

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske



Svjetska zdravstvena organizacija



Znanstveni skup

**Kardiovaskularno zdravlje
Strategija i intervencija na razini lokalnih
zajednica**

Knjiga sažetaka radova sa

znanstvenog skupa održanog 8. prosinca 2006. u Zagrebu



Zagreb
MMVI

**KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
STRATEGIJA I INTERVENCIJA NA RAZINI
LOKALNIH ZAJEDNICA**

KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
STRATEGIJA I INTERVENCIJA NA RAZINI LOKALNIH ZAJEDNICA

Urednici

Silvije Vuletić, Josipa Kern, Inge Heim i Marija Strnad

Izdavač

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske

Tisak

Medicinska naklada, Zagreb

Ilustracija na naslovnoj stranici

Alma Šimunec Jović

CIP - Katalogizacija u publikaciji
NACIONALNA I SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA - Zagreb

UDK 616.1(063)(048)

ZNANSTVENI skup Kardiovaskularno zdravlje (2006 ; Zagreb)

Kardiovaskularno zdravlje : strategija i intervencija na razini lokalnih zajednica : knjiga sažetaka radova prikazanih na znanstvenom skupu, Zagreb, 8. prosinca 2006. / urednici Silvije Vuletić ... <et al.>. - Zagreb : Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2006.

Bibliografija iza svakog rada.

ISBN 953-6868-19-9

I. Kardiovaskularne bolesti -- Zbornik sažetaka

Tiskanje omogućila farmaceutska tvrtka



Akademija medicinskih znanosti Hrvatske
Kolegij javnog zdravstva
Svjetska zdravstvena organizacija

Znanstveni skup

**KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE
STRATEGIJA I INTERVENCIJA NA RAZINI
LOKALNIH ZAJEDNICA**

Knjiga sažetaka radova prikazanih na znanstvenom skupu
Zagreb, 8. prosinca 2006.

Urednici:

Silvije Vuletić
Josipa Kern
Inge Heim
Marija Strnad

Zagreb
MMVI

Organizacijski odbor:

Silvije Vuletić, predsjednik

Inge Heim, tajnica

Željko Baklaić

Mijo Bergovec

Antoinette Kaić-Rak

Josipa Kern

Luka Kovačić

Davor Miličić

Jadranka Mustajbegović

Gordana Pavleković

Marija Strnad

Selma Šogorić

Sponzori:

Badel 1862 d.d.

Cedevita d.o.o.

Farmaceutska tvrtka PLIVA

Jamnica d.d.

Kraš d.d. Zagreb

LURA d.d.

Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu
(World Health Organization, Regional Office for Europe)

Predgovor

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske organizira svoj drugi znanstveni skup posvećen značajnom i vrlo proširenom problemu visoke prevalencije kardiovaskularnih faktora rizika (KVFR) u populaciji Hrvatske. Tema prvog znanstvenog skupa bila je prostorna distribucija kardiovaskularnih rizika u populaciji Hrvatske. Potvrđene su visoke prevalencije KVFR-a te pokazano da KVFR-i nisu jednoliko i homogeno distribuirani diljem populacije Hrvatske.

Glavni je zaključak skupa bio: treba intervenirati u populacijskim skupinama, djelovati na smanjenje KVFR-a, a ne samo procjenjivati veličinu problema.

U postsimpozicijskim raspravama istakla su se dva pitanja: kako razviti strategiju unapređenja kardiovaskularnog zdravlja na razini lokalnih zajednica te, u skladu s tim, kako mijenjati rizična ponašanja. S ciljem da odgovori na ta pitanja, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske organizira znanstveni skup s temom 'Kardiovaskularno zdravlje – strategija i intervencija na razini lokalnih zajednica'.

Teme simpozija svrstane su u tri bloka: strategije i obrazovanje, iskustva iz prakse i rasprava.

Prvi blok pripada nacionalnoj strategiji prevencije kardiovaskularnih bolesti, kreiranju zdravstvene politike u borbi protiv kardiovaskularnih rizika na lokalnoj razini, ulozi školske medicine u zdravstvenom obrazovanju djece i mladih, zdravstvenom obrazovanju adolescenata i odraslih, posebno zdravstvenom obrazovanju na radnom mjestu, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i u bolničkom sustavu, zatim zdravstvenom obrazovanju kao sekundarnoj prevenciji, planiranju i provedbi akcije prehranom do zdravlja kao i kardiovaskularnom zdravlju osoba izloženih stresu.

Drugi se blok bavi iskustvima iz prakse što predstavlja posebnu vrijednost i doprinos znanstvenom skupu. Redaju se različita iskustva i zdravstvena djelovanja, od uloge medija u promociji zdravlja do osiguravanja mjerenja tlaka u populaciji, uloge sestre i liječnika u borbi protiv KVFR-a, vječitog problema prehrambenih navika, nordijskog hodanja kao efikasne fizičke aktivnosti, registriranja preventivnih pregleda starijih osoba, prevencije kardiovaskularnih bolesti u gradu Zagrebu te studija u nas i u Europi koje istražuju ponašajne čimbenike KVFR-a u populaciji.

Treći je blok slobodna rasprava, vođena jednom cilju: odlučiti kako dalje, kako organizirati profesionalce da sustavno i kontinuirano rade na ublažavanju rizičnog ponašanja za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Stoga na prvo mjesto stavljamo u program iskustva i stavove medicinskih sestara kako bolničkih tako i patronažnih sestara. Važnost medija u takvim i drugim akcijama ne smijemo zanemariti. Tu su i rezultati Ministarske konferencije o prevenciji pretilosti (Istanbul 2006), sržnom kardiovaskularnom riziku. Na kraju će se prezentirati zajednička akcija hrvatskih preventivaca: Hrvatska zdravstvena anketa 2003-2008, kohortna studija o praćenju kardiovaskularnih faktora rizika i smanjenja rizičnog ponašanja na reprezentativnom uzorku populacije Hrvatske.

U modernom menadžmentu javnog zdravstva razvila su se dva srodna pojma: Jedan je '*case based reasoning*' što znači pronaći jasne i očite slučajeve o rizičnim ponašanjima a zatim djeluj na njih. To znači uči iz svojih grešaka u praksi zaštite. Drugi je '*personalized information*' tj. sustav u kojem se rizičnim osobama dostavljaju informacije o rizicima i zdravlju podešeno njihovom individualnom poznavanju i stavovima problema o kardiovaskularnom rizičnom ponašanju.

Želimo da to postane deviza ovog znanstvenog skupa o kardiovaskularnom zdravlju.

Urednici

Sadržaj

Strategije i obrazovanje

Nacionalne strategije prevencije kardiovaskularnih bolesti (<i>M. Strnad, V. Hrabak-Žerjavić, V. Kralj</i>)	1
Kreiranje zdravstvene politike u borbi protiv kardiovaskularnih rizika na lokalnoj razini (<i>S. Šogorić, T. Vukušić-Rukavina, A. Džakula, O. Brborović</i>)	2
Zdravstveno obrazovanje školske djece i mladih – uloga školske medicine (<i>V. Jureša, M. Posavec</i>)	3
Zdravstveno obrazovanje adolescenata (<i>M. Kuzman, I. Pavić Šimetin, I. Pejnović Franelić</i>)	4
Zdravstveno obrazovanje odraslih (<i>G. Pavleković</i>)	5
Zdravstveno obrazovanje na radnom mjestu (<i>J. Mustajbegović, M. Milošević, R. Golubić, J. Doko Jelinić, E. Žuškin</i>)	7
Zdravstveno obrazovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti– kvalitativna procjena na uzorku pacijenata obiteljskog liječnika (<i>B. Bergman-Marković, J. Kern, S. Vuletić</i>)	8
Zdravstveno obrazovanje kao sekundarna prevencija (<i>I. Heim, D. Kruhek-Leontić</i>)	9
Zdravstveno obrazovanje u bolničkom sustavu (<i>D. Miličić</i>)	10
Prehranom do zdravlja – od planiranja do provedbe (<i>A. Kaić-Rak, K. Antonić-Degač, J. Pucarín-Cvetković, Z. Laido</i>)	11
Kardiovaskularno zdravlje u osoba izloženih stresu (<i>M. Bergovec, H. Vražić, I. Vasilj, M. Bergovec, T. Katić</i>)	12

Iskustva iz prakse

Mediji u promicanju zdrave prehrane (<i>B. Belović, Z. Verban-Buzeti, J. Jovanović, G. Toth</i>)	13
Pilot projekt osiguranja dostupnosti mjerenja krvnog tlaka (<i>H. Glibotić Kresina, S. Janković, Đ. Malatestinić, H. Benčević Striehl</i>)	14
Uloga medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kod bolesnika s čimbenicima rizika za koronarnu bolest (<i>M. Lahe</i>)	15
Uloga medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti u promicanju kardiovaskularnog zdravlja (<i>M. Županić</i>)	16
Utjecaj stanja uhranjenosti na razvoj čimbenika rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti i prehrambene navike otočke populacije (<i>J. Pucarín-Cvetković, A. Kaić-Rak, J. Mustajbegović, D. Ivanković, M. Milošević</i>)	17
Nordijskim hodanjem do kardiovaskularnog zdravlja – promocija tjelesne aktivnosti u lokalnim zajednicama (<i>E. Mesarič, B. Belović, M. Makovec, Z. Verban-Buzeti, G. Toth</i>)	18

Važnost Registra preventivnih pregleda osoba starijih od 50 godina u planiranju intervencije na razini lokalnih zajednica (<i>G. Perko, V. Tešić, V. John</i>)	19
Incidencija, prevalencija i prevencija kardiovaskularnih bolesti u gradu Zagrebu od 1985. godine do 2006. godine sa zahvatnim mjestom djelovanja u lokalnoj samoupravi (<i>V. Juvančić, G. Perko, A. Momirović</i>)	20
Unapređenje kardiovaskularnog zdravlja hrvatskog starijeg pučanstva – primarna prevencija za starije u lokalnoj zajednici (<i>S. Tomek-Roksandić, T. Ivanda, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, B. Ljubić, J. Čulig</i>)	21
Javnozdravstvena istraživanja kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika u Hrvatskoj i Europi (<i>O. Polašek, I. Kolčić</i>)	23
Kohortna studija kardiovaskularnog zdravlja (<i>S. Vuletić</i>)	24
Izvještaj s Europske ministarske konferencije o prevenciji pretilosti	25
Indeks autora	

Nacionalne strategije prevencije kardiovaskularnih bolesti

M. Strnad, V. Hrabak-Žerjavić, V. Kraj

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

Suočene sa značajnim opterećenjem kardiovaskularnim bolestima (KVB) i prijevremenim umiranjem niz zapadnih zemalja pristupio je intenzivnim programima njihovog sprečavanja i suzbijanja. Uspješnost prevencije KVB ilustriraju primjeri prvih nacionalnih programa koji su počeli ranih sedamdesetih u SAD i Finskoj, a u kojima je značajno smanjena smrtnost od KVB. Tako je primjerice u Finskoj 1970. godine iznosila 687,2/100.000, 1980. godine 510,2, 1990. godine 414,5, a 2004. godine 248,4/100.000.

Okvir za akciju na području prevencije KVB predstavljaju dobro definirani ciljevi, pažljivi odabir strategije kao i razvoj kapaciteta za njihovu provedbu, što traži snažnu političku i financijsku potporu.

Poznate strategije sadrže uglavnom sljedeće okvirne ciljeve: promicanje zdravlja srca u cjelokupnom stanovništvu; prevenciju nastupa KVB promičući život bez duhanskog dima, redovitu tjelesnu aktivnost, pravilne prehrambene navike i društveno okruženje koje to podržava; otkrivanje i liječenje stanja koja dovode do KVB – povišeni krvni tlak, povišenu razinu lipida, debljinu, osobito abdominalnog tipa i dijabetes; učinkovito dijagnosticiranje i liječenje KVB i sprječavanje ponovne pojave bolesti uz poboljšanje kvalitete života osoba s KVB.

Programi prevencije KVB nerazdvojni su dio integriranih programa protiv kroničnih masovnih bolesti koje zastupa i Europska strategija za prevenciju i nadzor nad kroničnim nezaraznim bolestima pod nazivom Unaprjeđivanje zdravlja. Ona uključuje razvoj javne politike usmjerene zdravlju (sprječavanje štetnog utjecaja duhanskih proizvoda na zdravlje, osiguranje i lakši pristup izboru pravilne prehrane, osiguranje mogućnosti za redovitu tjelesnu aktivnost i kreiranje zdrave životne okoline); mobiliziranje zajednice u ovim aktivnostima; osposobljavanje pojedinca i obitelji za brigu o vlastitom zdravlju i odgovor na zdravstvene probleme; istraživanja novih spoznaja o uzročnicima KVB i učinkovitim intervencijama; osposobljavanje zdravstvene službe za primjenu novih znanja, vještina i strategija; prikupljanje i praćenje podataka o čimbenicima rizika, incidenciji bolesti, korištenju zdravstvene službe i zdravstvenim ishodima za potrebe monitoringa i evaluacije te osiguranje kapaciteta za provedbu uz multisektorski pristup.

Najbolji primjeri dobre prakse su iz SAD-a, Finske, Kanade i Irske.

U Hrvatskoj su KVB posljednjih desetljeća prioritetni zdravstveni problem. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske je u rujnu 2001. godine donijelo Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti, ali nakon toga nije bio izrađen provedbeni plan te nije došlo do njegove operacionalizacije i sustavnog provođenja, iako su se neke od predloženih aktivnosti provodile.

Sukladno Nacionalnom programu u Programima mjera zdravstvene zaštite predložena je kao prva mjera za KVB informiranje, educiranje i poticanje stanovništva na usvajanje zdravijeg načina življenja s ciljem unaprjeđenja i očuvanja zdravlja te suzbijanja kardiovaskularnih rizika. Slijede mjere utvrđivanja i suzbijanje čimbenika rizika (povišeni krvni tlak, prekomjerna tjelesna težina, pušenje itd.), koje uključuju edukaciju i poticanje usvajanja po zdravlje korisnih životnih navika. Posebno su razrađene mjere za arterijsku hipertenziju, ishemičnu bolest srca i cerebrovaskularne bolesti. Mjere uključuju detekciju, dijagnostiku i liječenje sukladno suvremenim medicinskim saznanjima i doktrinarnim stavovima, ali i edukaciju bolesnika i rekonvalescenata o mijenjanju po zdravlje štetnih životnih navika i pridržavanju terapijskog režima. U provođenju programa promicanja zdravlja i prevencije najznačajniju ulogu imaju primarna zdravstvena zaštita i javnozdravstvena djelatnost u zajednici.

Literatura

- [1] International Heart Health Society. International Action on Cardiovascular Disease, A Platform for Success, www.internationalhearthealth.org. 2005
- [2] ESC, HKD, HZZJ et al. Europske smjernice za prevenciju bolesti srca i krvnih žila u kliničkoj praksi. Hrvatsko izdanje, Zagreb 2004.
- [3] WHO EURO. Gaining Health. The European Strategy for the prevention and Control of NCDs. Copenhagen 2006
- [4] US DHHS, CDC. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke, Atlanta 2003.
- [5] Ministarstvo zdravstva. Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti. Zagreb 2001.

Kreiranje zdravstvene politike u borbi protiv kardiovaskularnih rizika na lokalnoj razini

Selma Šogorić, Tea Vukušić-Rukavina, Aleksandar Džakula, Ognjen Brborović
Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

U teoriji i praksi upravljanja resursima za zdravlje poznata su dva pristupa, jedan koji teži centraliziranom upravljanju kroz državnu regulativu, i drugi koji teži decentraliziranom, regionalnom odlučivanju. U nastojanju da dokažemo tezu da je regionalni, policentrični model odlučivanja učinkovitiji od centraliziranog te da shodno tome ostvaruje bolji učinak na zdravlje i kvalitetu života populacije, osmislili smo program «Rukovođenje i upravljanje za zdravlje» (Zdrave županije). Od 2002. do 2005. godine kroz program je prošlo petnaest županijskih timova koji su tijekom modularne edukacije uz pomoć mentora razvili Županijske slike zdravlja i okvirne planove za zdravlje. Na temelju Županijske slike zdravlja svaka je županija odabrala pet (do šest) javno-zdravstvenih prioriteta, a Strateški okvir plana za zdravlje omogućio im je definiranje i razradu akcijskih planova za djelovanje u području odabranih prioriteta. Najveći broj županija među svoje je prioritete uvrstio kardiovaskularne bolesti, neadekvatnu skrb o starima, mentalno zdravlje, rano pijenje alkohola kod mladih, maligne bolesti (karcinom dojke, pluća, debelog crijeva) i kvalitetu zdravstvene zaštite.

Uz participativnu procjenu zdravstvenih potreba stanovništva i procjenu adekvatnosti postojećih resursa, uvažavajući specifičnosti svake pojedine regije policentrični model odlučivanja o zdravlju omogućava odabir (geografski, kulturalno, resursima) lokalno najprimjerenijih javnozdravstvenih intervencija.

Širina i kompleksnost fenomena kardiovaskularnih rizika pravi je izazov za testiranje učinkovitost policentričnog modela odlučivanja. Ovdje će primjerena javnozdravstvena intervencija uključivati cijelu lepezu mjera i sve razine zdravstvene zaštite, ali i nevladin, građanski i društveni sektor, medije i politiku, te kroz to biti istinski test umreženosti i koordinacijskih sposobnosti lokalnih čimbenika stvaranja politike zdravlja. Svaka će komponenta imati svoju «dionicu» u implementaciji intervencije. Za uspjeh je bitno imati:

a) Potporu i razumijevanje procesa političke komponente (županijsko Poglavarstvo i Skupština) jer oni svojim odlukama ostvaruju preduvjete za zdravlje (kao npr. uvođenje nepušačke politike na javna mjesta, izgradnja šetnica, biciklističkih staza, terena za rekreaciju, uvođenje dodatnih standarda u zdravstvenu zaštitu, osobni primjer brige o zdravlju i sl.)

b) Upravnu podršku izvršne komponente (županijskog Odjela za društvene djelatnosti - rad, zdravstvo i socijalnu skrb, školstvo, kulturu i fizičku kulturu) koja upravlja institucijama (zdravstva, socijalne skrbi, prosvjete) u vlasništvu županije, planira sredstva u proračunu za zadovoljavanje potreba stanovništva, provodi natječaje za javne potrebe (sufinanciranje NVO sektora) i kroz sve pobrojano najlakše koordinira postojećim lokalnim resursima,

c) Stručnu potporu tehničke komponente - županijskog Zavoda za javno zdravstvo (u predlaganju mjera, koordinaciji provođenja, kontroli izvršenja), medicinskih sestara, obiteljskih i kliničkih liječnika (uvođenje sustavnog preventivnog djelovanja, savjetovanja, razvoja kliničkih smjernica),

d) Uključenost zajednice (nevladinog i društvenog sektora, medija). Javnost prvo mora prepoznati važnost problema i dobitak od njegovog rješavanja. Dobitak od sudjelovanja javnosti biti će, između ostalog, masovnost i ponuda promotivnih programa upravo iz nevladinog (planinari, rekreativci, grupe pacijenata, udruge umirovljenika, sportska društva) i privatnog (profitnog ili neprofitnog) sektora (proizvođači hrane i pića, vlasnici fitnes centara, oglasivači).

Literatura

- [1] Šogorić S, Lang S, Šošić Z, Brborović O. Potpora promišljanjima o preobrazbi sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj. Liječnički vjesnik 2002;124 Suppl 2:13-17.
- [2] Šogoric S, Rukavina TV, Mujkic A, Dzakula A. Kreiranje strategije zdravlja na lokalnoj razini procesom "Gradske slike zdravlja" i "Gradskog plana za zdravlje». Liječnički vjesnik 2003, Nov-Dec;125(11-12):334-8.
- [3] Džakula A, Vukušić-Rukavina T, Šogoric S, Brborović O. Organizacijska struktura kao zapreka javno zdravstvenim programima. Abstract Book. 1. Hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem: Strategija preventive za 21. stoljeće, Zagreb, studeni 2003.
- [4] Šogorić S. Planning for health at County level: The Croatian experience. Eurohealth. 2004;10(3-4):30-33.
- [5] Šogoric S, Vukušić-Rukavina T, Brborović O, Vlahušić A, Žganec N, Orešković S. Counties Selecting Public Health Priorities – A “Bottom - Ap” Approach (Croatian Experience). Coll. Antropol. 2005; 29(1):111-119.

Zdravstveno obrazovanje školske djece i mladih – uloga školske medicine

Vesna Jureša¹, Marija Posavec²

¹Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar» Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

²Služba za školsku i sveučilišnu medicinu Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba, Zagreb

Kardiovaskularne bolesti su jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svijetu i u nas. Uspješni programi smanjenja pobola i pomora od ovih bolesti temeljeni su na dobro osmišljenim programima primarne prevencije. Većina životnih navika, kao što su nepravilna prehrana, nedovoljna tjelesna aktivnost, pušenje itd., stječu se tijekom djetinjstva i mladosti, i temelj su za razvoj čimbenika rizika za kardiovaskularne bolesti. Pravovremeni preventivni programi i intervencija u djece i mladih trebali bi imati za rezultat smanjenje preventabilnih čimbenika kardiovaskularnih rizika i smanjenje kardiovaskularnih bolesti u odrasloj dobi.

Cilj rada: Utvrditi mogućnosti i mjesto službe za školsku medicinu u provođenju preventivnih programa ranog otkrivanja i sprječavanju kardiovaskularnih bolesti u školske djece i mladih te mjere intervencije.

Zdravstveni pokazatelji u školske djece i mladih relevantni za kardiovaskularne bolest: Istraživanja provedena unatrag tri godine na reprezentativnom uzorku učenika osnovnih i srednjih škola u Hrvatskoj upozoravaju na prisutnost kardiovaskularnih rizika na koje je moguće djelovati. U trećem razredu srednje škole: svakodnevno puši 24% mladića i 28% djevojaka, BMI veći od 30 kg/m² ima 4,3% mladića i 1,5% djevojaka, «brzu hranu» jelo je u posljednjih 7 dana 56,9% mladića i 46,9% djevojaka.

Prijedlog programa aktivnosti školske medicine relevantnih za kardiovaskularno zdravlje školske djece i mladih: Služba za školsku i sveučilišnu medicinu provodi preventivne, specifične i zdravstveno odgojne mjere zdravstvene zaštite školske djece i mladih. Svaki školski tim (specijalist školske medicine i medicinska sestra) nadležan je za učenike nekoliko osnovnih i srednjih škola odnosno studenata na fakultetima. Aktivnosti u okviru programa prevencije kardiovaskularnih bolesti treba usmjeriti na tri područja, skupine: a) rad sa školskom djecom i mladima, b) rad s roditeljima i lokalnom društvenom zajednicom, c) rad s učiteljima i školom.

Aktivnosti za pojedine skupine koje bi provodila školska medicina:

Školska djeca i mladi - U okviru sistematskih pregleda prilikom upisa u osnovnu školu, u petom i osmom razredu osnovne škole i najmanje jedanput tijekom srednje škole i studija izmjeriti krvni tlak, tjelesnu visinu i težinu i izračunati indeks tjelesne mase, opseg struka i bokova, zabilježiti podatke o navikama kao što su: pušenje, tjelesna aktivnost, vrijeme provedeno u gledanju TV ili na internetu (igricama) i druge podatke koji propisuje protokol izrađen u te svrhe. Učenike s jednim ili više navedenih rizika, procijenjenih temeljem unaprijed definiranih kriterija za povišeni tlak, tjelesnu uhranjenost i dr., pratiti i obraditi u skladu s preventivnim i kliničkim normama (propisanih od stručnjaka školske medicine, pedijatar i drugih kliničkih struka).

Roditelji i lokalna društvena zajednica - Školski liječnici imaju zadaću upoznati roditelje s cijelim programom prilikom pregleda djeteta za upis u školu i prvog razreda osnovne škole. Pri pregledu djeteta za upis u osnovnu školu, kojem je prisutan roditelj, prikupljaju se podaci o kardiovaskularnim bolestima (rizicima) iz obiteljske anamneze (nasljedni poremećaji metabolizma masti, infarkt u mlađoj životnoj dobi i drugi). Djecu i mlade s «pozitivnom» obiteljskom anamnezom školski liječnik će u dogovoru s roditeljima uputiti na dodatne pretrage i temeljem toga odlučiti o daljnjem postupku.

Školski liječnik obavještava roditelje s nalazima i sa zdravstvenim stanjem djeteta nakon svakog sistematskog pregleda (I, V, VIII razred osnovne škole, srednja škola) i u slučaju potrebe daljnjih pregleda, pretraga i intervencije dogovora sve potrebne mjere i način kako, tko i što će se dalje pratiti i raditi s djetetom i koje mjere trebaju poduzeti.

Školski liječnik će motivirati roditelje da u lokalnoj društvenoj zajednici aktivno podupiru aktivnosti koje doprinose zdravlju njihove djece: športske aktivnosti, zdravu prehranu, sudjeluju u radu škole i školske kuhinje i prehrane u školi i slično.

Rad s učiteljima i školom – Školski liječnik će školu upoznati s cijelim programom i dogovoriti kako će se učitelji i nastavnici uključiti u njegovo provođenje. U redovitom radu i u okviru redovitog nastavnog plana i programa posebni naglasak i pozornost će biti posvećena čimbenicima rizika za kardiovaskularne bolesti i podučavanju djece što mogu sami učiniti (odabir gazirani napitci-voda, voće – «grickalice»). U edukaciju aktivno će biti uključena i školska medicinska sestra. Školski liječnik će u suradnji sa školom i roditeljima izraditi jelovnik u školskoj kuhinji i pratiti i evaluirati njegovo provođenje. Poticat će i pomagati školi u organiziranju školskih i vanškolskih aktivnosti u koje će biti uključeni svi učenici.

Umjesto zaključka: Školska medicina, izuzev neposrednog sudjelovanja u programu prevencije i ranog otkrivanja kardiovaskularnih bolesti u školske djece i mladih, ima zadaću praćenja i evaluacije provođenja programa te predlaganja novih mjera.

Zdravstveno obrazovanje adolescenata

Marina Kuzman, Ivana Pavić Šimetin, Iva Pejnović Franelić
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

Zdravstveno obrazovanje u užem smislu podrazumijeva prijenos informacija, zdravstveni odgoj osim informacija i djelovanje na stavove i ponašanja, a promicanje zdravlja usvajanje zdravijeg načina življenja. Informacije o zdravlju mladi dobivaju iz formalnih (škola, knjige, liječnici) ali i iz neformalnih izvora (prijatelji, obitelj, časopisi, mediji, Internet) izvora. U proces zdravstvenog odgoja uključeni su poglavito djelatnici škole i školski liječnici, a za primjenu načela promicanja zdravlja nužna su djelovanja koja uključuju zajednicu od obitelji do javnozdravstvene politike usmjerene zdravlju.

Za prepoznavanje vodećih problema i što učinkovitije aktivnosti koriste se rutinski i posebni dostupni podaci o zdravstvenom stanju i navikama ciljne populacije. Istraživanja o navikama djece u dobi 11-15 godina koje mogu imati utjecaja na rizike srčano-žilnih bolesti pokazuju da u radnom tjednu nikada ne doručkuje 15 % djece, s 11 godina povrće svakodnevno jede njih 33%, a u dobi od 15 godina samo 20%, a slatka pića svaki dan pije 32 % djece (najviše u dobi od 13 godina) [1]. Samo jedna trećina ostvaruje preporuke za najmanje jedan sat tjelesne aktivnosti dnevno, a osobito je rizična dob prelaska u srednju školu. Četiri i više sati tijekom dana u tjednu provede gledajući televiziju 34% dječaka i 29% djevojčica, a vikendom čak 56% dječaka i 52% djevojčica. Svojom tjelesnom težinom nezadovoljno je 36% dječaka i 40% djevojčica u dobi od 11 godina i 35% dječaka i čak 52% djevojčica u dobi od 15 godina. Trenutno je na dijete ili misli da bi trebalo smršaviti 31% dječaka i 34% djevojčica u dobi od 11 godina te 23% dječaka i 54% djevojčica u dobi od 15 godina. Od normalno uhranjenih petnaestogodišnjaka (anketno) 52% djevojčica i 75% dječaka misli da je njihova težina približno dobra, 57% djevojčica i 17% dječaka želi smršaviti dok se 19% dječaka i 8% djevojčica želi udebljati. Povezanost zadovoljstva životom i osobnog doživljaja svoga tijela pokazala je da su u oba spola najzadovoljniji su životom učenici koji su zadovoljni svojom tjelesnom težinom (na skali 1-10 srednja ocjena 6.94 za djevojčice i 7.15 za dječake).

Zdravstveno-odgojni sadržaji dio su nastavnih programa predmeta biologija i zdravstvena i tjelesna kultura u osnovnoj školi [2], dok u srednjim školama ovise o vrsti srednjoškolskog obrazovanja. Tako u onim programima (osobito trogodišnjim) gdje nema nastave biologije, nema ni mogućnosti za zdravstveno odgojne sadržaje. No u Programu se posebna pozornost posvećuje činjenicama a ne temama usmjerenim zdravijim navikama ili zdravijem načinu življenja [2], Prema Programu mjera zdravstvene zaštite [3], timovi školske medicine imaju obvezu provoditi zdravstveni odgoj kao posebne aktivnosti ili uključene u ostale preventivne mjere, osobito usmjeren temama odrastanja i sazrijevanja te reproduktivnog zdravlja, prehrane i izbora zanimanja. Metode koje pritom primjenjuju i profesori i zdravstveni radnici su najčešće klasična predavanja, no koriste se i radionice, rad u malim skupinama te rasprave i tribine. Programi u kojima se primjenjuju načela promicanja zdravlja i koriste interaktivne metode učenja i podučavanja provode se samo kao posebni programi. Rezultati istraživanja ukazuju da je djelotvornost upravo takvih programa u kojima sudjeluju kao partneri predstavnici različitih sektora dugotrajnija i učinkovitija. Na primjer, u borbi protiv pretilosti u populaciji adolescenata koja je prepoznata kao izrazito važno ali zahtjevno područje, najdjelotvornijima su se pokazali programi koji su uključivali više različitih intervencija (redukcija sjedilačkog načina života, povećanje tjelesne aktivnosti te promjene ponašanja)[4,5]. Pritom je edukacija adolescenata jedna od nužnih ali ne i isključivih intervencija čiji se utjecaj ne smije podcijeniti na kognitivnoj razini ali nije dovoljan za djelovanje na ponašanje. Djelotvorni programi za usvajanje zdravijeg načina življenja moraju biti multisektorski i višekomponentni. Pritom je za mlade škola prirodno okruženje u kojem se programi oblikuju i provode, ali se niti jedna promjena ponašanja ne može postići bez uključivanja obitelji te šire okoline u kojoj mladi žive. Za konačno učinkovito djelovanje nužna je podrška zdravstvene politike, jer su akcije bilo kojeg sektora u nepotcijajnom okruženju bez učinka i frustrirajuće. Načela promicanja zdravlja nadrastaju zdravstveno informiranje i zdravstveni odgoj, iako su sve sastavnice nužni dio procesa oblikovanja životnih navika koje mogu dugoročno djelovati na očuvanje zdravlja.

Literatura

- [1] Kuzman, M, Pejnović Franelić I, Šimetin Pavić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2004.
- [2] Nastavni plan i program za osnovnu školu. <http://zavod.skolstvo.htnet.hr>. pristup 2.11.2006
- [3] Plan i program mjera zdravstvene zaštite. iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine 2002;30:1558-1561.
- [4] Johnson WG, Hinkle LK, Carr RE, Anderson DA, Lemmon CR, Engler LB, Bergeron KC. Dietary and exercise interventions for juvenile obesity: long-term effect of behavioral and public health models. *Obes res.* 1997;5(3):257-61.
- [5] Dietz WH What constitutes successful weight management in adolescents? *Ann Intern Med.* 2006 Jul 18;145(2):145-6.

Zdravstveno obrazovanje odraslih

Gordana Pavleковић

Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar». Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Osobitosti zdravstvenog obrazovanja odraslih: Prema salutogenezi kao osnovnoj teoriji promicanja zdravlja pojedinca i zajednice, kontrola nad stanjem zdravlja kao kompleksan i dinamičan proces ovisi o zajedničkom djelovanju brojnih čimbenika: (a) osobinama pojedinca (motivacija, životni stil, način donošenja odluka, stanje zdravlja.), (b) formalnoj i neformalnoj podršci okoline, lokalnim i nacionalnim organiziranim programima, (c) ulozi i načinu rada zdravstvenih djelatnika u provođenju obrazovanja, te (d) društvenim i socijalnim čimbenicima koji olakšavaju ili otežavaju proces. Andragogija se razlikuje od odgoja i obrazovanja djece i mladeži, a razlike su i u drugim navedenim čimbenicima. Tijekom zadnjih godina došlo je do bitne promjene u pristupu zdravstvenom obrazovanju odraslih te je koncept stigmatizacije i kažnjavanja («o zdravlju odlučujete sami») zamijenjen konceptom zajedništva i osnaživanja [1].

Osobitosti zdravstvenog obrazovanja odraslih u Republici Hrvatskoj: Od dvadesetih do pedesetih godina prošlog stoljeća razvijalo se zdravstveno prosvjeđivanje kao organizirana aktivnost u zajednici, uz dovoljno osiguranih sredstava, ali s manjkom stručnjaka za rad. Promjenom potreba i sadržaja rada, sredinom šezdesetih godina jačaju dva druga pristupa (bihevioralni i psihodinamski) koji predavanja, tiskane i filmske materijale sve više zamjenjuju individualnim i radom u maloj grupi, integriranim u rad zdravstvenog djelatnika. Nedostatno profesionalno umijeće, manjak motivacije i sredstava te jačanje pokreta samozaštite dovodi do marginalizacije zdravstveno odgojnog rada unutar zdravstva. Sredinom osamdesetih jača sociodinamski pristup s ciljem razvoja zdravstvene kulture i sustava vrijednosti, što dovodi do jačanja uloge medija i organiziranih kampanja. Danas je obrazovanje odraslih, osobito iz sadržaja vezanih uz kardiovaskularne bolesti, kombinacija navedenih pristupa, često sporadično organizirano, bez dovoljno koordinacije i suradnje u praksi, s naglaskom na slanje i prijem poruke (pristup ZA odrasle) [2].

Iskustva iz prakse: Opisana su dva iskustva u Republici Hrvatskoj: edukacija odraslog stanovništva kao dio Prvog nacionalnog programa promicanja zdravlja (primjer organizirane akcije), te rezultati istraživanja o savjetovanju (primjer provedbe mjera zdravstvene zaštite od kardiovaskularnih bolesti u praksi). Ključni dio Nacionalnog programa promicanja zdravlja (s ciljem smanjenja rizika za kardiovaskularne bolesti) bili su edukacija pučanstva i medijska kampanja [3]. Edukacija odraslih provedena je kroz edukaciju edukatora osposobljenih za rad s odraslima kroz predavanja i radionice o pušenju, tjelesnoj aktivnosti i zdravoj prehrani. Medijska kampanja (za koju je utorošeno 700.000 US dolara!) pokrivala je iste sadržaje. Na žalost, učinak programa bio je mali. Pouka iskustva je jasna: dobro zamišljen program obrazovanja mora biti praćen drugim mjerama, obrazovanje mora biti kontinuirano i sveobuhvatno, metode rada temeljene na prijenosu znanja treba zamijeniti zajedništvom, a medijska kampanja ima ograničenu vrijednost ako nije pripremljena prema pravilima dobrog marketinga zdravlja.

Rezultati istraživanja provedenog 2003. godine među liječnicima opće medicine (425) ukazali su na razloge koji utječu na njihov (ne)rad u zdravstvenom obrazovanju odraslih: nedostatak vremena i znanja što i kako savjetovati, nedostatak materijalne stimulacije, kompleksnost problema, očekivanja bolesnika i njihovo (ne)pridržavanje. Rezultati istraživanja provedenog na uzorku od 11 600 odraslih stanovnika u RH pokazali su da većina savjet o promjeni prehrambenih navika dobiva od zdravstvenih djelatnika. O promjeni drugih navika (pušenje, alkohol, tjelesna aktivnost), članovi obitelji su na prvom mjestu. Zdravstveni djelatnici više savjetuju starije, bolesnike s nižim obrazovanjem, manje zadovoljne kvalitetom života, a razlike nema s obzirom na (prekomjernu) tjelesnu težinu i stanje bolesti. Najčešće se potpun savjet dobije na početku bolesti, rjeđe kada ona postane kroničnom [4].

Umjesto zaključka: U zadnje vrijeme sve više se govori o zdravstvenoj pismenosti. Stara iskustva vrijede i danas: neke je ciljeve lakše postići indirektno nego izravno, važniji je odgoj od propisa, a općim obrazovanjem postiže se više nego li uvjerenjem o potrebi promjena. Bolje je osigurati uvjete nego li poučavati o činjenicama, metode moraju biti prilagođene situaciji i aktualnoj potrebi, a zajedništvo i ojačavanje pojedinca i zajednice uz poštivanje osobnih stavova, mišljenja i digniteta od bitne su vrijednosti.

Literatura

- [1] Koelen MA, van den Ban A. Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2004.
- [2] Pavleковић G, Šošić Z. Zdravstveni odgoj. U: Jakšić Ž, Kovačić L i suradnici, ur. Socijalna medicina. Zagreb: Medicinska naklada, 2000; 156-164.

- [3] Ljubičić M, Hrabak Žerjavić V, ur. Promicanje zdravlja u hrvatskom pučanstvu: Zbornik radova i Priručnik. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 1999.
- [4] Pavleković G, Brborović O. Empowering general practitioners in nutrition communication: Individual based nutrition communication strategies in Croatia. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59; 540-5.

Zdravstveno obrazovanje na radnom mjestu

Jadranka Mustajbegović¹, Milan Milošević¹, Rajna Golubić², Jagoda Doko Jelinić¹, Eugeniya Žuškin¹

¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb

²Klinika za infektivne bolesti «Fran Mihaljević», Zagreb

Promicanje zdravlja i zdravstveno obrazovanje (PZ/ZO) prolaze kroz promjene pokušavajući se prilagoditi potrebama stalnog razvoja i promjena zdravstvene zaštite u svim njenim područjima. Jedno od područja promjene jest i radno mjesto sa svim svojim zdravstvenim aspektima. Najzamjetljivija promjena u svijetu rada proteklih godina bio je pad sudjelovanja proizvodnih djelatnosti u odnosu na uslužne djelatnosti. Mijenja se i način na koji se rješavaju zdravstveni problemi na poslu. Koncept brige za zdravlje na radu se od tradicionalne brige proširio na sve što se tiče zdravlja na radu: s preventivnih pregleda prije zapošljavanja, prevencije nesreća, rješavanja kroničnih zdravstvenih problema i dostupnosti zdravstvene službe na brigu za ponašanja koja utječu na zdravlje [1].

I dok je razumijevanje prirode zdravstvenih opasnosti za radnike unaprijeđeno, prepreke primjene mjera zaštite njihova zdravlja uključuju nedostatak znanja rukovodstva, strah od troškova, nedostatak novčanih sredstava, rascjepkanost rada, novi oblici rada (porast broja manjih poduzeća, rad putem interneta, samozapošljavanje, nezaposlenost) te odvajanje sektora zdravlja od sektora rada.

U Hrvatskoj sustav zaštite zdravlja na radu prema *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti* [2] provodi djelatnost medicine rada specijalističkim ordinacijama medicine rada u privatnoj praksi, poliklinikama za medicinu rada te na nacionalnoj razini, Hrvatskim zavodom za medicinu rada. Iz *Zakona o zaštiti na radu* [3] te niza podzakonskih akata kao i ratificiranih međunarodnih konvencija, ordinacije medicine rada nositelji su preventivnih aktivnosti na radnim mjestima, obavljajući i savjetodavne zadaće za radnike i poslodavce. Međutim, u dosadašnjoj praksi se uključivanje liječnika specijalista medicine rada u radne organizacije svodilo na puko obavljanje pregleda u svrhu zadovoljavanja evidencije za različite inspekcijske nadzore i ostvarivanje materijalnih naknada. O kvaliteti, svrsi, opravdanosti, a pogotovo učinkovitosti takve prakse, suvišno je raspravljati. Stoga je u srpnju ove godine, 2006., donesen *Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu* [4]. Njime se osigurava provođenje zdravstvene zaštite radnika uključivanjem liječnika specijaliste medicine rada u život radne organizacije, njegovim uključivanjem u nadziranje i provođenje ostvarivanja pozitivnih zakonskih odredbi iz zaštite zdravlja i sigurnosti na radu [5].

Obveza je poslodavaca osigurati usluge službe medicine rada za sve zaposlenike, sukladno *Programu mjera zdravstvene zaštite* koje svake godine donosi Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, prema prijedlogu Hrvatskog zavoda za medicinu rada. Ugovorni specijalist medicine rada dužan je, između ostalog, provesti skup preventivnih aktivnosti, dijagnostičkih postupaka i sudjelovati u provođenju terapijskih, rehabilitacijskih i organizacijskih postupaka u svrhu poticanja i ostvarivanja aktivnosti za otklanjanje i prevenciju bolesti.

Tako je, zajedničkim sustavnim djelovanjem zdravstvene službe i poduzeća- uprave i svih zaposlenika, stvorena mogućnost provedbe preventivnih i terapijskih mjera i za borbu protiv kardiovaskularnih rizika, kako na razini radne organizacije tako i na razini pojedinca.

Neupitno je da postoje poduzeća koja nastoje unaprijediti i čuvati zdravlje zaposlenih, osigurati zdravo radno mjesto i podržati siguran i zdravi radni okoliš. To su obično velika, profitabilna poduzeća koja imaju relativno sigurno tržište za svoje proizvode i koja su odlučila nastaviti graditi svoj uspjeh na dobro motiviranim, visoko kvalificiranim i zdravim radnicima.

Literatura

- [1] National Institute for Working Life 2000. A look into modern working life. L. Skiöld, ed. Stoskholm: Tryckeri AB, 2001.
- [2] Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 121/03; 48/05.
- [3] Zakon o zaštiti na radu. Narodne novine 59/96; 114/03.
- [4] Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu. Narodne novine 85/06.
- [5] Bogadi-Šare A. Zaštita zdravlja u radnim uvjetima. U: Medicina rada i okoliša (Šarić M, Žuškin E, ur.); Zagreb: Medicinska naklada, 2002; 706-17.

Zdravstveno obrazovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – kvalitativna procjena na uzorku pacijenata obiteljskog liječnika

Biserka Bergman-Marković, Josipa Kern, Silvije Vuletić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Jedan od prioritarnih problema u praksi obiteljskog liječnika je smanjenje debljine njegovih pacijenata kao jednog od vodećih rizičnih faktora kardiovaskularnog zdravlja. Postizanje motivacije pacijenata za smanjenjem debljine ključna je potreba u postizanju rezultata. Zdravstveno obrazovanje je tradicionalno poznata aktivnost koja danas poprima sve veću važnost u motiviranju pacijenata u programu smanjenja debljine. Prepoznavanje vodećih razloga koje pacijenti navode kao poticaje u razvoju vlastite debljine kao i eventualnih karakterističnih događaja, može pomoći boljem pristupu u zdravstvenom obrazovanju i stvaranju boljih i učinkovitijih programa obrazovanja, za bolju i učinkovitiju intervenciju.

U istraživanju je korišten namjerni lančani uzorak (engl. snow ball) debelih ljudi koji opisno daju informacije o razvoju svoje debljine. Rezultati ukazuju na debljinu kao uglavnom dugotrajni problem. Razvoj debljine uglavnom počinje od prvih dana života, u doba adolescencije je manje izražen, no debljina je prepoznata kao kontinuirani problem. Promjene u načinu života (udaja ili ženidba, trudnoća, bolest) prepoznaju se kao akceleratori u razvoju debljine. Tipični su neuspješni pokušaji smanjenja debljine, uz još uvijek postojeću težnju za promjenom. Sporadično, pacijenti za svoju debljinu okrivljuju/hvale doktora, traže pomoć i svjesni su problema utjecaja debljine na zdravlje.

U Tablici 1. prikazani su razlozi koje pacijenti navode, njihova učestalost i najčešće kombinacije. Čini se da je aktualni problem u smanjenju debljine rezistentnost i kontinuiranost pojave. Svaka intervencija liječnika mora biti individualizirana u odnosu na pacijenta i njegovo socijalno okružje, uzimajući u obzir pacijentovu motivaciju i želju za promjenom i u slučajevima kada u svojim nastojanjima nije uspio. Kako to napraviti, to je znanje koje danas nedostaje.

Tablica 1. Navodi pacijenta vezani uz debljinu

Navod	Frekvencija	%
Dugotrajni problem	14	100,0
Promjena života	11	78,6
Debelo dijete	7	50,0
U adolescenciji normalan	7	50,0
Kontinuirana debljina	7	50,0
Isprobao dijete bez uspjeha	5	35,7
Zadovoljan stanjem i ne kani ništa mijenjati	5	35,7
Voli slatko	4	28,6
Želio bi promjenu	4	28,6
Malo se kreće	4	28,6
Hvali doktora	3	21,4
Misli da se dobro hrani	2	14,3
Jedan do dva obroka dnevno	2	14,3
Povezuje hranu s tugom i nervozom	2	14,3
Hedonist	2	14,3
Genetika objašnjava sve	2	14,3
Dugotrajni problem & promjena života	11	78,6
Debelo dijete & kontinuirana debljina	5	35,7
Debelo dijete & kontinuirana debljina & trudnoća	4	28,6
Isprobao sve dijete bez uspjeha & želi promjenu	3	21,4
Okrivljuje doktora	1	7,1
Hvali doktora	1	7,1
Traži pomoć	1	7,1
Svjestan problema	1	7,1

Literatura

Miles MB, Huberman AM. An Expanded Sourcebook Qualitative Data Analysis. London: SAGE Publications 1994.

Zdravstveno obrazovanje kao sekundarna prevencija

Inge Heim, Dubravka Kruhek-Leontić

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju., Zagreb

Ishemična bolest srca i cerebrovaskularni inzult (KVB) vodeći su uzroci smrti u svijetu i u Hrvatskoj. Oni koji prežive imaju povećani rizik da ponovo obole ili da umru od tih bolesti. Cilj našega rada je prikazati važnost zdravstvenog obrazovanja u bolesnika s KVB u sprečavanju smrti odnosno ponovnog infarkta ili inzulta.

Prevencija KVB obuhvaća a) promociju zdravlja koja je usmjerena na opću populaciju s ciljem poboljšanja i kontrole zdravlja; b) primarnu prevenciju kojom sprečavamo pojavu bolesti u osoba koje nemaju simptoma, ali imaju jedan ili više rizičnih čimbenika za KVB te c) sekundarnu prevenciju koja se odnosi na sprečavanje smrti ili ponovnog infarkta ili inzulta u osoba koje već imaju razvijenu bolest.

Tema ovoga rada je sekundarna prevencija KVB kojom ćemo postići: bolje preživljavanje, poboljšati kvalitetu života, smanjiti potrebu za PTCA ili operacijom aortokoronarnog premoštenja, smanjiti učestalost reinfarkta i ponovnog inzulta. Ona uključuje modifikaciju rizičnih čimbenika (pušenje, povišeni krvni tlak, povišene masnoće u krvi, tjelesna neaktivnost, pretilost i prekomjernu tjelesnu težinu, dijabetes, itd) te terapijsku zaštitu (medikamentozna terapija, perkutana koronarna intervencija i aortokoronarno premoštenje).

Modifikacija rizičnih čimbenika zahtijeva trud od strane zdravstvenog osoblja, ali i pacijenata. Njihova suradnja je važna kako bi se postigli rezultati jer svatko je odgovoran za svoje zdravlje. Mi trebamo dati potrebnu informaciju, a pacijent to treba prihvatiti i takvo ponašanje usvojiti. Pacijent vesla, a mi kormilarimo. Tako je naš zadatak pacijentu ukazati na opasnosti koje pušenje predstavlja za njihovo zdravlje preko individualnog i skupnog savjetovanja, tiskanim materijalom i porukama koje pojašnjavaju štetnost pušenja, djelovanjem na članove obitelji da prestanu pušiti, i sl. Što se tiče hipertenzije treba pacijenta uputiti da su ciljne vrijednosti krvnoga tlaka < 140/90 mm Hg, a u dijabetičara i kroničnih bubrežnih bolesnika < 130/80 mm Hg, a to se može postići redovitim uzimanjem lijekova te promjenom načina života. Pacijentima treba, nadalje, objasniti što oni sami mogu za sebe učiniti time što paze na tjelesnu težinu, tjelesno su aktivni, paze na prehranu (umjereni unos alkohola, smanjiti unos soli, itd) te redovito uzimaju preporučene lijekove. Pacijentima koji imaju povišene masnoće u krvi (ciljne vrijednosti kolesterola < 5,00 mmol/L odnosno < 4,5 mmol/L; LDL-kolesterol < 3,00 mmol/L odnosno < 2,5 mmol/L; trigliceridi < 1,7 mmol/L) treba dati upute o dijetnoj prehrani - smanjenju unosa zasićenih masnoća (manje od 7% kalorija), transmasnih kiselina i kolesterola (manje od 200 mg kolesterola na dan), svakodnevnjoj tjelesnoj aktivnosti te kontroli tjelesne težine i ako je potrebno uzimanju lijekova. Što se tiče tjelesne aktivnosti pacijente treba uputiti da 5 - 7 puta tjedno hodaju, voze bicikl ili vježbaju po 30 min/dan. Treba im objasniti zašto je to važno (zbog održavanja normalne tjelesne težine, normalnih vrijednosti krvnoga tlaka, masnoća i šećera u krvi). Nadalje, treba im objasniti koje sve rizike nosi prekomjerna tjelesna težina i pretilost (cilj ITM od 18,5 - 25 kg/m², opseg struka manji od 88 cm odnosno 80 cm u žena i 102 cm odnosno 94 cm u muškaraca). Početni cilj je smanjiti težinu za 10 % od početne vrijednosti. Ako se to uspije može se ići na daljnje sniženje uz obveznu kontrolu. Onima koji imaju dijabetes (cilj HbA1c manji od 6,5 %) treba dati upute o promijeni načina života što znači promjena prehrane, povećanje tjelesne aktivnosti, kontrola tjelesne težine, krvnog tlaka i masnoća u krvi, izbjegavanje pušenja te po potrebi uzimanje lijekova. Brigu o dijabetesu treba koordinirati s obiteljskim liječnikom i endokrinologom.

Osim u modifikaciji rizičnih čimbenika, zdravstveno obrazovanje ima važnu ulogu i u obučavanju pacijenata kako i zašto trebaju uzimati određene lijekove (antiagreganse, beta blokatore, ACE-inhibitore, blokatore angiotenzinskih receptora, antilipemike, antagoniste kalcija, diuretike i ostale.). Da bi medikamentozna terapija bila uspješna trebamo postići dobar *compliance* s pacijentom. To je neka vrsta partnerstva između liječnika i pacijenta. Nažalost, velike količine novca troše se upravo zbog lošeg *compliance*-a, a godišnje se bacaju velike količine lijekova. Nakon što se pacijentu objasnilo kako i zašto uzimati određene lijekove treba organizirati redovite konzultacije (razgovore i savjetovanja, pa i to treba HZZO prepoznati i adekvatno platiti). Upute za lijek u kutijici najčešće nisu razumljive i samo uznemire pacijenta, a ne da mu pomognu. Što manje lijekova pacijent dobije to je veća vjerojatnost da će *compliance* biti bolji jer oni često iz neznanja upravo izostave one lijekove koji su im najpotrebniji.

Literatura

- [1] Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003; 326(7380):84.
- [2] Hobbs FDR. Cardiovascular Disease: Different Strategies for Primary and Secondary Prevention? *Heart* 2004; 90: 1217-1223.

Zdravstveno obrazovanje u bolničkom sustavu

D. Miličić

KBC Rebro, Zagreb

Prehranom do zdravlja – od planiranja do provedbe

Antoinette Kaić-Rak¹, Katica Antonić-Degač², Jasna Pucarín-Cvetković³, Zrinka Laido²

SZO- Ured za Hrvatsku¹, Hrvatski zavod za javnozdravstvo², ŠNZ "Andrija Štampar"³,

Prekomjerna tjelesna težina predstavlja jedan od najvećih javno-zdravstvenih problema u 21. stoljeću, s naročito alarmantnim kretanjima u nekim dijelovima svijeta, uključujući Europsku regiju Svjetske zdravstvene organizacije. Nezdrav način prehrane i tjelesna neaktivnost glavni su uzroci prekomjerne težine i pretilosti, a one su pak vodeći rizični čimbenici za većinu nezaraznih bolesti. Upravo su nezarazne bolesti uzrok više od 75% svih smrti u Europskoj regiji, što je najveći udio u svijetu. Rizik od bolesti u svim segmentima populacije se progresivno povećava s povećanjem indeksa tjelesne mase (ITM). *Svjetsko zdravstveno izvješće 2002.* razotkriva da Europa ima jedan od najvećih ITM od svih regija Svjetske zdravstvene organizacije – blizu 26.5. Od 1980-tih prevalencija pretilosti porasla je u mnogim europskim zemljama više od trostruko. Ako se rast prevalencije nastavi istom stopom kao što je to bilo 1990-tih, procjenjuje se da će do 2010. u Regiji biti oko 150 milijuna pretilih odraslih osoba. Najznačajnije posljedice prekomjerne težine (ITM preko 25) i pretilosti (ITM preko 30) uključuju hipertenziju i hiperlipidemiju (glavni rizični faktori), KBS, CVI, dijabetes tip 2, određena sijela malignoma, osteoporozu i psihosocijalne probleme. Naročito je važno nagasiti da dječja pretilost danas predstavlja akutan zdravstveni problem. Različite studije procjenjuju da 10–30% Europljana u dobi od 7–11 godina i 8–25% adolescenata (14–17 godina) ima prekomjernu tjelesnu težinu. Imajući u vidu veličinu problema, više se ne smatra prihvatljivim osuđivati samo pojedince za njihovu pretilost. Uzroci snažno rastuće epidemije su društvenog karaktera i traže bitne zaokrete u strategiji. Očigledno je da je pretilost akutna i brzo rastuća prijetnja javnom zdravlju, na koju vlade i mjerodavne međunarodne organizacije moraju reagirati bez odlaganja. Znanost i činjenice pokazuju da je akcije nužno usmjeriti prema:

- optimaliziranju dijete (balansiranje, a u nekim slučajevima i ograničavanje unosa energije, s osobitom pažnjom na ograničenje unosa masti, rafiniranih šećera i soli, kao i osiguravanje promjene u smislu konzumacije nezasićenih masti, te povećane potrošnje voća i povrća); i
- povećanje tjelesne aktivnosti (barem 30 minuta dnevno redovite fizičke aktivnosti umjerenog intenziteta, tijekom većeg dijela tjedna).

Nadalje poznato je da ljudi sa nižim prihodima obično jedu više mesa, masti i šećera, dok bolje obrazovani konzumiraju više voća i povrća. Sedentarni način življenja je rašireniji kod slabo obrazovanih te skupina s niskim prihodima. Stoga je opći zaključak da strategija temeljena na suportivnom okruženju kao i promoviranje siren izbora zdravijih namirnica ima bolji izgled za dugoročno pozitivne promjene u životnim navikama ljudi. Potrebno je uskladiti aktivnosti na svim razinama djelovanja od internacionalne, regionalne, nacionalne sve do lokalne razine. Svakako je potrebno uključiti široku javnost, zakonodavstvo, postići dobru suradnju s prehrambenom industrijom, gospodarstvom, školama, radnim organizacijama sve do razine obitelji i osobnog angazmana.

Na globalnoj razini je SZO prihvatila Globalnu strategiju za unaprijeđenje zdravlja, pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti, dok je na europskoj razini, Regionalno povjerenstvo Svjetske zdravstvene organizacije za Europu donijelo je 2000. godine Prvi akcijski plan za hranu i prehranu, koji pokriva razdoblje od 2000–2005. Upravo je završila ministarska konferencije o prevenciji pretilosti u Turskoj (15-17.XI 2006) i u tijeku je donošenje drugog akcijskog plana za hranu i prehranu. Također je i Europska zajednica donijela Akcijski plan za unaprijeđenje prehrane, tjelesne aktivnosti i zdravlja s ciljem prevencije pretilosti s posebnim naglaskom na djecu. Vrlo je važno napomenuti da je SZO Ured za Europu na svom ovogodišnjem sastanku Regionalnog povjerenstva prihvatila i Europsku strategiju za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti kao i novije dokumente za promicanje tjelesne aktivnosti u populaciji adolescenata.

Hrvatska je na tom području također donijela niz strateških dokumenata i planova. Još 1998. godine izrađena je Hrvatska nacionalna politika za prehranu, u procesu je prihvaćanje nacrta akcijskog plana za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine. U završnoj fazi izrade je i akcijski plan za hranu i prehranu. Izrađene su smjernice za pravilnu prehranu odraslih osoba, djece i adolescenata. Hrvatska je sudjelovala ili još uvijek sudjeluje u značajnim međunarodnim projektima poput Cjelovitog pristupa unaprijeđenju školske prehrane ili Inicijativi za promicanje zdrave prehrane u školama itd.

Literatura

- [1] Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO EURO, EUR/RC56/8, June 2006.
- [2] Food and health in Europe: a new basis for action. WHO regional publication, European series; No.96.
- [3] The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, WHO, 2002.

Kardiovaskularno zdravlje u osoba izloženih stresu

Mijo Bergovec¹, Hrvoje Vražić¹, Ivan Vasilj², Marko Bergovec³, Tina Katić¹

¹Zavod za bolesti srca i krvnih žila, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet - KB Dubrava, Zagreb

²Katedra za epidemiologiju, Medicinski fakultet, Mostar

³Klinika za ortopediju, Medicinski fakultet - KBC Zagreb, Zagreb

Veliki broj studija tvore polje biheviornalne kardiologije, koja se temelji na razumijevanju da su emocionalni i psihosocijalni čimbenici i tjelesno zdravlje nerazdvojivo povezani. U posljednja dva desetljeća prisutan je povećani interes za istraživanja o zdravstvenim učincima emocionalnog opterećenja i stresa na razvoj koronarne arterijske bolesti (KAB).

Za razliku od ostalih čimbenika rizika za razvoj KAB mjerenje utjecaja emocionalnog opterećenja i stresa na kardiovaskularno zdravlje vrlo je teško objektivno definirati i, posljedično, izmjeriti emocionalne i psihosocijalne čimbenike. Izuzetno je teško postići jednakost pri definiranju ili mjerenju ovih čimbenika, interpretacija i mjerenje tih čimbenika je vrlo često subjektivno, a budući da izloženost tim čimbenicima ponekad može biti vrlo kratka, a ponekad dugotrajna, te da različite osobe različito podnose emocionalne i psihosocijalne čimbenike (najčešće stres) jasno je da je izuzetno teško provesti kvalitetno istraživanje sa kvalitetnim praćenjem.[1]

Mehanizmi kojima emocionalni i psihosocijalni čimbenici zajedno sa poremećajima kao što su prekliničke faze koronarne arterijske bolesti (inflamatorni procesi, poremećaji vaskularne funkcije, otvrdnuće i odebljanje arterijske stijenke) povećavaju rizik za razvoj kardiovaskularnih bolesti su vrlo složeni i u velikoj mjeri nedovoljno istraženi, a sukladno tome i nedovoljno razjašnjeni.

Proučavanje utjecaja stresa na razvoj kardiovaskularnih bolesti je u velikoj mjeri određeno vrstom stresa – razlikuje se akutni i kronični stres.

Istraživanja utjecaja akutnog stresa na razvoj kardiovaskularnih bolesti tek u novije vrijeme doživljava značajan zamah, pokazano je da je endogeni odgovor na emocionalni stres sličan odgovoru na fizičku aktivnost, te da vrijeme pojačanog rizika za razvoj kardiovaskularne bolesti iznosi otprilike 2 sata nakon emocionalnog stresa, otprilike 7% bolesnika navodi emocionalno stresne osobne događaje prije pojave simptoma akutne kardiovaskularne bolesti. Jedan od neobičnijih primjera ovakvog stresa su nogometne utakmice.[2]

Do sada je pokazano da stres vezan uz posao (često proučavan) ili obiteljski život (puno rjeđe proučavan), velike životne događaje, izostanak društvene podrške, socioekonomski status i depresija utječu na rizik za razvoj KAB ili prognozu kod bolesnika sa KAB. Rad u smjenama povećava rizik za razvoj KAB, kao i stres na poslu i u obitelji. Depresija povećava rizik za pojavu KAB, a pri već postojećoj KAB nekoliko puta povećava učestalost ponavljanih koronarnih incidenata. Niži socioekonomski status povezan je s višim rizikom za razvoj KAB. Izostanak društvene podrške vodi k lošijoj prognozi kod bolesnika s manifestnom kardiovaskularnom bolešću.[1]

Korisno je navesti nekoliko primjera do sada provedenih istraživanja o utjecaju akutnog i kroničnog stresa na razvoj kardiovaskularne bolesti: u prospektivnoj studiji Ghiadoni et al. dokazali su kako emocionalno opterećenje i stres inducira endotelnu disfunkciju u ljudi; zatim Hemingway et al. je u svojoj studiji Whitehall II dokazao kako je stres povezan s povišenim vrijednostima CRP, glukoze i triglicerida; a s obzirom na specifičnost novije povijesti postoje radovi koji pokazuju utjecaj rata (kratkoročne i dugoročne izloženosti stresu) na povećanje broja koronarnih bolesnika u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini.[3-5]

Iako postoje brojne teškoće u provođenju istraživanja utjecaja akutnog i kroničnog stresa na razvoj kardiovaskularne bolesti, postoji sve više dokaza kako je taj utjecaj stvaran i znatan, te ga je potrebno shvatiti kao ozbiljan čimbenik rizika za razvoj KAB, koji se može spriječiti, no za sada nije poznato da li ga je moguće i efikasno liječiti.

Literatura

- [1] Camm AJ, et al: The ESC Textbook of Cardiovascular medicine. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006.
- [2] Culic V. Acute risk factors for myocardial infarction. Int J Cardiol. 2006 Jul 20; [Epub ahead of print]
- [3] Bergovec M, Heim I, Vasilj I, Jembrek-Gostovic M, Bergovec M, Strnad M. Acute coronary syndrome and the 1992-1995 war in Bosnia and Herzegovina: a 10-year retrospective study. Mil Med. 2005;170(5):431-4.
- [4] Bergovec M, Vasilj I. Bosnia and Herzegovina and Croatia: the medicalisation of the experience of war. Lancet. 1999;354(9180):771-2.
- [5] Bergovec M, Mihatov S, Prpic H, Rogan S, Batarelo V, Sjerobabski V. Acute myocardial infarction among civilians in Zagreb city area. Lancet. 1992;339(8788):303.

Mediji u promicanju zdrave prehrane

Branislava Belović, Zdenka Verban-Buzeti, Jadranka Jovanović, Gordana Toth

Zavod za zdravstveno varstvo, Murska Sobota - Slovenija

Primjer dobre prakse prikazuje razvoj i korištenje odnosa sa javnošću u promicanju zdravog načina života u Pomurju. Socijalno ekonomski i zdravstveni pokazatelji uvrštavaju ovu regiju na zadnje mjesto u Sloveniji. To je bio razlog za razvoj i implementaciju pilotskog inovativnog programa promicanja zdravlja u ruralnim zajednicama "Živjeti zdravo" te širenja istog u većinu lokalnih zajednica Pomurja kao i izvođenja brojnih programa i aktivnosti. Nositelj aktivnosti je Zavod za javno zdravstvo Murska Sobota. Medijsko komuniciranje imalo je od samog početka posebno mjesto. Za odnose sa javnošću dodatno je obrazovan stručnjak s područja javnog zdravlja (poslije diplomski studij, samoobrazovanje). Isti stručnjak brine za kontinuirano obrazovanje zaposlenih. Odnose sa javnošću koji uključuju medije, stručnu javnost, opću javnost, lokalnu zajednicu i druge, počeli smo graditi postepeno. U centru naših aktivnosti na ovom području od samog početka bili su mediji. Potrebno je naglasiti da u Pomurju djeluju brojni mediji. To su lokalne radio stanice, kabelaške TV – regijske i one u lokalnim zajednicama, nacionalna TV namijenjena Mađarskoj manjini, regionalni časopis, općinska glasila, glasila za mađarsku manjinu i Rome. Prvi korak je bio oblikovanje adreme novinara. Tokom samog rada s medijima gradili smo dobre međusobne odnose sa medijskim kućama. U svom radu koristili smo: publiciranje događaja, novinarske konferencije, štampana gradiva (brošure, glasila, bilteni, plakati...) i drugo. Inovativnim pristupima, širokim spektrom aktivnosti na području promicanja zdravlja te izuzetnim entuzijazmom stručnjaka uspjelo nam je senzibilizirati, zainteresirati i motivirati javnosti, a napose medije za uvrštavanjem tematike zdravlja u medijske aktivnosti. Sudjelovanje sa medijima analizirali smo preko "clippinga". Najviše medijskih aktivnosti bilo je na području promicanja zdrave prehrane. Navodimo primjere za razdoblje od 2002. do 2005. godine. Objavljeno je više od 200 članaka u lokalnim i nacionalnim časopisima. Posebno ističemo priloge o zdravoj prehrani u općinskim glasilima. Spomenuta glasila su veoma čitana jer obrađuju i pokrivaju interese lokalnih zajednica. Tokom dvije godine objavljivali smo priloge za tjednu rubriku "Hranom do zdravlja" u regionalnom časopisu. Već treću godinu pripremamo mjesečne priloge o zdravoj prehrani za nacionalne vjerske novine. Također pripremamo priloge za Romski časopis. Osim priloga stručnjaka publicirani su mnogi događaji vezani za zdravu prehranu. Lokalne kabelaške TV imaju jednu od ključnih uloga u promicanju zdrave prehrane u lokalnim zajednicama Pomurja. Redovite tjedne priloge o zdravoj prehrani i kuharske recepte prati oko 50 % korisnika. Objavljeno je više od 400 priloga. Regionalne kabelaške TV također objavljuju priloge. Bilo ih je oko stotinu u spomenutom razdoblju. Lokalni radijski mediji su bili prvi koji su se odazvali te uključili tematiku zdravlja u svoj program. U razdoblju 2002- 2005 objavljeno je oko 300 radijskih priloga. Najveći uspjeh ima radio emisija, koja se zasniva na inovativnom pristupu u promociji zdrave prehrane putem radijskih emisija. Spomenuta emisija namijenjena je mađarskoj manjini i izvodi se već petu godinu (dva puta mjesečno). Na osnovu istraživanja o slušanosti "Pomurskega mađarskega radija" spomenuta se emisija već dva puta uvrstila na drugo mjesto po slušanosti. Za promicanje zdravlja odnosno zdrave prehrane u Roma od izuzetnog su značaja radijske emisije na romskom jeziku. Budući da postoji manjak sadržaja za spomenute emisije, iskoristili smo priliku te sada redovito sudjelujemo u programu. Svake godine pripremamo oko 20 javnih događaja koji uključuju zdravu prehranu (priredbe, demonstracije, izložbe, "šstandovi"...). Svaki od spomenutih događaja pokriven je sa najmanje pet medija. Korisnicima internet stranica dostupni su savjeti i kuharski recepti na www.zzv-ms.si. Za potrebe promocije zdrave prehrane pripremljeni su brojni štampani zdravstveno odgojni materijali. Među njima je i kuharska knjiga autorice prim.mag. Branislave Belović. Spomenuta kuharska knjiga je dobila dobre ocjene nacionalnih stručnjaka. Jedna između ocjena glasi: "Postoji mnogo kuharskih knjiga, koje su djelo domaćih autora ili pak su prevedene. Ipak ova knjiga je posebna. Napisana je sa srcem i na jednostavan način. Autorica poučava čitaoca vlastitim primjerom o smjernicama zdrave prehrane te mu daje upute kako ih sprovesti u praksi." U Pomurju se knjiga koristi u oko 3000 domaćinstava. Učesnicima programa "Živjeti zdravo" te učesnicima brojnih aktivnosti, do sada je podijeljeno oko 15000 knjižica sa kuharskih receptima "Hranom do zdravlja". Za potrebe promocije zdravlja u lokalnim zajednicama te za potporu programu "Živjeti zdravo" izlaze dva puta godišnje novine pod istim imenom. Uspjeh promotivnih programa i aktivnosti, uključujući medije evaluirali smo putem rezultata dviju nacionalnih (istovremeno i regijskih) istraživanja o životnom stilu povezanim sa zdravljem (CINDI Healt Monitor 2002 i 2004). Preliminarni rezultati posljednjeg istraživanja pokazali su značajne promjene na području prehrane u Pomurju. Velik udio u tome svakako imaju mediji. Smatramo da stručnjaci koji rade na promicanju zdravlja, posebice oni na terenu, trebaju usvojiti znanja i razviti vještine za rad s medijima te ih dodati znanjima i vještinama na području promicanja zdravlja. Kao što pokazuje primjer dobre prakse iz Pomurja to je moguće postići i u najnerazvijenijim dijelovima države te u ustanovama koje su regijskog značaja.

Pilot projekt osiguranja dostupnosti mjerenja krvnog tlaka

Helena Glibotić Kresina, Suzana Janković, Đulija Malatestinić, Henrietta Benčević Striehl
Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka

Kardiovaskularne bolesti vodeći su uzrok smrti u razvijenim zemljama. U Hrvatskoj, pa tako i u Primorsko-goranskoj županiji u pomoru su zastupljene s gotovo 50%, a drugi su uzrok obolijevanja sa zastupljenošću od gotovo 20%.

Rizik za obolijevanje od kardiovaskularnih bolesti je to veći što je prisutno više faktora rizika (pušenje, nezdrava prehrana, visoki krvni tlak, nedovoljna fizička aktivnost, prekomjerna tjelesna težina, stres, šećerna bolest).

Prema podacima Hrvatske zdravstvene ankete u Primorsko-goranskoj županiji povišeni krvni tlak ima 6,0% muškaraca i 1,0% žena u dobi od 18-29 godina; 16,1% muškaraca i 19,4% žena u dobi od 30-65 godina, te 50,5% muškaraca i 56,5% žena u dobi od 65 i više godina.

Pilot projekt «Osiguranje dostupnosti mjerenja krvnog tlaka u PGŽ» provodi se u sklopu projekta «Prevenција bolesti srca i krvožilja kod stanovnika Primorsko-goranske županije».

Da bi se osigurala dostupnost i promovirala važnost redovitog mjerenja krvnog tlaka pilot projekt se provodi u 11 ordinacija obiteljske medicine. U tim se ordinacijama pozivaju svi osiguranici od 45-55 godina da dođu u ordinaciju izmjeriti svoj krvni tlak. Sa pozivom pacijenti dobivaju anketni upitnik kojeg ispunjenog ostavljaju u ordinaciji izabranog liječnika prilikom mjerenja krvnog tlaka. Ova je dobna skupina izabrana jer je to dob u kojoj se često po prvi puta pojavljuje povišeni krvni tlak, ali je još moguća sekundarna prevencija, tj. rano liječenje i ozdravljenje. Obuhvat je 5% ciljane dobne skupine. Pacijenti kojima tlak bude u granicama normale i dalje se kontroliraju ili educiraju kako da sebi redovito mjere tlak, a onima kojima se otkriju povišene vrijednosti tlaka se liječe po preporuci svog izabranog liječnika (ponovna provjera tlaka vrši se prema preporukama National Guideline Clearinghouse, University of Austin, Texas, USA).

Trajanje pilot projekta je godinu dana (do kraja 2006. godine), a nakon toga će se projekt provesti u svim ordinacijama obiteljske medicine u PGŽ.

Ciljevi pilot projekta su:

- ustanoviti prevalenciju hipertenzije u ordinacijama obiteljske medicine uključene u pilot projekt,
- razviti najučinkovitiji način redovitog mjerenja krvnog tlaka u izabranoj dobnoj skupini osiguranika,
- osigurati da se kvaliteta skrbi u sklopu pilot projekta nastavi i na većem obuhvatu stanovništva.

Pilot projekt traje do kraja prosinca 2006. godine, tako da je do sada obrađen tek dio pristiglih anketnih upitnika. Obradom pristiglih anketnih upitnika ustanovljeno je da 43,4% osiguranika u dobi od 45-55 godina ima dijagnosticiranu hipertenziju, te da je novootkriveno 6% hipertoničara. 91,7% pacijenata osim higijensko-dijetetskih mjera podvrgnuto je medikamentoznoj terapiji. Ispitivani su i riziko faktori za razvoj hipertenzije, kardiovaskularnih bolesti. Unutar ispitivane grupe povišenu tjelesnu težinu ima 32% osiguranika. 27% osoba su pušači i to više od 20 godina. Alkohol (žestoka alkoholna pića) konzumira 47,0% osoba. Svakodnevnom stresu podvrgnuto je 67% osoba. Od laboratorijsko-biokemijskih pokazatelja 9% osiguranika ima povišen šećer u krvi, a 29% ima povišene vrijednosti kolesterola.

Poznato je da za hipertenziju vrijedi pravilo tri polovine: od svih hipertoničara samo pola ih zna da ima visok tlak, od svih koji znaju da imaju visok tlak samo pola ih uzima terapiju, a od svih koji uzimaju samo pola je provodi pravilno. To dovodi do vrlo malog broja kontroliranih hipertoničara. U otkrivanju hipertenzije, koja je važan faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, najbitnije je redovito i kontinuirano mjerenje krvnog tlaka jer je krvni tlak promijenjiva vrijednost, i jednokratno zabilježene povišene vrijednosti ne znače bolest. Vrlo je važno i otkrivanje povišenog krvnog tlaka u ranoj fazi bolesti, kada je još uvijek moguće rano liječenje i ozdravljenje bez razvoja komplikacija bolesti.

Literatura

- [1] Zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Zdravstveno-statistički ljetopis Primorsko-goranske županije za 2004.godinu.2005.godina.
- [2] Vrhovac.B. i suradnici.Interna medicina,III promijenjeno i dopunjeno izdanje,Zagreb:Naklada Ljevak d.o.o., 2003.godina.
- [3] Vuletić.S.,Kern.J.Hrvatska zdravstvena anketa.Zagreb.

Uloga medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kod bolesnika sa čimbenicima rizika za nastanak koronarne bolesti.

Milica Lahe

Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, Maribor

Email: milica.lahe@uni-mb.si

Sažetak

Sa razvojem savremenog i stresnog načina života, neželjeni i štetni čimbenici su u porastu. Posljedica neodgovornog životnog stila je porast srčano – žilnih bolesti. Neke možemo izbjeći ako poznajemo faktore rizika i prikladno promjenimo životni slog.

Medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti moraju namjeniti više pozornosti promociji zdravlja, bodriti bolesnike da opuste loše životne navike i motiviraju jih, da se uključe u zdravstveno obrazovne programe.

Ključne riječi: koronarna bolest, čimbenici rizika, primarna zdravstvena zaštita, promocija zdravlja, medicinska sestra.

Uloga medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti u promicanju kardiovaskularnog zdravlja

Mara Županić

*Dom Zdravlja Zagreb-Centar
Zdravstveno veleučilište, Zagreb*

Jedan od glavnih ciljeva strategije razvoja zdravlja u republici Hrvatskoj usmjeren je očuvanju i unapređenju zdravlja, smanjenju pobola i smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti, te produljenju trajanja života pojedinca i zajednice.

Bolesti srca i krvnih žila vodeći su uzrok smrti u Hrvatskoj. Poznato je, da je razvoj kardiovaskularnih bolesti povezan sa životnim navikama i pratećim rizičnim čimbenicima.

Prevenција kardiovaskularnih bolesti mora se istodobno provoditi na razini promicanja zdravlja, primarne i sekundarne prevencije, usmjerene na usvajanje zdravog načina života od najranije životne dobi te na mijenjanju po zdravlje štetnih usvojenih životnih navika. Jedan od važnih zadataka medicinskih sestara u patronažnoj djelatnosti, kroz svakodnevnu praksu, usmjerena je na identifikaciju visoko rizičnih čimbenika i edukaciju u prenošenju informacija u cilju poboljšanja zdravstvene pismenosti. Osobitu ulogu u promicanju kardiovaskularnog zdravlja za medicinsku sestru u patronažnoj djelatnosti čini to što je zdravstvena njega usmjerena na pojedinca i na sve članove unutar obitelji. Upravo zbog te činjenice ima veći utjecaj na promjene stečenih, loših po zdravlje životnih navika. Različite programe u cilju promjena nezdravog ponašanja, usvajanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja, a time i postizanja kardiovaskularnog zdravlja. provodi individualno i grupno.

Literatura

- [1] Z. Mojsović i sur., Sestrinstvo u zajednici, ZVU, Zagreb, 2006.
- [2] Zbornik radova – tekstovi, Ministarstvo zdravstva R. Hrvatske, Intersektorska i međuprofesionalna suradnja u promicanju zdravlja u R.H. Zagreb, travanj, 2003.

Utjecaj stanja uhranjenosti na razvoj čimbenika rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti i prehrabene navike otočke populacije

Jasna Pucarín-Cvetković¹, Antoinete Kaić-Rak², Jadranka Mustajbegović¹, Davor Ivanković¹, Milan Milošević¹

¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Zagreb

²SZO, Ured u Hrvatskoj, Zagreb

Cilj: Istražiti utjecaj stanja uhranjenosti na biokemijske parametre i vrijednosti krvnog tlaka kao rizičnih čimbenika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, te ispitati prehrabene navike izolirane otočke populacije. U skladu s dobivenim rezultatima predložiti odgovarajuću javnozdravstvenu intervenciju.

Ispitanici i metode: Studija je provedena tijekom 2002/3. godine na otocima Rabu, Visu, Mljetu i Lastovu. Ispitivanjem je obuhvaćeno 454 muškarca (Mean±SD; 55.0±15.4 godina) i 547 žena (55.0±14.0). Stanje uhranjenosti ocijenjeno je na temelju ITM, a standardnim laboratorijskim metodama određene su vrijednosti triglicerida, ukupnog kolesterola, HDL-a i LDL-a, te glukoze. Vrijednosti krvnog tlaka dobivene su mjerenjem arterijskog tlaka dva puta. Prehrabene navike ispitane su primjenom upitnika o učestalosti potrošnje namirnica.

Rezultati: Utvrđene su značajne razlike u oba spola između ispitanika s normalnim ITM, ispitanika s povećanom tjelesnom masom i pretilih osoba obzirom na njihove vrijednosti triglicerida, glukoze, diastoličkog tlaka (za oba spola $P < 0.001$), ukupnog kolesterola (muškarci, $P = 0.002$; žene, $P = 0.013$) i sistoličkog tlaka (muškarci: $P = 0.030$; žene: $P < 0.001$). Razlike između ITM grupa obzirom na vrijednosti LDL kolesterola utvrđene su samo u muškaraca ($P < 0.001$). Muškarci s povećanom tjelesnom težinom imali su veće vrijednosti ukupnog kolesterola, LDL kolesterola, triglicerida, glukoze i sistoličkog tlaka u odnosu na muškarce s normalnim ITM. Pretili muškarci su imali veće vrijednosti ukupnog kolesterola, triglicerida, glukoze, sistoličkog i diastoličkog tlaka od muškaraca normalnog ITM, također su imali veće vrijednosti triglicerida, glukoze, sistoličkog i diastoličkog tlaka od muškaraca povećane tjelesne težine. Žene s povećanom tjelesnom težinom imale su veće vrijednosti ukupnog kolesterola, triglicerida, sistoličkog i diastoličkog tlaka u odnosu na žene s normalnim ITM. Pretile žene u odnosu na one s normalnim ITM imale su veće vrijednosti ukupnog kolesterola, triglicerida, glukoze, sistoličkog i diastoličkog tlaka; također su imale veće vrijednosti glukoze, sistoličkog i diastoličkog tlaka od žena s povećanom tjelesnom masom. Ispitivanjem prehrabnenih navika utvrđeno je da ispitanici često konzumiraju ribu (9,8%, 5-7 puta tjedno; 34,5% 3-4 puta tjedno). Maslinovo ulje koristi 63% ispitanika 5-7 puta tjedno; 75,8% konzumira voće i povrće, a krumpir 42,2%. Polovica ispitanika (49,9%) tijesto i rižu konzumira 1-2 puta tjedno. Čak 28,1% ispitanika izjavilo je da konzumira meso 5-7 puta tjedno i 40,6% 3-4 puta tjedno. Vino pije redovito 40,9% ispitanika dok ih 38,6% uopće ne pije. 70,3% ispitanika nema naviku pijenja piva. Time se pokazalo da i u otočkoj populaciji dolazi do promjena u prehrabnenim navikama, odnosno da prehrana stanovnika na otocima lagano gubi obilježja tradicionalne Mediteranske prehrane i približava se standardnoj kontinentalnoj prehrani.

Zaključak: Dob ispitanika, promjene u prehrabnenim navikama i smanjena tjelesna aktivnost rezultirala je povećanom tjelesnom težinom, odnosno pretilošću ispitanika. U pretilih osoba i osoba s povećanom tjelesnom težinom utvrđena je veća učestalost rizičnih čimbenika za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Stoga je nužno ukazati na potrebu edukacije populacije o utjecaju prehrane na zdravlje i principima pravilne prehrane i to već od predškolske dobi kada se stvaraju određene prehrabene navike, te promovirati prednosti mediteranske prehrane kao prototipa pravilne prehrane uz odgovarajuću tjelesnu aktivnost.

Literatura

- [1] World Health Organization. Regional Publications European series, No 96. Food and Health in Europe: a new basis for action WHO. Copenhagen: WHO, 2004.
- [2] Schroder H, Marrugat J, Elosua R, Covas MI. Relationship between body mass index, serum cholesterol, leisure-time physical activity, and diet in Mediterranean Southern-Europe population. *Br J Nutr.* 2003;90:431-9.
- [3] Kaić-Rak A. Changes in dietary habits in Croatia. In: International conference on Mediterranean diet and health; Zagreb: Croatian National Institute of Public Health; 2002: 14-5.

Nordijskim hodanjem do kardiovaskularnog zdravlja – promocija tjelesne aktivnosti u lokalnim zajednicama

Emma Mesarič, Branislava Belović, Mojca Makovec, Zdenka Verban-Buzeti, Gordana Toth

Zavod za zdravstveno varstvo, Murska Sobota - Slovenija

Tjelesna aktivnost je ključnog značaja za kardiovaskularno zdravlje. U svrhu promicanja svakodnevne tjelesne aktivnosti odraslih stanovnika lokalnih zajednica Pomurja uvrstili smo uz druge programe i program promicanja nordijskog hodanja. Nordijsko hodanje ubrajamo u učinkovito, cjelovito, sigurno i dostupan oblik tjelesne aktivnosti. Može se izvoditi tijekom čitave godine, a primjereno je za osobe svih dobi i stupnja tjelesne kondicije. Učinci ovog načina hodanja su mnogostruki: u kretanje je uključeno cijelo tijelo (90 % svih mišića); jača se respiratorni i kardiovaskularni sistem; smanjuje ili otklanja bolove u vratu, ramenima i lumbalnom predjelu; pridonosi uspravnom držanju te pravilnom hodanju; povećava gibljivost kralježnice; u usporedbi sa običnim hodanjem povećava frekvenciju srca, kaloričnu potrošnju (20-40 %), potrošnju kisika (25%), poboljšava snagu ruku i ramenog pojasa, manje opterećuje skočni zglob, koljeno, kukove i kralježnicu. I što je veoma važno subjektivno nije napornija od običnog hodanja. Nordijsko hodanje razvijeno je u Finskoj gdje se je i vrlo brzo proširilo. U novom tisućljeću među prvima i u najvećem broju ovaj su način tjelesne aktivnosti prihvatile Austrija, Njemačka i Švicarska. U Europi oko 6 000 000 stanovnika koristi nordijsko hodanje u rekreativne namjene. Zbog specifičnosti nordijskog hodanja potrebno je naučiti pravilno hodati. U tu svrhu smo u Pomurju osposobili 80 vodiča nordijskog hodanja sa međunarodnom licencom. Istovremeno smo osposobili 8 vodiča iz susjedne regije Zala iz Mađarske i 2 vodiča iz Međimurske županije, koji su ujedno bili i prvi vodiči nordijskog hodanja u Hrvatskoj. U Pomurju djeluje Centar za nordijsko hodanje koji povezuje vodiče, brine za stručno usavršavanje, cjeloviti razvoj nordijskog hodanja u regiji te razvoj zdravlju naklonjene turističke ponude (www.zzv-ms.si) Istovremeno prenosi dobru praksu u ostale dijelove Slovenije. Do sada je izvedeno 25 motivacijskih radionica za odrasle stanovnike te 7 motivacijskih radionica za učenike osnovnih škola i gimnazije. Brojni učesnici ovih radionica prihvatili su nordijsko hodanje kao rekreativan oblik tjelesne aktivnosti. U većem broju pridružuju se strani i domaći turisti, tako da je ovaj oblik tjelesne aktivnosti postao svakodnevnicom. U Pomurju je tijekom dvije posljednje godine bilo organizirano 25 masovnih aktivnosti - pohoda u kojima je korišteno nordijsko hodanje. Koliko se je ta aktivnost raširila pokazuje njeno uvrštavanje u međunarodni maraton u Radencima. S obzirom na masovno širenje nordijskog hodanja u Europi i naših iskustva, smatramo da ova aktivnost može pridonijeti prevenciji kroničnih nezaznih bolesti, napose boljem kardiovaskularnom zdravlju.



Slika 1
Nordijsko hodanje kao dio turističke ponude



Slika 2
Nordijsko hodanje – masovna aktivnost

Važnost Registra preventivnih pregleda osoba starijih od 50 godina u planiranju intervencije na razini lokalnih zajednica

Goran Perko, Vanja Tešić, Velimir John

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije debljina, hipertenzija, hiperkolesterolemija, alkohol i pušenje su glavni uzročni čimbenici za nastanak bolesti srca i krvnih žila [1]. One su vodeći uzrok smrtnosti, pobola i invalidnosti kako u razvijenim zemljama svijeta tako i u mnogim zemljama u razvoju. No za razliku od ovih prvih gdje se sustavnom i upornom provedbom programa usvajanja zdravijeg načina življenja na lokalnoj razini (pravilni način prehrane, redovita fizička aktivnost, nepušenje i redukcija uzimanja alkohola) postiglo smanjenje mortaliteta od srčano-žilnih bolesti, skupinu zemalja u razvoju, uslijed ubrzanog starenja populacije, sedentarnog načina življenja te dominirajućih nezdravih životnih navika (nepravilni način prehrane, fizička neaktivnost, pušenje) karakterizira rastuća prevalencija ovih bolesti [2,3]. Epidemiološka studija provedena u 30 europskih zemalja ukazala je kako najniže stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti imaju zemlje Zapadne Europe, a najviše stope bilježe se u zemljama Srednje i Istočne Europe[4]. U Hrvatskoj bolesti srca i krvnih žila su vodeći uzrok mortaliteta i bolničkog liječenja [5]. Kardiovaskularne bolesti su glavni uzrok smrti u Zagrebu s 3825 umrle osobe i udjelom od 48,5% u ukupnom mortalitetu u 2003. godini (opća stopa smrtnosti 515 na 100.000 stanovnika) [6].

Intervencija na lokalnoj razini, u prevenciji i kontroli pojavnosti kardiovaskularnih bolesti podrazumijeva provedbu definiranog programa primarne i sekundarne prevencije fokusiranog na barem jedan čimbenik rizika za njihov nastanak (npr. povišen krvni tlak, pušenje, povišen ukupni kolesterol u krvi, tjelesna neaktivnost, nepravilna prehrana) [7]. Medicinsko-preventivni pregledi u djelatnosti opće/obiteljske medicine omogućuju rano utvrđivanje sinergističkog djelovanja čimbenika rizika za razvoj bolesti srca i krvnih žila, kao i njihovo pravovremeno otkrivanje u definiranoj populaciji. Tijekom 2005. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji evidentirano je 1932 preventivnih pregleda osiguranih osoba starijih od 50 godina, koje se u zadnje 3 godine nisu javljale svom izabranom doktoru. Analiza novootkrivenih bolesti, postavljenih nakon preventivnog pregleda, u odnosu na rang učestalosti vodećih pojedinačnih dijagnoza (MKB – X revizija), ukazala je kako se hipertenzija (I10) nalazi na vrhu ljestvice s udjelom od čak 30,41% (N=336), slijede je na drugom mjestu debljina (E66) s udjelom od 15,66% (N=173), na trećem s udjelom od 14,39% (N=159) nalazi se dijabetes melitus neovisan o inzulinu (E11), a četvrto mjesto s udjelom od 7,96% (N=88) zauzima dijagnoza E78 - poremećaji metabolizma lipoproteina i ostale lipidemije.

Pozitivna iskustva u zapadnim razvijenim zemljama svijeta ukazuju na pad pojavnosti srčano-žilnih bolesti kao uzroka smrti, pobola i invalidnosti, prvenstveno sustavnom zdravstvenim odgojem o njihovoj prevenciji, sistematskim medicinsko - preventivnim pregledima, a posebice promicanjem zdravlja na radnim mjestima, u školama te organiziranim grupama u lokalnoj zajednici. Uloga Registra preventivnih pregleda osoba starijih od 50 godina ogleda se upravo u osiguranju pravovaljanih i pravodobnih informacija o čimbenicima rizika za kardiovaskularne bolesti važnih u planiranju intervencije na lokalnoj razini.

Literatura

- [1] World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy life. Geneva, World Health Organization.
- [2] Ebrahims, S, Davey Smith, G. Exporting failure? Coronary Heart Disease and Stroke in Developing Counties. International Epidemiological Association. 2001, 30: 201-205.
- [3] World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases – Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation; Geneva, WHO, 28 January-1 February 2002 (WHO Technical Report Series, No. 916).
- [4] Sans S., Kesteloot H., Kromhout D. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. European Heart Journal 1997; 18: 1231-1248.
- [5] Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Kardiovaskularne bolesti u Republici Hrvatskoj. Zagreb, 2004.
- [6] Tešić V, Pajan Lehpaner G. Prevalencija kardiovaskularnih čimbenika rizika u populaciji Zagreba. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2006; 2: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=12992>, 2006.
- [7] Dongbo Fu. Community-based Intervention for Prevention and Control of Cardiovascular Diseases. Geneva Foundation for Medical Education and Research. WHO Collaborating Centre in Education and Research in Human Reproduction. Geneva, 2003. <http://www.gfmer.ch>, 2006.

Incidencija, prevalencija i prevencija kardiovaskularnih bolesti u gradu zagrebu od 1985. godine do 2006. godine sa zahvatnim mjestom djelovanja u lokalnoj samoupravi

Višnja Juvančić, Goran Perko, Aleksandar Momirović

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba

Kronične masovne nezarazne bolesti davno su već poprimile epidemijski karakter. Praćenjem svih skupina bolesti po X . Međunarodnoj Reviziji bolesti – MKB, kardiovaskularne bolesti su po rangu – uvijek na prvom mjestu kroz cijeli promatrani period od 1985. godine do današnjih dana 2006. godine.

U prospektivnoj, longitudinalnoj studiji s kohortama (stanovništvo se prati po kvintilima – petogodišta), istražuje se pobol (morbidity) i smrtnost (pomor, mortalitet) kao i demografska slika grada Zagreba.

Metodologija: Pobol se prati iz Periodičnih Zbirnih izvještajnih obrazaca za primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu za šest subspecijalnosti. Smrtnost se dobiva iz tablica Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske (broj umrlih u Zagrebu – TAB 3-2-02 DEM-2/2005 i ostalih po pojedinim kategorijama).

Smrtnost od bolesti cirkulacijskog sustava i ishemične bolesti srca po dobi i spolu u odnosu na ukupnu smrtnost u gradu Zagrebu za 2004. godinu: od ishemične bolesti srca (I20-I25) umrlo je: 1381, od bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99): 3 825; ukupna smrtnost u gradu Zagrebu u 2004. godini: 7890; m: 3888, ž: 4002. Struktura u postocima ishemične bolesti srca u ukupnoj smrtnosti: 17, 50, a bolesti cirkulacijskog sustava u ukupnoj smrtnosti: 48, 48.

U promatranom periodu od 1985. godine do 2005. godine uočava se, da je najveći broj smrti od 410, 411, 412, 413, 414 bio u 1997-oj godini: 2056, m: 1010, a ž: 1046. Slijedi 1994. godina: 1978, m: 966, a ž: 1012. U 1993-oj godini umrlo je od srčanih oboljenja: 1941, m: 956, ž: 985 itd.

Zapaža se, da je umro veći broj žena u ratu i poraću, što bi se moglo pripisati- stresu, teškim životnim i ratnim uvjetima, mentalnim poremećajima i psihozama straha, a naročito pomanjkanju estrogena itd.

Zaključno, smrtnost od bolesti cirkulacijskog sustava i ishemične bolesti srca u gradu Zagrebu kreće se oko 50%, a to je i u korelaciji s podacima na republičkom nivou. U prevenciji navedenih bolesti najvažnija je primarna prevencija (mikro i makro) uz "stil" života svakog pojedinca ("behaviour"), svjesnost o štetnim navikama, mentalni i socijalni okoliš, kulturne i subkulturne navike, edukacija, zdravstvene akcije, samoodgoj, samozaštita, samopomoć itd.

Lokalna samouprava ima mnogostruko značenje. Izabrana tijela (jedinice) u lokalnoj samoupravi imaju na svom području dobar pregled situacije – broja domaćinstava, takozvanih socijalnih mapa, potreba, pomoći, želja i očekivanja itd.

Lokalna samouprava ima "životni uvid" u određeno ograničeno područje – "područnu situaciju". Kada se iz prikupljenih i dobivenih, a potom prorađenih podataka, već navedenih socijalnih mapa, izvješća o pokrenutim i završenim akcijama, pomoći civilnih udruga, svaki problem prenese se "s papira uživo" – može se ciljano djelovati kao i ograničiti na rješavanje problema u "kvartu" [1], [2], [3].

Literatura

- [1] Juvančić V. Uloga Mjesne zajednice u zaštiti starih ljudi, Dani Zavoda 1986., Zagreb, travanj 1986., Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba, Preventiva zagrabiensis, Tisak Zelina, 1986., 91-99.
- [2] Žulj-Juvančić V. Stariji ljudi grada Zagreba i njihova zaštita u lokalnoj samoupravi, Tematska konferencija u Domu umirovljenika Medveščak, Zagreb, 2000., 1-5.
- [3] Žulj-Juvančić V. i sur. Pobol i smrtnost od kroničnih masovnih nezaraznih i zaraznih bolesti u gradu Zagrebu od 1985. do 2005. godine. Demografska slika grada Zagreba. Zdravstveno stanje stanovništva grada Zagreba. Praćenje demografskih i zdravstvenih pokazatelja od 1985. do 2005. godine, Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba, Zagreb veljača 2005. godine, 1-126.

Unapređenje kardiovaskularnog zdravlja hrvatskog starijeg pučanstva – primarna prevencija za starije u lokalnoj zajednici

Spomenka Tomek-Roksandić, Tihomira Ivanda, Diana Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Boris Ljubić, Josip Čulig

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba – Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

Praćenje, utvrđivanje i evaluiranje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba je prioritetna gerontološko javnozdravstvena djelatnost, čija primjena je indikator napretka ili propusta u zaštiti zdravlja cjelokupnog pučanstva. Tendencija povećanja udjela starijeg pučanstva Hrvatske dovodi do razlike između utvrđenih i zadovoljenih zdravstvenih i gospodarstvenih potreba starijih ljudi. Na to ukazuju evaluirani podaci gerontološke datoteke po kojima je svaka peta starija osoba u Hrvatskoj ovisna o tuđoj pomoći, te gerontološkoj i gerijatrijskoj zdravstvenoj skrbi, a to se poglavito odnosi na uzroke bolesnog starenja i nastale funkcionalne onesposobljenosti uzrokovane preventabilnom kardiovaskularnom bolesti.

Zaštita zdravlja starijih osoba ne može se provoditi niti unapređivati uz evaluaciju učinkovitosti i dostupnosti te racionalnosti gerijatrijske potrošnje ako se ne znaju gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj zdravstvenoj skrbi, u lokalnoj zajednici gdje tu zdravstvenu skrb starije osobe ostvaruju. U Hrvatskoj vodeći uzrok smrti u starijih od 65 godina u usporedbi od 2003. do 2005. g. čini alarmantni udio od 87,6% u ukupnom mortalitetu hrvatskog starijeg pučanstva (slika 1). Vodeći uzrok hospitalizacija gerijatrijskih bolesnika u Hrvatskoj u 2005. g. su bolesti cirkulacijskog sustava sa udjelom od 60,83% (N=49988) u ukupno hospitaliziranih 82173 bolesnika u toj skupini bolesti (2005. g.). To je značajno povećanje udjela od 51,43% u 2004. g. u Hrvatskoj. Gerontološka fokusirana analiza vodećeg uzroka hospitalizacija gerijatrijskih bolesnika od akutnog infarkta miokarda u ukupno hospitaliziranih starijih od 65 od bolesti cirkulacijskog sustava u Hrvatskoj (2005. g.) ukazuje na značajan udio od 5422 hospitalizacija uzrokovane akutnim infarktomiokarda (I21). Inzult (I64) se pojavljuje kao uzrok sa posljedicama (I69) te kao intracerebralno krvarenje (I61) sa čak 4946 ukupno uzrokovanih hospitalizacija u 2005. g. Osobito je značajan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj udjela hospitalizacija zbog utvrđene hipertenzivne bolesti srca u starijih od 65 godina (I11) s udjelom 48,17% (slika 2).

Gerontološko-javnozdravstvena djelatnost ostvarena putem zadaća i poslova Centara za gerontologiju po županijskim Zavodima za javno zdravstvo Hrvatske omogućuje izradbu gerontoloških normi i algoritama s uspostavom mreže gerontološke i gerijatrijske zdravstvene skrbi, a koja uključuje poglavito primjenu Programa preventivne gerontološke zaštite. U lokalnoj zajednici u kojoj djeluje Gerontološki centar kao izvaninstitucijska skrb za starije na razini primarne zdravstvene zaštite prioritetna je zadaća utvrđivanje i sprječavanje negativnog zdravstvenog ponašanja starijih te kardiovaskularnih rizičnih čimbenika nastanka bolesti cirkulacijskog sustava gerijatrijskih osiguranika. Po gerontološkom preventivnom programu u lokalnoj zajednici moguće je ostvariti očuvanje funkcionalne sposobnosti ne samo osoba u ranijoj starosti od 65-74 god. nego i onih u srednjoj i dubokoj starosti. Zbog toga Gerontološki centri postaju osnovni zdravstveni management za starije kao središnje neposredno okupljalište starijih osoba osobito u ranijoj starosti s osnovnim ciljem zadržavanja što je duže moguće starije osobe u njegovom prebivalištu uz obitelj unapređujući njegovo zdravlje i očuvanje funkcionalne sposobnosti. U Gerontološkim centrima provode se Programi preventivnih pregleda primarne prevencije za starije, trajne tjelesne, psihičke i okupacijsko-rekreacijske radne aktivnosti za starije, fizikalne terapije, zdravstvenog, psihološkog i pravnog savjetovanje, dnevnog boravka, njege i pomoći u kući i dostave obroka te posudionice ortopedskih pomagala i raznih usluga gerontoservisa. Gerontološki centri realizirani su na devet lokacija u Gradu Zagrebu tijekom 2004., 2005. i 2006. g. pri Domovima za starije i nemoćne osobe Trnje, Maksimir, Medveščak, Sv. Ana, Sv. Josip, Trešnjevka, Peščenica, Dubrava i Centar. Gerontološki centri djeluju i po ostalim županijama u Hrvatskoj kao npr. Pula, Šibenik, Veli Lošinj, Rijeka, Beli Manastir, Rab, Osijek, Pojatno, Zadar, Split, Poreč, Krk, Rovinj, Sisak, Lipiku, Jasenovcu, Karlovcu, Virovitici i dr. Osobito ističemo u okviru djelatnosti Gerontološkog centra i razvoj dnevnih boravaka za starije osobe po županijama Hrvatske (2006. g. ukupno 41) koji su se istakli svojom socijalnom skrbi za starije u ruralnim starijim hrvatskim domaćinstvima. Kako su hrvatska tako i europska gerontološka istraživanja, uključujući „CroCan“ istraživački projekt (HZA) potvrdila povezanost primjene trajne tjelesne aktivnosti starijih osoba u preveniranju kardiovaskularnih rizičnih čimbenika značajno je razvijati tu geroprofilaksu u cilju unapređivanja kardiovaskularnog zdravlja hrvatskog starijeg pučanstva u lokalnoj zajednici.

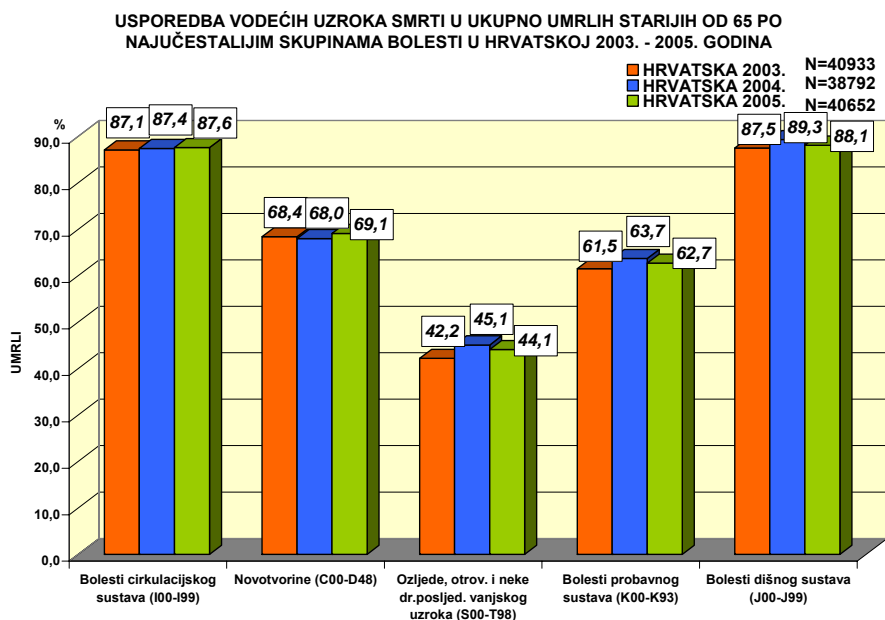
ZAKLJUČNA SPOZNAJA

Kako se implikacije ubrzanog starenja hrvatskog pučanstva odražavaju na zadovoljenje njihovih zdravstvenih potreba od osobitog značenja je unapređivanje kardiovaskularnog zdravlja osoba u ranijoj

starosti kako bi se očuvala njihova funkcionalna sposobnost i u dubokoj starosti u lokalnoj zajednici gdje starije osobe žive i stvaraju.

Literatura

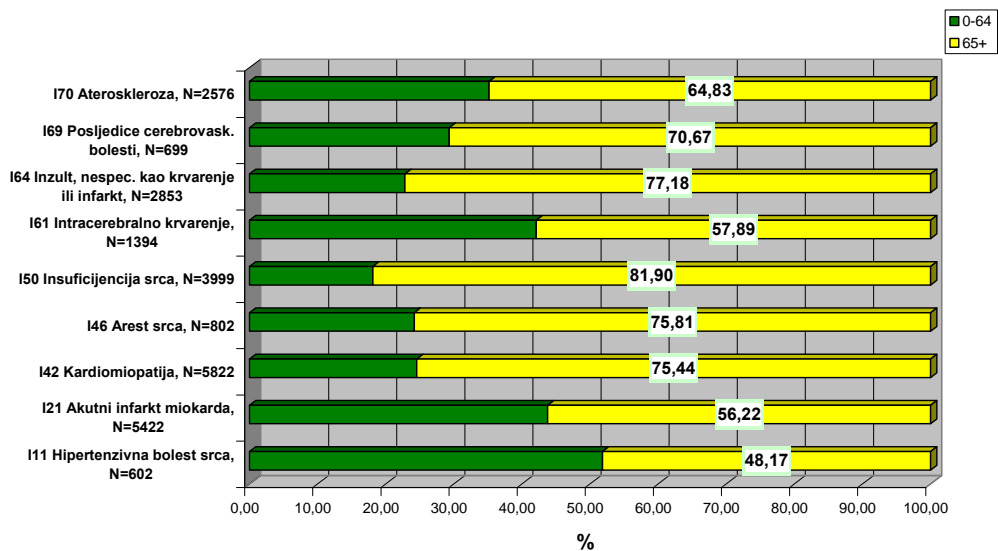
Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H. HZA –Kardiovaskularni rizični čimbenici starijih osoba po županijama (regijama) Hrvatske. Ur. Vuletić S, Kern J, Heim I., Strnad M. Knjiga sa znanstvenog skupa: Prostorna distribucija populacijskih kardiovaskularnih rizika u Hrvatskoj, Akademija medicinskih znanosti; Zagreb, 2005;10-11.



Slika 1.

Izvor: DZS i CZG ZZJGZ

UDIO HOSPITALIZACIJA STARIJIH BOLESNIKA OD 65 G. PO POJEDINOJ BOLESTI CIRKULACIJSKOG SUSTAVA (I00-I99) U HRVATSKOJ 2005. G.



Slika 2.

Izvor: HZZJZ (prvi rezultati) i CZG ZZJGZ

Javnozdravstvena istraživanja kardiovaskularnih ponašajnih čimbenika rizika u Hrvatskoj i Europi

Ozren Polašek, Ivana Kolčić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Kardiovaskularne bolesti su glavni uzročnik smrti, i jedan od najznačajnijih zdravstvenih problema u tranzicijskim zemljama. Kardiovaskularni mortalitet Hrvatske pokazuje sličan uzorak, obilježen značajnim regionalnim razlikama¹. Istovremeno, znanstvena produktivnost vezana uz kardiovaskularne bolesti u Hrvatskoj je manja nego u drugim susjednim i tranzicijskim zemljama².

Cilj ove studije bio je usporediti nacionalne zdravstvene ankete, posebice njihove module vezane uz kardiovaskularne bolesti i čimbenike rizika. Studija je obuhvatila ankete koje su provedene ili se provode u nekoliko zemalja Europe³: Mađarskoj, Češkoj, Poljskoj, Italiji, Velikoj Britaniji i Grčkoj. Pretraživanje je provedeno iz dva izvora – pretragom Internet stranica o zdravstvenim anketama na tražilici Google, te retrogradnom pretragom bibliografske baze podataka Pubmed, s ciljem pronalaska objavljenih radova koji su koristili rezultate populacijskih zdravstvenih anketa.

Rezultati ukazuju da se zdravstvene ankete zasnivaju na različitim metodološkim pristupima (Tablica 1). Najsveobuhvatnija anketa bila je General Household Survey iz Velike Britanije, koja se provodi svake godine tijekom zadnjih 30 godina. Ostale ankete provedene su epizodno, često uz razne metodološke nedostatke, koji su varirali od male veličine uzorka (Češka), do metodoloških problema vezanih uz reprezentativnost uzorka (Grčka). Ponderiranje (*weighting*) uzorka zabilježeno je u svim promatranim anketama, i predstavlja uobičajen način za povećanje reprezentativnosti uzorka. Sve ankete su prikupljale podatke vezane uz zdravstveno stanje ispitanika, i pružaju dobru osnovu za procjenu prevalencije kardiovaskularnih bolesti i čimbenika rizika, uz uočene manje metodološke razlike među pojedinim anketama. Najveće razlike zabilježene su u pitanjima vezanim uz korištenje alkohola.

Provođenje nacionalnih zdravstvenih anketa je važan način za prikupljanje podataka vezanih uz populacijske čimbenike rizika. Provedba ovakvih istraživanja na redovitoj bazi trebala bi biti glavni način za prikupljanje dragocjenih informacija o kretanju prevalencije čimbenika rizika u populaciji. Rezultati dobiveni redovitim praćenjem čimbenika rizika mogli bi se koristiti kao osnova za donošenje odluka i precizno djelovanje (javno)zdravstvenog sustava s ciljem prevencije bolesti i poboljšanja zdravlja.

Anketa, država	Dobne odrednice uzorka	Veličina uzorka	Postotak neodgovaranja
General Household Survey, Velika Britanija	16+	13,000	33%
Polish Health Survey 1996, Poljska	Sve	20,100	12%
Czech health Survey 2002, Češka	15+	2,476	29%
National Greek Survey 1998, Grčka	12-64	3,759	20%
	(<i>oversampling</i> za dob 12-24 godine)		
SHCPHS* 1999-2000, Italija	?	60,000	10%
HZA 2003, Hrvatska	18-101	9,070	15%

*Survey of Health Conditions and the Use of Health Services 1999-2000

Literatura

- [1] Kern J, Strnad M, Coric T, Vuletic S. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide the evidence for developing policy recommendations. *BMJ*. 2005;331(7510):208-10.
- [2] Lukenda J, Kolaric B, Kolcic I, Pazur V, Biloglav Z. Cardiovascular diseases in Croatia and other transitional countries: comparative study of publications, clinical interventions, and burden of disease. *Croat Med J*. 2005;46(6):865-74.
- [3] Barnay T, Jusot F, Rochereau T, Sermet C. Comparability of Health Surveys in Europe by countries: France, United Kingdom, Russia, Poland, Czech Republic, Germany, Greece, Italy, Spain and Sweden. Dostupno na adresi: <http://www.ilc-france.org/actualites/docs/Indicators-shortversion.pdf>

Kohortna studija kardiovaskularnog zdravlja

Silvije Vuletić

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Regionalizam kardiovaskularnih biheviornalnih rizika – model intervencije

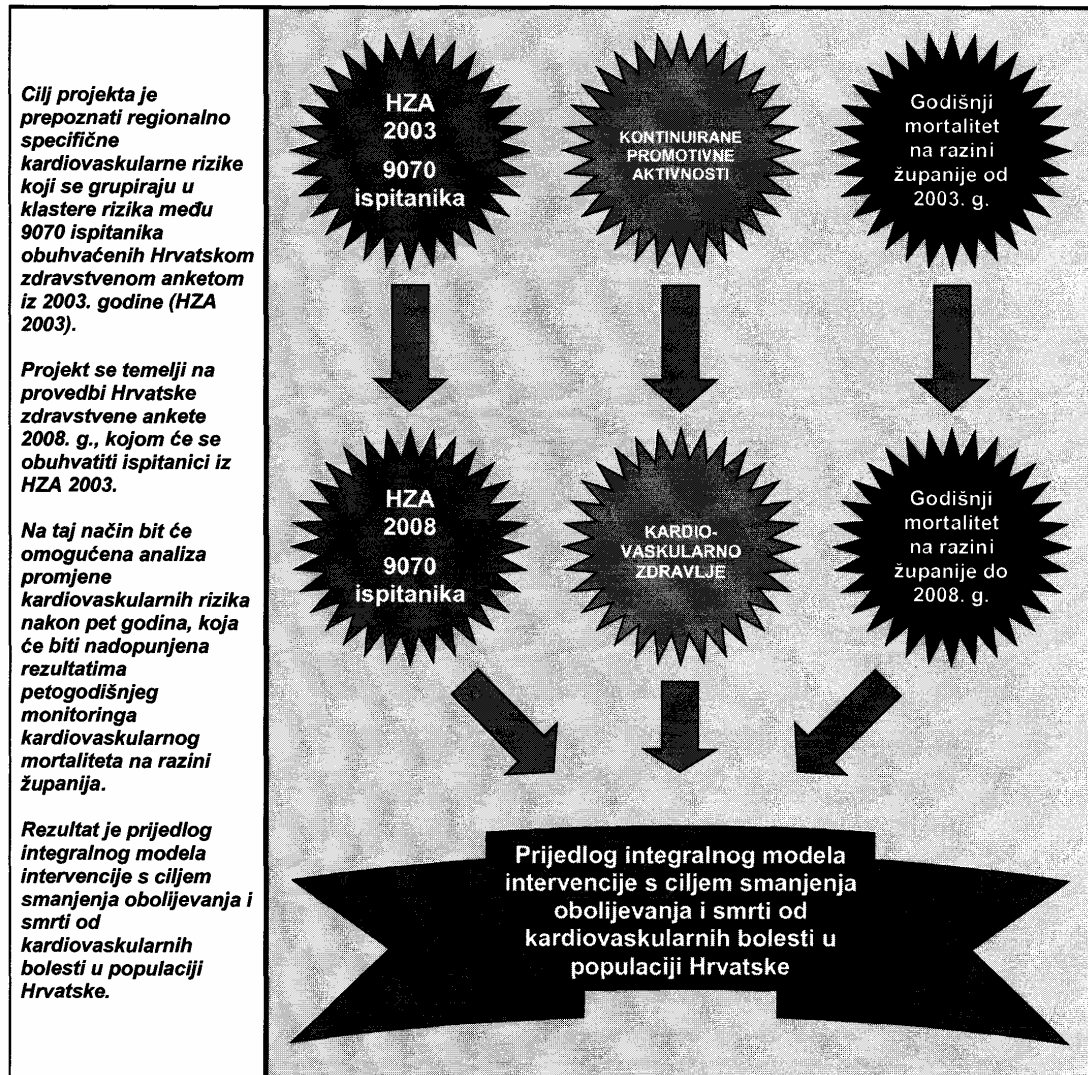
Voditelj projekta: Profesor emeritus Silvije Vuletić

U projektu sudjeluju: prof. dr. sc. Davor Ivanković, prof. dr. sc. Josipa Kem, prof. dr. sc. Marija Strnad, doc. dr. sc. Darja Maslić Seršić, dr. sc. Zdenko Sonicki, dr. sc. Gorka Vuletić, mr. sc. Željko Baklaić, mr. sc. Ana Ivičević Uhermik, mr. sc. Sanja Musić Milanović, dr. Ozren Polašek

SAŽETAK PROJEKTA

Breme kardiovaskularnih bolesti od posebnog je nacionalnog interesa za Hrvatsku. Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti i među najznačajnijim razlozima hospitalizacije i invaliditeta. Cilj projekta je prepoznati regionalno specifične kardiovaskularne rizike koji se grupiraju u klustere rizika među 9070 ispitanika obuhvaćenih Hrvatskom zdravstvenom anketom iz 2003. godine (HZA 2003). Projekt se temelji na provedbi Hrvatske zdravstvene ankete 2008. godine, kojom će se

obuhvatiti ispitanici iz HZA 2003. Na taj način bit će omogućena analiza promjene kardiovaskularnih rizika nakon pet godina, koja će biti nadopunjena rezultatima petogodišnjeg monitoringa kardiovaskularnog mortaliteta na razini županija. Kao poseban dio projekta izdvađa se evaluacija rada javnozdravstvenih profesionalaca koji se bave kardiovaskularnim zdravljem, te prijedlog integralnog modela intervencije s ciljem smanjenja obolijevanja i smrti od kardiovaskularnih bolesti u populaciji Hrvatske.



**Izvještaj s Europske ministarske konferencije o
prevenciji pretilosti**
Istanbul, Turska, 15.-17. 11. 2006.



WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity

Diet and physical activity for health

Istanbul, Turkey, 15–17 November 2006



EUROPE

EUR/06/5062700/8

18 September 2006

61134

ORIGINAL: ENGLISH

Draft European Charter on counteracting obesity

To address the growing challenge posed by the epidemic of obesity to health, economies and development, we, the Ministers and delegates attending the WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity (Istanbul, Turkey, 15–17 November 2006), together with the WHO Regional Director for Europe, in the presence of the European Commissioner for Health and Consumer Protection, hereby adopt the following European Charter on Counteracting Obesity. The process of developing the present Charter has involved different government sectors, international organizations, experts, civil society and the private sector through dialogue and consultations.

We declare our commitment to strengthen action on counteracting obesity in line with this Charter and to place this issue high on the political agenda of our governments. We also call on all partners and stakeholders to take stronger action against obesity.

Sufficient evidence exists for immediate action; at the same time, the search for innovation, adjustments to local circumstances and new research on certain aspects can improve the effectiveness of policies.

Obesity is a global public health problem; we acknowledge the role that European action can play in setting an example and thereby mobilizing global efforts.

1. THE CHALLENGE

We acknowledge that:

- 1.1 The epidemic of obesity poses one of the most serious public health challenges in the WHO European Region.** The prevalence of obesity has risen up to three-fold in the last two decades. Half of all adults and one in five children in the WHO European Region are overweight. Of these, one third are already obese, and numbers are increasing fast. Overweight and obesity contribute to a large proportion of noncommunicable diseases, shortening life expectancy and adversely affecting the quality of life. More than one million deaths in the Region annually are due to diseases related to excess body weight.
- 1.2 The trend is particularly alarming in children and adolescents,** thus passing the epidemic into adulthood and creating a growing health burden for the next generation. The annual rate of increase in the prevalence of childhood obesity has been rising steadily and is currently up to ten times higher than it was in 1970.
- 1.3 Obesity also strongly affects economic and social development.** Adult obesity and overweight are responsible for up to 6% of health care expenditure in the European Region; in addition, they impose indirect costs (due to the loss of lives, productivity and related income) that are at least two times higher. Overweight and obesity most affect people in lower socioeconomic groups, and this in turn contributes to a widening of health and other inequalities.

1.4 The epidemic has built up in recent decades as a result of the changing social, economic, cultural and physical environment. An energy imbalance in the population has been triggered by a dramatic reduction of physical activity and changing dietary patterns, including increased consumption of energy-dense nutrient-poor food and beverages (containing high proportions of saturated as well as total fat, salt, and sugars) in combination with insufficient consumption of fruit and vegetables. According to available data two thirds of the adult population in most countries in the WHO European Region are not physically active enough to secure and maintain health gains, and only in a few countries does the consumption of fruit and vegetables achieve the recommended levels. Genetic predisposition alone can not explain the epidemic of obesity without such changes in the social, economic, cultural and physical environment.

1.5 International action is essential to support national policies. Obesity is no longer a syndrome of wealthy societies; it is becoming just as dominant in developing countries and countries with economies in transition, particularly in the context of globalization. Taking intersectoral action remains a challenge, and no country has yet effectively managed to bring the epidemic under control. Establishing strong internationally coordinated action to counteract obesity is both a challenge and an opportunity, as many key measures are cross-border both in character and in their implications.

2. WHAT CAN BE DONE: the goals, principles and framework for action

2.1 The obesity epidemic is reversible. We believe that it is possible to reverse the trend and bring the epidemic under control. This can only be done by comprehensive action, since the root of the problem lies in the rapidly changing social, economic and environmental determinants of people's lifestyles. The vision is to shape societies where healthy lifestyles related to diet and physical activity are the norm, where health goals are aligned with those related to the economy, society and culture and where healthy choices are made easy for individuals.

2.2 Curbing the epidemic and reversing the trend is the ultimate goal of action in the Region. Visible progress, especially relating to children and adolescents, should be achievable in most countries in the next 4–5 years and it should be possible to reverse the trend by 2015 at the latest.

2.3 The following principles need to guide action in the WHO European Region:

- 2.3.1 High-level political will and leadership and whole-government commitment are required to achieve mobilization and synergies across different sectors.
- 2.3.2 Action against obesity should be linked to overall strategies to address noncommunicable diseases and health promotion activities [as well as to the broader context of sustainable development]. Improved diet and physical activity will have a substantial and often rapid impact on public health, beyond the benefits related to reducing overweight and obesity.
- 2.3.3 A balance must be struck between the responsibility of individuals and that of government and society. Holding individuals alone accountable for their obesity should not be acceptable.
- 2.3.4 It is essential to set the action taken within the cultural context of each country or region and to acknowledge the pleasure afforded by a healthy diet and physical activity.
- 2.3.5 It will be essential to build partnerships between all stakeholders such as government, civil society, the private sector, professional networks, the media and international organizations, across all levels (national, sub-national and local).
- 2.3.6 Policy measures should be coordinated in the different parts of the Region, in particular to avoid shifting the market pressure for energy-dense food and beverages to countries with less regulated environments. WHO can play a role in facilitating and supporting intergovernmental coordination.

- 2.3.7 Special attention needs to be focused on vulnerable groups such as children and adolescents, whose credulity should not be exploited by commercial activities.
- 2.3.8 It is also a high priority to support lower socioeconomic population groups, who face more constraints and limitations on making healthy choices. Increasing the access to and affordability of healthy choices should therefore be a key objective.
- 2.3.9 Impact on public health objectives should have priority consideration when developing economic policy, as well as policies in the areas of trade, agriculture, transport and urban planning.

2.4 A framework, linking the main actors, policy tools and settings, is needed to translate these principles into action.

- 2.4.1 **All relevant government sectors and levels should play a role.** Appropriate institutional mechanisms need to be in place to enable this collaboration.
 - Health ministries should play a leading role by advocating, inspiring and guiding multisectoral action. They should set the example when facilitating healthy choices among employees in the health sector and health service users. The role of the health system is also important when dealing with people at high risk and those already overweight and obese, by designing and promoting prevention measures and by providing diagnosis, screening and treatment.
 - Ministries and agencies such as those for agriculture, food, finance, trade and economy, transport, urban planning, education and research, social welfare, labour, sport, culture and tourism have an essential role to play in developing health promoting policies and actions. This will also lead to benefits in their own domain.
 - Local authorities have great potential and a major role to play in creating the environment and opportunities for physical activity, active living and a healthy diet, and they should be supported in doing this.
- 2.4.2 **Civil society can support the policy response.** The active involvement of civil society is important, to foster the public's awareness and demand for action and as a source of innovative approaches. Nongovernmental organizations can support strategies to counteract obesity. Employers', consumers', parents', youth, sport and other associations and trade unions can each play a specific role. Health professionals' organizations should ensure that their members are fully engaged in preventive action.
- 2.4.3 **The private sector should play an important role and have responsibility in building a healthier environment, as well as for promoting healthy choices in their own workplace.** This includes enterprises in the entire food chain from primary producers to retailers. Action should be focused on the main domain of their activities, such as manufacturing, marketing and product information, while consumer education could also play a role, under guidance from public health authorities. There is also an important role for sectors such as sports clubs, leisure and construction companies, advertisers, public transportation, active tourism, etc. The private sector could be involved in win-win solutions by highlighting the economic opportunities of investing in healthier options.
- 2.4.4 **The media have an important responsibility** to provide information and education, raise awareness and support public health policies in this area.
- 2.4.5 **Intersectoral collaboration is essential not only at national but also at international level.** WHO should inspire, coordinate and lead the international action. International organizations such as the United Nations Food and Agriculture Organization (FAO), the United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Bank, the Council of Europe, the International Labour Organization (ILO), and the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) can create effective partnerships and thus stimulate multisectoral collaboration at national and international levels. The European Union (EU)

has a principal role to play through EU legislation, public health policy and programmes, research and activities such as the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health.

Existing international commitments such as the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, the European Food and Nutrition Action Plan and the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases should be used for guidance and to create synergies. In addition, policy commitments such as the Children's Environment and Health Action Programme for Europe (CEHAPE), the Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP), and the Codex Alimentarius within the limits of its remit, can be used to achieve coherence and consistency in international action and to maximize efficient use of resources.

- 2.4.6 **Policy tools range from legislation to public/private partnerships, with particular importance attached to regulatory measures.** Government should ensure consistency and sustainability through regulatory action, including legislation. Other important tools include policy reformulation, fiscal and public investment policies, health impact assessment, campaigns to raise awareness and provide consumer information, capacity-building and partnership, research, planning and monitoring. Public/private partnerships with a public health rationale and shared specified public health objectives should be encouraged. Specific regulatory measures should include: the adoption of regulations to substantially reduce the extent and impact of commercial promotion of energy-dense foods and beverages, particularly to children, with the development of international approaches, such as a code on marketing to children in this area; and the adoption of regulations for safer roads to promote cycling and walking.
- 2.4.7 **Action should be taken at both micro and macro levels, and in different settings.** Particular importance is attached to settings such as the home and families, communities, kindergartens, schools, workplaces, means of transport, the urban environment, housing, health and social services, and leisure facilities. Action should also cover the local, country and international levels. Through this, individuals should be supported and encouraged to take responsibility by actively using the possibilities offered.
- 2.4.8 **Action should be aimed at ensuring an optimal energy balance by stimulating a healthier diet and physical activity.** While information and education will remain important, the focus should shift to a portfolio of interventions designed to change the social, economic and physical environment.
- 2.4.9 **A package of essential preventive action should be promoted as key; countries may further prioritize interventions from this package, depending on their national circumstances and the level of policy development.** The package of essential action would include: reduction of marketing pressure, particularly to children; promotion of breastfeeding; improvement of supply of healthier food, including fruit and vegetables; economic measures that facilitate healthier food choices; offers of affordable recreational/exercise facilities, including support for socially disadvantaged groups; reduction of fat, free (particularly added) sugars and salt in manufactured products; promotion of cycling and walking by better urban design and transport policies; creation of opportunities in local environments that motivate people to engage in leisure time physical activity; provision of healthier foods, opportunities for daily physical activity, and nutrition and physical education in schools; facilitating and motivating people to adopt better diets and physical activity in the workplace; developing/improving national food-based dietary guidelines and guidelines for physical activity; and individually adapted health behaviour change.
- 2.4.10 **Attention should also continue to be focused on preventing obesity in people who are already overweight and thus at high risk, and on treating the disease of obesity.** Specific actions in this area would include: introducing routine anthropometric measurements and counselling in primary health care system; providing training for

health professionals in the prevention of obesity; and issuing clinical recommendations for screening and treatment.

- 2.4.11 **When designing and implementing policies, successful interventions with demonstrated effectiveness need to be used.** They include projects with proven impact on the consumption of healthier foods and levels of physical activity such as: schemes to offer people free fruit at school and work; affordable pricing for healthier foods; increasing access to healthier foods in areas of socioeconomic deprivation; establishing bicycle priority routes; encouraging children to walk to school; improving street lighting; promoting stair use; and reducing television viewing. There is also evidence that many interventions against obesity, such as school programmes and active transport, are highly cost-effective. The WHO Regional Office for Europe will provide decision-makers with examples of good practice and case studies.

3. PROGRESS AND MONITORING

- 3.1** The present Charter aims to strengthen action against obesity throughout the WHO European Region. It will stimulate and influence national policies, regulatory action including legislation and action plans. A European action plan, covering nutrition and physical activity, will translate the principles and framework provided by the Charter into specific action packages and monitoring mechanisms.
- 3.2** A process needs to be put together to develop internationally comparable core indicators for inclusion in national health surveillance systems. These data could then be used for advocacy, policy-making and monitoring purposes. This would also allow for regular evaluation and review of policies and actions and for the dissemination of findings to a wide audience.
- 3.3** Monitoring progress on a long-term basis is essential, as the outcomes in terms of reduced obesity and the related disease burden will take time to manifest themselves. Three-year progress reports should be prepared at the WHO European level, with the first due in 2010.

Indeks autora

<i>Antonić-Degač K.</i>	11	<i>Ljubić B.</i>	21
<i>Belović B.</i>	13,18	<i>Makovec M.</i>	18
<i>Benčević Striehl H.</i>	14	<i>Malatestinić Đ.</i>	14
<i>Bergman-Marković B.</i>	8	<i>Mesarič E.</i>	18
<i>Bergovec M.</i>	12	<i>Mihok D.</i>	21
<i>Bergovec M.</i>	12	<i>Miličić D.</i>	10
<i>Brborović O.</i>	2	<i>Milošević M.</i>	7,17
<i>Čulig J.</i>	21	<i>Momirović A.</i>	20
<i>Doko Jelinić J.</i>	7	<i>Mustajbegović J.</i>	7,17
<i>Džakula A.</i>	2	<i>Pavić Šimetin I.</i>	4
<i>Glibotić Kresina H.</i>	14	<i>Pavleković G.</i>	5
<i>Golubić R.</i>	7	<i>Pejnović Franelić I.</i>	4
<i>Heim I.</i>	9	<i>Perko G.</i>	19,20
<i>Hrabak-Žerjavić V.</i>	1	<i>Polašek O.</i>	23
<i>Ivanda T.</i>	21	<i>Posavec M.</i>	3
<i>Ivanković D.</i>	17	<i>Pucarín-Cvetković J.</i>	11,17
<i>Janković S.</i>	14	<i>Puljak A.</i>	21
<i>John V.</i>	19	<i>Radašević H.</i>	21
<i>Jovanović J.</i>	13	<i>Strnad M.</i>	1
<i>Jureša V.</i>	3	<i>Šogorić S.</i>	2
<i>Juvančić V.</i>	20	<i>Tešić V.</i>	19
<i>Kaić-Rak A.</i>	11,17	<i>Tomek-Roksandić S.</i>	21
<i>Katić T.</i>	12	<i>Toth G.</i>	13,18
<i>Kern J.</i>	8	<i>Vasilj I.</i>	12
<i>Kolčić I.</i>	23	<i>Verban-Buzeti Z.</i>	13
<i>Kralj V.</i>	1	<i>Vražić H.</i>	12
<i>Kruhek-Leontić D.</i>	9	<i>Vukušić-Rukavina T.</i>	2
<i>Kuzman M.</i>	4	<i>Vuletić S.</i>	8,24
<i>Lahe M.</i>	15	<i>Županić M.</i>	16
<i>Laido Z.</i>	11	<i>Žuškin E.</i>	7