

Životný štýl a kvalita života

V. Bencko, E. Reichrtová: *Life Style and Health-Related Quality of Life. Život. Prostr., Vol. 34, No. 6, 293–296, 2000.*

The optimum quality of life depends mostly on a good physical and mental health condition in the third age. Therefore, the term "health-related life style" became repeated more and more frequently in a link with the prevention of diseases evoked by modern life. Since the genetic predisposition to some disease is a primary factor, the attention regarding the sound life style (helping to influence positively the genetic predisposition) is required. A good physical and mental health condition results from a good condition of an individual during the life. The impairment of a harmony among various physiological processes in the hormonal, immune and nervous systems leads to a disruption resulting in various psychosomatic and later in the classic clinical health impairment or diseases. The life expectancy in the developed countries was found to be longer if compared to the situation in the former socialistic countries. Therefore they face the problems how to improve the potential health of their seniors, and zero-growth populations. The impaired quality of environment and different life style during several last decades between the developed and developing countries might be responsible for this difference. The optimum life quality of seniors depends in a majority on their sound life style even from the youth.

Rok 1999 bol nazvaný *Rokom seniorov*, keďže bol venovaný problémom ľudskej populácie dožívajúcej sa tzv. *tretieho veku*. V našich podmienkach žije približne 13 % populácie staršej než 65 rokov. Toto percento sa takmer strojnásobilo v porovnaní so začiatkom tohto storočia. Podľa sociológov je predpoklad, že v novom miléniu sa ľudský vek bude ešte predlžovať.

Organizácia spojených národov (OSN) vyhlásením Roka seniorov obrátila pozornosť verejnosti na tretí vek, ktorý predstavuje na jednej strane závažné negatíva (najmä zdravotné, a s tým súvisiace ekonomické problémy), ale na druhej strane prináša aj pozitívne atribúty, ako sú teoretické a praktické znalosti a skúsenosti, ktoré znamenajú v prípade aktívnej duševnej a prijateľnej fyzickej kondície seniorov veľa užitočného a príkladného, najmä pre mladú generáciu. V tomto smere sa rozvíja filozofia oddialenia procesov starnutia prevenciou a skvalitnením života v treťom veku.

Optimálnu kvalitu života do značnej miery podmieňuje dobrá fyzická a duševná kondícia (a to sa netýka iba tretieho veku), významne podporovaná zdravým životným štýlom. A je pravdou, že pojem "*zdravý životný štýl*"

sa čoraz častejšie objavuje v súvislosti s prevenciou civilizačných ochorení. Genetická náchylnosť na určité ochorenie je síce závažným faktorom, ale o to viac treba venovať aktívnu pozornosť zdravému životnému štýlu, ktorý pomáha organizmu túto predispozíciu pozitívne ovplyvniť. Dobrá fyzická a duševná kondícia je výsledkom fyzickej a duševnej aktivity jedinca v optimálnom pomere k odpočinku. Nie je iba planou teóriou, že zvýšený nárok na duševnú aktivitu má byť vyvážený zodpovedajúcou fyzickou činnosťou. Ide o fyziologické deje, do ktorých sú zapojené mnohé, navzájom prepojené procesy a ich disharmóniou sa vyvolá depresia či už v imunitnom, hormonálnom alebo v nervovom systéme (Reichrtová, 1975, 1976). Vedie to k významnému zhoršeniu kvality života, keďže sa tým spôsobia najrozličnejšie psychosomatické, a neskôr aj klasické klinické prejavy zhoršeného zdravotného stavu. Predĺženie veku dožívania bez závažných zdravotných problémov je v centre pozornosti v celosvetovom meradle, najmä vo vyspelých krajinách, kde je vek dožitia významne vyšší v porovnaní so súčasťou situáciou v bývalých socialistických krajinách (Ginter, 2000).



Primárna prevencia

Primárna zdravotnícka starostlivosť (angl. *primary health care*) je základná starostlivosť o zdravie, ktorej úroveň obvykle závisí od ekonomických možností tej-ktorej krajiny. Zabezpečuje sa zavedením osvedčených, vedecky podložených a spoločensky prijateľných metód či postupov. *Primárna starostlivosť* je ústrednou funkciou národného zdravotného systému a je integrálnou súčasťou sociálneho a ekonomického rozvoja krajiny.

Primárna prevencia sa čiastočne prekrýva s pojmom primárna zdravotnícka starostlivosť a zahŕňa opatrenia potrebné na prevenciu chorôb alebo iného poškodenia zdravia. Zahŕňa všetky aktivity zamerané na zníženie výskytu, intenzity a dôsledkov potenciálneho ochorenia alebo poškodenia zdravia príslušnej populácie v budúcnosti.

Cieľom *primárnej prevencie* je redukcia príčin chorôb, zníženie ich výskytu a v konečnom dôsledku predĺženie veku dožitia, a najmä zlepšenie kvality života. Primárna prevencia sa uvádza do praxe politickými, ekonomickými a legislatívnymi nástrojmi, ako aj pozitívnym posto-

jom priemerného obyvateľa k vlastnému zdraviu. Zložkami primárnej prevencie sú *ochrana a podpora zdravia*.

• **Ochrana zdravia** (angl. *health protection*) by mala slúžiť ako nástroj na eliminovanie neakceptovateľného zdravotného rizika zapríčineného akýmkoľvek druhom ľudskej činnosti. Vyžaduje nemalé náklady zo strany štátu i súkromného sektora. Väčšina preventívnych opatrení je zahrnutá do príslušnej legislatívy krajiny a v optimálnom prípade je podporovaná kvitnúcou ekonomikou, kultúrou života a morálky. Úlohou, ktorá stojí pred našou spoločnosťou, nie je zakladať, ale monitorovať komponenty zdravia v rámci už existujúcej legislatívy (trendy v zdravotnom stave obyvateľstva, vplyv pracovného a životného prostredia na populačné skupiny, výživu, životný štýl vrátane zlozvykov, ako je fajčenie, alkoholizmus, drogy a pod.). K ďalším významným aktivitám patrí aplikácia vedeckých poznatkov v praxi, uzatváranie a plnenie medzinárodných dohôd (napr. eliminácia, resp. zníženie koncentrácií niektorých škodlivín v ovzduší, medzinárodná kontrola domácich i dovážaných potravín a i.). Ide o plynulý proces, priebežne obohacovaný poznatkami o nových chemických látkach, resp. modifikovaný podľa aktuálnych potrieb praxe. Za týmto účelom je na Slovensku zriadené *Centrum chemickej bezpečnosti* pri Ústave preventívnej a klinickej medicíny (ÚPKM) v Bratislave. Jeho úlohou je najmä zosúladiť legislatívu o používaní chemických látok s Európskou úniou, zabezpečiť tzv. karty bezpečnosti údajov o danej chemickej látke a pripraviť *Register uvoľňovania a transferu chemických látok*. Ďalším útvarom ÚPKM je *Jednotka zabezpečenia kvality*, ktorej náplňou je dohľad nad kvalitou, porovnateľnosťou a medzinárodnou akceptovateľnosťou akýchkoľvek chemických analýz, toxikologických vyšetrovaní a experimentálnych výsledkov. Tento systém kvality je vytvorený v súlade s medzinárodne prijatými princípmi (európskymi normami radu EN 45000 a ISO 9000), so smernicou OECD č. 45 a s vyhláškou MZ SR o správnej laboratórnej praxi (SLP).

Úlohou zdravotníckych inštitúcií je zavádzať do praxe legislatívne úpravy a odporúčania, ako aj zabezpečiť vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, orientovaných na sledovanie kvality prostredia a zdravia na úrovni individuálnej a skupinovej diagnostiky. V tomto zmysle sa realizujú národné i medzinárodné projekty, ktoré metódami environmentálnej epidemiológie skúmajú príčiny a mechanizmus vplyvu škodlivých faktorov prostredia na ľudské zdravie. Jedným z nich je slovensko-americký projekt *Epidemiologický výskum alergických ochorení u detí v SR*, ktorý sa realizuje v ôsmich ekologicky rozdielnych regiónoch Slovenska a je zame-

raný na skúmanie chemických znečisťujúcich látok pri vzniku alergií u detí v najútlejšom veku. Ďalšie projekty sú orientované na epidemiologické aspekty špecifických zhubných nádorov (prebiehajú v ČR a SR v rámci širokej medzinárodnej spolupráce), prípadne na opis miery expozície populácie ČR a SR perzistentným škodlivinám (toxickým kovem, polyhalogénovým uhlíkovodíkom a i.) v európskom kontexte.

Ochrana zdravia je kombináciou legislatívneho a vedeckého riadenia, ako aj technologických a vzdelávacích aktivít. Ich cieľom je garantovať, že žiadna ľudská činnosť nespôsobí vystavenie neprípustnému riziku poškodenia zdravia. Ochrana zdravia je založená na legislatívnych limitoch alebo iných reguláciách platných pre pracovné a životné prostredie, dopravu, potraviny a pod. Limity sa posudzujú na základe výsledkov výskumu z hľadiska ich možného vplyvu na ľudské zdravie a sú kodifikované legálnymi dokumentmi. Niektoré regulácie, resp. obmedzenia sú prevzaté z medzinárodnej legislatívy alebo medzinárodných odporúčaní (WHO, ILO, EU, IPCS). Limitovanie škodlivých faktorov nemusí vždy znamenať úplné odstránenie ich zdravotného rizika, ale skôr jeho zníženie na úroveň, ktorá je za daných podmienok považovaná za akceptovateľnú (Kříž a kol., 1996). Na vládnej úrovni zabezpečuje tieto úlohy v Českej republike hygienická služba a na Slovensku štátne zdravotné ústavy, ktoré vznikli transformáciou hygienických staníc.

● **Podpora zdravia** (angl. *health promotion*) pozostáva zo vzdelávania, organizácie, ekonomiky a iných foriem zdravotníckej inšpekcie. Tento termín sa zaviedol iba nedávno a vyplynul zo zamerania sa na problémy životného štýlu a vzťahu zdravia k faktorom životného prostredia. Najkritickejším momentom pri postoji k zlepšovaniu zdravia je nedostatočná informovanosť, resp. nedostatočné vedomosti širokých vrstiev obyvateľstva. Prekonať to znamená sústrediť úsilie na informovanie verejnosti o nových poznatkoch v prevencii najmä civilizačných ochorení, ovplyvnení dedičnej predispozície na určité choroby a úprave životného štýlu (stravovanie, pohyb, redukcia dlhodobého stresu, rozvíjanie aktívneho odpočinku a pod.). Aktivácia zainteresovanosti jednotlivcov na vlastnom zdraví je už polovičným úspechom na ceste k jeho zlepšeniu. Aká zložitá úloha to je, možno názorne demonštrovať na veľmi skromných úspechoch boja proti desaťročia známemu rizikovému faktoru, akým je nepochybne fajčenie.

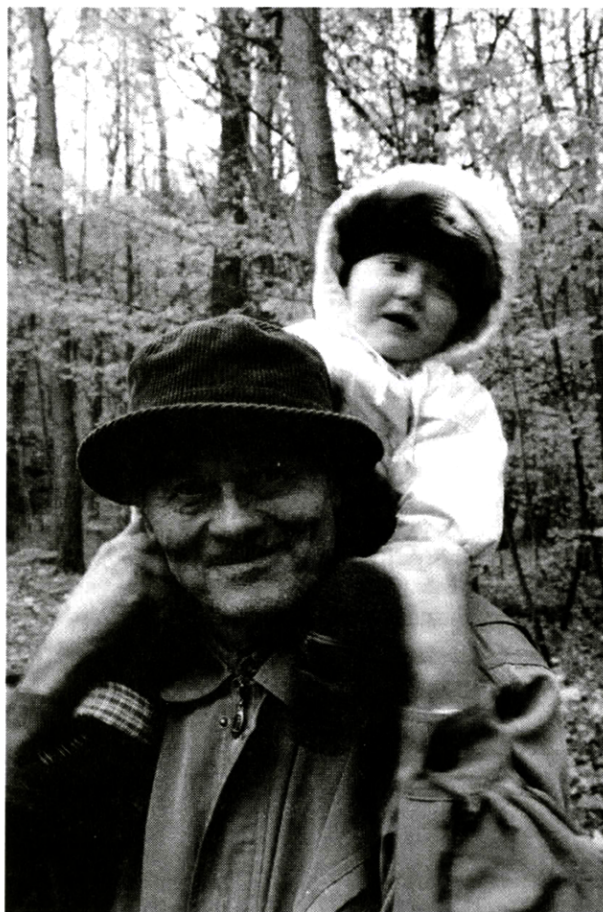
Zatiaľ čo *ochranu zdravia* riadia prevažne štátne inštitúcie, *podpora zdravia* je založená na aktívnej kooperácii jednotlivcov, skupín, spoločností alebo zariadení s týmito inštitúciami. Finančná podpora je dobrovoľná, čiastočne sponzorovaná štátom alebo individuálnymi darcami. Podpora zdravia znamená šancu predĺžiť vek do-

žívania pri lepšej kvalite života. Táto aktivita sa u nás iba začína rozvíjať, ale štatistické údaje o dlhšom veku dožívania v ekonomicky rozvinutých krajinách poukazujú na to, že stratégia aktívneho záujmu jednotlivca o vlastné zdravie na základe dobrej informovanosti prináša svoje ovocie.

V ostatných desaťročiach sa klasická "Hippokratova medicína" dosť podstatne zmenila. Z humánneho *povolania*, orientovaného skôr filozoficky, so širokým záberom znalostí z prírodných vied, sa medicína stáva *zamestnaním* ako ktoréhoľvek iné, s trhovým mechanizmom, a z chorého človeka sa stáva "klient" (Calman, 1994), zdravie, presnejšie choroba sa stáva predmetom "obchodu".

Kvalita života

Koncepcia *kvality života* ponímanej vo vzťahu k zdravotnému stavu (angl. *health-related quality of life*) je súčasťou hodnotenia vplyvu faktorov prostredia na populácie vo všeobecnosti a čiastočne na pacientov trpiacich





cich na chronické ochorenia. Okrem toho psychosociálne prostredie a vlastná psychika sú často rozhodujúcou mierou spoluzodpovedného klinického stavu pacienta. Tento aspekt sa dá vysvetliť životným štýlom – napríklad riziká pre zdravotný stav u citlivejších jedincov (seniorov alebo detí), resp. výskyt HIV infekcií alebo zhubných nádorov u ľudí s určitým životným štýlom či špecifickou profesiou.

Komplexnosť hodnotenia kvality života vo vzťahu k zdraviu sa dá demonštrovať na rôzne vypracovaných dotazníkoch pri formulácii otázok o zdravotnom stave a životnom štýle jedinca. Nesprávna interpretácia asociácií medzi jednotlivými otázkami, resp. odpoveďami môže byť zavádzajúca a vedie k nesprávnemu pochopeniu príčinnosti, ako sa to ukázalo na veľkom počte nielen dotazníkových štúdií (Švejdarová, Bencko, 1999). Veľmi dôležitou pri takýchto štúdiách je predovšetkým *dobrovoľnosť* dobre informovaných respondentov, ktorá sa vyjadruje ich písomným súhlasom (Bencko, 1996). Iným závažným momentom je nesprávna interpretácia získaných informácií, ak sa zbierali v neporovnateľných sociálno-demografických podmienkach regiónov, resp. krajín. V každom prípade sú však takéto štúdie o životnom štýle a zdravotnom stave ľudských populácií dôležitou informáciou z hľadiska racionálnej primárnej prevencie, pri vyhľadávaní rizikových jedincov, ako aj pri plánovaní rozpočtových prostriedkov v rezorte zdravotníctva.

Vzťahy medzi narušeným životným prostredím na globálnej, a zvlášť na regionálnej úrovni, s aspektmi zdravotnej kondície a kvality života seniorov sú výslednicou ich prevažujúceho životného štýlu v priebehu života. Zdravý životný štýl už od mladosti dáva šancu dobrej kvality života v staršom veku. K tomu prispieva primárna prevencia, vzdelávanie, dobrá legislatíva v zdravotníctve, aplikácia vedeckých poznatkov do praxe, a najmä dobrá úroveň ekonomiky. Treba však zdôrazniť, že aj v relatívne skromných pomeroch možno dosiahnuť významne pozitívne ovplyvnenie kvality života. Rozhodujúcim momentom je tu vôľa, osobné rozhodnutie pre vhodný, veku primeraný životný štýl a vôľa vytrvať v aktivitách podporujúcich zdravie jedinca, rodiny či väčšej komunity.

Literatúra

- Bencko, V., 2000: Primary Prevention and Quality of Life. In: Der Mensch als Subjekt and Objekt der Medizin. Hofmeister, H. (ed). Prag, Heidelberg (in press).
- Calman, K. C., 1994: The Ethics of Allocation of Scarce Health Care Resources: A View from the Centre. J. Med. Ethics, 20, p. 71–74.
- Ginter, E., 2000: Different Trends in Cardiovascular Mortality in Postcommunist Countries and Contemporary Situation. Eur. Epi-Marker, 4, p. 1–6.
- Kříž, J., Bencko, V., Cikrt, M., Kříž, B., 1996: Primární prevence a zlepšení zdraví v České republice. Současné problémy, rizika a možné řešení. Prakt. Lék., 76, p. 478–482.
- Reichrtová, E., 1976: Účinky znečisteného ovzdušia na odolnosť a psychiku organizmu. Život. Prostr., 10, p. 297–298.
- Reichrtová, E., 1975: Stres – imunita – starnutie. Život. Prostr., 9, p. 251–252.
- Švejdarová, H., Bencko, V., 1998: Comparison of Environmental Quality in the Districts of the Czech Republic with Mortality Pattern and Selected Health Parameters. Centr. Eur. J. Publ. Hlth., 6, p. 300–306.

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc. (1938), Ústav hygieny a epidemiologie I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Studničkova 7, 128 00 Praha
E-mail: vladimir.bencko@ef1.cuni.cz

MUDr. Eva Reichrtová, DrSc. (1938), vedúca vedecká pracovníčka Oddelenia kliniky imunológie a farmakoterapie, vedúca Laboratória environmentálnej toxikológie, Ústav preventívnej a klinickej medicíny, Limbová 14, 833 01 Bratislava. E-mail: reichrt@upkm.sk