Prof. dr. sc. Dubravka Miljković

Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

**Zdravlje i subjektivna dobrobit**

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 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 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 popisa[[1]](#footnote-1) (Kekic, 2013.). Gdje bi se u Hrvatskojbilo 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) (Kaliterna Lipovčan i Brkljačić, 2009.).[[2]](#footnote-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 38) (Japec i Šućur, ur., 2007.). a i kvalitetu svoga zdravstvenoga sustava procjenjuju najnižom ocjenom (4,1 u odnosu na prosječnu ocjenu na razini RH 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 crnjima 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 vrednovanje subjektivne dobrobiti vrši se temeljem različitih globalnih procjena, kao što su: zadovoljstvo životom, ispunjenost, smisao, uspjeh; te kroz procjene zadovoljstva na pojednim područjima: zdravlje, posao, brak, obitelj, slobodno vrijeme… Emocionalna komponenta odnosi se na procjenu učestalosti pozitivnih emocija, odnosno na omjer ugodnih i neugodnih emocija (Watson i sur., 1988.). Zadovoljstvo životom najčešće je korišteni 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, and Diener (2004) 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 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 i sur., 2008., Prizmić Larsen i sur., 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 pojedinaca više utječu socijalni kontakti, emocije i osobno zadovoljstvo, nego prihodi.

**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. Pojedinac misli da je bolestan (vjerojatno se ne osjeća bolesnim). 4. Pojedinac je bolestan i tako se osjeća, što se vidi iz ponašanja kao što su uzimanje bolovanja i odlazak liječniku. 5. Pojedinac je bolestan i tako se osjeća, prema rezultatima upitnika o zdravlju, koji obuhvaća opažanje funkcionalnog zdravlja i opisa zdravstvenih problema. 6. Pojedinac 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 mjeren upitnikom o zdravstvenim problemima. 9. Osjećaj bolesti mjeren odgovorom na samo jedno pitanje o tome koliko se zdrav ili bolestan netko osjeća. |

Veenhoven (2007.) govori 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 dobroga 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: preduvjete za dobro zdravlje (primjerice, dobra prehrana i kvalitetno zdravstvo) neće nitko pomiješati sa samim zdravljem. Vodoravno je razlika 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]](#footnote-3) (Veenhoven, 2005.). Budući da razultat ovisi o stupnju podudarnosti okolinskih uvjeta i individualnih osobina to može biti i dobar indikator opće dobrobiti, odnosno putokaz pri kreiranju smjerova njezinog unapređivanja 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 i sur., 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 upitnik 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 i sur., 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 – 10 (0 = nimalo nisam zadovoljan, 5 = ni zadovoljan ni nezadovoljan, 10 = u potpunosti sam zadovoljan. Dobiveni se rezultat množi s 10.) Indeks 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]](#footnote-4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hrvatska** | |
| **Zadovoljstvo..** | **M** | **Sd** |
| svojim odnosima s bližnjima | 82 | 21.1 |
| onim što postižete 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** |

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 (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 koliku važnost pridaju određenom području (Rijavec, Miljković i Brdar, 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 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 unapređivanje 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 i sur., 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, tj. vjerojatnost da će netko oboljeti; preživljavanje: koliko će dugo netko živjeti nakon što oboli od neke opake 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 faktori a po prirodi stvari i sami bismo morali tu imati nekog utjecaja. Jedno longitudinalno istraživanje (provođeno više od 30 godina!) pokazalo je da su manju stopu smrtnosti (uzrokovanu kardivaskularnim oboljenjima, suicidom, nesrećama, ubojstvima, mentalnim poremećajima, zloporabom alkohola i drugih droga) imali oni koji su u životu bili općenito sretniji. Blagotvorni efekti 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 kancerom praćeno je tri godine nakon dijagnosticiranja. 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 velikom broju istraživanja 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, npr.) 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).

Niz je istraživanja koja dokazuju da subjektivna dobrobit (sreća) utječe i na zdravlje i na dugovječnost. Diener i Chan (2010.) ih kategoriziraju na:

1. Dugotrajne longitudinalne studije u kojima se početna razina subjektivne dobrobiti uspoređuje s kasnijim zdravljem i dužinom života. Posebnu težinu imaju istraživanja u kojima se u obzir uzimao i početni zdravstveni status i socio-ekonomski status. Istraživalo se i preživljavanje bolesnih i morbiditet i mortalitet inicijalno zdravih ljudi.

2. Studije u kojima se razina subjektivne dobrobiti dovodi u odnos sa specifičnim fiziološkim procesima koji mogu utjecati na zdravlje i dugovječnost kao i studije kad se promjene u dobrobiti povezuju s promjenama fizioloških pokazatelja.

3. Studije u kojima se eksperimentalno manipulira emocijama pa se prati što se pritom zbiva s fiziološkim varijablama koje mogu utjecati na zdravlje.

4. Istraživanja sa životinjama u kojima se kontrolira njihovo okruženje i pritom prate fiziološki i zdravstveni pokazatelji i razlike u subjektivnoj dobrobiti.

5. Kvazi-eksperimentalne studije u prirodnom okruženju pri kojima se utvrđuju učinci svakodnevnih događanja na zdravlje.

6. Eksperimentalne intervencije, tj. implementiranje čimbenika koji bi mogli utjecati na dugoročnu dobrobit i usporedba s kontrolnim skupinama (i po pitanju dobrobiti i po pitanju fizioloških pokazatelja).

7. Istraživanja o tome kako su čimbenici kvalitete života (npr. bol i pokretnost) povezani sa subjektivnom dobrobiti.

U Tablici 4 je pregled nekih longitudinalnih istraživanja

Tablica 4: Longitudinalna istraživanja subjektivne dobrobiti i mortaliteta (prema Diener i Chan, 2010.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Authori** | **Godina** | **Uzorak i rezultati** |
| Abel i Kruger | 2010. | Fotografije 196 profesionalnih igrača bejzbola koje su snimljene 1952. god. razvrstane u tri kategorije s obzirom na osmijeh. Među 150 onih koji su umrli do 1. lipnja 2009. prosječni životni vijek je bio:  - igrači bez osmijeha: 72,9 godina (Sd = 13,3; N=63)  - igrači s malim osmijehom: 75,0 (Sd=13,2; N=64)  - igrači s velikim osmijehom: 79,9 (Sd=11,6; N=23) |
| Brummett i sur.. | 2006. | 4,989 studenata su na početku studiranja (1964.-1966.) ispunili skalu optimizma. U narednih 40 godina 476 ih je umrlo. Optimisti su bili dugovječniji od pesimista. |
| Danner, Snowdon i Friesen | 2001. | 180 katoličkih časnih sestara napisalo je, u dobi od 22 godine, pri dolasku u samostan svoj životopis. Sadržaji životopisa analizirani su s obzirom na količinu pozitivnosti. Četvrtina sestara s najvećom pozitivnosti živjela je sedam i pol godina duže nego četvrtina onih s najmanjom pozitivnosti. |
| Guven i Saloumidis | 2009. | Njemačko istraživanje u razdoblju od 1985.-2007., N = 11,557  Sreća se pokazala kao prediktor dugovječnosti — više za muškarce i vise za kronične bolesnike. Sreća se pokazala kao medijator između braka i dugovječnosti. |
| Koopmans i sur. | 2010. | Nizozemska studija: 861 osoba starih između 65 i 85 godina praćena je 15 godina. Kao indikatori sreće korišteni su iskazi o sretnim trenucima i učestalost smijanja. Sretni ispitanici imali su manji rizik od smrti u odnosu na one nesretne i uz kontrolu bračnog statusa i socio-ekonomskog statusa (HR = .78). Za usporedbu, omjer rizika zbog pušenja je bio .72 a zbog mnogih drugih bolesti .76. Odnos sreće i dugovječnosti nije bio značajan kad su na početku praćenja u obzir uzeti fizička aktivnost, pušenje i kronične bolesti (premda je omjer rizika ostao .92 za najsretniji u odnosu na najmanje sretni tercil ispitanika). |
| Lyrra i sur. | 2006. | Skandinavska studija na 320 ispitanika od 80 i više godina. Niska razina životnoga zadovoljstva gotovo udvostručuje rizik od smrti.  Uz kontrolu depresije, socijalnog funkcioniranja i ozbiljnih oboljenja efekti životnog zadovoljstva nisu bili umanjeni. |
| Moskowitz i sur. | 2008. | 715 diabetičara i 2,673 ispitanika u kontrolnoj skupini praćeno je 20 godina. Pozitivne emocije pokazale su se prediktorom smrtnosti dijebetičara (zbog bilo kojeg razloga) ali ne i u cijeloj konrolnoj skupini. Radost i nada prediktori su manje smrtnosti starijih od 65 godina. |
| Pressman i Cohen | 2011. | Analizirali su životopise 88 poznatih (preminulih) psihologa. Za svaki su utvrdili postotak riječi povezanih s emocijama koje su kategorizirali s obzirom na predznak (pozitivne ili negativne) i aktivaciju (aktivirana ili neaktivirana). Učestalija upotreba aktivirajućih pozitivnih riječi (npr. živahno, energično, smiješno) povezana je s većom dugovječnošću. Negativni termini (ljuto, uplašeno, iscrpljeno) ali i neaktivni pozitivni termini (mirno, smireno) nisu imali veze s dužim životom. Oni koji su opisivali svoj život s više humora i pozitivnih emocija živjeli su oko šest godina duže od onih negativno orijentiranih. |
| Scherer i Hermann-Lingen | 2009. | 575 hospitaliziranih pacijenata praćeno je godinu dana nakon otpuštanja. Pozitivne emocije (uživanje) pokazale su se prediktorom preživljavanja (uz kontrolu liječničkih prognoza I hemato-onkoloških bolesti) |
| Shirai i sur. | 2009. | 88,175 odraslih Japanaca, u dobi između 50 i 69 godina, bez kardiovaskularnih oboljenja, pregledano je nakon prosječno 12 godina. Uživanje u životu bilo je povezano s manjim rizikom od kardiovaskularnih oboljenja, infarkta I smrtnosti uzrokovane ovim oboljenjima ali samo kod muškaraca. |
| Whang i sur. | 2009. | 63,469 medicinskih sestara u dobi od 30-55 ispitivano je svake druge godine u razdoblju od ukupno 30 godina. Depresija se pokazala prediktorom fatalnog kardiovaskularnog oboljenja. |
| Xu i Roberts | 2010. | Ukupno 6,856 ispitanika praćeno je od 1966. do 1993. godine. Pozitivne emocije, opće životno zadovoljstvo i zadovoljstvo područjima pokazali su se prediktorom nižeg rizika smrtnosti (zbog bilo kojeg uzroka) I kod mlađih I kod onih starijih od 55 godina. |

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 i sur. 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 socio-ekonomskih faktora 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 normalni život.

No, veza između sreće (subjektivne dobrobiti) i zdravlja je dvostruka. S jedne strane, postoje istraživanja koja pokazuju kako optimizam i pozitivne emocije dugoročno pridonose zdravlju i dužini života (npr. Danner i sur, 2001., Pressman i Cohen, 2011.), a s druge, kako je i postojanje bolesti, npr. depresije, dugoročno povezano s manjom razinom sreće i kraćim životom (npr. Wang 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 pokazalo da trening relaksacije i meditacija popravljaju raspoloženje i snižavaju krvni tlak (Diener i Chan, 1984.).

**Studija o opaticama**

U dobi od prosječno 22 godine 180 časnih sestara napisalo je sastavak o svome životu: glavne događaje u djetinjstvu, škole koje su pohađale, religijska iskustva i utjecaje koji su doveli do toga da dođu u samostan. Šezdeset godina kasnije Danner i njezini suradnici (2001.) ocijenili su te životopise, s obzirom na pozitivnost sadržaja. Bodovali su izraze koji su se odnosili na sreću, zainteresiranost, ljubav i nadu. Indeksi pozitivnosti uspoređeni su s dužinom života. Tako se pokazalo da su časne sestre s najvišim indeksom pozitivnosti živjele i do deset godina duže od onih s najnižim indeksom. (Ovaj dobitak u dužini života veći je, primjerice, od onog za kojeg su istraživanja pokazala da se postiže prekidom pušenja.)

**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 svakodnevno pregledavali i utvrđivali subjektivne i objektivne znakove bolesti. Čak su vagali upotrijebljene papirnate maramice! Pokazalo se da su oni sretniji rjeđe obolijevali a ako jesu 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) direktnim su pravcem povezani s ovim bolestima. (Npr., Barefoot i sur., 2000., Brummett i sur., 2005., Kubzansky i sur., 2001.)

(5) Organizam pod stresom sporije zacjeljuje. Ebrechta 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 socio-ekonomski 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 kortizols i njegovom boljom dnevnom regulacijom. Nova istraživanja (Niwa i sur., 2013.) pokazuju kako socijalna agresija i izolacija povećavaju razinu kortizola (kod miševa) što izaziva kaskadu mogućih problema u području mentalnoga zdravlja (osobito u adolescentnoj dobi koja je kritična za razvoj mozga. S druge strane, istraživanja William Fry-a dokazuju kako smijeh i zabava smanjuju razinu kortizola.

(8) Različite vrste društvenih mreža i potpore, počev od brižnih roditelja do dobroga 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.).

**Zaključak**

Iako se, dakle, zdravlje često smatra jednim od najvažnijih aspekata, čak i prediktora subjektivne dobrobiti, njihov je odnos vrlo složen i puno je pitanja na koja se odgovori još traže. Primjerice: na koje fiziološke sustave i na koje aspekte zdravlja subjektivna dobrobit utječe najviše? Kada su efekti na zdravlje i dugovječnost najveći? U kojoj životnoj dobi? Koje bolesti su relativno otporne na učinke sreće?

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 anamneze bilo bi korisno pitati osobu koliko je općenito sretna. To je, čini se, jedna od najvažnijih stvari na temelju kojih se može predvidjeti i njezino zdravlje i dužina života. Ali korisno bi bilo napraviti i anamnezu Bjelovarsko bilogorske županije i utvrditi na kojim aspektima njene dobrobiti treba poraditi kako bi i subjektivno zadovoljstvo zdravljem bilo veće.

1. Danas je na prvome mjestu Švicarska s 8,22 boda (na skali od 0-10). 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.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Istraživanje je proveo 2006. godine, na skali od 1 - 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Happy Life Years – HLY jest umnožak samoprocijenjene razine sreće i očekivanoga životnoga vijeka [↑](#footnote-ref-3)
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). [↑](#footnote-ref-4)