

ZDRAVLJE I SUBJEKTIVNA DOBROBIT

Sažetak

Osobna procjena zdravlja jedna je od ključnih komponenti kvalitete života i subjektivne dobrobiti. Istraživanje na reprezentativnom uzorku građana Hrvatske (Prizmić Larsen i sur., 2011.) postavilo je zdravlje na sam vrh liste važnosti tih komponenti. Zdravlje je, dakle, važnije od odnosa s članovima obitelji i prijateljima, od osjećaja fizičke sigurnosti, važnije je od prihvaćenosti od strane okoline u kojoj se živi, od životnih postignuća i od materijalnog statusa. Međutim, zadovoljstvo zdravljem ne prati procjene njegove važnosti. Jedino su sa svojim materijalnim statusom ljudi manje zadovoljni nego sa zdravljem. Usporedba po županijama pokazuje da su upravo građani Bjelovarsko-bilogorske županije najmanje zadovoljni svojim zdravljem (samo njih 24 % svoje zdravlje procjenjuje izvrsnim ili vrlo dobrim, dok je taj postotak za cijelu RH-a 38 %) (Japec i Šućur, ur., 2007.). Građani Bjelovarsko-bilogorske županije i kvalitetu svoga zdravstvenoga sustava procjenjuju najnižom ocjenom (4,1 u odnosu na prosječnu ocjenu na razini RH-a koja je 5,2). S druge strane, uzme li se u obzir broj građana koji izjavljuju da imaju dugoročnu bolest ili poteškoću koja ograničava njihove aktivnosti, čini se da stvari nisu toliko crne (takvih je 26 % što je manje od republičkoga prosjeka).

Premda je neophodno raditi na poboljšanju kvalitete i dostupnosti zdravstvenih usluga, poduzimati razne akcije na planu prevencije i ranog otkrivanja bolesti, nužna je i edukacija: zdravstveni odgoj i obrazovanje svih slojeva i dobnih skupina stanovništva a u kontekstu sadržaja ovoga članka i edukacija o međusobnoj uvjetovanosti zdravlja i subjektivne dobrobiti.

Ključne riječi: zdravlje; subjektivna dobrobit; Bjelovarsko-bilogorska županija.

Uvod

Warren Buffett, jedan od najvećih svjetskih investitora svojedobno je izjavio kako sve ono dobro što mu se u životu dogodilo može zahvaliti činjenici što je rođen na pravom mjestu (SAD) i u pravo vrijeme (1930.) Prije dvadeset i pet godina kad je napravljeno rangiranje pedeset zemalja, s obzirom na to gdje bi se bilo dobro roditi,

Amerika se doista našla na vrhu tog popisa¹ (Kekic, 2013.). Gdje bi se u Hrvatskoj bilo najbolje (i najmanje dobro) roditi? Ako je suditi prema zadnjim dostupnim podacima, najzadovoljniji su i najsretniji građani Splitsko-dalmatinske županije (osjećaj sreće = 7,2; životno zadovoljstvo = 7,7), a najmanje su zadovoljni i sretni oni u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (osjećaj sreće = 5,6; životno zadovoljstvo = 5,9) (Kalić i Lipovčan i Brkljačić, 2009.).² Također, građani Bjelovarsko-bilogorske županije najmanje su zadovoljni svojim zdravljem (samo njih 24 % svoje zdravlje procjenjuje izvrsnim ili vrlo dobrim, dok je taj postotak za cijelu RH-a 38 %) (Japec i Šučur, ur., 2007.). Također, i kvalitetu svoga zdravstvenoga sustava procjenjuju najnižom ocjenom (4,1 u odnosu na prosječnu ocjenu na razini RH-a koja je 5,2). Ipak, uzme li se u obzir broj građana koji izjavljuju da imaju dugoročnu bolest ili poteškoću koja ograničava njihove aktivnosti, čini se da stvari nisu toliko crne (takvih je 26 % što je manje od republičkoga prosjeka). No kako to onda da ljudi doživljavaju stvari crnijima nego što jesu?

Cilj ovoga rada jest prikazati rezultate istraživanja u području subjektivne dobrobiti; najprije pristupe njenome mjerenju a potom nalaze o povezanosti subjektivne dobrobiti i zdravlja te, u sklopu toga, mogućnosti poboljšanja – dobrobiti putem zdravlja i zdravlja putem dobrobiti.

Subjektivna dobrobit (engl. subjective well-being – SWB) često se upotrebljava kao sinonim za sreću (Diener, 2000.). Ima svoju kognitivnu i emocionalnu komponentu koje su odvojeni, premda obično povezani konstrukti. Kognitivno vrjednovanje subjektivne dobrobiti temelji se na različitim globalnim procjenama, kao što su: zadovoljstvo životom, ispunjenost, smisao, uspjeh; te procjenama zadovoljstva na pojedinim područjima, npr: zdravlje, posao, brak, obitelj, slobodno vrijeme. Emocionalna komponenta odnosi se na procjenu učestalosti pozitivnih emocija, odnosno na omjer ugodnih i neugodnih emocija (Watson, Clark i Tellegen, 1988.). Zadovoljstvo životom najčešće je korišten indikator kognitivne komponente subjektivne dobrobiti, a osjećaj sreće se najviše koristi kao indikator emocionalne komponente.

Istraživanja subjektivne dobrobiti općenito pokušavaju odgovoriti na pitanja: tko je sretan, zašto je sretan i u kakvom su odnosu pojedine sastavnice sreće. Lyubomirsky, King i Diener (2005.) kažu kako uspjeh može polučiti sreću, ali može biti i da sreća vodi uspjehu. Naime, više eksperimentalnih i longitudinalnih studija koje su analizirali pokazuju kako pozitivne emocije imaju poželjne posljedice, npr.: prosocijalno ponašanje, samopoštovanje, omiljenost, kreativnost i dugovječnost. Te osobine

¹ Danas je na prvome mjestu Švicarska s 8,22 boda (na skali od 0 do 10). Slijede Australija (8,12), Norveška (8,09), Švedska (8,02) i Danska (8,01). Amerika je na 16. mjestu (7,38), a Hrvatska s Mađarskom dijeli 46. mjesto (6,06) (Kekic, 2013.).

² Istraživanje je proveo 2006. godine, na skali od 1 do 10, hrvatski ured UNDP-a na uzorku od 8.534 stanovnika Hrvatske starijih od 14 godina (po njih oko 400 iz svake županije). Oko 46 % smatralo ih se sretnima, a 38 % bilo je zadovoljno svojim životom.

pak povratno vode uspjehu u mnogim životnim područjima kao što su brak, posao i zdravlje.

Niz istraživanja, kako inozemnih tako i domaćih pokazuje kako je zdravlje najbolji prediktor zadovoljstva životom (Diener i Seligman, 2004., Kaliterna Lipovčan i Prizmić Larsen, 2006., Dolan, Peasgood i White, 2008., Kaliterna Lipovčan, Prizmić Larsen i Brkljačić, 2011.). Zdravlje je važnije od odnosa s članovima obitelji i prijateljima, od osjećaja fizičke sigurnosti, važnije je od prihvaćenosti od strane okoline u kojoj se živi, od životnih postignuća i od materijalnog statusa.

Međutim, zadovoljstvo zdravljem (*Tablica 3*), ne prati procjene njegove važnosti. Jedino su sa svojim materijalnim statusom ljudi manje zadovoljni nego sa zdravljem. Najzadovoljniji su svojim odnosima s bližnjima (obitelji i prijateljima) i pripadnošću okolini u kojoj žive, a najmanje su zadovoljni životnim standardom i osjećajem sigurnosti u budućnosti.

Budući da se pretpostavljalo kako na opće blagostanje nekog društva najviše utječu materijalna dobra, dugo ga se vremena i procjenjivalo gotovo isključivo pomoću ekonomskih pokazatelja. Međutim, u novije je vrijeme sve više dokaza da se pri mjerenju nacionalnog blagostanja trebaju uzeti u obzir i pokazatelji subjektivne dobrobiti. Istraživanja upućuju na to da što su društva bogatija, na dobrobit pojedinaца više utječu socijalni kontakti, emocije i osobno zadovoljstvo, nego prihodi. U onima poput našeg, na sreću djeluje i novac (npr. Grouzet i sur., 2005., Brdar, Rijavec i Miljković, 2009., Rijavec, Brdar i Miljković, 2011.).

Mjerenje dobrobiti

Dva su pristupa mjerenju dobrobiti: objektivni i subjektivni. Objektivni je usmjeren na mjerenje objektivnih pokazatelja, stvari koje postoje neovisno od naše svjesnosti kao što su npr. visina prihoda ili površina stana (Clark i Oswald, 2002.) ili pak, u području zdravlja, nalazi sistematskog liječničkog pregleda. Subjektivni se temelji na tome koliko je netko zadovoljan visinom svojih prihoda, uvjetima stanovanja ili svojim zdravljem. Subjektivno mjerenje je samoprocjena koja se temelji na implicitnom kriteriju (Rijavec, Miljković i Brdar, 2008.). Na primjer, netko može biti objektivno bolestan jer ima tumor, a da to još ne zna. Objektivna mjera bolesti može biti prisutnost antigena u krvi, a subjektivna izjava čovjeka da se dobro osjeća. Međutim i sadržaj i način mjerenja imaju svojih nijansi i ne mogu se uvijek tako jasno svrstati u jednu od ovih kategorija. Veenhoven (2007.) razlikuje 9 vrsta indikatora zdravstvene dobrobiti prema različitom stupnju subjektivnosti (*Tablica 1*).

Tablica 1. Primjeri objektivnih i subjektivnih indikatora dobrobiti u području zdravlja (Veenhoven, 2007.)

Sadržaj	Procjena		
	objektivna	miješana	subjektivna
objektivan	1	2	3
miješan	4	5	6
subjektivan	7	8	9

1. Bolest otkrivena simptomima kao što su gubitak težine ili biokemijski test.
2. Bolest koju je dijagnosticirao liječnik na temelju pacijentova opisa zdravstvenih problema.
3. Pojedinaac misli da je bolestan (vjerojatno se ne osjeća bolesnim).
4. Pojedinaac je bolestan i tako se osjeća, što se vidi iz ponašanja kao što su uzimanje bolovanja i odlazak liječniku.
5. Pojedinaac je bolestan i tako se osjeća, prema rezultatima upitnika o zdravlju, koji obuhvaća opažanje funkcionalnog zdravlja i opisa zdravstvenih problema.
6. Pojedinaac neposredno izjavljuje da je bolestan i da se tako osjeća.
7. Osjećaj bolesti koji se očituje na temelju uzimanja lijekova, kao što su tablete protiv boli ili za smirenje.
8. Osjećaj bolesti mjereno upitnikom o zdravstvenim problemima.
9. Osjećaj bolesti mjereno odgovorom na samo jedno pitanje o tome koliko se zdrav ili bolestan netko osjeća.

Veenhoven (2007.) govori i o četiri različita koncepta dobrobiti (*Tablica 2*). Jedno je kvaliteta okoline u kojoj se živi (razina blagostanja); drugo je individualno umijeće življenja, tj. životne kompetencije (znanja, sposobnosti i vrijednosti nužne za uspješan život u određenom društvu); treće je osobni pečat koji pojedinac ostavlja u zajednici (ostvareni smisao) a četvrto: sreća i zadovoljstvo.

Tablica 2. Preduvjeti i ishodi dobrog života (Veenhoven 2000., prema Veenhoven, 2007.)

	Izvanjske kvalitete	Unutrašnje kvalitete
Preduvjeti	Život u dobrom okruženju	Umijeće življenja
Ishodi	Vrijednost za zajednicu	Uživanje u životu

Preduvjeti i ishodi su naravno povezani, ali ih se ne može poistovjetiti. U području zdravlja je to vrlo jasno: preduvjet je za dobro zdravlje (primjerice, dobra prehrana i kvalitetno zdravlje) neće nitko pomiješati sa samim zdravljem. Vodoravno je razli-

ka između izvanjskih i unutrašnjih kvaliteta; s jedne strane, dobrobit je u okolini, a s druge strane – u pojedincu; tj. vanjske uzročnike (bolesti ili zdravlja) treba razlikovati od unutrašnjih predispozicija. Istraživači u tom području pokušavaju utvrditi mehanizme pomoću kojih okolina utječe na pojedinca (Veenhoven, 2007.).

Najsubjektivnija mjera subjektivne dobrobiti su osobne procjene životnoga zadovoljstva i/ili sreće koje se mogu kombinirati s (objektivnom) dužinom života i *Indeksom sretnih godina života*³ (Veenhoven, 2007.). Budući da rezultat ovisi o stupnju podudarnosti okolinskih uvjeta i individualnih osobina, to može biti i dobar indikator opće dobrobiti, odnosno putokaz pri kreiranju smjerova njezinog unaprjeđivanja na različitim društvenim razinama.

Zbog mogućih nedostataka metode samoprocjene istraživači ispituju neke druge načine mjerenja subjektivne dobrobiti. Na primjer, korisne mjere mogu biti učestalost osmijeha, pamćenje pozitivnih nasuprot negativnih događaja iz života ili procjene koje daju članovi obitelji ili prijatelji (Sandvik, Diener i Seidnitz, 1993.). Uz standardizirane upitnike postoje i alternativne metode kao što su intervjui i metoda uzorkovanja iskustava (ESM, *Experience Sampling Method* - Csikszentmihalyi i Schneider, 2001.). Kognitivni dio subjektivne dobrobiti najčešće se mjeri Skalom zadovoljstva životom (Diener i sur., 1985.), dok se afektivna komponenta mjeri upitnikom PANAS - Positive and Negative Affective Schedule (Watson i sur., 1988.).

Životno zadovoljstvo temelji se na stupnju zadovoljenja potreba, želja i ciljeva u važnim područjima. U *Inventaru kvalitete života* (Frisch i sur., 1992.) se na skali od -6 do 6 procjenjuje (ne)zadovoljstvo u sljedećih 16 segmenata života: zdravlje, samopoštovanje, ciljevi i vrijednosti, novac, posao, zabava, učenje, kreativnost, pomaganje drugima, ljubav, prijatelji, djeca, rodbina, dom, susjedstvo i zajednica. Još neki od instrumenata koji se danas koriste su i *Skala subjektivne sreće* (Lyubomirsky i Lepper, 1999.), *Oksfordski inventar sreće* (Argyle, Martin i Crossland, 1989.) i *Oksfordski upitnik sreće* (Hills i Argyle, 2002.) te *Skale psihološke dobrobiti* (Ryff i Keyes, 1995.)

Većina ljudi umjereno je sretna i zadovoljna različitim područjima života, kao što su brak, posao i slobodno vrijeme. U ispitivanju koje je obuhvatilo 43 nacije, 86 % ispitanika ima subjektivnu dobrobit iznad neutralne točke - na ljestvici od 0 do 10 (izrazito nesretan – izrazito sretan) prosječna je vrijednost bila 6,33 (Diener i Diener, 1996.).

Međunarodni indeks dobrobiti (International Wellbeing Index-IWI; Cummins, 2002; Cummins i sur, 2003.), sastoji se od Indeksa osobne dobrobiti (engl. *Personal Wellbeing Index*, PWI) i Indeksa nacionalne dobrobiti (engl. *National Wellbeing Index*, NWI). Osobna dobrobit se procjenjuje pomoću sedam, a nacionalna pomoću šest čestica na skali od 0 do 10 (0 = nimalo nisam zadovoljan, 5 = ni zadovoljan ni nezadovoljan, 10 = u potpunosti sam zadovoljan. Dobiveni se rezultat množi s 10.). Indeks

³ Happy Life Years – HLY jest umnožak samoprocijenjene razine sreće i očekivanoga životnoga vijeka.

se koristi u mnogim svjetskim zemljama, uključujući Hrvatsku (Kaliterna Lipovčan i sur., 2011., 2012.). U *Tablici 3* prikazane su aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (Sd) indeksa osobne dobrobiti i njihovih pojedinih čestica (područja) na reprezentativnom uzorku od ukupno četiri tisuće građana Hrvatske. Istraživanje je provedeno u okviru Instituta društvenih znanosti "Ivo Pilar" 2008. godine (Kaliterna Lipovčan i sur., 2012.).

Tablica 3. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (Sd) indeksa osobne dobrobiti i njihovih pojedinih čestica (N=4000, 2008., prema Kaliterna Lipovčan i sur., 2012.)⁴

Zadovoljstvo...	Hrvatska	
	M	Sd
svojim odnosima s bližnjima	82	21.1
onim što postizete u životu	66	23.4
pripadnošću okolini	74	22.9
svojim zdravljem	67	25.9
svojim osjećajem sigurnosti	70	23.6
svojim životnim standardom	58	24.3
osjećajem sigurnosti u budućnosti	57	25.2
Indeks osobne dobrobiti	68	17.7

Još je jedno domaće istraživanje, na ukupno 1.048 ispitanika starih između 18 i 84 godine (Lučev i Tadinac, 2010.) pokazalo kako je opće zadovoljstvo životom statistički značajno pozitivno povezano sa zadovoljstvom zdravljem općenito, ali i s njegovim specifičnim aspektima (otpornost na bolesti, odsustvo boli, tjelesna pokretljivost, razina energije).

Može se postaviti pitanje je li globalno zadovoljstvo životom zbroj zadovoljstava pojedinim područjima života? Prema uzlaznim (*bottom-up*) teorijama pojedinac je sretan kad doživljava mnogo sretnih trenutaka, tj. opća procjena subjektivne dobrobiti ovisi o tome koliko je pojedinac (ne)zadovoljan pojedinim područjima svoga života. Primjerice, ako je netko jako zadovoljan i brakom i poslom i zdravljem, možemo pretpostaviti da će i općenito biti zadovoljan svojim životom. Treba ipak uzeti u obzir da se ljudi međusobno razlikuju u tome koliko važnost pridaju određenom području (Rijavec i sur., 2008.) te da sretni(ji) ljudi u svojim procjenama daju veće važnosti onim područjima u kojima im ide najbolje, dok nesretni ljudi rade obratno – veću važnost daju područjima u kojima im je najgore (Diener i sur., 2002.). Također, ljudi mogu biti zadovoljni u većini područja, a zbog negativnog utjecaja

⁴ Nacionalna dobrobit procjenjuje se temeljem sljedećih šest područja: ekonomska situacija, okoliš, socijalni uvjeti, vlada, biznis i nacionalna sigurnost. U istom istraživanju dobiveni prosječni Indeks nacionalne dobrobiti iznosio je 48 (Sd = 18).

samo jednog područja, primjerice zdravlja, ipak sveukupno mogu biti nezadovoljni. Općenito, ako su uzlazne teorije točne, onda subjektivnu dobrobit možemo povećati tako da se usmjerimo na kreiranje i unaprjeđivanje okolinskih čimbenika: bolje obrazovanje, nova radna mjesta, veća ili barem sigurna primanja, bolja zdravstvena zaštita, edukacija o obiteljskim i partnerskim odnosima.

Silazne (*top-down*) teorije pretpostavljaju da je obratno: onaj tko je općenito zadovoljan svojim životom, automatski je zadovoljan i pojedinim područjima svoga života. Drugim riječima, postoji opća sklonost da se različite situacije doživljavaju pozitivno ili negativno; kao da su neki ljudi sretni a neki nesretni neovisno o okolnostima. U tom slučaju, subjektivna se dobrobit može povećati djelovanjem na osobine ličnosti i stavove te učenjem kognitivno-bihevioralnih reinterpretacija (Diener, 1984.).

Ovakve metodološke nedoumice razriješene su nalazom kako je globalna procjena zadovoljstva životom ipak više povezana s područjima koja su nam važnija, nego s onim manje važnima (Schimmack, Diener i Oishi, 2002.), te da postoji znatna vremenska stabilnost u procjenama zadovoljstva životom (Fujita i Diener, 2005.).

Subjektivna dobrobit i zdravlje

U istraživanjima koja zdravlje povezuju sa srećom i pozitivnošću općenito, ono se opisuje i mjeri na tri načina: morbiditet ili pobol: vjerojatnost da će netko oboljeti; preživljavanje: koliko će dugo netko živjeti nakon što oboli od neke teške bolesti i dugovječnost, tj. koliko će netko uopće živjeti (Diener i Biswas Diener, 2008.).

Poznato je da na pojavu bolesti utječu razni genetski i okolinski čimbenici, a po prirodi stvari i sami bismo morali tu imati nekog utjecaja. Jedno longitudinalno istraživanje (provedeno više od 30 godina!) pokazalo je da su manju stopu smrtnosti (uzrokovanu kardiovaskularnim oboljenjima, suicidom, nesrećama, ubojstvima, mentalnim poremećajima, zloporabom alkohola i drugih droga) imali oni koji su u životu bili općenito sretniji. Blagotvorni učinci pozitivnih emocija perzistirali su i kad su u obzir uzeti spol, dob i razina obrazovanja. No, recimo i to da je jedini zdravstveni problem koji sa srećom nije imao veze bila pretilost (tj. predebeli su i oni sretni i oni nesretni) (Xu, 2006., prema Diener i Biswas Diener, 2008.).

Što se preživljavanja tiče, stvari nisu tako jasne. Očekivali bismo, naime, da će sretniji ljudi s teškom bolešću duže živjeti od onih manje sretnih. Postoje istraživanja koja idu tome u prilog. Npr., 213 pacijenata s rakom praćeno je tri godine nakon dijagnosticiranja bolesti. Visoka razina pozitivnih emocija pokazala se kao prediktor preživljavanja od raka pluća, a niska razina negativnih emocija kao prediktor preživljavanja od raka dojke (Hamilton, 1996.). I druga istraživanja o utjecaju optimizma i pesimizma na trajanje ljudskog života – pokazala su da optimisti žive 20% duže od pesimista (Maruta i sur., 2002.). Optimizam doduše ne treba poistovjećivati sa srećom (postoje i jako sretni pesimisti), pa nas možda ne treba iznenaditi ni podatak

o istraživanjima koja govore kako duže žive oni manje sretni! Uzrok baš nije posve jasan. Moguće je da jako pozitivni ljudi imaju sklonost zanemariti simptome bolesti pa prekasno potraže pomoć, a neki pak od njih, kad se i počnu liječiti, izbjegavaju bolne tretmane koji bi im mogli produžiti život (poput operacija i kemoterapija) jer se ne žele time maltretirati; imaju osjećaj ispunjenosti, a ostatak - koliko traje neka traje (Diener i Biswas-Diener, 2008.). Čini se, dakle, da postoji jedna optimalna razina sreće i pozitivnosti koja pridonosi zdravlju, ali ako se u toj pozitivnosti pretjera, to može loše utjecati na zdravlje, odnosno, na nastavak života (ako je samo trajanje života promatrana varijabla).

Ljudi koji svoje opće zdravstveno stanje procjenjuju kao dobro ili odlično, imaju i višu razinu subjektivne dobrobiti od onih čije je zdravlje, po osobnim procjenama loše. Naglašava se po osobnim procjenama, jer je upravo osobna procjena zdravlja više povezana sa srećom nego procjena liječnika (Okun i sur., 1984.). Mnoga istraživanja pokazuju kako mnoge ozbiljne bolesti, uključujući rak, iznenađujuće malo narušavaju osjećaj sreće (Michalos, Zumbo i Hubley, 2000.), dok neka druga, manje opasna oboljenja, kao što je primjerice urinarna inkontinencija mogu sreću ugrožavati dugoročno (Angner i sur., 2012.). Autori su razvili indeks koji se temelji na procijenjenoj razini iznurenosti vezane uz bolest, odnosno, na procjeni koliko bolest narušava tjelesnu aktivnost i različitim životnim ulogama zadano svakodnevno funkcioniranje. Uz kontrolu demografskih i socioekonomskih čimbenika te objektivnog i subjektivnog zdravstvenog statusa dobiveno je da svaki bod manje (na skali od 1 do 100) za 3 % povećava vjerojatnost iskazivanja nezadovoljstva. Tako, primjerice, pacijent s rakom prostate čije svakodnevno funkcioniranje time nije ugroženo, može biti sretniji nego osoba s urinarnom inkontinencijom što mu značajno ograničava normalan život.

Osam putova od sreće do zdravlja

Nakon što su proučili velik broj istraživanja, Diener i Biswas-Diener (2008.) su zaključili da postoji barem osam putova kojima je sreća povezana sa zdravljem.

1. Istraživanja u kojima su negativne emocije izazvane namjerno, pokazuju da one doista smanjuju toleranciju na bol. Znači, mrzovoljni i neurotični ljudi, koji već na prvi znak moguće bolesti počnu zanovijetati i svima se jadati, nisu takvi bez razloga: kad ih boli, njih doista više boli nego one koji su pretežno veseli.

2. Nesretni ljudi imaju više loših navika kojima pokušavaju pokrpati svoja loša raspoloženja: još jedna cigareta, još jedno piće i tako tim putem do bolesti i nesreća.

3. Imunološki sustav sretnih ljudi je učinkovitiji, tj. oni bolje odolijevaju virusima i bakterijama. U jednom istraživanju (Cohen i sur., 2003.), smještenom u neimenovani hotel u Pensilvaniji, virusom gripe zarazili su (potpuno zdrave) ispitanike koje su prethodno testirali po pitanju sreće i pozitivnih emocija općenito. Zatim su ih sva-

kodnevno pregledavali i utvrđivali subjektivne i objektivne znakove bolesti. Čak su vagali upotrijebljene papirnate maramice! Pokazalo se da su oni sretniji rjeđe oboljevali, a ako su oboljeli, imali su manje objektivnih znakova bolesti i manje su se žalili.

4. S obzirom na to da su kardiovaskularna oboljenja vodeći uzrok smrti u većini razvijenih zemalja, ne začuđuje posebna pažnja kojom se nastoje utvrditi svi njihovi korelati. Dokazana je pritom čvrsta veza ovih bolesti s emocijama, osobito s ljutnjom i depresijom. Depresivni ljudi imaju nekoliko puta veću vjerojatnost obolijevanja od srčanog udara i visokog tlaka. Kroničan stres i sagorijevanje na poslu ili u problematičnom braku (vezi) izravno su povezani s ovim bolestima. (Npr., Barefoot i sur., 2000., Brummett i sur., 2005., Kubzansky i sur., 2001.)

5. Organizam pod stresom sporije zacjeljuje. Ebrecht i sur. (2004.) zarezivali su svoje ispitanike, a onda pratili vrijeme koje je potrebno da im ta (mala) rana zacijeli i uspoređivali ga s njihovim trenutnim životnim okolnostima. Tako su, primjerice, brže zacijelile rane studenata koji su se spremali na praznike, nego onih koji su bili usred ispitnoga roka.

6. Uspoređivanjem telomera kod blizanaca Cherkas i sur. (2006.) su utvrdili da teži i stresniji život (loš socioekonomski status, kronično bolesno dijete), pa i samo pušenje ili pretjerana tjelesna težina značajno skraćuju telomere. Čak 9-17 godina starije telomere imale su žene s kronično bolesnim djetetom u odnosu na svoje sestre blizanke bez takvog životnog izazova.

7. Hormon kortizol izlučuju se u organizmu kad smo pod stresom i prilično je pouzdan prediktor pretilosti, hipertenzije i dijabetesa. S druge strane, sreća je povezana s nižim razinama kortizola i njegovom boljom dnevnom regulacijom. Nova istraživanja (Niwa i sur., 2013.) pokazuju kako socijalna agresija i izolacija povećavaju razinu kortizola (kod miševa) što izaziva cijelu kaskadu mogućih problema u području mentalnoga zdravlja (osobito u adolescentnoj dobi koja je kritična za razvoj mozga). S druge strane, već ranija istraživanja William Fry-a (1977.) dokazuju kako smijeh i zabava smanjuju razinu kortizola.

8. Različite vrste društvenih mreža i potpore, počev od brižnih roditelja do dobrog braka povezani su sa zdravljem. Osamljeni ljudi imaju veći rizik od pretilosti i hipertenzije, a oni s dobro razvijenim socijalnim odnosima vjerojatnije će duže živjeti nakon srčanog udara. Što se dugovječnosti tiče, davanje podrške drugima važnije je od primanja, tj. pomažući drugima duže ćemo živjeti (Brown i sur., 2003.).

Veza između sreće (subjektivne dobrobiti) i zdravlja je dvostruka. S jedne su strane istraživanja koja pokazuju kako optimizam i pozitivne emocije dugoročno pridonose zdravlju i dužini života (npr. Danner i sur., 2001., Pressman i Cohen, 2011.). S druge, zna se kako je i postojanje bolesti, npr. depresije, dugoročno povezano s manjom razinom sreće i kraćim životom (npr. Whang i sur., 2009.). Moguće je da je ta veza i uzročno posljedična. Naime, postoje i istraživanja koja pokazuju kako poboljšanje razine sreće (optimizma i pozitivnih emocija) može povoljno djelovati

na zdravlje. Tako se npr. pokazalo da trening relaksacije i meditacija popravljaju raspoloženje i snižavaju krvni tlak (Diener i Chan, 2011.).

U tim bi se smjerovima mogla kretati i nastojanja za poboljšanje opće razine životnoga zadovoljstva, sreće i zdravlja (ne smo u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji). Optimizam i pozitivne emocije mogu se naučiti, kao i tehnike relaksacije i meditacije i razne životne kompetencije nužne i za preduvjete i za ishode dobrog života. Dijelom ti sadržaji mogu biti integrirani u redovne školske kurikulume, ali i u obliku posebnih školskih i izvanškolskih programa, kako za mlade, tako i za one starije. Najviše takvih, već dobro provjerenih, projekata potpisuje Martin Seligman (npr., Seligman i sur., 1995., Seligman, 2011.), a postoje i domaća pozitivna iskustva (Miljković i Rijavec, 2006., za pregled: Miljković, 2012.). Ulaganja u ovakve projekte bi se isplatila jer, kako istraživanja pokazuju, njihovi su učinci pozitivni i dugoročni – i po pitanju životnoga zadovoljstva i sreće, a kad se u obzir uzmu i rezultati prethodno izloženih istraživanja, i po pitanju zdravlja.

Zaključak

Negativni učinci negativnih emocija i stanja (npr. stresa i depresije) na tjelesno zdravlje često se istražuju. Na njih se stalno i upozorava, ukazuje se i na načine njihovoga suzbijanja, s osobitim naglaskom na tjelesno vježbanje i različite regulacije prehrane. Međutim, zanemaruje se snaga pozitivnih učinaka pozitivnih emocija. Zato bi pri uzimanju zdravstvene anamneze bilo korisno pitati osobu koliko je općenito sretna. To je, čini se, jedna od najvažnijih stvari na temelju kojih se može predviđjeti i njezino zdravlje i dužina života. Ali korisno bi bilo napraviti i opću anamnezu Bjelovarsko-bilogorske županije i utvrditi na kojim aspektima njene dobrobiti treba posebno poraditi kako bi i subjektivno zadovoljstvo zdravljem bilo veće.

Literatura

1. Angner, E., Gandhi, J., Williams Purvis, K., Amante, D. i Allison, J. (2012). Daily Functioning, Health Status, and Happiness in Older Adults. *Journal of Happiness Studies*. George Mason University (2012, November 13). New study examines how health affects happiness. *ScienceDaily*. Pregledano 3. travnja 2013. na: <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/11/121113122048.htm>
2. Argyle, M., Martin, M., Crossland, J. (1989.). Happiness as a function of personality and social encounters. U: J. P. Forgas i J. M. Innes (ur.), *Recent advances in social psychology: an international perspective*. North Holland: Elsevier, str. 189-203.
3. Barefoot, J. C., Brummett, B. H., Helms, M. J., Mark, D. B., Siegler, I. C., i Williams, R. B. (2000). Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 62: 790-795.

4. Brdar, I., Rijavec, M., Miljković, D. (2009), Approaches to happiness, life goals and well-being. U: Freire, T. (ur.), *Understanding positive life research and practice on positive psychology*. Lisabon: Climepsi Editores, str. 43-62.
5. Brown, S. L., Nesse, R., Vinokur, A. D. i Smith, D. M. (2003), Providing Support may be More Beneficial than Receiving It: Results from a Prospective Study of Mortality. *Psychological Science*, 14: 320-327.
6. Brummett, B. H., Boyle, S. H., Siegler, I. C., Williams, R. B., Mark, D. B. i Barefoot, J. C. (2005), Ratings of positive and depressive emotion as predictors of mortality in coronary patients. *International Journal of Cardiology*, 100: 213-216.
7. Cherkas, L. F., Aviv, A., Valdes, A. M., Hunkin, J. L., Gardner, J. P., Surdulescu, G. L., Kimura, M. i Spector, T. D. (2006), The effects of social status on biological aging as measured by white-blood-cell telomere length. *Aging Cell*, 5 (5): 361-365.
8. Clark, A. E., Oswald, A. J. (2002), A simple statistical method for measuring how life events affect happiness. *International Journal of Epidemiology*, 31(6): 1139
9. Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. i Skoner, D. P. (2003), Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65: 652-657.
10. Danner, D. D., Snowdon, D. A., i Friesen, W. V. (2001), Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80: 804-813.
11. Csikszentmihalyi, M., Schneider, B. (2001), Conditions for optimal development in adolescence: En experiential approach. *Applied Developmental Science*, 5 (3): 122-124.
12. Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J., Misajon, R. (2003), Developing a national index of subjective well-being: the Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research*, 64:159-190.
13. Cummins, R. A. (2002), International Wellbeing Index, Version 2 [online]. Dostupno na: http://acqol.deakin.edu.au/inter_wellbeing/Index-CoreItemsDraft2.doc.
14. Danner, D. D., Snowdon, D. A. i Friesen, W. V. (2001), Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80: 804-813.
15. Diener, E. i Seligman, M. E. P. (2004), Beyond Money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1): 1-31.
16. Diener, E. (1984), Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
17. Diener, E. (2000), Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1): 34 -43.
18. Diener, E., Chan, M.Y. (2011), Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1): 1-43.

19. Diener, E., Biswas-Diener, R. (2008), *Happiness*. Malden: Blackwell publishing.
20. Diener, E., Diener, C. (1996), Most people are happy. *Psychological Science*, 7: 181-185.
21. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985), The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-75.
22. Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S., Suh, E. M. (2002), Looking up and down: Weighting good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28: 437-445.
23. Dolan, P., Peasgood, T., White, M. (2008), Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of economic psychology*, 29 (1): 94-122.
24. Ebrecht, M., Hextall, J., Kirtley, L. G., Taylor, A., Dyson, M., Weinman, J. (2004), Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (6): 798-809.
25. Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., Retzlaff, P. J. (1992), Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4 (1): 92-101.
26. Fujita, F., Diener, E. (2005.), Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1): 158-164.
27. Fry, W. (1977), Respiratory components of mirthful laughter. *The Journal of Biological Psychology*, 19: 39-50.
28. Grouzet, F., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J., Kim, Y., Lau, S., Ryan, R., Saunders, S., Schmuck, P., i Sheldon, K. M. (2005), The structure of goal contents across 15 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (5): 800-816.
29. Hamilton, A. B. (1996), Do psychosocial factors predict metastatic cancer survival? A longitudinal assessment of breast, colon, and lung cancer patients (Doctoral dissertation). Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 57(6-B): 4029.
30. Hills, P., Argyle, M. (2002), The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33: 1073-1082.
31. Japec, L., Šućur, Z. (ur.) (2007), *Quality of life in Croatia: Regional Disparities*. Zagreb: UNDP in Croatia.
32. Kaliterna Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z., Brkljačić, T. (2011), Međunarodni indeks dobrobiti - podaci za Hrvatsku. U: Vuletić, G. (ur.) (2011), *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, str. 41-51
33. Kaliterna Lipovčan, Lj., Brkljačić, T. (2009), Životno zadovoljstvo i osjećaj sreće stanovnika Ličko-senjske županije u usporedbi s ostalim hrvatskim županijama. U: Holjevac, Ž. (ur.) (2009), *Identitet Like: korijeni i razvitak*. Knjiga 2. Zagreb-Gospić: Institut društvenih znanosti "Ivo Pilar", Područni centar Gospić, str. 130-137.

34. Kaliterna Lipovčan, Lj., Burušić, J., Tadić, M. (2012), Indikatori kvalitete življenja. U: Božičević, V., Brlas, S. i Gulin, M. (ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravске županije.
35. Kaliterna-Lipovčan, Lj., Prizmić-Larsen, Z. (2006), Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i osjećaj sreće u Hrvatskoj i europskim zemljama. U: Ott, K. (ur.), *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji. Izazovi sudjelovanja*. Zagreb: Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert, str. 181-198.
36. Kekic, L. (2013), *The lottery of life - Where to be born in 2013*. Pregledano 1. travnja 2013. <http://www.economist.com/news/21566430-where-be-born-2013-lottery-life>.
37. Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., Kawachi, I. (2001), Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, 63: 910-916.
38. Lučev, I., Tadinac, M. (2010), Provjera dvaju modela subjektivne dobrobiti te povezanosti zadovoljstva životom, demografskih varijabli i osobina ličnosti. *Migracijske i etničke teme*, 26 (3): 263-296.
39. Lyubomirsky, S., King, L. A., Diener, E. (2005), The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6): 803-855.
40. Lyubomirsky, S., Lepper, H. S. (1999), A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46: 137-155.
41. Michalos, A. C., Zumbo, B. D., Hubble, A. (2000), Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51: 245-286.
42. Miljković, D. (2012), Obrazovne vrijednosti - između želja i stvarnost. U: Hrvatić, N. i Klapan A. (ur.), *Pedagogija i kultura*. Zagreb: Hrvatsko pedagogijsko društvo, str. 307-313
43. Miljković, D., Rijavec, M. (2007), *Kako biti bolji – priručnik iz pozitivne psihologije*. Zagreb: IEP-D2.
44. Niwa, M., Jaaro-Peled, H., Tankou, S., Seshadri, S., Hikida, T., Matsumoto, Y., Cascella, N.G., Kano, S., Ozaki, N., Nabeshima, T., Sawa, A. (2013), Adolescent Stress-Induced Epigenetic Control of Dopaminergic Neurons via Glucocorticoids. *Science*, 339 (6117): 335.
45. Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., Witter, R. A. (1984), Health and subjective well-being: a meta-analysis. *The International journal of aging i human development*, 19 (2): 111-132.
46. Pressman, S. D., Cohen, S. (2012), Positive emotion words and longevity in famous deceased psychologists. *Health Psychology*, 31: 297-305.
47. Prizmić, Z., Kaliterna Lipovčan, Lj., Franc, R. What to do and not to do to be happy and satisfied? -Affect regulation strategies and subjective well-being in a representative sample of Croatia. U: Freire, T. (ur.), *Understanding Positive Life, Research and Practice on Positive Psychology*. Lisbon: Climpesi Editors, str. 215-230.

48. Rijavec, M., Brdar, I., Miljković, D. (2011), Aspirations and well-being: extrinsic vs. intrinsic life goals. *Društvena istraživanja*, 20 (3): 693-710.
49. Rijavec, M., Miljković, D., Brdar, I. (2008), *Pozitivna psihologija – znanstveno istraživanje ljudskih snaga i sreće*. Zagreb: IEP-D2.
50. Sandvik, E., Diener, E., Seidlitz, L. (1993), Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures. *Journal of Personality*, 61: 317-342.
51. Schimmack, U., Diener, E., Oishi, S. (2002), Life satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality*, 70: 346-384.
52. Seligman, M. E. P. (2011), *Flourish*. New York: Free Press.
53. Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., Gillham, J. (1995), *The optimistic child: proven program to safeguard children from depression i build lifelong resilience*. NY: Houghton Mifflin Company. (Izdanje u RH: *Optimistično dijete*. Zagreb: IEP-D2, 2005).
54. Veenhoven, R. (2007), Subjective measures of well-being. U: McGillivray, M. (ur.), *Human Well-being, Concept and Measurement*. Houndmills: Palgrave /Mc-Millan, str. 214-239.
55. Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988), Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063-1070.
56. Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Rexrode, K. M., Kroenke, C. H., Glynn, R. J., Albert, C. M. (2009), Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 53: 950-958.

Health and Subjective Welfare

Summary

The self-assessment of health is one of key components of the quality of life and subjective welfare. The survey conducted on a representative sample of the citizens of Croatia (Prizmić Larsen et al., 2011) put health on the very top of the list of priority components. Health is, according to it, more important than the relationship with family and friends; the feeling of physical safety; being accepted by the living environment; life achievements; and financial status. However, satisfaction with one's health does not go hand in hand with the assessment of its importance. In comparison with health, people are less satisfied only with their financial status. The comparison among counties showed that the citizens of the Bjelovar-Bilogora County were the least satisfied with their health; only 24 % of them assessed their health as excellent or very good, against 38 % for Croatia on the whole (Japec and Šućur, eds, 2007). On the one hand, the citizens of the Bjelovar-Bilogora County evaluate the quality of their health care system with the lowest grade (4.1 as opposed to the average figure at the state level, which is 5.2). On the other hand, taking into consideration the number of citizens stating that they suffer from a chronic disease or one limiting them in their activities, the reality does not seem as bleak (26 %, which is below the state-level average).

It is necessary to engage in improving the quality and availability of health care services, as well as undertaking activities relating to the prevention and early discovery of diseases, but also in education: health education of all classes and age groups, as well as – in the context of the content of this paper – education on the interdependence of health and subjective welfare.

Keywords: health; subjective welfare; the Bjelovar-Bilogora County.

Prof. dr. sc. Dubravka Miljković,
Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
Savska cesta 77, 10 000 Zagreb
dubravka.miljkovic@ufzg.hr

