

## Način života i zdravlje

### *Life-style and Health*

**Jadranka Mustajbegović**

Katedra za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada

Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

10000 Zagreb, Rockefellerova 4

**Sažetak** Način života utemeljen je na odnosu između općih uvjeta života i obrasca ponašanja pojedinca. Ozljede i kronične bolesti povezane s načinom života sve su učestalije. Tako glavna prijetnja ljudskom zdravlju postaju nezarazne kronične bolesti: kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti, plućne bolesti, bolesti jetre, rak, dijabetes, osteoporoza. U svakoj zemlji, ovisno o stupnju razvoja, nezarazne kronične bolesti imaju ubrzani porast ili su već na visokoj razini. Ako se narodi brže razvijaju, trebaju obrazovne programe za smanjenje nepovoljnih čimbenika (tzv. faktora rizika) povezanih s nastankom nezaraznih kroničnih bolesti, kao što su pušenje, prekomjerno pijenje alkohola, nedostatak tjelesne aktivnosti, masna/slana prehrana itd. Bolesti sa zajedničkim čimbenikom rizika zahtijevaju zajedničke aktivnosti njihove prevencije.

**Ključne riječi:** način života; zdravlje, kronične nezarazne bolesti, prevencija.

**Summary** The life-style is a general way of living based on the interplay between living conditions and individual patterns of behavior. Injury and chronic diseases associated with life-style tends to become more common. This leads to the emergence of non-communicable chronic diseases as major threats to public health: cardiovascular and cerebrovascular diseases, pulmonary diseases, liver diseases, cancer, diabetes, osteoporosis. In every country, depending on the stage of development, non-communicable chronic diseases are rapidly increasing or are already established at high levels. If populations develop more rapidly, they need educational programmes for noncommunicable chronic disease risk-factor reduction such as smoking, alcohol use, lack of physical activity, fat/salt diet etc. Diseases with common risk factors require common preventive strategies.

**Key words:** life-style, health, non-communicable chronic diseases, prevention.

Način života kompleksna je manifestacija specifičnih ponašanja pojedinca ili skupine, u određenim uvjetima života, koji su međusobno povezani i koji se ponavljaju. Očituje se putem uzoraka ponašanja, koji su nastali na temelju obiteljske tradicije, kulturnog i socioekonomskog okoliša (1).

Iako porast životne dobi u razvijenijim populacijama utječe na epidemiološka zbivanja, ona su odraz i specifičnog načina života i čimbenika okoliša. U zemljama u razvoju vodeće bolesti i uzroci smrti su akutne i kronične zarazne bolesti, glad i malnutricija. Zdravstvene potrebe zaokupljaju, prije svega, nehigijenski uvjeti života, siromaštvo, neprosvijećenost i pomanjkanje hrane. Uklanjanjem nehigijenskih uvjeta života uz podizanje životnoga i zdravstvenog standarda u razvijenim zemljama došlo je do velikog smanjenja mortaliteta tipičnih za nerazvijene sredine: mortaliteta od zaraznih bolesti, mortaliteta djece i mladih dobnih skupina. Način života udružen s nezaraznim kroničnim bolestima postaje sve uobičajeniji zdravstveni problem. Produljenjem

životne dobi stvorile su se mogućnosti da više dođu do izražaja bolesti i oštećenja čiji je prirodni tijek obilježen duljim latentnim periodom od početka patološkog procesa do kliničke pojave bolesti, nesposobnosti, invaliditeta i smrti (2).

U svakoj zemlji na svijetu, ovisno o stupnju njezina razvoja, nezarazne kronične bolesti ili pokazuju neprestani porast ili su se već ustalile na visokoj razini. Tako npr. u Finskoj postotak smrtnosti zbog nezaraznih kroničnih bolesti lagano raste od 70% 1954. na 79,5% 1986. godine, što upućuje na trend ekonomskog razvoja zemlje, dok je u Čileu zabilježen drugačiji trend: od samo 39,9% u 1954. do 68,3% u 1988. godini (3).

Proces istraživanja povezanosti načina života i zdravlja u Europi na razini Svjetske zdravstvene organizacije seže 10-20 godina unatrag. Slovio je kao "neznanstveni", "mekan", "utopijski" itd. Međutim, gledajući unatrag, također je postalo jasno kako je nužno za zdravstvene organizacije u Europi inzistirati da vlade preuzmu odgovornost za zdravstvenu politiku.

U Regionalnom uredu Svjetske zdravstvene organizacije za Europu taj je proces prošao kroz razdoblja razvijanja koncepcije i izgradnje konsenzusa o povezanosti načina života i stanja zdravlja; razvijanja i izoštravanja strateških pristupa ovom problemu te razdoblje učvršćivanja mreža zemalja članica Svjetske zdravstvene organizacije radi ugradnje modela načina života koji vodi zdravlju.

Od 1980. do 1984. godine razvija se koncepcija te izgrađuje konsenzus o povezanosti načina života i stanja zdravlja. U njih su uključene temeljne odrednice Europskoga regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije:

- u 1980. god. program *Stilovi života i zdravlje* (Lifestyles and Health) postaju okosnicom europske strategije Zdravlje za sve (Health for All);
- u 1981. god. kao novi smjer zdravstvenog obrazovnog programa potvrđena je socijalna koncepcija zdravstvenog obrazovanja;
- u 1983. god. koncepcija *Stilovi života i zdravlje* formirana na osnovi europskih ciljeva Zdravlje za sve, raspravljana je i prihvaćena na Regionalnom odboru Svjetske zdravstvene organizacije za Europu (WHO's Regional Committee for Europe);
- u 1984. god. ciljevi od broja 13 do broja 17 programa Zdravlje za sve Europskog ureda Svjetske zdravstvene organizacije naslovljeni su "Life-styles and Health". Prihvaćeni su od zemalja članica.

Novi program Europskoga regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije Unapređenje zdravlja iniciran je 1984. godine Ottawskom poveljom (Ottawa Chart) u kojoj je istaknuto pet ključnih odrednica za unapređenje zdravlja:

1. izgradnja javnozdravstvene politike;
2. izgradnja suportivnog okoliša;
3. učvršćivanje akcije zajednice;
4. razvijanje osobne vještine;
5. prenamjena zdravstvenih usluga.

Od 1986. do 1991. godine razvijaju se i izoštravaju strateški pristupi za podizanje zdravlja. Potiču se ponašanja koja podupiru zdravlje, odnosno mijenjaju i otklanjaju ona ponašanja koja štete zdravlju. S tim u svezi Svjetska je zdravstvena organizacija izradila brojne programe:

1. Prvi veliki European Action Plan usvojen na Regionalnom odboru bio je *Plan akcije o duhanu* (Action Plan on Tobacco). Njemu je prethodio prvi program iz ovog područja Svjetske zdravstvene organizacije *Pušenje ili zdravlje*, a bio je ustanovljen u Europskom područnom uredu još 1984. godine;
2. Projekt *Zdravi gradovi* (Healthy Cities Project) počeo je s 11 gradova, a 1992. je uključivao 34 gradska projekta, 30 nacionalnih mreža i više od 800 gradova diljem svijeta;
3. Program prehrane vodi do prvog Europskog konsenzusa o hrani i prehranbenoj politici (European consensus document on food and nutrition policies);

4. Ustanovljen je Europski program za HIV/AIDS (European Programme on HIV/AIDS).

Neki su projekti nastavili svoju raniju djelatnost, a drugi su proširili ili prenamijenili svoj cilj: Tobacco Action Plan stigao je u novu fazu i uspostavljen je European Alcohol Action Plan. Stilovi života i zdravlja postavili su projekte *Zdravo starenje* (Healthy aging) i *Unapređenje zdravlja na radnome mjestu* (Health promotion and the workplace) (2, 4).

## *Etiologija nezaraznih kroničnih bolesti*

Zajedničke značajke većine nezaraznih kroničnih bolesti su mnogostruk i često nepoznat uzrok i mehanizam nastanka, neprimjetan početak i kroničan tijek, kao i za sada još skromne mogućnosti sprečavanja i potpunog izlječenja. Nastanak ovih bolesti povezuje se s djelovanjem niza nepovoljnih čimbenika (tzv. faktora rizika) u razvijanim zajednicama. Neki od najvažnijih čimbenika su sve veća potrošnja alkohola i pušenje, pomanjkanje tjelesne aktivnosti uz preobilnu prehranu, psihički stresovi i naponi, kao i sve veća izloženost stanovništva raznim fizičkim i kemijskim agensima povezana s brzim razvojem industrije i tehnologije (radijacija, aditivi, pesticidi, farmaceutski i kozmetički preparati i razna druga ekološka onečišćenja i poremećaji) (2).

## **Pušenje duhana**

Pušenje duhana je, kao i konzumiranje alkohola, u našoj kulturi još prihvatljivo ponašanje, iako ga sve više ljudi smatra neugodnim, nedopustivim i agresivnim. U susjednoj Sloveniji pušenje duhana ne smeta 21,1% liječnika; tolerira ga 49,0%, dok 29,0% liječnika pušenje jako smeta (5). Prema nedavno objavljenim neslužbenim podacima Hrvatskoga liječničkog zbora, u Hrvatskoj puši oko 14.000 liječnika. A još davne 1984. u Dallasu kad je održan Godišnji sastanak Američke udruge kardiologa, unatoč oko 15.000 prisutnih kardiologa nije bilo potrebe ni za jednom jedinom pepeljarem. Čak ni u Središtu za tisak (6).

Pušenje duhana je samostalni čimbenik rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, raka pluća i prostate, bolesti dišnog sustava, peptičkog ulkusa te komplikacija u trudnoći i novorođenčeta. S brojem popušanih cigareta, trajanjem pušačke navike, dobi prilikom početka pušenja i stupnjem inhalacije cigaretnog dima raste rizik od koronarne bolesti i od periferne okluzivne bolesti arterija. Štetni utjecaj pušenja duhana na trudnicu i plod izražava se u većem broju spontanijih abortusa u žena koje puše, manjoj težini novorođenčeta, većem broju anomalija te u većoj smrtnosti i obolijevanju tih žena (4, 7).

Poseban je problem pušenje duhana kao uzrok prerane smrti mladih muškaraca, što znači veliki gubitak potencijalno aktivnih godina života. U dolarskim je iznosima prikazano koliko zapravo koštaju pušači društvo zbog

nekim bolesti povezanih s ovom navikom (karcinom pluća, koronarna bolest srca, emfizem pluća) i gubitka radnih dana. Za muškarce između 40. i 44. godine koji puše na dan više od 2 paketića cigareta društvo potroši 56.000 dolara. Za istu dob s manje od 2 paketića 33.300, a za onog koji puši manje od jednog paketića oko 20.200. Žene su "mnogo jeftinije": 19.000, 9.000 i 5.300 dolara. Troškovi su veći jer nisu uračunane i druge bolesti koje su povezane s pušenjem duhana. Kad bi pušači sami financirali svoje posljedične troškove u osiguranju života i u zdravstvenom osiguranju, morala bi se cijena paketića cigareta povisiti za oko 3 dolara (6).

Svjetska banka je izračunala koliko bi se smanjila ukupna smrtnost te koliko bi se smanjio broj izgubljenih godina života zbog nesposobnosti, u zemljama s tržištem razvijene ekonomije (EME - Established Market Economies), zemljama bivše socijalističke ekonomije (FSE - Former Socialist Economies) te zemljama Srednjeg istoka (MEC - Middle East Creasent) kad bi se uklonili čimbenici koji utječu na njihov nastanak, a koji se mogu prevenirati promjenom načina života i/ili izloženosti u okolišu (slika 1. i 2) (8).

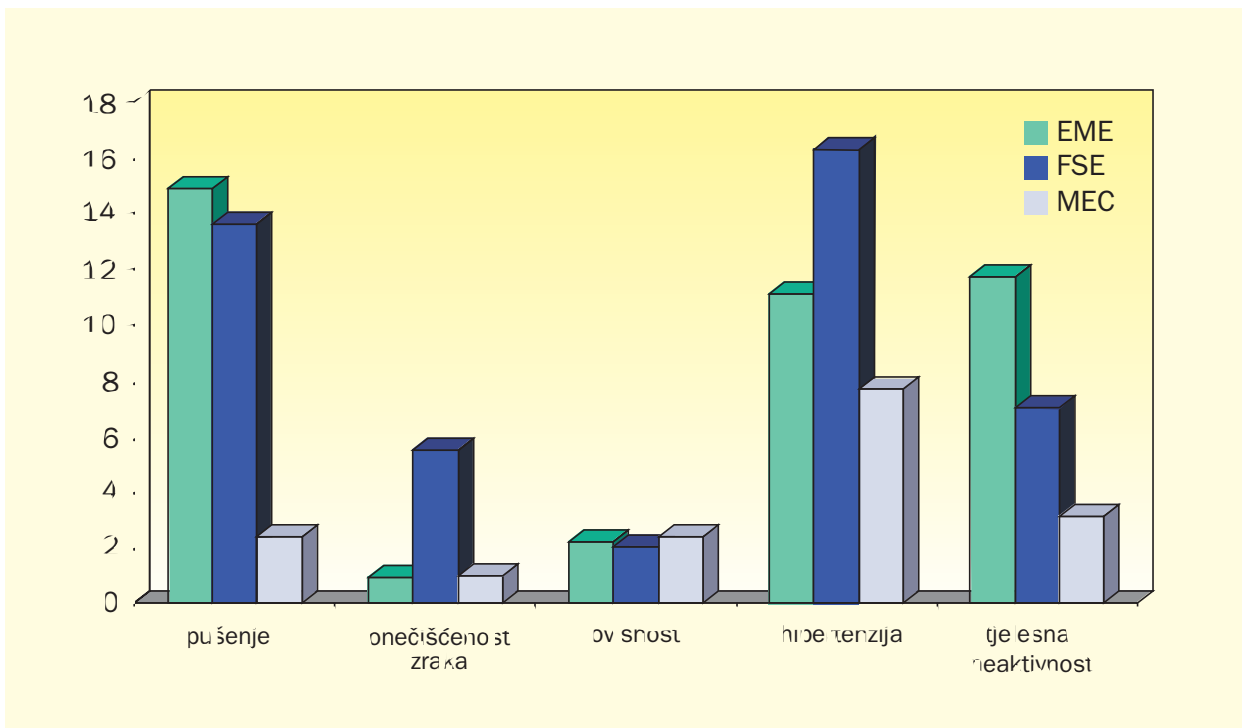
Tijekom osamdesetih godina za 10% i više opao je broj pušača u Belgiji, Nizozemskoj, Španjolskoj, Švicarskoj i Velikoj Britaniji, a za više od 10% porastao u Čehoslovačkoj, Grčkoj, Irskoj, Izraelu, Malti i Turskoj. Broj pušača i dalje raste među ženskim stanovništvom i mladima (40% mladih u dobi između 15-24 puši u 12 zemalja Europske zajednice) (2).

## Alkohol

Posljedice pijenja alkohola nisu ovisne samo o količini i učestalosti nego i o osobinama pojedinca kao što su spol, dob, težina, stanje uhranjenosti, genetske predispozicije i prisutnost drugih bolesti. Odnos između popijene količine alkohola i njegovih posljedica nije jednostavan, jer nema jasne granice između bezopasnog i rizičnog konzumiranja alkohola. Relativni rizik od nastanka ciroze jetre raste eksponencijalno s dnevnom dozom alkohola, dok odnos između rizika od koronarne bolesti i popijenog alkohola ima oblik slova U: postoji primjerena (mala) dnevno popijena količina alkohola, koja umanjuje nastanak masnih naslaga u koronarnim arterijama (5).

Svjetska zdravstvena organizacija upotrebljava dvije vrste indikatora u vezi s alkoholom: smrtnost i obolijevanje od bolesti koje su povezane s pijenjem alkoholnih pića. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 46 je dijagnoza povezano s alkoholom.

Među zemljama s visokom potrošnjom (10 litara ili više 100% alkohola po glavi stanovnika godišnje), ona je opala za više od 10% tijekom osamdesetih godina u Austriji, Francuskoj, SR Njemačkoj, Italiji, Nizozemskoj, Poljskoj, Španjolskoj i SSSR-u, a porasla za najmanje 7% u Bugarskoj, Danskoj, bivšoj Istočnoj Njemačkoj, Portugalu i Švicarskoj. Osobito zabrinjava što se snizuje dob prvog kontakta, što raste broj teških potrošača, kao i potrošnja koncentriranih pića (2).

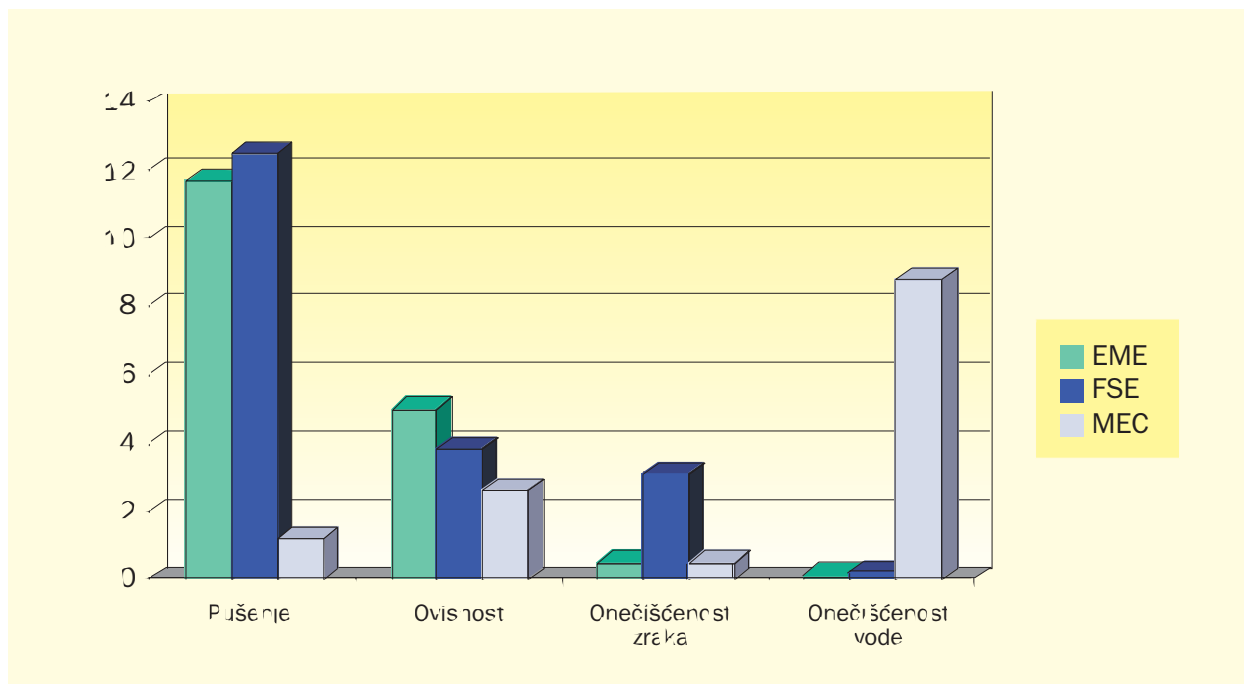


Slika 1. Čimbenici s utjecajem na ukupnu smrtnost koji se mogu prevenirati promjenom načina života ili izloženosti u okolišu.

EME = Established Market Economies, Zemlje s tržištem razvijene ekonomije

FSE = Former Socialist Economies, Zemlje bivše socijalističke ekonomije

MEC = Middle East Creasent, Zemlje Srednjeg istoka



Slika 2. Čimbenici s utjecajem na broj izgubljenih godina života prilagođenog nesposobnosti koji se mogu prevenirati promjenom načina života ili izloženosti u okolišu.

EME = Established Market Economies, Zemlje s tržištem razvijene ekonomije

FSE = Former Socialist Economies, Zemlje bivše socijalističke ekonomije

MEC = Middle East Creasent, Zemlje Srednjeg istoka

Odnos liječnika prema alkoholu i zdravlju oštećenom alkoholom višeslojan je. Mnogi su liječnici uvjereni da navike pijenja bolesnika nisu briga liječnika, a i boje se da bi njihovi savjeti o pijenju bili primljeni kao moraliziranje (5).

## Upotreba droge

Unatoč nepotpunim podacima, jasno raste broj kroničnih ovisnika. U zemljama koje su prve iskusile naglu epidemiju (Danska, Francuska, nekadašnja SR Njemačka, Švedska i Velika Britanija) sada se stabilizira broj u većim gradovima, ali i dalje raste izvan većih gradova. Nagli je porast zabilježen u Južnoj, a očekuje se u Istočnoj Europi (2, 3). U našoj zemlji se, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, broj ovisnika povećao od 131 godine 1976. do 2.614 liječenih 1998. godine (9).

## Tjelesna aktivnost

Istraživanja pokazuju i dalje vrlo nizak stupanj tjelesne aktivnosti u slobodno vrijeme, kako u našoj tako i u drugim zemljama svijeta.

Sve se više ljudi svjesno odlučuje za tjelesnu aktivnost s ciljem unapređenja zdravlja. Redovita tjelesna aktivnost zajednički je nazivnik koji dobro utječe na brojne rizične čimbenike i povezana je s nižom stopom smrtnosti. Pored primarne preventivne važan je instrument sekundarne

i tercijarne preventivne za bolesti srca i krvnih žila, debljine, kronične opstruktivne plućne bolesti, šećerne bolesti, koštanomišićnih i bubrežnih bolesti, stresa, anksioznosti i osteoporoze. Žene koje se bave atletikom imaju nižu prevalenciju raka na dojci, jajnicima, maternici i vagini nego one koje se ne bave sportom.

Redovita tjelesna aktivnost neposredni je i neovisni zaštitni čimbenik za koronarnu bolest. Kod šećerne bolesti djeluje putem triju mehanizama:

1. povećava osjetljivost membranskih receptora da ubrzano vežu glukozu;
2. povećava se propusnost membrana mišićnih stanica za glukozu;
3. potroši se jetreni i mišićni glikogen te se tako priprema mjesto za pohranjivanje glukoze.

S tjelesnom aktivnošću tijelo troši kalorije, oslobađa se toplina i bazalni metabolizam ostaje povećan još 48 sati poslije vježbanja. Poboljša se mišićna snaga, gibljivost i stabilnost zglobova, očuva se gustoća kosti i sprečava gubitak kalcija u žena u menopauzi (10).

Uočena je povezanost između tjelesnog vježbanja i prehranbenih navika: aktivni ispitanici jedu manje masnu hranu te hranu bogatu s više mikronutrijenata nego oni koji nisu tjelesno aktivni (11).

Tjelesna aktivnost kao provjeravanje samoga sebe podiže samopoštovanje i uvjerenost u vlastite sposobnosti (10). Povoljno utječe na raspoloženje, olakšava blažu

anksioznost i depresivnost, a u starijih ljudi poboljšava pamćenje. Procjenjujući incidenciju kroničnih nezaraznih bolesti u odnosu na aktivnosti dnevnog života, istraživači su potvrdili njihov uzajamni "začarani krug", osobito u starijoj dobi: dob je najvažniji prediktor trajne nesposobnosti za provođenje dnevnih aktivnosti, a manjak rutinskog vježbanja, opet je važan prediktor nesposobnosti starijih osoba (12).

Način života i radna sposobnost čvrsto su povezani s osjećajem zdravlja pa ako se istražuju odvojeno, dobiva se pojednostavnjeni odnos starenja i rada. U razdoblju od 1981. do 1992. god. promatrana su 924 radnika u Finskoj i promjene u načinu njihova življenja: hobiji, način života, zadovoljstvo životom. Istraživana je povezanost načina života, radne sposobnosti i zdravlja. Rezultati pokazuju porast tjelesne aktivnosti u slobodno vrijeme u oba spola. Trajanjem istraživanja žene su pokazale porast zadovoljstva životom koji vode, dok su muškarci bili manje zadovoljni. Radna sposobnost bila je presudni čimbenik u tim promjenama: ako je radna sposobnost očuvana, ispitanici su također aktivni i zadovoljniji životom, što je osobito bilo naglašeno u muškaraca (13).

## Stanje uhranjenosti

Stanje uhranjenosti opisuje se antropometrijskim pokazateljima: tjelesnom masom, tjelesnom visinom, kožnim naborima, obujmom struka i bokova. Mjerilo stanja uhranjenosti je indeks tjelesne mase (BMI), tj. omjer između tjelesne mase izražene u kilogramima i kvadrata tjelesne visine izražene u metrima. Normalan je od 19 do 25,99, a veći od 26 pokazuje debljinu. Debljina je povećana tjelesna masa na račun masnog tkiva.

Povećan BMI čimbenik je rizika od nastanka povišenoga krvnog tlaka, povišenog šećera u serumu i hiperinzulinemije. Kod metaboličkih smetnji je raspored masnog tkiva bolji pokazatelj rizičnosti nego opća debljina. Prema rasporedu masnog tkiva razlikuju se dva tipa debljine: muška (androidna) i ženska (ginoidna). Kod muške debljine masno se tkivo nakuplja na trbuhu. Ovaj je tip debljine rizični čimbenik za razvoj šećerne bolesti tip II, povišenoga krvnog tlaka, povišenog ukupnog kolesterola u serumu, triglicerida i ateroskleroze, a u žena je još dodatno povezan sa smetnjama menstruacije, hirzutizmom. Kod ženske debljine masno se tkivo nakuplja na bedrima i stražnjici. Ženski tip prate degenerativne promjene kukova i koljena te proširene vene (5, 14).

Američki autori preporučuju upotrebu omjera između obujma trbuha i bokova kao veliku prognostičku vrijednost za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti. Normalne vrijednosti tog omjera su u muškaraca 1, a u žena niže od 0,8 (15).

Unatoč potvrđenim spoznajama o utjecaju prehrane na zdravlje, ne vidi se bitno poboljšanje. Samo u zemljama s jasnom prehrambenom politikom (Finska i Norveška) postignuto je smanjenje unosa energije od masnoća hranom na 35%, što je tek prvi korak do konačnog cilja (5).

## Stres

O stresu se indirektno može zaključivati po potrošnji lijekova, a i o tome potpuniji podaci postoje samo za nordijske zemlje. U tim zemljama i dalje raste potrošnja neuroleptika i antidepresiva, stabilizirana je prodaja trankvilizatora, a čini se da opada prodaja sedativa i hipnotika (4).

Ovisno o akutnim i stalnim stresorima različit je imunوسي odgovor, što ima za posljedicu niz patoloških zbivanja u organizmu. Povezanost između akutnog stresa i supsekvencijalnih imunosi parametara puferirana je optimističkim perspektivama. Dapače, kad stres traje na visokim razinama, optimisti pokazuju kasnije opadanje imunosi nego pesimisti, podcrtavajući utjecaj načina života na stanje zdravlja odnosno nastanak bolesti (16).

## Unapređenje zdravlja

Povećanje troškova za zdravstvo (u SAD-u su se povećali u razdoblju od 1960. do 1986. godine 17 puta) pokazalo je da zdravstvo može potrošiti više novca nego ga je država sposobna osigurati. Većina novca usmjerena je u kurativnu djelatnost, a samo manji dio za preventivu (5). Limitirani izvori sredstava sprečavaju progres i obvezuju na oprezno sagledavanje isplativosti i primjenjivosti u različitim ekonomskim uvjetima svake nove inicijative (3).

Način života koji prevladava u društvu u središtu je interesa unapređenja zdravlja jer formira obrasce ponašanja pojedinaca, kako one koji promiču zdravlje tako i one koji ga narušavaju. Promociju načina života koji vodi k zdravlju čini razmatranje o pojedinačnim mehanizmima ponašanja i određivanja sustava vrijednosti, kao i mehanizmima vjerovanja u svezi sa zdravljem, oblikovanih životnim iskustvom i uvjetima života. Promocija pozitivnog zdravstvenog ponašanja i odgovarajuća strategija borbe s problemima ključni su ciljevi unapređenja zdravlja (2).

Odjel za nezarazne bolesti Svjetske zdravstvene organizacije ohrabruje integrirani pristup prevenciji i kontroli aktivnosti. Osnovni je princip da bolesti zajedničkog uzroka, kao što je npr. nezdravi način života, trebaju imati pristup sa zajedničkom strategijom unapređenja zdravlja i pružanjem zajedničkih preventivnih usluga. Svjetska zdravstvena organizacija je načinila INTERHEALTH program da pokaže kako integralni programi prevencije i kontrole nezaraznih bolesti mogu biti primijenjeni u populacijama svih područja i u svakom stanju epidemiološke tranzicije. Program je počeo 1986. godine. Pomaže u fokusiranju pozornosti na način života i čimbenike okoliša koji mogu biti modificirani tako da preveniraju prerani mortalitet i poboljšavaju kvalitetu života, što pokazuju i podaci Svjetske banke (8, 17, 18).

Nastoje se otkriti zakonitosti pojavljivanja nezaraznih kroničnih bolesti u ovisnosti o čimbenicima rizika. Razvijen je indeks za rizik nastanka kronične bolesti (Chronic Diseases Risk Index - CDR) i istraživana njegov odnos s obzirom na pušenje duhana, alkohol, indeks tjelesne mase, unos masnoća, voća i povrća. Pušenje je imalo



najveći utjecaj na rizik od nastanka kroničnih bolesti, a slijedio je indeks tjelesne mase. Pozitivno zdravstveno ponašanje odražavano CDRI-om povezano je s nižim rizikom od karcinoma i dužim životom (19).

Budući da se sve češće za istraživanja rabe anketni podaci dobiveni telefonom, provjerom valjanosti tako načinjenih istraživanja utjecaja načina života na zdravlje, uočene su razlike u načinu života između ispitanika koji imaju telefon i ispitanika bez telefona. Ispitanici bez telefona češće su stalni pušači, manje aktivni, nikad nisu kontrolirali vrijednosti svojega krvnog tlaka, nikad ne mjere vrijednosti kolesterola, konzumiraju manje vitamina A, C i E. Međutim, procjenom zdravstvenih karakteristika nije nađena značajna razlika u ispitanika s telefonom i bez njega koja bi mogla utjecati na valjanost telefonskih istraživanja s ovim ciljem (20).

## Kako unaprijediti zdravlje?

Raste broj organizacija, pokreta i akcija koje se brinu za zdraviji način života. Za komunikaciju među ljudima i organizaciju zajednice potrebno je koordinirati napore, osobito u svezi s čimbenicima rizika: kontraproduktivno je ako različite grupacije skreću svaka na sebe pozornost kako bi prenijele istu poruku. Lakše je okupiti novinare i volontere zajednice da sudjeluju u programima koji se obraćaju širokom spektru zainteresiranih. Osobito ako se radi o čimbenicima rizika te načinu života i ponašanja udruženim s drugim varijablama, kao što je socijalna klasa (3). Ottawska povelja (Ottawa Charter) definirala je unapređenje zdravlja kao proces kojim ljudi preuzimaju kontrolu nad svojim zdravljem i tako ga unapređuju. U Povelji su opisane aktivnosti unapređenja zdravlja postupcima zagovaranja, osposobljavanja i posredovanja, naglašavajući da i osobe koje se profesionalno bave unapređenjem zdravlja trebaju nove vještine i dodatnu naobrazbu da bi se osposobile da brane interese onih kojima služe (2, 3, 5).

Unapređenje zdravlja ima cilj da se pojedincima i zajednicama omogući povećana kontrola nad čimbenicima koji uvjetuju zdravlje. Ova je koncepcija izraz dvaju bitnih nastojanja: poboljšanja odnosa ljudi i okoline u kojoj žive i spajanja osobnog izbora pojedinca sa socijalnom odgovornošću za zdravlje. Koncepcija proizlazi iz traženja ravnoteže između zadovoljavanja težnji i potreba ljudi procesom promjena i prilagođavanja okolini (2).

Dominantne društvene institucije mogu poticati one načine života za koje misle da su "pravi". Znanstvene metode služe za iznalaženje zakonitosti i činjenica, a njihovo je vrednovanje stvar odgovornosti pojedinca. Prijelaz industrijskog društva k postindustrijskom omogućuje individualizaciju načina života. Individualizacija znači da se pojedinci oslobađaju fiksnih odnosa, da veći dio života zauzimaju osobne odluke pojedinca o svojoj naobrazbi, zanimanju, radnom mjestu i načinu života.

Osnovni izvori identiteta nisu više formalne institucije, nego aktivnosti kojima se čovjek bavi. Zdravlje treba postići aktivno i dio tog tereta mora nositi svaki pojedinac,

koji se mora sam brinuti za svoje zdravlje. To je jednostavno jeftinije nego liječenje bolesti, i to utoliko više jer se promijenio i uzorak bolesti: umjesto akutnih zaraznih, prevladavaju kronične bolesti.

## Kako mijenjati način života?

Čovjek izabere zadovoljavajuće, ali ne uvijek i najbolje rješenje. Jedna od najčešćih mentalnih strategija kojom se pojednostavni procjena problema jest procjena nekog događaja kao vjerojatnog ili čestog, ako se s lakoćom zamisle njegovi primjeri. Ljudi često procjenjuju vjerojatnoću nedavnih, živih ili emocionalno nabijenih događaja, a pretjerana uvjerenost u pravilnost vlastite procjene još dodatno otežava objektivnost sagledavanja problema (21).

Važno bi bilo otkriti kako ljudi mogu aktivno utjecati na vlastite kognitivne, biološke i društveno uvjetovane motive koji utječu na promjenu dosadašnjeg načina života. Sastavni dio motivacijskog procesa je uvijek i cilj. Treba razumjeti cilj kao ono što predstavlja uspjeh i što se empirijski ocjenjuje: osjećaji zadovoljstva pojedinca ciljem koji bi trebao postići s promjenom dosadašnjeg načina života odredit će intenzitet sudjelovanja pojedinca u promjenama dosadašnjeg načina života.

Model zaštitne motivacije tvrdi da se motivacija pojedinca za zaštitu od ugroženosti oslanja na četiri uvjerenja:

1. velika ugroženosti
2. ranjivost pojedinca
3. mogućnost smanjenja te ugroženosti
4. učinkovitost odaziva na zaštitu od navedene ugroženosti (22).

Modeli ponašanja nude mogućnost za uvođenje zdravih navika. Vidi se da nema smisla plašiti ljude jer priopćenja koja u ljudima izazivaju strah mogu samo katkad biti učinkovita. Učinak ne traje dugo, jer se ljudi počnu izmicati opasnoj situaciji, osjećaju se nemoćni, zanemaruju priopćenja ili čak ne nastavljaju započetu promjenu ponašanja.

Put od neznanja do aktivnosti koja promijeni način života vodi preko više međukoraka: neznanje-znanje-interes-stajalište-uvjerenje-namjera ponašanja-aktivnost-promjena ponašanja. Utjecaj liječnikovih zdravih navika na pacijenta i prihvaćanje preporuka o zdravom načinu života je očit: gotovo 70% ispitanika misli da bi bolesnici lakše prihvatili ako bi i njihovi liječnici živjeli zdravo. Liječnik neke od međukoraka puta od neznanja do aktivnosti koja mijenja način života preskače zbog prirode svog poziva i u shemu ulazi vjerojatno na razini stajališta. Ako i zauzme pozitivno stajalište, do promjene ponašanja ostaju još tri koraka. U tom prostoru mogu djelovati mnogi čimbenici koji sprečavaju pokušaj promjene navike ili dobivanje i zadržavanje zdrave navike. Najjači utjecaj na način života imaju posao i odabrani partner, što liječnici katkad zanemaruju (5, 23).

Medicinske sestre provode značajan dio vremena potičući pacijente s kroničnim bolestima na postizanje pozitivnog ponašanja kao što su npr. tjelesna aktivnost i pravilna prehrana, te da prestanu s negativnim ponašanjem. Budući da postignuti rezultati nisu sukladni uloženu trudu, znanstvenici pokušavaju izraditi modele zdravstvenog odgoja čiji protokoli mogu biti prilagođeni za svaku kroničnu bolest i svakog pacijenta koji treba promjenu načina života (24). Pozitivna iskustva iz prošlosti pokazala su se kao najbolji nagovještaj uspjeha kod usvajanja zdravih navika, što je značajan kontinuitet kod održavanja već primljenih i primanja novih zdravih navika (5, 23).

Na osnovi istraživanja, teorije i aktualne prakse, djeca i adolescenti su tjelesno aktivniji od odraslih, ali ta aktivnost opada u adolescenciji. Znanstvenici u SAD-u potiču tjelesnu aktivnost među mladim ljudima tako da oni vide dobrobit od toga te nastavljaju tjelesnu aktivnost odrastajući i kasnije sa starenjem. Njihove preporuke ugrađene su u 10-ak aspekata školskih programa i programa zajednice, a uključuju eksperte sa sveučilišta do nacionalnih i dobrovoljnih organizacija (25). Za već odrasle osobe potrebno je individualizirati programe odabirući one koji pristaju životnim prilikama pojedinca: npr. penjanje stubama. Glavna je zadaća što se tiče intervencije tjelesnom aktivnošću u način života, testirati isplativost za različite modele i istraživanje učinkovitosti u populacijama kao što su stariji, siromašni i osobe sa subakutnom bolešću (26).

Kronična bolest u dječjoj dobi izazov je u području zdravstvenog odgoja. Roditelji češće udovoljavaju djetetu u rješavanju potreba njegove bolesti nego njegova zdravlja. Zdravstveni rizici sasvim iscrpljuju obitelji i zahtijevaju od njih promjene u životnim navikama, kupnji, sustavu potpore i financijama (27).

Obiteljski liječnici odgovorni su za zdravlje i bolest pacijenata s mentalnom retardacijom. Ovi pacijenti imaju povećan rizik od razvoja neurofizioloških stanja. No, mentalno retardirani nisu pod povećanim rizikom od razvoja kroničnih bolesti (28).

## Pokazatelji kvalitete zdravlja

Unapređenje zdravlja određeno je kao proces organiziranog razvoja baziranog na okolišu u kojem ljudi žive, rade, primaju zdravstvenu zaštitu.

Za usporedbu stanja pojedinih grupa u populaciji i ocjenu uspješnosti pojedinih zdravstvenih postupaka razvijen je indikator QUALYs (Quality Adjusted Life Years), koji predstavlja broj godina prilagođenih određenom standardu kvalitete života. Mjerilo kvalitete dobiva se objektivnim promatranjem nesposobnosti i oštećenja u toku vremena i mjeri se brojem godina bez poremećaja funkcija koji dovode do nesposobnosti (DFY, Disability Free Years) i/ili godinama života prilagođenih nesposobnosti (DALYs, Disability-Adjusted Life Years) te subjektivnom ocjenom na temelju odgovora većeg broja ispitanika (8, 29).

Zdravlje je na najkonkretniji način određeno načinom života ljudi i njihovom interakcijom s okolinom i bitno obilježje unapređenja zdravlja je aktivno sudjelovanje građana utemeljeno na tom shvaćanju (30).

Ako se populacija razvija brže, treba potporu u edukacijskim programima u načinu života. Ključni element u edukaciji je pogled na osobni izbor u odnosu na široke dostupne alternativne skale i stoga "izabrati zdravlje, izabrati lakše".

Osim izgradnje najučinkovitijih edukacijskih modela, istraživani su i još se istražuju specifični razlozi nastanka pojedine nezarazne kronične bolesti te se pokušavaju razlučiti zakonitosti zastupljene u mnogostrukosti njihova nastanka (3). Potvrđeno je tijekom prolaska kroz srednju školu postojanje razlika po spolu u rizičnom ponašanju za razvoj kroničnih bolesti: uzimanje voća, povrća, sokova, tjelesna aktivnost, upotreba duhana i alkohola, seks (31). Provedeno je i istraživanje koje je uključilo 57.500 ispitanika obaju spolova koji su završili koledž. Promatrana su osobna obilježja ispitanika i okoliša u kojem su živjeli u mladosti i u odraslom životu u odnosu na razvoj određenih kroničnih bolesti (32). Predloženo je longitudinalno praćenje kako bi se procijenila prava priroda opaženih razlika, njihova osobna, socijalna i okolišna određenost te bi se izgradio najučinkovitiji model prevencije kroničnih nezaraznih bolesti (31, 32).

## Zaključak

Navike koje sastavljaju uzorak ponašanja počnu se formirati već u ranom djetinjstvu pod utjecajem obitelji i bližeg okoliša. U početku puberteta dijete ima već prilično stabilan sustav zdravstvenih uvjerenja koji je na kraju puberteta učvršćen (2). Od sredine osamdesetih godina ovog stoljeća potiču se ponašanja koja podupiru zdravlje, odnosno mijenjaju i uklanjaju ona ponašanja koja štete zdravlju. Nešto manje od 90% liječnika misli da je zdrav način života važan za bolje raspoloženje, sprečavanje bolesti i bolju kvalitetu života u starosti (5).

Budući da je individualni pristup u medicini važan i kod sprečavanja bolesti i kod liječenja, prednost je osobnog liječnika što poznaje ljude za koje se brine, koji može bolje razumjeti zdravstveno stanje i može bolje sudjelovati u unapređenju zdravlja svakog svog pacijenta. Većinu tih pacijenata treba stručno voditi.

Već stečenu naviku ili obrasce ponašanja teže je mijenjati nego sasvim nove naučiti. Potrebno je u čovjeku probuditi osjećaj da može nešto učiniti sam za sebe i da nije bez moći. Osim čvrsto donesene odluke važan je i kontekst u kojem se izbor promjene navike događa. Objektivno jednak gubitak čini se veći od dobiti. Kod odluka pojedinca "za" i "protiv" (npr. zdravih navika) važnu ulogu igraju i "klopke ponašanja". U njih se uhvate pojedinci ili skupine koje se prihvate neke djelatnosti koja puno obećava i poslije postane nepoželjna, ali ju je teško prekinuti. Rješenje iz klopke pojavi se kada troškovi sudjelovanja postanu vidljivi. Pametno je procijeniti da li se unatoč uložnim sredstvima upornost u određenoj

djelatnosti još isplati (22). Pri tome se, kod uzorka ponašanja koji unapređuje zdravlje, ne misli samo na cijenu nabave cigareta, alkohola ili droge, već i cijenu koja se plaća narušenim zdravljem i smanjenom kvalitetom življenja.

Osim što je potrebno otkloniti navike pušenja duhana, prekomjernog pijenja alkohola i uzimanja droge, mijenjati nezdrave prehrabne navike, potrebno je poticati naviku razvijanja i podupiranja svakodnevnih tjelesnih aktivnosti. Tjelesno vježbanje je pokazalo pozitivne učinke na funkciju većine organskih sustava, na psihičku stabilnost,

starenje te prevenciju niza nezaraznih kroničnih bolesti. Budući da starost i psihičko stanje utječu međusobno na tjelesnu aktivnost, liječnici u podupiranju mogu rabiti sve pomoćne metode (psihoterapija, tehnike opuštanja i sl.).

Dob je najvažniji prediktor stalne nesposobnosti, a određene postizanja zdravlja imaju utjecaj na kvalitetu života u svim segmentima: *“Unapređenje zdravlja je napredovanje prema blagostanju i ostvarenju optimalnog sklopa ponašanja s društvenim, okolinskim, biomedicinskim i drugim odrednicama da bi se izbjegli zdravstveni rizici”* (2).

## Literatura

1. STOKES J, NOREN J, SHINDELL B. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *J Comm Health* 1982; 8:33-41.
2. JAKŠIĆ Ž i sur. *Socijalna medicina*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1994.
3. INTERHEALTH Steering Committee. Demonstration projects for the integrated prevention and control of non-communicable disease (INTERHEALTH PROGRAMME): epidemiological background and rationale. *Wld Hlth statistics quart* 1991; 44:48-54.
4. KICKBUSCH I. *Lifestyles and Health Department : Strategic achievements of the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1993.
5. MANFREDO-LAZAR I. *Odnos slovenskih liječnika prema zdravom načinu života*. Zagreb: Medicinski fakultet, 1996. Magistarski rad.
6. FORTIĆ B, POMPE-KIRN V, FERLUGA D, ŠTANGL B, JERŠE M, KAMBIĆ V, CERAR V, ŠTRUKELJ M et al. *Zdravnik, kajenje u zdravlje*. *Zdrav Vestn* 1988; 57:227-234.
7. ROBERTSON E. *Scenarios for lifestyles and health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1983.
8. World Bank. *World development report 1993: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 1998. godinu*. Zagreb, 1999.
10. MIŠIGOJ-DURAKOVIĆ M. *Tjelesno vježbanje i zdravlje*. Fakultet za fizičku kulturu Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb: Grafos, 1999.
11. MATTHEWS CE, HERBERT JR, OCKENE IS, SAPERIA G, MERRIAM PA. Relationship between leisure-time physical activity and selected dietary variables in the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia.
12. WU SC, LEU SY, LI CY. Incidence of and predictors for chronic disability in activities of daily living among older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(9):1082-1086.
13. SEITSAMO J, ILMARINEN J. Life-style, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 Suppl 1:20-26.
14. REINER Ž, SUČIĆ M. Poremećaji metabolizma lipida. U: *Vrhovac B, Bakran I, Granić M, Jakšić B, Labar B, Vucelić B, ur. Interna medicina*, Zagreb: Naprijed 1422-1430.
15. WHO Study Group. *Diet, nutrition, and prevention of chronic diseases*. WHO Tech Rep Ser 1990:797.
16. COHEN F, KEARNEY KA, ZEGANS LS, KEMENY ME, NEUHAUS JM, STITES DP. Differential immune system changes with acute and persistent stress for optimists vs pessimists. *Brain Behav Immun* 1999; 13(2):155-174.
17. World Health Organization. *Report of WHO consultation on an integrated noncommunicable disease prevention and control programme*, Geneva 16-19 June 1980. (Document NCD/OND/80.1).
18. World Health Organization. *Prevention and control of chronic noncommunicable diseases. Report on a WHO working group*, Zurich, 23-25 October 1980. (Regional Office for Europe document ICP/CVD/O20(2)6643B).
19. MENG L, MASKARINEC G, LEE J, KOLONEL LN. Lifestyle factors and chronic diseases: application of a composite risk index. *Prev Med* 1999; 29 (4):296-304.
20. FORD ES. Characteristics of survey participants with and without a telephone: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(1):55-60.
21. KOLESARIĆ V, KRIZMANIĆ M, PETZ B, ur. *Uvod u psihologiju*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske, 1991.
22. HAVELKA M. *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Medicinski fakultet, 1988.
23. RAKOWSKI W, WELLES BL. Correlates of expected success at health habit change and its role as a predictor in health behavior research. *AM J Prev Med* 1991; 7:89-93.
24. CASSIDY CA. Using the transtheoretical model to facilitate behavior change in patients with chronic illness. *J Am cad Nurse Pract* 1999; 11(7):281-7.
25. US NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people*. *J Sch Health* 1997; 67(6):202-19.
26. DUNN AL, ANDERSEN RE, JAKIĆ JM. Lifestyle physical activity interventions. Hystory, short-and long-term effects, and recommendations. *Am J Prev Med* 1998; 15(4):398-412.



27. JENKINS CD, JONO RT, STANTON BA, STROUP-BENHAM CA. The measurement of health-related quality of life: major dimensions identified by factor analysis. *Soc Science Med* 1990; 31:925-31.
28. McDERMOTT S, PLATT T, KRISHNASWAMI S. Are individuals with mental retardation at high risk for chronic disease? *Fam Med* 1997; 29(6): 429-434.
29. KICKBUSH I. Involvement in health: a social concept of health education. *Int J of Healt Education* 1981; 24 (Suppl.4): 3-15.
30. HEINZER MM. Health promotion during childhood chronic illness: a paradox facing society. *Holist Nurs Pract* 1998; 12(2):8-16.
31. CULLEN KW, KOEHLI LM, ANDERSON C, BARANOWSKI T, PROKHOROV A, BASEN-EGQUIST K, WETTER D, HERGENROEDER A. Gender differences in chronic disease risk behaviors through the transition out of high school. *Am J Prev Med* 1999; 17 (1):1-7.
32. PAFFENBARGER RS Jr, KAMPERT JB, LEE IM. Physical activity and health of college men: longitudinal observations. *Int J Sports Med* 1997; 18(Suppl 3):S200-3.