoj godini života. Prvih tjedana plač je signal iskustva djeteta zbog promijenjene homeostaze, kao što je na primjer neugodnost ili glad. Dijete tijekom rasta počinje diferencirati vanjske i unutarnje stimulanse. Tijekom druge polovice prve godine života, sve je intenzivniji proces neurološke maturacije sve više plač postaje odraz frustracije i straha (5).

Plač u suštini ima povoljnu i nepovoljnu stranu. Loše strane plača su: gubitak energije kod djeteta, iritiranost roditelja i njegove okoline, a u

određenim uvjetima može izazvati i oštećenje mozga jer smanjenjem oksigenacije mozga dolazi do vazodilatacije i porasta cerebralnog krvnog volumena, što povisuje krvni tlak i povećava mogućnost intrakranijskog krvarenja. Pored samog plača, postoje i rizični faktori kako za ekscesivni plač tako i za njegove posljedice (tablica 1).

KLINIČKA SLIKA PLAČA U DOJENAČKOJ DOBI

- *Fiziološki* plač podrazumijeva javljanje djeteta na neugodne podražaje kojima je cilj zadovoljenje fizioloških potreba (glad, žeđ) i osiguravanje zaštite (neugoda zbog mokrih ili onečišćenih pelena i slično).
- Plač djeteta zbog poznatih uzroka, prvenstveno *organskih*. U obzir dolaze razne upale (npr. otitis), anomalije, ukliještene hernije, intestinalne opstrukcije ili intususcepcije. Ostali organski razlozi plača poznate etiologije su alergija na proteine kravljeg mlijeka i intolerancija na laktozu.
- *Kolike prva 3 mjeseca života*. Sinonimi za ovakav plač su ekscesivni i perzistentni plač, a u domaćoj literaturi pupčane kolike ili abdominalne kolike. Riječ colic

*Klinika za dječje bolesti Zagreb

Adresa za dopisivanje:
Prof. dr. Josip Grgurić
10000 Zagreb, Klaićeva 16

Tablica 1.
Rizični čimbenici za nastanak sindroma prekomjernog plača.

Table 1
Risk factors associated with excessive infant's cry

Bolest
Vulnerabilnost CNS-a
Perinatalni rizici
Opća iritabilnost djeteta
Poremećaji spavanja
Poremećaji hranjenja

potječe od grčke riječi za crijeva (6, 7).

Prema literaturi, od 10-25% dojenčadi do trećeg mjeseca života ima kolike, ovisno o kriterijima za dijagnostiku (8, 9, 10). U kliničkoj slici dominiraju grčevi u kojima dijete plače grčevito, privlači noge uz trbuh, s crvenilom lica. Atake plača se javljaju obično poslijepodne ili navečer u trajanju po nekoliko sati. Etiologija nije sasvim razjašnjena. Obično nisu organske etiologije, iako ga uvijek treba isključiti.

Prema Barru organski uzrok je prisutan u svega 5% kolika. Isti autor dijeli prekomjerni plač dojenčeta u četiri kategorije (11):

- *kolike* obično počinju 2 tjedna nakon poroda i većinom se smiruju do četvrtog mjeseca života. U kliničkoj slici dominiraju paroksizmalni grčevi koji nemaju jasno vidljivog uzroka;
- *perzistentni majka-dijete distress sindrom*: U anamnezi dominiraju rizični faktori sa strane djeteta, ali i sa strane majke. Roditelji imaju psihosocijalne rizične faktore, mentalnu psihopatologiju, te postnatalne roditeljske konflikte. Dijete ima također niz neurorizičnih faktora (11);
- *temperamentno "teško" dijete*: Predstavlja svojevrsnu varijantu normalnog razvoja. Kod takvog djeteta se primjećuje loša adaptacija, te iznenadne i jake reakcije na sasvim običan stimulans. Plač je u takvim slučajevima povezan s biološkim i konstitucionalnim uzrokom;

- *disregulirano dijete*: Takvo dijete ima poremećaj u mnogim bihevioralnim područjima života (hranjenju, motornoj aktivnosti, iritabilnost), nastao kao posljedica centralne regulatorne disfunkcije.

I pored prividno jasnih prije opisanih kliničkih slika, činjenica je da je kod prekomjernog plača dojenčeta ponekad teško uvrstiti plač u tipičnu kliničku sliku, provesti dijagnostiku i specifičnu terapiju. Općenito uzevši, postoji više mogućih objašnjenja za nastanak trimenonskih kolika, što pomaže u terapijskom pristupu. Sumirajući dosadašnja moguća objašnjenja uzroka prekomjernog plača djeteta mogu se izdvojiti slijedeći uzroci koji u svakodnevnoj praksi imaju i terapijsku implikaciju (12):

- tijekom maturacije događa se diferencijacija unutarnjih i vanjskih stimulansa, i prema ovoj teoriji plač bi bio indikator neselektivnosti;
- dio kolika može se povezati s alergijom na proteine kravljeg mlijeka;
- vrlo rašireno je uvjerenje da je uzrok kolika posljedica povećanja plinova u crijevu, ali i povećanja intestinalne peristaltike. Povećana količina plinova u crijevima više se smatra rezultatom kolika nego uzrokom (13);

- najveći dio kolika može se ipak pripisati poremećaju odnosa djeteta i okoline, gdje se dominantno mjesto pridaje anksioznim roditeljima. Djeca s kolikama imaju manje uspješnu interakciju s roditeljima nego djeca u kontrolnoj skupini (13, 14). Isto tako i interakcija između roditelja je češće disfunkcionalna u grupi djece s teškim oblikom kolika.

Dugotrajno opterećenje odnosa roditelj-dijete prema Papoušek u ovisi o (15):

- vrsti i težini djetetovog poremećaja regulacije;
- apsolutnom/relativnom trajanju prema dobi;
- obrascima pogrešne prilagodbe u interakciji;
- ustrajavanju na pogrešnim obrascima;
- "teškom" temperamentu djeteta;
- psihopatologiji jednog od roditelja;
- nagomilavanju ugrožavajućih čimbenika.

KARAKTERISTIKE DJEČJEG PLAČA PUTOKAZ ZA DIJAGNOZU

Pored toga što u praksi postoje karakteristične kategorije plača djeteta koje je moguće generalizirati, kao što je

Tablica 2.
Dječji plač-putokaz za dijagnozu

Table 2
Crying child-roadmap for diagnosis

plač prijevremeno rođenog djeteta
plač normalnog novorođenčeta
plač zbog gladi-bola-zadovoljstva
plač i kašalj kod cistične fibroze
prigušeni plač djeteta s vaskularnim prstenom
plač nalik na mijaukanje ("cri du chat" ili "cat cry" sindrom)
prodorno visoki plač, koji liči na smetnje kod djeteta s mikrocefalijom
prodorno visoki plač djeteta s hidropsom glave
neodlučan plač djeteta s Down sindromom
drhtav plač kod kwashiorkora
promukao plač kod kongenitalnog hipotireoidizma
nezreli plač kao režanje kog Lange-ovog sindroma
plač sličan krik u morskom galeba kod djeteta s Edwards-ovim sindromom

na primjer plač gladi, plač boli, plač djeteta prije svega izražava individualnost djeteta u smislu njegove komunikacije s roditeljima (16). Prepoznavanje plača je oblik specifične zaštite novorođenčeta kod mnogih životinjskih vrsta. U ljudskoj vrsti rađena su ispitivanja, koja pokazuju da značenje plača svojeg dojenčeta prepoznaje 80% majki i 40% očeva (17).

Osim individualnih osobina plača svakog djeteta, postoje i karakteristični oblici plača vezani uz pojedinu bolest ili stanje djeteta. Slušajući dječji plač dobivaju se korisne poruke za postavljanje dijagnoze, ali su i odraz patnje djeteta. Na tablici 2 daju se neka od tih stanja i bolesti s karakterističnim plačem, a usmjeravaju prema odgovarajućoj dijagnozi (18).

POSTUPCI PREMA DJETETU S PREKOMJERNIM PLAČEM

Svaka majka reagira na dječji plač i pokušava naći poruku djeteta, a tako isto i zdravstveni djelatnik u kontaktu s djetetom koje plače pokušava otkriti uzrok. U našoj metodologiji dijagnosticiranja, odnosno uobičajenim algoritmima nastoji se prije svega isključiti organski uzrok kolika. Ipak valja imati na umu da su vrlo česti uzroci dojenačkog plača povezani s načinom hranjenja. Pri tome treba učiniti distinkciju u traženju uzroka plača djeteta prema tome da li je dijete na prsima ili je umjetno hranjeno.

Dijete na prsima

Prekomjerni plač djeteta na prsima vrlo se često poklapa i s promjenama u izgledu i sastavu majčinog mlijeka, a te dvije pojave se često poklapaju. Majčino mlijeko prvog tjedna je kolostralno a zatim dobiva naziv prelaznog mlijeka, da bi sa 3 do 4 tjedna postalo zrelo mlijeko (19). To mlijeko, pogotovo u početku podoja je plavičastobijele boje i manje gustoće, što mnoge žene nazivaju "prevodenim" ili "preslabim" mlijekom. Kako je to vrijeme i kad se pojavljuju kolike posljedica je, da se za njih s nepravom okrivljuje takvo "slabo" mlijeko, a u konačnici dolazi do nepotrebnog uvođenja umjetne prehrane (20, 21).

Promjena mliječne prehrane obično ne dovodi do poboljšanja, nego čak i do pogoršanja radi moguće intolerancije proteina. U slučaju kolika kod djeteta na prsima potrebno je obratiti pažnju na slijedeće:

- provjeriti tehnike hranjenja, posebno prvih dana života djeteta;
- nedovoljno ili preobilno naviranje mlijeka. Dok se nedovoljna produkcija mlijeka najčešće optužuje za plač djeteta, isto tako kad se dijete stavlja prebrzo s jedne dojke na drugu, tada posiše i s jedne i druge dojke samo prvo mlijeko bogato laktozom, koja ubrzava peristaltiku, a masti na kraju podoja je smiruju. Valja reći da i kod majki koje produciraju puno mlijeka dijete također popije samo prvo mlijeko, koje nema dovoljno masti.

Dijete na umjetnoj prehrani

Kao i kod umjetne prehrane uzrok kolika može biti zbog alergije na proteine kravljeg mlijeka. Na to ćemo posebno uputiti podatak o atopiji u obiteljskoj anamnezi ili drugi znakovi alergije u djeteta, kao što su to na primjer kožne promjene (21). Kako alergije na proteine kravljeg mlijeka ima 1 do 3% u populaciji djece, time se može objasniti samo dio kolika (23). Prehrana i način života majke, također djeluju na dijete, jer dijete preko majčinog mlijeka dobiva ekscitirajuće supstance kao što je kofein preko kave ili cola napitaka, čajevi s većim sadržajem teina, pušenje (24).

U praksi se često zamjećuje da i neka hrana koju majka uzima za vrijeme dojenja utječe na raspoloženje djeteta. Neka djeca imaju povećanu potrebu da ih se drži i njeguje. Suvremen preporuke o dojenju preporučuju da se dijete stavlja na prsa na traženje djeteta čime se ispunjava prehrambeni, ali i emocionalni zahtjev djeteta.

POSTUPCI S DJETETOM KOJE PREKOMJERNO PLAČE

Postupci u pristupu djetetu koje prekomjerno plače mogu se sažeti u četiri terapijske grupe, koje je često potrebno kombinirati (25):

- opći pristup;
- dijetalni tretman;
- medikamentozni tretman;
- bihevioralni tretman.

Opći pristup

podrazumijeva dobivanje realnih informacija, uspostavu povjerenja i davanja općih savjeta te psihološku potporu majci, što podrazumijeva slijedeće postupke (26, 27, 28):

- Slušajte majku. Pomozite majci da u razgovoru kaže kako se osjeća i kakvi su stavovi okoline u svezi plača djeteta, koja može osuđivati majku da je nesposobna za odgoj djeteta, a posebno u smislu discipliniranja djeteta u toj najranijoj dobi.
- Prihvatite osjećaje majke. Pokažite empatiju prema njezinim osjećajima i njezinom mišljenju u svezi prekomjernog plača djeteta.
- Podržite ono što majka čini dobro. Objasnite da dijete nije bolesno, da su to razvojni problemi u dječjoj dobi i da nije potrebno disciplinirati dijete. Majke koje doje, posebno je potrebno educirati da plač nije problem njihova mlijeka.
- Pružite relevantne informacije, posebno informaciju da će se plač djeteta bitno smanjiti s 3 do 4 mjeseca života, te da lijekovi obično nisu potrebni, a mogu imati i nepovoljno djelovanje. Ako je dijete na prsima treba pogledati tehnike dojenja i dati u tom smislu savjete.
- Postupci koji mogu pomoći smanjenju plača. Iako postoje u literaturi kontradiktorna mišljenja u svezi uspješnosti neposrednih postupaka s djetetom koje plače, većina predlaže uzimanje djeteta u naručje već na početku plača (unutar 1,5 minute).

Dijetetski postupci

Lucassen i sur, napravili su pretraživanje literature na Medlineu i Cochrane kontroliranom studijom izdvojili 27 istraživačkih radova u svezi

tretmana kolika u ranoj dojenačkoj dobi (24). Eliminacija proteina kravljeg mlijeka s hipoalergenom formulom je efikasna u reduciranju dojenačkih kolika, dok se formule niskom koncentracijom laktoze nisu pokazale učinkovitima.

Da li dojenje ili davanje šećera djeluje analgetički?

Općenito se smatra da dojena djeca manje plaču. Rađena su ispitivanja na dojenoj djeci o ponašanju nakon uzimanja krvi za različite pretrage. Dojenje prije, za vrijeme i nakon tih bolnih procedura značajno smanjuje plač i grimasiranje kako u dojenčadi, tako i u eksperimentalnih životinja. Pretpostavlja se da je taj analgetički učinak posredovan opioidima, koji se vežu na opijatne receptore u leđnoj moždini (substantia gelatinosa) čime blokiraju prijenos boli preko aferentnih vlakana inhibirajući oslobađanje neurotransmitera u leđnoj moždini (29).

Međutim, osim ovog načina preko okusa, analgetički učinak ide i preko nenutritivnog sisanja i taktalnog osjeta kontaktom koža-koža. Slično ponašanje dojenčeta i eksperimentalnih životinja govore da je taj analgetički proces filogenetski vrlo star. Što se tiče kolika prva 3 mjeseca života djeteta oprečna su gledanja o njihovoj učestalosti u toj ranoj dobi. Dok postoje stavovi da prirodna prehrana i ovdje djeluje protektivno, to prije navedena Cochran studija govori da djeca na prirodnoj prehrani imaju istu učestalost kolika (24, 30). Posebno se to odnosi i na kolike koje su povezane s unosom proteina kravljeg mlijeka. Majčino mlijeko također sadržava ingestirane proteine iz kravljeg mlijeka ukoliko se majka hrani proizvodima kravljeg mlijeka. Zbog toga se preporučuje ženi koja doji dijete s kolikama, da umjesto kravljeg mlijeka konzumira sojino mlijeko ili hipoalergenou formulu (31, 32). Preporučuje se primijeniti tu eliminaciju mlijeka kroz tjedan dana, a ukoliko se stanje s kolikama popravi tada treba nastaviti s takvom prehranom kroz cijeli rizični period za nastanak kolika (33).

U narodnoj tradiciji prisutni su postupci da se djeci s kolikama daju dudice sa šećerom. Što se tiče šećera nekoliko je ispitivanja potvrdilo pozivan učinak šećera na smanjenje bola u djece. Rađena su ispitivanja davanja šećera prilikom cijepjenja djece. Davanjem oralno 25-50% otopine šećera postiže se pozitivan učinak na skraćivanje plača djece nakon cijepjenja (34, 35). Mehanizam na koji peroralno uzimanje šećera smanjuje dojenačke kolike je nedovoljno istražen. Smatra se da taj učinak ne ide preko enteralne apsorpcije šećera, već preko otpuštanja endogenih opijata.

Medikamentozna terapija kolika

Sredstava koji se primjenjuju kod dojenačkih kolika su prije svega narodni lijekovi kao što su različiti čajevi posebno od kamilice i komorača. Od lijekova se primjenjuju: antikolinergici, barbiturati, laksativi i antiflatulencije. Dosta je u upotrebi antiflatulent simethicone. Svi ovi lijekovi imaju ograničenu primjenu i nemaju pouzdano djelovanje. Prema prije navedenoj Cochran studiji, jedini efektivni lijek je antikolinergik dicyclomin (Merbentyl), ali kako ima značajne popratne loše pojave u smislu smetnji disanja, apneja, sinkopa i hipotonije može se upotrijebiti samo u bolničkim uvjetima (24).

Bihevioralne intervencije

Mnoge studije, pa i prije navedene meta-analize pokazuju efektivnost bihevioralnog tretmana dojenačkih kolika. Naravno i ovdje je vrlo značajna kvaliteta i iskustvo u tretmanu kolika (38). Potreba za bihevioralnim tretmanom ne očituje se samo u redukciji simptoma kolika, već i umanjenju kasnijih posljedica zbog poremećenog odnosa roditelji-dijete.

Prognoza dojenačkih kolika

Dojenačke kolike nisu simptom za podcjenjivanje, jer prema Wurmseru i suradnicima mogu ugroziti rani razvoj odnosa roditelja i djeteta, a kasnije biti uzrokom drugih razvojnih problemima (37). Autori smatraju da ekscesivni plač dojenčeta nije tranzitorna pojava koja će se sama razriješiti do kraja 3 mjeseca

života djeteta, jer 39% djece ima kolike i nakon navršenog trećeg mjeseca, ali su manjeg intenziteta. Majke s djetetom koje prekomjerno plače češće će biti depresivne i frustrirane sa slabijim povjerenjem u sebe (38). Ispitivanja o dugoročnoj prognozi djece koja su patila od prekomjernog plača u ranom djetinjstvu imaju normalni razvoj osim ako ne postoje i drugi rizični čimbenici u obitelji. Ta djeca u predškolskoj dobi imaju više smetnji ponašanja, prije svega tzv. "teški temperament" i hiperaktivnost (39).

Interesantna je studija Morrisa i suradnika o ekonomskom aspektu i koristi preventivnih postupaka u cilju smanjenja boli u dojenčadi (40). Kao što je već rečeno, ne treba smetnuti s uma, da dojenačke kolike mogu bitno poremetiti odnos roditelj djeteta, što može dovesti i do problema traumatiziranja djeteta, koji se izražava kliničkom slikom "Shaken infant syndromom" (41, 42, 43). Zbog toga za vrijeme pregleda dojenčeta koje ima kolike pored uzimanja uobičajene anamneze i statusa treba imati na umu i neke sekundarne znakove:

- pažljiva inspekcija kože u smislu kožnih promjena, ali i moguće povrede;
- palpacija ekstremiteta u smislu isključivanja fraktura;
- pregled spolovila;
- pregled retine, da se isključe retinalne hemoragije (znak intrakranijalnog krvarenja).

"SHAKEN INFANT SYNDROM"
(Sindrom zbog potresanja djeteta)

- odgovoran za 50% neakcidentalnih smrti;
- način povrede je sličan kao i kod prometne traume;
- fenomen akceleracije-deceleracije tj. lubanja i mozak idu u različitim pravcima, a uz to prisutna je i rotacija;
- posljedica je intrakranijalno krvarenje;
- dijete mlađe od 2 godine je osjetljivije na potresanje iz razloga:

- mozak je veći u odnosu na tijelo;
- mišići vrata su slabije razvijeni;
- kontroliranje položaja glave i vrata je slabije nego u odraslih;
- mozak djeteta sadrži više vode nego odrasli;
- mozak djeteta nije zaštićen kao u odraslih.

"Shaken infant sindrom" je nedovoljno prepoznat sindrom s ozbiljnim posljedicama:

- 1/3 teško potresane djece umire, 1/3 ima trajne posljedice, a svega 1/3 se oporavlja s dugoročno upitnim posljedicama.
- Svako dijete ispod 2 godine sa znakovima intrakranijalnog krvarenja, šoka i kome nepoznatog uzroka mora biti suspekt na sindrom potresanja (44).

KAKO SMANJITI PATNJU DJETETA

- smanjiti *intrauterinu patnju* djeteta (omogućiti trudnici provođenje zdravog načina života, smanjivanje stresnih situacija, razvoj medicinske grane-fetologije);
- *porod*, period s velikom patnjom djeteta s poznatim mnogim fizičkim, ali i nedovoljno poznatim psihičkim oštećenjima. Da li indukcija poroda povećava patnju, a carski rez smanjuje? Poseban je problem prematurne djece, koja su zbog svoje nezrelosti i čestih komplikacija posebno izložena nizu bolnih postupaka za vrijeme dijagnostike i terapije (45):
- poslijeporođajno doba, adekvatne mjere zbrinjavanja u rodilištima:
 - rani kontakt majka-dijete (koža-koža);
 - rooming-in;
 - hranjenje na traženje
- novorođenački i dojenački period:
 - suportivna okolina;
 - prirodna prehrana;
 - prehrana majke za vrijeme laktacije (izbjegavati pušenje, kofein, alkohol, droga);

- muzikoterapija
- bolesno dijete:
 - promijeniti stav da malo djeteta manje osjeća bol;
 - smanjiti strah od racionalne medikalizacije;
 - povećati preventivne mjere za smanjenje boli.

U smislu preventivnih programa kako smanjiti patnju djeteta u našoj sredini, posebno ističemo:

- Program, koji je svojevremeno iniciran sa strane UNICEF-a "*Bolnice (rodilišta) - prijatelji djece*" (46). Taj program pored promicanja dojenja favorizira ranu povezanost majka-dijete (early attachment) i na taj način smanjuje patnju djeteta, posebno u smislu 3 koraka: a) rani kontakt iza poroda ("koža-koža"), b) podoj na traženje djeteta, c) boravak majke i djeteta zajedno u sobi (rooming-in). Iako ne postoje studije u našoj sredini koje bi pokazale u kojoj mjeri se smanjio plač djeteta u takvim rodilištima, to prigodom svečanosti zbog dobivanja naziva rodilište-prijatelj djece, većina zaposlenika isticala je kako se značajno reducirao dječji plač u tim rodilištima.
- Program "*Za osmijeh djeteta u bolnici*", kojeg vode 3 naše udruge: Savez društava "Naša djeca" Hrvatske, Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju i Udruga medicinskih sestara-pedijatrijskog smjera, također ima za cilj smanjiti patnju djeteta za vrijeme njegove hospitalizacije (47, 48). Za razliku od prethodnog programa u rodilištima, koji je nakon početnih uspjeha zastao, vrlo je optimistično da su svi dječji bolnički odjeli u Hrvatskoj prihvatili sudjelovanje u tom programu i čine značajne napore za humanizacijom bolničkih sredina u kojima se nalaze djeca.

Zaključno možemo reći da dijete plačem verbalizira svoju bol i ovisi od drugih da je prepoznaju. Međutim, nedostatak plača ne znači i nedostatak boli kod djeteta posebno onog u dekrepidnoj situaciji, kad je potrebno gledati i druge znakove patnje djeteta

(grimasiranje, izvijanje, znojenje...). Valja reći da i među zdravstvenim djelatnicima postoji uvriježeno mišljenje, da dijete što je mlađe i manje osjeća bol zbog nezrelih putova za provođenje bola. Što se tiče anatomske podloge za percepciju i prijenos boli naglašava se da dijete u ranom fetalnom životu od 7 do 12 tjedna ima receptore i medijatore boli, a putovi za bol su potpuno mijelinizirani s 36 tjedna. Kako su kod rođenja nedovoljno razvijeni descendntni inhibitorni nociceptivni putovi, to se može zaključiti da je novorođenče osjetljivije za bol nego odrasli (49, 50).

Američka akademija za pedijatriju i Kanadsko pedijatrijsko društvo objavljuju u časopisu Pediatrics stav svojih odgovarajućih komiteta u svezi bola kod djece najranije dobi (51, 52):

- prematurusi i novorođenčad pokazuju pojačanu osjetljivost za bol;
- zdravstveni djelatnici imaju nedovoljno znanje o percepciji, procjeni i tretmanu boli kod djece;
- potrebno kod dojenčadi provoditi mjere analgezije;
- naglasak treba staviti na protektivne mjere za smanjene boli i stresa novorođenčadi.

LITERATURA

1. Grover G. Crying and colic. In: Berkovitz C. (ed.) Pediatrics a Primary Care Approach. Philadelphia. WB Saunders com. 2000; 111-4.
2. Harley L.M. Fussing and Crying in Young Infants. Clinical Pediatrics. 1969; 3: 138-41.
3. Hofer MA. Unexplained infant crying: an evolutionary perspective. Acta Paediatr 2002; 91: 491-6.
4. Van der Wal MF. van der Boom DC. Pauw-Plomp H. Jonge GA. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. Arch Dis Child 1998; 79: 312-7.
5. Long T, Johnson M. Living and coping with excessive infantile crying. Journal of Advanced Nursing 2001; 34 (2): 155-62.
6. Sijmen A.R. Reijneveld MD. Brugman E. Hrasing R. Excessive Infant Crying: The Impact of Varying Definitions. Pediatrics 2001; 4: 893-7.
7. Putnam Ph. GERD and crying: Cause and effect or unhappy coexistence. The Journal of Pediatrics 2002; 1 :3-4.

8. Reijneveld SA. Brugman E. Hirasing RA. Excessive infant crying: the impact varying definitions Pediatrics 2001; 108 (4): 893-7.
9. Grgurić J. Funkcijski poremećaji gornjeg dijela probavnog trakta u djece. Zbornik radova poslijediplomskog stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije. Funkcijske bolesti u djece. Zagreb. Medicinski fakultet 2001.
10. Rasquin-Weber A. Hyman PE. Cuchiara S. Fleisher DR. Hyams JS. Mila PJ. Staiano A. Childhood functional gastrointestinal disorders. GUT, 1999; 45 (suppl II): 1160-8.
11. Barr R. Colic and Crying Syndromes in Infants. Pediatrics 1998; 5: 1282-6.
12. Helseth S. Begnum S. A comprehensive definition of infant colic: parents and nurses perspectives. Journal of Clinical Nutrition 2002; 11: 672-80.
13. Raiha H. Lehtonen L. Hahtala V. Saleva K. Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother-infant, father and mother-father interaction. Child Care and Development 2002; 28 (5): 419-29.
14. Fox N. Polak C. The Possible Contribution of Temperament to Understanding the Origins and Consequences of Persistent and Excessive Crying. In: Barr R, St. James-Roberts I. Keefe M. (eds) New evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management. Johnson-Johnson Institute 2001; 25-43.
15. Papoušek M. Hofacker N. Jacubeit T. Malinowski M. Prekomjerno plakanje u dojenačkoj dobi tzv. tromjesečne kolike. Tečaj Akademije za razvojnu rehabilitaciju Zagreb 1998.
16. Murray L. Cooper P. The Impact of Irritable Infant Behavior on Maternal Mental State. A Longitudinal Study and a Treatment Trial in: Barr R. St. James-Roberts I. Keefe M. (eds) New evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management. Johnson-Johnson Institute 2001; 149-65.
17. St. James Roberts I. What is distinct about infants' "colic" cries? Arch Dis Child. 1999; 80: 56-60.
18. Weinberg EG. Dječji plač-putokaz za dijagnozu. Brussels. Pfizer corporation.
19. Lawrence R. Breastfeeding (A Guide for the Medical Profession) St Louis Mosby. 1999.
20. Hegeduš-Jungvirth M. Grgurić J. Persoglia-Petrac A. Juroš A. Utjecaj prehrane na rast i razvoj djeteta. Paediatr Croat 2000; 44 (Supl 3): 179.
21. Grgurić J. (ed) Multi-indicator survey in Croatia-research into parenteral knowledge and behavior concerning children's health and nutrition. Zagreb, Graf-His. 1998.
22. Kalhomaki M. Laippala H. Kero P. Isolauri E. Extent of fussing and colic type crying preceding atopic disease. Arch Dis Child. 2001; 84: 349-50.
23. Gormally S. Clinical Clues to Organic Etiologies in Infants with Colic in: Barr R. St. James Roberts I. Keefe M. (eds) New evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management. Johnson-Johnson Institute 2001; 133-49.
24. Reijneveld a. Brugman E. Hirasing RA. Excessive infant crying: definitions determine risk groups. Arch Dis Child 2002; 87: 43-5.
25. Lucassen P. Assendein W. Gubbels J. Eijk J. Douwes A. Infantile Colic: Crying Time Reduction With a Whey Hydrolysate: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. Pediatrics 2000; 106 (6): 1349-54.
26. Crying. WHO/1,93/Draft.
27. Renfrew M. Fisher Ch. Arms S. Bestfeeding. Berkeley-Celestial Arts, 1990.
28. Leavitt L. Mother Sensitivity to Infant Signals. Pediatrics. 1998; 102 (5): 1247-9.
29. Gray L. Miller L. Phillip B. Blass F. Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborns. Pediatrics 2002; 109 (1): 590-3.
30. Harper IR. Commentary (What is distinct about infants "colic" cries) Arch Dis. Child 1999; 80: 56-62.
31. Clifford TJ. Campbell MK. Specchley RN. Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156 (11): 1123-8.
32. Lukassen P. Assendeift BJ. Gubbels WJ. Van Geldrop JW. Neven JTM. Knuistingh A. Effectiveness of treatment for infantile colic. Systematic review. BMJ 1998; 315: 1563-78.
33. Ludington-Hol SM. Cong X. Infant crying: nature, physiologic consequences and select intervention. Journal of Neonatal Nursing 2002; 21 (2): 29-36.
34. Choonara I. Beyer J. Randomised controlled trial of sucrose by mouth for the relief of infant crying by immunisation. Arch Dis Child 1998; 79: 465.
35. Ramenghi L. Webb V. Shevlin P. Green M. Evans D. Levene M. Intra-Oral Administration of Sweet-Tasting Substances and Infants Crying Response to Immunization: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. Biol Neonate 2002; 81: 163-9.
36. St. James-Roberts I. Sleep J. Morris S. Owen C. Gillham P. Use of behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems J. Paediatr. Child Health 2001; 37: 289-97.
37. Wurmster H. Laubereau B. Hermann M. Papoušek M. Von Kries R. Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. Early Human Development 2001; 64: 1-6.
38. Murray L. Cooper P. The Impact of Irritable Infant Behavior on Maternal Mental State: A Longitudinal Study and a Treatment Trial in: Barr R. St. James-Roberts I. Keefe M. (eds) New evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management. Johnson-Johnson Institute 2001; 149-65.
39. Wolke D. Rizzo P. Woods S. Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. Pediatrics 2002; 109 (6): 1054-60.
40. Morris S. St James-Roberts I. Sleep J. Gillham P. Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping problems. Arch Dis Child 2001; 84: 15-9.
41. Fourth National Conference on Shaken Baby Syndrome. Salt Lake City, 2002; 11-5.
42. The most comprehensive Guide for Investigating Case of Shaken Baby Syndrome. National Centre on Shaken Baby Syndrome, Ogden, Utah, 2002.
43. Make Parenting a Pleasure, A Comprehensive parenting education curriculum, Oregon, Birth to Three 2000.
44. Monteleone J.A. Child abuse. A Parent's and Teacher's Handbook an Identifying and Preventing. St. Louis, Missouri. CW. Medical Publishing 1998.
45. Choonara I. Why do baby cry? BMJ 1999; 319: 1381.
46. Grgurić J. Pedeset godina pasivnog odnosa prema dojenju nasuprot pet godina aktivnog pristupa. Paediatr Croat 2000; 44 (supl 3): 179.
47. Grgurić J. Paravina E. Za osmijeh djeteta u bolnici. Zagreb. Graf-His 2001.
48. Grgurić J. Zakanj Z. Humanizacija bolničkog zbrinjavanja djece. Dijete i društvo 2002; 3-4: 389-99.
49. Butković D. Terapija bola u djece. Zbornik radova poslijediplomskog tečaja "Iz prakse za praksu" Medicinski fakultet Zagreb, 2004.
50. Guyton A. Hall J. Textbook of Medical Physiology. Philadelphia. WB. Saunders Comp 1996; 609.
51. American Academy of Pediatrics and Canadian Pediatric Society. Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonate. Pediatrics 2000; 2: 454-61.
52. American Academy of Pediatrics. Guiding Principles for Managed Care Arrangements for the Health care of Newborn, Infants, Children, Adolescents, and Young Adults. Pediatrics. 2000; 1: 132-13.

Summary

INFANT'S CRY - BETWEEN COMMUNICATION AND SUFFERING

J. Grgurić

Excessive infant crying is a common event in western countries occurring in about 15-25% of infants. Etiology of this syndrome is various comprising different entities and different kind of treatments. Today, the general accepted opinion is that excessive infant's cry is mainly caused by general excitation of an infant, and not only, as traditionally thought, by gastroenterologic disorders. Excessive infant's cry is linked with the self-limited conditions. This syndrome may have long-term consequences on child development.

Descriptors: CRY, CHILD, COMMUNICATION, SUFFERING