



**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**

УПАТСТВО

**ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
ЗА ЛЕКАРИ ВО ПРИМАРНАТА И
ПРЕВЕНТИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

Скопје, 2010

ИЗДАВАЧ

ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА – СКОПЈЕ

В.Д. ДИРЕКТОР: ас. д-р Шабан Мемети

**Стручна изработка: Сектор за промоција,
анализи и следење на незаразни болести**

Раководител: проф. д-р Елена Косевска

Автори:

м-р Тања Лековска Стоицовска

проф. д-р Елена Косевска

Техничка подготовка:

Борче Андоновски

Сузана Дунгевска

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”, Скопје

616.1/.8-036.12-084(083.131)

ЛЕКОВСКА-Стоицовска, Тања

Упатство за превенција на незаразни болести за лекари во примарната и превентивната здравствена заштита / Тања Лековска-Стоицовска, Елена Косева. - Скопје : Институт за јавно здравје на Република Македонија, 2011. - 42 стр. : илустр. ; 21 см

Библиографи: стр. 42

ISBN 978-608-4623-05-2

1. Косева, Елена [автор]

а) Хронични незаразни заболувања - Превенција - Упатства

COBISS.MK-ID 86838282

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА - СКОПЈЕ

УПАТСТВО

**ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
ЗА ЛЕКАРИ ВО ПРИМАРНАТА И
ПРЕВЕНТИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

Скопје, 2010

Содржина

ПРЕДГОВОР	7
1. ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА	9
1.1. КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА	9
1.2. МАЛИГНИ НЕОПЛАЗМИ	10
1.3. ДИЈАБЕТ	11
1.4. ХРОНИЧНИ РЕСПИРАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА.....	11
2. РИЗИК ФАКТОРИ.....	12
2.1. НАЈЧЕСТИ ФАКТОРИ НА РИЗИК НА КОИ МОЖЕ ДА СЕ ВЛИЈАЕ	13
2.2. ИНТЕРМЕДИЕРНИ РИЗИК ФАКТОРИ	16
3. ЛЕКАРОТ И ПРЕВЕНЦИЈАТА НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА	21
3.1. КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА	22
3.2. МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА	23
3.3. ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС	26
3.4. ХРОНИЧНИ РЕСПИРАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА	28
4. ПРОФЕСИОНАЛНА ЕДУКАЦИЈА И ВКЛУЧУВАЊЕ	29
5. УПАТСТВО ЗА ПРАКСА.....	30
5.1. МЕРЕЊЕ КРВЕН ПРИТИСОК	30
5.2. МЕРЕЊЕ ВИСИНА/ ТЕЖИНА	32
5.3. ИНТЕРВЈУ (АНКЕТА) ЗА СТИЛ НА ЖИВЕЕЊЕ	34
РЕФЕРЕНЦИ:	42

ПРЕДГОВОР

“Болести на современиот живот” се незаразните состојби кои станаа водечка причина за морбидитет и морталитет во развиените земји. Оваа епидемиолошка состојба сè повеќе зема замав и во земјите во развој. Причините за хроничните незаразни заболувања се комплексни и превенцијата мора да ги земе во предвид многуте фактори на ризик кои придонесуваат за нивно настанување.

Превенцијата на најчестите хронични незаразни болести и други значајни здравствени проблеми (болести на срцето и крвните садови, малигни болести, дијабет, душевни болести, болести на дигестивниот тракт, болести на мускулно – коскениот систем и сврзното ткиво, кожни и венерични болести, слаб вид итн.), подразбира усвојување на здрави животни навики и утврдување и сузбивање на факторите на ризик (прекумерна телесна тежина, пушење, зголемен крвен притисок, хиперлипидемија итн.).

Согледувајќи го значењето на превенцијата на хроничните незаразни болести произлезе потребата за изготвување на Упатство за превенција на незаразните болести за лекарите во примарната и превентивната здравствена заштита кое има за цел спречување на незаразните болести и промоција на здравјето на населението во Република Македонија. Упатството се изготви согласно Програмата за превентивна здравствена заштита во Република Македонија за 2010 г. и Програмата за работа на Институтот за јавно здравје на Република Македонија за 2010 г. – Сектор за промоција, анализа и следење на незаразни болести.

Се очекува Упатството да послужи на лекарите како потсетник во секојдневната пракса, да ги потврди или пак прошири знаењата и вештините од областа на промоцијата на здравјето и превенцијата на болестите, со што примарната здравствена заштита ќе стане подостапна, современа и научно заснована. Се надеваме дека Упатството ќе послужи како едноставна алатка на лекарите во интерес на пациентите – корисници на здравствени услуги.

1. ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА

Хроничните состојби, вклучувајќи ги кардиоваскуларните заболувања, дијабетесот, здебеленоста, малигните неоплазми и респираторните заболувања се одговорни за 59% од 56,5 милиони умирања годишно и за 45,9% од глобалната оптовареност со болест.

7 од 12 водечки фактори на ризик – висок крвен притисок, висок холестерол, здебеленост, физичка неактивност и недоволно консумирање на овошје и зеленчук – заедно со употребата на алкохол и тутун, се одговорни за повеќе од половина од глобалното оптоварување со болест.

- Зголемениот крвен притисок проценето е дека е причина за 7.1 милиони смртни случаи или за 13% од вкупната смртност. Има барем 600 милиони хипертоничари широм светот
- Проценето е дека зголемениот холестерол е причина за околу 4.4 милиони умирања, односно во вкупната смртност учествува со 7.9%.
- Недоволниот внес на овошје и зеленчук е одговорен за 2.7 милиони умирања.

1.1. КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Проценето е дека 16.6 милиони – или една третина од вкупната глобална смртност – е резултат на различни кардиоваскуларни заболувања, од кои многу можат да се спречат со делување на главните ризик фактори: неправилна исхрана, физичка неактивност и пушење. Повеќе од 50% од смртноста и инвалидноста од болести на срцето и мозочен удар, кои заедно убиваат повеќе од 12 милиони луѓе секоја година, може да се намали со комбинирање на едноставни национални и индивидуални напори за да се намали дејството на главните ризик фактори, како што се високиот крвен притисок, високиот холестерол, здебеленоста и пушењето.
- Околу 80% од умирањата од кардиоваскуларни заболувања се случуваат во земјите со низок и среден приход.
- Во 2010 година кардиоваскуларните заболувања се водечка причина за смрт во земјите во развој.

- Најмалку 20 милиони луѓе секоја година доживуваат срцев и мозочен удар; многу од нив продолжуваат со скапа клиничка грижа
- Срцевите заболувања немаат географска, полова и општествено-политичка граница.

Исто така, кардиоваскуларните болести (КВБ), се главната причина за смрт на населението во Европа, како и важна причина за инвалидитет. Тие се одговорни за околу половина од сите смртни случаи во Европа. Ишемичните заболувања на срцето се најголемата причина за кардиоваскуларна смртност, тие се одговорни за 30-60% од смртните случаи.

Според цел 9 на регионалната стратегија на СЗО за здравје за сите, смртноста од болести на циркулаторниот систем во регионот треба да се намали за најмалку 15% кај луѓе во возрасната категорија под 65 години.

1.2. МАЛИГНИ НЕОПЛАЗМИ

- Малигните неоплазми се причина за 7.1 милион смртни случаи годишно или учествуваат со 12.6% во вкупната смртност.
- Начинот на исхрана е одговорен за 30% од сите карциноми во западните земји и за околу 20% во земјите во развој. Приближно 20 милиони луѓе страдаат од рак, а проекциите покажуваат зголемување на 30 милиони во 2020 година.
- Проценето е дека бројот на нови случаи на малигни неоплазми од 10 милиони во 2000 ќе се зголеми на 15 милиони во 2020 година.
- Повеќе од половина од случаите на канцер се случуваат во земјите во развој.
- Барем една третина од случаите на рак може да се превенираат.
- Ракот е втора главна причина за смртност на населението во Европа и е одговорен за околу 30% од сите смртни случаи кај мажите и околу 40% кај жените во возрасната група од 35-64 години.

1.3. ДИЈАБЕТ

- Епидемијата на дијабет е во тек. Се проценува дека во 1985 година 30 милиони луѓе ширум светот имале дијабет. Една деценија подоцна, проценето е дека во светот има околу 135 милиони луѓе со дијабет. Проценката на СЗО за бројот на луѓето со шеќерна болест, во светски рамки, во 2000 година беше 177 милиони. Овој број најверојатно ќе се зголеми на најмалку 370 милиони во 2030.
- Околу 4 милиони умирања се случуваат секоја година како резултат на компликации од дијабет.
- Држави со најголем број на заболени од дијабет се: Кина, САД, Индонезија, Русија, Јапонија, Обединети Арапски Емирати, Пакистан, Бразил и Италија.
- Генерално, директните трошоци за здравствена заштита на болните од дијабет се движат од 2,5% до 15% од годишниот здравствен буџет, во зависност од локалната дијабет преваленца и софистицираноста на третманот што е на располагање.
- Неодамнешните студии во Кина, Канада, САД и неколку европски држави покажаа дека промената на животниот стил може да ја спречи појавата на дијабет кај лицата со висок ризик.
- До 2030 година, додека повеќето луѓе со дијабет во развиените земји ќе бидат на возраст од 65 години и повеќе, во земјите во развој најголем дел од заболените ќе бидат во возрасната група од 45-64 години.
- Бројот на смртни случаи на годишно ниво од дијабет се проценува дека е нешто повеќе од 800.000. Сепак, повеќето дијабетичари умираат од други хронични заболувања, како што се кардиоваскуларните болести.
- Речиси половина од смртните случаи од дијабет се јавуваат кај луѓе на возраст под 70 години. Околу 80% од смртните случаи од шеќерна болест се јавуваат во земјите со низок и среден приход.

1.4. ХРОНИЧНИ РЕСПИРАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Тие се одговорни за четири милиони смртни случаи годишно, а многу од нив можат да се спречат.
- Преваленцијата на овие болести се зголемува насекаде во светот, особено кај децата и старите и изнемоштени лица.

- Преваленцијата на астмата е во пораст во земјите со низок и среден приход.
- Во моментот ХОББ претставува 4-та водечка причина за смрт во светот.
- Хроничните респираторни болести предизвикуваат прерана смрт и инвалидитет. Тие исто така, имаат негативни економски ефекти врз семејството, заедницата и општеството воопшто.

2. РИЗИК ФАКТОРИ

Клучни социо-економски, културни, политички детерминанти и детерминанти на животната средина	Најчести фактори на ризик на кои може да се влијае	Интермедиерни ризик фактори	Главна хронична болест
Клучни социо-економски, културни, политички детерминанти и детерминанти на животната средина	Неправилна исхрана	Покачен крвен притисок	Срцеви заболувања
	Физичка неактивност	Покачено ниво на гликоза во крвта	Мозочен удар
	Употреба на тутун	Абнормални крвни липиди	Рак
Глобализација	Фактори на ризик на кои не може да се влијае	Зголемена телесна тежина/здебеленост	Хронична респираторна болест
Урбанизација	Возраст	Главна хронична болест	Дијабет
Старење на населението	Наследство		

Предизвици поврзани со фактори на ризик

Податоците за ризик факторите покажуваат дека, меѓу луѓето на возраст од 25-65 години, преваленцијата на избраните фактори на ризик е следнава:

Редовно пушење	29-56%
Покачен крвен притисок ($\geq 140/90$ mmHg)	15-60%
Абнормални крвни липиди (вкупен холестерол $\geq 5,2$ mmol /l или 200 mg /dl)	45-80%
Дебелина (индекс на телесна маса (ИТМ ≥ 30))	11-38%

Во повеќето европски земји, двајца од тројца возрасни имаат еден или повеќе од главните фактори на ризик за КВБ. Ситуацијата е посериозна кај луѓе со повеќе од еден фактор на ризик, па дури и при умерено зголемување, тие се со значително зголемен ризик.

2.1. НАЈЧЕСТИ ФАКТОРИ НА РИЗИК НА КОИ МОЖЕ ДА СЕ ВЛИЈАЕ

2.1.1. Неправилна исхрана

Овошјето и зеленчукот се важни фактори за здрава исхрана. Насобраните докази сугерираат дека конзумирањето на овошје и зеленчук би можело значително да ја спречи појавата на кардиоваскуларни заболувања и појавата на одредени видови на рак, посебно рак на дигестивниот систем. Има неколку механизми со кои овошјето и зеленчукот може превентивно



да делуваат, вклучувајќи антиоксиданси и микронутриенци како флавоноиди, каротеноиди, витамин Ц и фолна киселина, како и диетални влакна. Овие и други супстанции ги блокираат или ја намалуваат активноста на канцерогените, и како антиоксиданси го превенираат оксидативното оштетување на ДНК.

Конзумирањето на овошје и зеленчук значително варира меѓу државите, во голем дел одразувајќи го актуелниот економски, културолошки и аграрен амбиент. Недоволниот внес на овошје и зеленчук е проценето дека е причина за околу 19% од гастроинтестиналните карциноми, за околу 31% од исхемичните срцеви заболувања и за 11% од мозочните удари ширум светот. 2.7 милиони смртни случаи се припишуваат на недоволниот внес на овошје и зеленчук.

Проценето е дека исхраната е одговорна за околу 30% случаи на канцер во западните земји, со тоа ставајќи ја исхраната како втора превентабилна причина за рак после пушењето.

Составот на храната е исто така важен бидејќи овошјето и зеленчукот може да имаат заштитен ефект намалувајќи го ризикот од некои типови на рак како рак на орална празнина, езофагус, желудник и рак на колон и ректум.

Високиот внес на обработено месо или црвено месо може да биде поврзано со зголемен ризик од појава на рак на дебелото црево.

Другите аспекти на исхраната јасно се однесуваат на ризикот од рак при консумирање на алкохол кој убедливо го зголемува ризикот од рак на орална празнина, фаринкс, ларинкс, езофагус, црн дроб и дојка.

Соодветен начин на исхрана и одржување на енергетскиот биланс (соодветна здрава телесна тежина) се од фундаментално значење за превенција и контрола на неколку ризик фактори одговорни за појава на КВБ, како покачен крвен притисок, шеќерна болест, покачен холестерол и дебелина. Покрај тоа, некои докази покажуваат дека при зголемување на потрошувачката на зеленчук и влакна и намалување на внесот на масти може да се спречи појавата на некои видови рак.

2.1.2. Физичка неактивност

Проценето е дека физичката неактивност е причина за 1.9 милиони умирања годишно ширум светот, согласно Светскиот здравствен извештај за 2002 година, односно за околу 10-16% од случаите на рак на дојка, рак на колон и дијабет и за околу 22% од исхемично заболување на срцето, како кај мажите, така и кај жените. Можности луѓето да бидат физички активни постојат во четири периоди од денот. Тие се:



На работа (во случај работата да вклучува физички напор или не вклучува физички напор)

При транспорт (одење или возење велосипед до работа, при пазарување, итн.)

За време на вршење на работните обврски (работа низ куќа)

Во време на одмор (спорт и рекреативна активност)

Глобалната проценка за преваленца на физичката неактивност меѓу возрасното население е 17%. Физичката активност се намалува со возраста. Забележано е дека физичката активност и физичката едукација се намалува во училиштата ширум светот. Физичката неактивност генерално е повисока меѓу девојчињата и жените. Исто така, согледано е дека редовната физичка активност има заштитна улога во намалувањето на ризикот од рак на дојка и рак на дебело црево.

Физичката неактивност, заедно со другите клучни ризик фактори е значаен учесник во појавата на хронични заболувања. Спротивно на тоа, редовната физичка активност го намалува ризикот од срцеви заболувања, мозочен удар, рак на дојка и колон. Овие бенефити се условени преку бројни механизми. Воопшто, физичката активност го подобрува метаболизмот на глукоза, ги намалува маснотиите во организмот и го снижува крвниот притисок. Ова се главните патишта за кои се мисли дека доведуваат до намалување на ризикот од КВБ и дијабет. Ова исто така, може да помогне во ублажување на ефектите од овие болести.

Физичката активност може исто така да го намали ризикот од канцер на колон со нејзино дејствување на простагландините, намалувајќи го времето на транспорт на храна низ цревата и повисокото антиоксидантно ниво. Физичката активност е поврзана со помал ризик од рак на дојка, кое може да биде резултат на ефектите на хормоналниот метаболизам.

Редовната физичка активност исто така може да ја подобри состојбата на мускулоскелетниот систем, контролата на телесната тежина и намалување на симптомите на депресија. Можните корисни ефекти на мускулоскелетниот систем како и на намалување на болката во грбот и на остеопорозата, како и на дебелината, депресијата, анксиозноста и стресот се добро опишани во бројни студии. Директната медицинска корист од зголемување на физичката активност е што преку интегрирани програми кои ги земаат во предвид транспортот и политиката за урбанистичко планирање има поширок придонес, зголемувајќи ја социјалната интеракција во текот на животот секако, зголемувајќи го рекреативното уживање и намалувајќи го насилството, урбаниот метеж и загадувањето.

Физичката активност исто така има и економска корист, посебно за намалување на трошокот за здравствена грижа, зголемувајќи ја продуктивноста и придонесувајќи за поздрава физичка и социјална средина. Податоците од

развиените земји покажуваат дека директните трошоци од неактивноста се огромни. Трошоците поврзани со неактивноста и здебеленоста се одговорни за околу 9.4% од националните здравствени трошоци на САД во 1995 година.

2.1.3. Тутун

- Тутунот е единствената најголема причина за смрт во светот денес која може да се превенира.
- Убива 5,4 милиони луѓе годишно. Ако не се преземат потребни мерки да се намали употребата на тутун, тој број ќе се зголеми на повеќе од 8 милиони годишно до 2030.
- Тутунот содржи психоактивна состојка никотин која што создава зависност.



Во индустријализираните земји, се проценува дека тутунот е причина за над 90% од ракот на белите дробови кај мажите и околу 70% од ракот на белите дробови кај жените, а за околу 22% од сите кардиоваскуларни болести. Имено пушењето не само што игра значајна улога во развојот на малигните заболувања, но е и главниот фактор за околу една третина од сите случаи на заболени од КВБ. Искоренувањето на пушењето е признато како единствено најефективно средство во подобрувањето на здравјето на населението во индустријализираните земји и земјите во развој.

2.2. ИНТЕРМЕДИЕРНИ РИЗИК ФАКТОРИ

2.2.1. Покачен крвен притисок

Крвниот притисок е притисок на крвта врз ѕидовите на крвните садови. Крвниот притисок е резултат на две сили: едната е создадена од срцето кое пумпа крв низ циркулаторниот систем, а другата е силата на артериите кои се спротиставуваат на крвотокот. За време на секое чукање на срцето, крвниот притисок се менува од максимален (систолен) до минимален (дијастолен).



Покачениот крвен притисок е скоро секогаш без симптоми. Високиот крвен притисок ги оштетува артериите што ја доставуваат крвта до срцето, мозокот, бубрезите и на друго место предизвикувајќи разновидни промени.

Во последниве декади станува сè повеќе јасно дека ризикот од мозочен удар, срцеви заболувања, бубрежни оштетувања и други заболувања не се ограничуваат на групи од популацијата со изразено висок крвен притисок, туку прилично се застапени и меѓу оние со крвен притисок на горната оптималната граница. Главните причинители за висок крвен притисок се исхраната, посебно консумирањето солена храна, физичката неактивност, дебелината и прекумерното консумирање алкохол.

Ширум светот проценето е дека високиот крвен притисок е причина за 7.1 милиони смртни случаи или 13% од вкупните смртни случаи и за околу 4.4% од вкупното оптоварување со болест. Проценето е дека барем 600 милиони луѓе страдаат од покачен крвен притисок.

2.2.2. Покачено ниво на гликоза во крвта

Покачен шеќер во крвта е вообичаен ефект на неконтролирана шеќерна болест, и со текот на времето може да доведе до оштетување на срцето, крвните садови, очите, бубрезите и нервите. Некои здравствени компликации од дијабет вклучуваат:

- Дијабетична ретинопатија е значаен причинител на слепило, а се јавува како резултат на долгорочното акумулирано оштетување на малите крвни садови во ретината. После 15 години на дијабет околу 10% од пациентите развиваат тешко оштетување на видот.
- Дијабетичната невропатија е оштетување на нервите како резултат на дијабет, и над 50% од луѓето заболени од дијабет имаат дијабетична невропатија. Општи симптоми се трнење, болка, вкочанетост или слабост во нозете и рацете. Во комбинација со намален крвен проток, невропатијата на стапалата ги зголемува шансите за улкуси на нозете и евентуално ампутација на екстремитетите.



- Дијабетот е меѓу водечките причини за бубрежна инсуфициенција; 10-20% од луѓето со дијабет умираат заради оштетување на бубрезите.
- Дијабетот го зголемува ризикот од срцеви заболувања и мозочен удар, 50% од луѓето со дијабет умираат од кардиоваскуларни заболувања.

2.2.3. Покачен холестерол

Холестеролот е масна супстанција во крвта како и во телесните органи и нервните завршетоци. Најголемиот дел на холестерол во крвта е создаден во црниот дроб од разни видови на храна посебно од заситени масти. Исхраната богата со заситени масти, а сиромашна со незаситени масти, наследноста и некои метаболни состојби како дијабет го одредуваат индивидуалното ниво на LDL или лош холестерол.



Холестеролот е клучна компонента во развојот на атеросклерозата, односно акумулирање на масни депозити на внатрешниот дел на ѕидот на артериите. Главно како резултат на ова холестеролот го зголемува ризикот од срцеви заболувања, мозочен удар и други васкуларни заболувања.

Скоро една петина (18%) од случаите на срцев и мозочен удар на глобално ниво (во главно нефаталните случаи) и околу 56% на срцевите заболувања на глобално ниво се припишуваат на вредност од околу 3.2 mmol/l на вкупен холестерол.

Ова придонесува за околу 4.4 милиони умирања (7.9% од вкупната смртност) и за 2.8% од вкупното оптоварување со болест.

2.2.4. Дебелина и прекумерна телесна тежина

Со повеќе од 1 милијарда возрасни лица со прекумерна телесна тежина дебелината достигнува епидемски размери во светот – од нив најмалку 300 милиони се клинички дебели, со тоа дебелината и прекумерната телесна тежина се голем учесник во глобалното оптоварување со хронични болести и инвалидитет.



Често истовременото присуство на неухранетост и дебелина во земјите во развој е комплексна состојба, со сериозни социјални и психолошки димензии, афектирајќи ги сите возрасти и социоекономски групи.

Зголеменото консумирање на храна која е нутритивно сиромашна, а енергетски богата односно содржи високо ниво на шеќери и заситени масни киселини, искомбинирано со намалена физичка активност доведува до стапка на дебелина која е зголемена три пати и повеќе во 1980 година во некои предели на Северна Америка, Велика Британија, Источна Европа, Блискиот Исток, пацифичките острови, Австралија и Кина. Епидемијата на дебелина не е ограничена само на индустриски развиените земји, напротив растот на бројот на дебели луѓе е побрз во земјите во развој, отколку во развиените земји.

Дебелината и зголемената телесна тежина стануваат голем ризик фактор за појава на сериозни хронични заболувања поврзани со исхраната како што се дијабетес тип 2, кардиоваскуларни заболувања, хипертензија, мозочен и срцев удар, и одредени форми на рак.

Здравствените последици се во дијапазон од зголемен ризик од прерана смрт, до сериозни клинички состојби кои го намалуваат вкупниот квалитет на живот. Посебно загрижува зголемената инциденца на здебеленост кај децата.

Во земјите на Европа 11-38% од населението на возраст од 25-64 години е дебело. Стомачната дебелина, посебно, е поврзана со неколку значајни ризик фактори за заболувања на срцето: висок крвен притисок, абнормални крвни липиди и триглицериди, и инсулин не-зависен дијабетес мелитус. Дебелината зазема епидемски размери во индустријализираните земји и во земјите во развој.

Како да ја дефинираме здебеленоста и прекумерната телесна тежина?

Преваленцата од прекумерна телесна тежина и здебеленост е често одредувана со користење на индекс на телесна маса (ИТМ), дефиниран како тежина изразена во килограми поделена со висината изразена во метри квадратни. **ИТМ повисок од $25\text{kg}/\text{m}^2$ е дефиниран како прекумерна телесна тежина, додека ИТМ повисок од $30\text{kg}/\text{m}^2$ е дефиниран како здебеленост.**

Во Азија и Африка ИТМ индексот меѓу возрасното население е $22\text{-}23\text{kg}/\text{m}^2$, додека во Северна Америка, Европа и некои држави во Латинска Америка и Северна Африка ИТМ индексот изнесува $25\text{-}27\text{kg}/\text{m}^2$. ИТМ индексот се зголемува меѓу населението од средна возраст и постарите лица кои се под најголем ризик од здравствени компликации. Во земјите кои поминуваат низ нутритивна транзиција здебеленоста постои паралелно со потхранетоста. Луѓе со ИТМ индекс под $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ имаат тенденција да бидат потхранети.

Досегашните студии покажале дека луѓето кои биле потхранети во раната возраст, а се здебелиле во зрелите години, имаат тенденција да добијат висок крвен притисок, болести на срцето и дијабет во порана возраст и во потешки форми од оние кои никогаш не биле потхранети.

Како здебеленоста и прекумерната телесна тежина влијае на здравјето?

Зголемената телесна тежина и здебеленоста доведуваат до неповолно метаболно влијание на крвниот притисок, холестеролот, триглицеридите и инсулиноот.

Здравствените проблеми кои се поврзани со дебелината кои не се фатални, но се исцрпувачки се респираторни потешкотии, хронични мускулно-скелетни проблеми, проблеми со кожата и неплодност. Повеќето по живот опасни проблеми поврзани со дебелината се поделени во четири групи: кардиоваскуларни проблеми, состојби поврзани со инсулинска резистенција како што е дијабет тип 2, одредени типови на рак, особено поврзани со хормони, рак на дебелото црево и рак на жолчното кесе.

Веројатноста од развивање на дијабет тип 2 и хипертензија расте нагло (стрмно) со зголемување на здебеленоста.

Зголемениот ИТМ исто така го зголемува ризикот од рак на дојка, дебелото црево, простата, ендометриум, бубрег и жолчно кесе. Хроничната прекумерна телесна тежина и дебелина значајно придонесуваат за остеоартритис, што претставува главна причина за инвалидитет кај возрастното население. Иако дебелината се смета за болест сама за себе, таа е еден од клучните фактори на ризик за другите хронични болести покрај пушењето, покачениот крвен притисок, и покачениот холестерол во крвта. Во анализите прикажани во Светскиот здравствен извештај за 2002 година, околу 58% од дијабетесот, 21% од исхемичните срцеви заболувања и 8-42% од одредени типови на рак на глобално ниво се кај население со ИТМ над 25 кг/м².

3. ЛЕКАРОТ И ПРЕВЕНЦИЈАТА НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛУВАЊА

Клучни сфери за интервенција

Стратегиите за хронични незаразни заболувања би требало да интегрираат активности од примарна, секундарна и терциерна здравствена заштита (здравствена промоција, спречување на болести и здравствена заштита - лекување и рехабилитација).

Тие треба да бидат насочени кон:

- здравствените услуги
- образование (едукација)
- организација на заедницата, и
- регулативите.

Приоритетите на стратегиите за интервенција кај хроничните незаразни заболувања се:

- развој на политики, законодавство и координација
- маркетинг и организациски развој
- едукација на јавноста и медиумите
- упатства за пракса
- професионална едукација и вклучување.

3.1. КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА

Распространетоста на проблемите

Најзастапени кардиоваскуларни болести се:

- Коронарна срцева болест (исхемија или срцев удар)
- Цереброваскуларна болест (мозочен удар)
- Хипертензија (висок крвен притисок)
- Срцева слабост
- Ревматска болест на срцето

Од 16.6 милиони смртни случаи од кардиоваскуларни заболувања секоја година, 7.2 милиони се поради исхемична болест на срцето, 5.5 милиони се заради цереброваскуларни болести, а за 3.9 милиони смртни случаи причина се хипертензија и други срцеви состојби. Најмалку 20 милиони луѓе годишно преживуваат срцев и мозочен удар, а значаен дел од нив имаат потреба од понатамошна скапа клиничка грижа што претставува голем терет за општеството.

Кардиоваскуларните заболувања ги погодуваат лицата на средна возраст, влијаат на општествено-економскиот развој, на индивидуите, фамилиите и на нацијата.

Во развиените земји групите со понизок социо-економски развој се повеќе изложени на ризик фактори, а со тоа и заболувањата и морталитетот се почести, а слична е состојбата и во земјите во развој. Целосниот ефект на ризик факторите кои доведуваат до кардиоваскуларни заболувања ќе биде виден во иднина особено кога ризик факторите се присутни во детската возраст. Сè додека превенцијата не почне да се спроведува во целиот свет, кардиоваскуларните заболувања и смртноста од кардиоваскуларни заболувања ќе расте.

Што може да направиме?

Потврдени докази покажуваат дека најмалку три стратегии поврзани со исхраната се ефективни во превенција на кардиоваскуларните заболувања, и во помагање со справување со болестите:

- Замена на заситените масни киселини со незаситени.
- Зголемена употреба на омега - 3 масни киселини од рибино масло или растително потекло.
- Консумирање на храна богата со овошје и зеленчук, јаткасто овошје, цели житарици.
- Избегнување на преголема употреба на солена и слатка храна.
- Најмалку 30 минути континуирана дневна физичка активност.
- Престанување на пушење
- Одржување на здрава телесна тежина

Оние кои веќе преживеале срцев или мозочен удар се со висок ризик од рецидив или смрт. Овој ризик може значително да се намали со комбинација на лекови-статини за смалување на холестеролот, ниски дози на лекови за снижување на крвниот притисок и секојдневна употреба на аспирин.

3.2. МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА

Распространеност на проблем

Во развиените земји малигните неоплазми се втората најчеста причина за смрт после кардиоваскуларните заболувања, а епидемиолошката евиденција покажува дека ваква е состојбата и во земјите во развој. Повеќе од половина од случаите на канцер се случуваат во земјите во развој.

Повеќе од 20 милиони луѓе во моментот живеат со канцер, а во 2020 година проценето е дека овој број ќе се зголеми на 30 милиони.

Без разлика на прогнозата, почетната дијагноза пациентите често ја перципираат како доживотна и повеќе од една третина од заболените доживуваат клиничка анксиозност и депресија. Дијагностичките постапки и третманот на заболените од рак се скапи.

Што може да направиме околу тоа?

Знаењата што постојат за ризик факторите за појава на рак ни даваат јасни можности за дејствување со цел за намалување на ризикот за заболување од рак во сите земји. После пушењето, зголемената телесна тежина и здебеленоста се најважните причини за рак. Со оглед дека неправилната исхрана, физичката

неактивност, здебеленоста, тутунот и алкохолот се ризик фактори и за други хронични незаразни болести како што се кардиоваскуларните заболувања, дијабет тип 2, и респираторните заболувања, спроведувањето на програма за превенција на рак може да биде во рамки на интегрирана програма за превенција на хронични незаразни болести.

Фактори поврзани со исхраната кои го зголемуваат ризикот од рак убедливо се:

- Зголемена телесна тежина и дебелина
- Прекумерно консумирање на алкохол (повеќе од 2 единици дневно)
- Некои облици на солење и ферментирање на риба
- Многу топла и солена храна
- Афлатоксин (габични контаминенти кои понекогаш се наоѓаат во храната како што се житарици, кикирики и др.)

Цигарите се сметаат за единствената најголема причина за околу 30% од сите смртни случаи од рак во развиените земји, а бројот се зголемува и во земјите во развој. Престанувањето на употребата на тутун, промените во начинот на исхрана и умерената физичка активност се значаен фактор во превенцијата и контролата на ракот.

Зголемената телесна тежина и дебелината се вториот значаен фактор за појава на малигни неоплазми. Исхраната богата со овошје и зеленчук може да го намали ризикот за појава на различни типови на рак, додека консумирањето на обработено месо или црвено месо е поврзано со висок ризик од појава на рак.

Храна која го намалува ризикот од малигни неоплазми

Зеленчук

Кромид, лук

Зелка (бела, црвена, црна),
карфиол, праз, ротква, репка

Морков, патлиџан

Спанаќ, зелена салата, вино,
магдонос, поточарка, нане, цвекло

Краставица, зелени пиперки, зелен

грашок, печурки, модар патлиџан, артичока, чорби



Зрнеста храна

Леќа, грав, соја, боранија

Овошје

Портокал, лимон, цитрон

Диња, лубеница

Калинки, капини, цреши,

Грозје, смокви, дудинка

Јаболки, круши, дуња, сливи,

Банани, урми, јапонски јаболки,

Вишни, јагоди



Сушено овошје

Печена леблебија, костен,

Бадеми, лешници, ф'стаци, ореви,

Житни култури

Леб од интегрално брашно, 'ржен леб, овесен леб, пченичен леб

Продукти од животинско потекло

Јајца, обезмастено млеко или млеко со ниска масленост, јогурт, сирење, обезмастено сирење, пробиотично млеко, јогурт и кефир

Храна која го зголемува ризикот од малигн неоплазми

Заситени масти, сушено месо од овца, јунешко месо, козјо месо, кокошкино месо

Пржена храна

Брза храна

Солена храна

Производи од месо кои содржат поголема количина на масти

Пушена храна

Нитрити и нитрати додадени во храна како кобасици, хот дог, салами итн.

Месо зготвено директно на оган

Путер, лој

3.3. ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС

Дијабетесот е хронично заболување кое се јавува кога панкреасот не произведува доволно инсулин (хормон кој го регулира шеќерот во крвта), дијабет тип 1 (претходно познат како инсулин-зависен), или кога телото не може ефикасно да го користи инсулиноот, што го произведува, дијабет тип 2 (претходно познат како инсулин - независен, или карактеристичен за возрасните). Таквиот дефицит резултира со зголемување на концентрациите на гликоза во крвта, што многу го оштетува организмот, особено крвните садови и нервите.

Лицата со нарушена толеранција на гликоза (IGT) и (IFG) се со значително повисок ризик од развој на дијабет и кардиоваскуларни болести во однос на лицата со нормална толеранција на гликоза.

Вкупниот ризик од умирање кај луѓе со дијабет е барем двојно поголем од ризикот кај нивните врстници без дијабет.

Голем дел од зголемувањето на дијабетот ќе се случува во земјите во развој, поради порастот на старо население, нездрава исхрана, дебелина и седетарен стил на живот.

Како да се сѝречи и лекува дијабетесот?

Поради неговата хронична природа, сериозноста на компликациите и средствата потребни да се контролира болеста, дијабетот е скапа болест, не само за погодените поединци и нивните семејства, туку и за здравствените власти. Без итна акција, смртните случаи од дијабет ќе се зголемат за повеќе од 50% во следните 10 години. Затоа е потребна превенција на трите нивоа:

Примарна превенција

- Консумирање на здрава храна.
- Редовна физичка активност најмалку 30 минути дневно.
- Одржување на нормална телесна тежина.
- Избегнување на употреба на тутун.

Секундарна превенција

- Рана дијагноза и соодветен третман. Третманот на дијабет вклучува намалување на шеќерот во крвта и нивото на други ризик фактори (покачен крвен притисок и покачени крвни липиди) кои ги оштетуваат крвните садови.

Контрола на дијабетот

- Лицата со дијабет тип 1 имаат потреба од инсулин; додека лицата со дијабет тип 2 се третираат со орални лекови, но, исто така, може да имаат потреба од инсулин.
- Контрола на крвниот притисок
- Грижа за стапалата (одржување на добра хигиена, редовна употреба на масни креми, бидејќи кожата постанува многу сува и носење на соодветни обувки)

Други интервенции

- Скрининг и лекување на ретинопатија (што предизвикува слепило);
- Контрола на маснотиите во крвта (регулирање на нивото на холестерол);
- Скрининг за навремено откривање на заболувања на бубрезите поврзани со дијабет и нивен третман.

СЗО има за цел да се поттикне и поддржи усвојување на ефикасни мерки за надзор, превенција и контрола на дијабет и компликации од дијабет, преку пристап до примарната здравствена заштита, особено во земјите со низок и среден приход.

3.4. ХРОНИЧНИ РЕСПИРАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА

Распространетоста на проблемот

Хроничните респираторни заболувања се болести на дишните патишта и на другите структури на белите дробови вклучувајќи астма и респираторни алергии, хронична опструктивна белодробна болест, професионални заболувања на белите дробови, синдром на ноќна апнеа и пулмонална хипертензија.

Хроничните респираторни заболувања се важна, разнородна и најпревентабилна група болести кои се причина за висок морбидитет и морталитет. Со 5% учество во вкупниот морталитет хроничните респираторни заболувања се меѓу најчестите причини за смрт во САД и за мерливо оштетување на белите дробови кај 4-6% од вкупното население, а кај некои групи и до 13%.

Што може да направиме околу штоа?

Спречување на користење на тутун

Избегнување на директна и индиректна изложеност на чаdot од цигари е од примарна важност не само за поздрави бели дробови, но, исто така, како превентивна мерка за сите хронични незаразни болести: кардиоваскуларни болести, рак и дијабет. Целта на политиката за контрола на тутунот е да се намали употребата на тутун и изложеноста на чаdot од цигари.

Здравје на работно место

Раното откривање на болестите на белите дробови поврзано со изложеност на ризик факторите на работното место е од витално значење. Откако е утврдена дијагнозата, избегнувањето на изложеноста на ризик факторите е идеална превенција. Намалување на изложеноста може да биде алтернативен пристап.

Исхрана и храна

Забележана е поврзаност меѓу хроничните болести на респираторниот систем и начинот на исхрана. Дебелината исто така се поврзува со зголемен ризик од астма и намалена функција на белите дробови. Затоа е потребно стратегијата

за исхрана да е компатибилна со веќе постоечката за контрола на коронарна срцева болест, дијабет и раки исто така да дава можност за развој на примарната и секундарната превенција на хроничните болести на респираторниот систем.

Квалитет на воздухот во внатрешната и надворешната средина

Има докази за ефектите на хронична изложеност на загадувачите на воздухот на развој и одржување на функцијата на белите дробови и на влошување на симптомите од астма. Контрола на експозиција е во голема мера преку контрола на изворите на емисии од домашните апарати, сообраќајни и индустриски извори.

Рана возраст

Истражувањата покажуваат дека здравствената состојба на детето во првата година од животот влијае на подоцнежното респираторно здравје. Иако точната поврзаност уште не е јасна, децата кои имаат инфекции на долниот респираторен тракт во првата година од животот или кои имаат мала телесна тежина на една година исто така имаат лоша (слаба) функција на белите дробови и поголем ризик од развој на астма или ХОББ, во подоцнежниот живот. Пушењето на мајките за време на бременоста негативно влијае на функцијата на белите дробови на детето при раѓањето.

4. ПРОФЕСИОНАЛНА ЕДУКАЦИЈА И ВКЛУЧУВАЊЕ

Лекарите, а во некои земји и медицинските сестри се добро едуцирани за да се спречи болеста, да се промовира и унапреди личното однесување кон здравјето и да се промени начинот на живот.

Едукативните програми за докторите, медицинските сестри и другите здравствени работници треба да го истакнат влијанието на овие професионалци во промена на однесувањето кај пациентите.

На здравствените работници им е потребна обука за комуникација и

советување, мотивација за позитивна промена на животниот стил и тимска работа. Донесувањето на интегриран пристап подразбира дека обуката треба да се фокусира повеќе на заедницата, и да даде повеќе акцент на мултидисциплинарната тимска работа. Медицинските сестри во некои земји се подготвени да преземат поголема улога во промоција на здравјето и превенцијата на ХНБ.

Постојат три главни начини за јакнење на превентивната пракса на здравствените професионалци:

- додипломска обука
- постдипломска обука
- континуирана едукација.

Исто така еден од начините на работа може да биде преку организирање на работилници за “обука на обучувачи” во областа на превенцијата од хронични незаразни болести.

5. УПАТСТВО ЗА ПРАКСА

5.1. МЕРЕЊЕ КРВЕН ПРИТИСОК

Пред да се пристапи кон мерење крвен притисок треба да се исполнат следниве услови најмалку еден час пред мерење на крвниот притисок: не треба да се вежба, не треба да се јаде, не треба да се конзумираат други напитки освен вода, не треба да се пушат цигари, не треба да се земаат лекови кои влијаат на крвниот притисок. Освен тоа, полната бешика влијае на крвниот притисок и пациентите треба да бидат запознаени со тоа.

Треба да се отстрани надворешната облека, јакни, и др. Ракавот на кошулата или блузата на пациентот треба да се свитка, така што горниот дел од левата рака треба да е ослободен за да се стави манжетната на апаратот за притисок. Ракавот не треба да е тесен, а манжетната на апаратот за притисок не треба да биде над облека. Облеката ако е тесна мора да се отстрани.

Мерењето на крвниот притисок треба да биде во мирна соба со контролирана температура.

Апаратот што се користи по можност треба да биде живин сфингоманометар. Манжетната треба да е 12-12,5 cm широка, доволно да покрие барем 2 / 3 од горниот дел на раката.

Крвниот притисок треба да се мери по одмор, во седечка положба без промена на позицијата во последните 5 минути. Кога седи, раката на пациентот треба да лежи на масата, така што антекубиталната јама да биде во ниво на срцето. Пациентот секогаш мора да се чувствува удобно.

Секој напор од пациентот да ја потпира раката може да предизвика зголемување на крвниот притисок. Потребно е да се обезбедат услови на удобна, релаксирана положба и мускулите на раката на која се врши мерењето за време на мерењето треба да бидат неактивни. Потребно е да се овозможи користење на перниче ако е неопходно потпирање. Ако артеријата на раката лежи значително пониско (повисоко) од срцето, ќе биде измерен погрешен повисок (понизок) крвен притисок! (Секоја разлика од 15 cm во висината резултира со грешка во мерењето од 10 mmHg!)

Манжетната треба да се постави доволно цврсто за да се спречи лизгање. Гумените цевки треба да лежат симетрично на двете страни од кубиталната јама. Долниот раб на манжетната треба да биде 2-3 cm над кубиталната јама, за да се овозможи доволно простор за свончето на стетоскопот. Горниот раб на манжетната не треба да биде ограничен од страна на облека.

Лекарот исто така треба да е во удобна позиција. Сфингоманометарскиот живин столб треба да биде во совршено исправена положба, со неговиот центар во нивото на очите на лекарот. Живиниот столб треба да го гледа лекарот и не треба да биде во видикругот на пациентот. Манжетната сега треба да е поврзана со сфингоманометарот. Пациентот останува 5 минути во оваа позиција, и потоа започнува постапката за мерење на крвниот притисок. Свончето со мембрана се поставува под манжетната. Свончето со мембрана не треба да се поставува на или во манжетната, тоа треба да се постави или под манжетната, или 1-2 cm подолу од неа.

Започнува пумпање на манжетната. Вентилот за воздух на пумпата се затвара со вртење на завртката во правец на движење на часовникот. Да се внимава да не се престегне. Пумпата треба да се стега со правилен ритам додека живата не достигне до 200 mmHg.

Читање на систолен крвен притисок

Вентилот полека се отвара со вртење на завртката во спротивна насока од насоката на стрелките на часовникот, а делот со мембраната од стетоскопот се држи над артеријата на раката. Правилно испуштање на количината на воздухот е од суштинско значење за точно отчитување. Манжетната не треба да се чува надувана подолго отколку што е неопходно. Бидејќи манжетната почнува да се испумпува, мора внимателно да слушате со стетоскопот. Забележете го отчитувањето на апаратот штом ќе почнете да слушате слабо ритмичко удирање или ритмички звуци, ова е отчитувањето на систолниот крвен притисок.

Читање на дијастолниот крвен притисок

Потребно е притисокот да продолжи да паѓа со истиот капацитет. Кога вредноста на дијастолниот крвен притисок ќе биде достигната, удирачкиот звук престанува. Манжетната се празни со одвртување на вентилот во потполност. Манжетната се отстранува од раката на пациентот и стетоскопот од ушите на лекарот.

5.2. МЕРЕЊЕ ВИСИНА/ ТЕЖИНА

Висината и тежината се мерат заедно.

5.2.1. Висина

1. Ленирот за висина мора да биде поставен вертикално на цврста рамна површина, без нерамнини со основа на подна површина. Потребно е да се користи нивелатор (висок) за да се осигура вертикално позиционирање на ленирот.
2. Подната површина мора да биде цврста (плочки, цимент, итн), без тепих или било каква друга подна покривка. Доколку е достапна само мека подлога, треба да се постави дрвена платформа која што ќе служи како под, а килим или мал тепих треба да се постави помеѓу столот и ленирот.
3. Испитувачот треба да го замоли лицето да ги соблече чевлите и целата надворешна гардероба (палта, капути, јакни итн).
4. Субјектот треба да застане со споени нозе со вратот во правец на висината на ленирот, свртен со главата назад, а грбот, бутините, листовите и петите треба да го допираат ѕидот. Врвот на ушната школка треба да биде израмнет со крајната маргина на коскената линија (коската на образот).

Оваа позиција се постигнува со замолување на индивидуата да ја држи главата во позиција каде што тој или таа ќе може да гледа право во место, во висина на очите кон спротивниот сид.

5. Испитувачот го мести триаголникот на висина на ленирот и го лизга надолу до главата на индивидуата со притисок на косата.
6. Испитувачот треба да ги запише податоците од испитувањето до најточниот сантиметар. На пример, 187,4 треба да се запише како 187, 187,5 како 188, 187,6 како 188.
7. Информациите за висина дадени од самата личност не се прифаќаат во амбулантски случаи. Испитувачот треба да ги запише сите одбивања за мерење. Само неамбулантските случаи можат самите да си ја пријават висината.
8. За да се измерат екстремни висини, испитувачот треба да користи додатен краток ленир кој што ќе се постави на врвот од веќе поставениот ленир за додавање на дополнителна висина.

5.2.2. Тежина

1. Подната површина на која што вагата е поставена мора да е цврста и не смее да биде покриена со мека покривка. Помеѓу столот и вагата треба да биде поставен килим или мал тепих со не лизгачка потпора.
2. Вагата треба да се урамнотежи со двете тежини на нула и да се израмни показателот за рамнотежа.
3. Испитувачот треба да го замоли лицето да ги соблече чевлите и палтото.
4. Индивидуата треба да застане на средина на платформата, затоа што секое стоење на страна од центарот влијае врз мерењето.
5. Испитувачот ја движи вагата се до израмнување на стрелките.
6. Испитувачот ја запишува тежината на формуларот, до најблиските 200 грама.
7. Под никакви околности не се прифаќа кажана тежина од страна на субјектот, ниту пак може субјектот да ги чита резултатите од мерењето.
8. Изјавите за тежина на субјектот не се прифаќаат кај амбулантски случаи. Испитувачот треба да ги запише сите одбивања за мерење. Само не амбулантските случаи можат самите да си ја пријават тежината.

5.3. ИНТЕРВЈУ (АНКЕТА) ЗА СТИЛ НА ЖИВЕЕЊЕ

5.3.1. Употреба на тутун

1а) Дали пушиш цигари?	
Да, редовно	1
Не, (оди на прашање 2а))	2
Повремено (обично помалку од една цигара дневно)	3
1б) Просечно, колку цигари дневно пушиш сега?	Број.....
2а) Дали некогаш си пушел цигари?	
Да, редовно	1
Не, никогаш (оди на прашање 3а)	2
Повремено (обично помалку од една цигара дневно)	3
2б) Кога престана да пушиш цигари?	Година.....
Ако е во последната година:	
Помалку од пред 1 месец	1
Пред 1-6 месеци	2
Пред 6-12 месеци	3
3а) Дали некогаш си пушел пури, цигариоли или луле?	
Не	1
Порано да, но сега не	2
Сега пушам повремено (помалку од една дневно)	3
Сега пушам редовно	4
3б) Ако сега пушиш, колку пури, цигариоли или лулиња на ден пушиш?	Број.....

5.3.2. Конзумирање на алкохол

1. Колку чаши или шишиња од следниве пијалоци имаш испиено во последните седум дена? (Ако не пиеш воопшто, одговорот е 0.)	
а. Пиво шишиња
б. Вино чаши
в. Алкохол (ракија) чаши

5.3.3. Физичка активност

1. Колку физичка активност имаш на работа? (професиите се поделени во четири групи. Оние кои не работат припаѓаат во првата група).
 - а) Мојата работа главно е седетарен тип на работа. 1
Јас не одам многу во текот на работата. Примери:
радио механичар, индустриски шивач, работа во канцеларија на бирото
 - б) Во текот на мојата работа одам доста, но јас не треба 2
да качувам или да носам тешки работи. Примери:
продавач, лесна индустриска работа,
работа во канцеларија каде има потреба од движење
 - в) Јас мора да одам и да носам многу или често да се 3
качувам по скали или да одам по нагорнина во текот на мојата работа. Примери: столар или земјоделски работник, тешка индустриска работа
 - г) Мојата работа е тешка физичка работа, каде што јас 4
треба да носам или да качувам
тешки работи, да копам, или да сечам. Примери:
шумарство, тешка работа на фарма, тешки градежни и индустриски работи
2. Колку физичка активност имаш во твоето слободно време? (Ако тоа варира со годишните времиња, забележи ја групата која најдобро го претставува просекот во годината. Се забележува само една група).
 - а) Во моето слободно време читам, гледам телевизија и 1
правам работи за кои не е потребна физичка активност
 - б) Во моето слободно време пешачам, возам велосипед 2
или имам друга физичка активност најмалку 4
часа неделно. (Ова вклучува одење, риболов, лов,
лесна работа во градина и др., но не се однесува на пешачење до работа и од работа).
 - в) Во моето слободно време имам физички активности 3
како фитнес, трчање, скијање, гимнастика, пливање,
ракомет, кошарка, одбојка или тешка градинарска
работа или нејзин еквивалент
 - г) Во моето слободно време јас тренирам редовно, 4
неколку дена во неделата,
за натпревари во трчање, ракомет, кошарка, одбојка
или друг физички тежок спорт.

3. Колку пати во неделата си ангажирани во активностите што ги наведуваш при одговарање на прашањето бр. 2?

4. Колку минути на ден ти поминуваат во одење, возење велосипед или во која било друга физичка активност? (Го вклучува и времето поминато во одење и враќање од работа. Само еден одговор.)

Јас не работам	1
Помалку од 15 минути на ден	2
15-29 минути дневно,	3
30-44 минути дневно,	4
45-59 минути дневно,	5
Повеќе од 1 час на ден	6

5. Колку често имаш физичка активност во траење од најмалку 20-30 минути која доведува до задишување? (Само еден одговор.)

Дневно	1
2-3 пати неделно	2
Еднаш неделно	3
2-3 пати месечно	4
Неколку пати годишно или помалку	5
Јас немам физичка активност поради болест или онеспособеност	6

6. Колку пати неделно во твоето слободно време имаш физичка активност која доведува до задишување? (Ако воопшто нема забележи 0.)

7. Колку долго траат твоите епизоди на физичка активност?

Помалку од 15 минути	1
15-29 минути	2
30-59 минути	3
Еден час или подолго	4

8.	Како ја оценуваш твојата моментална физичка состојба? (Само еден одговор.)	
	Многу добра	1
	Умерено добра	2
	Умерена	3
	Не многу добра	4
	Многу лоша	5
9.	Дали некогаш си се обидел/а сериозно да ја зголемиш физичката активност во твоето слободно време? Ако е така, кога последен пат? (Само еден одговор.)	
	Никогаш	1
	Пред повеќе од 6 месеци	2
	Пред 1 - 6 месеци	3
	Во текот на минатиот месец	4
10.	Дали твојата физичка активност во текот на твоето слободно време е зголемена во последните 6 месеци? (Само еден одговор.)	
	Многу	1
	Малку	2
	Нема промени	3
	Малку намалена	4
	Многу намалена	5

5.3.4. Исхрана

1.	Каков тип на масти обично се користат во твојот дом за готвење или пржење?	
	Масло	1
	Софт маргарин	2
	Маргарин	3
	Путер, како и масло/маргарин	4
	Путер	5
	Храната не е направена во мојот дом	6

2. Каков тип на масти најчесто се користат во твојот дом за печење?
- | | |
|-------------------------------------|---|
| Масло | 1 |
| Софт маргарин | 2 |
| Маргарин | 3 |
| Путер, како и масло/маргарин | 4 |
| Путер | 5 |
| Храната не е направена во мојот дом | 6 |
3. Каков тип на масти обично се користат за мачкање на леб?
- | | |
|------------------------------|---|
| Софт маргарин | 1 |
| Маргарин | 2 |
| Путер, како и масло/маргарин | 3 |
| Путер | 4 |
| Ниту путер ниту маргарин | 5 |
4. Колку шољи кафе или чај обично пиеш дневно?
- | | |
|-----------|-------|
| шољи кафе | |
| шољи чај | |
5. Колку коцки шеќер или лажичиња фин бел шеќер користиш во една шоља кафе или чај?
- | | |
|--|-------|
| | |
|--|-------|
6. Дали користиш млеко или крем во твоето кафе или чај?
- | | |
|-----------------------|---|
| Ниту млеко ниту крем | 1 |
| Млеко | 2 |
| Крем | 3 |
| Не пијам кафе или чај | 4 |
7. Колку чаши (една чаша е еквивалент на 0,2 литри) обично пиеш дневно?
- | | |
|--------|-------|
| Млеко | |
| Јогурт | |

8. Ако пиеш млеко дали обично користиш:
- | | |
|-------------------------------------------------|---|
| Полномасно млеко | 1 |
| Млеко (околу 3,9% масленост), | 2 |
| Млеко со ниска масленост (околу 1,9% масленост) | 3 |
| Обезмастено млеко (околу 0,5% масленост) | 4 |
| Јас не пијам млеко | 5 |
9. Колку парчиња леб обично јадеш дневно?парчиња / ден
10. Колку јајца (варени или пржени) обично јадеш неделно?Јајца / неделно
11. Дали додаваш сол на твојот оброк на масата?
- | | |
|----------------------------------|---|
| Никогаш | 1 |
| Кога храната не е доволно солена | 2 |
| Скоро секогаш пред дегустација | 3 |
12. Каква сол обично се користи во твојот дом?
- | | |
|----------------|---|
| Јодирана сол | 1 |
| Морска сол | 2 |
| Минерални соли | 3 |
| Друга сол | 4 |
13. Каков путер или маргарин користиш?
- | | |
|----------------|---|
| Несолен | 1 |
| Нормално солен | 2 |
| Многу солен | 3 |
14. Дали си го променил начинот на исхрана поради здравствени причини во текот на изминатата година?
- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| | Не | Да |
| Намалена количина на масти | | |
| Промена на типот на масти | | |
| Зголемена употреба на зеленчук | | |
| Намалена употреба (количина) на шеќер | | |
| Намалена употреба (количина) на сол | | |
| Зголемена употреба (количина) на леб | | |

15. Колку често ја јадеш следнава храна? (Само еден одговор за секој вид храна.)

	Еднаш дневно или почесто	Скоро секој ден	Неколку пати неделно	Еднаш неделно	Еднаш или неколку пати месечно	Ретко или никогаш
Говедско месо						
Свинско месо						
Колбаси						
Пилешко						
Солена риба						
Пушена риба						
Свежи или замрзнати риби						
Солени печурки						
Сирење (наведи)						
Компири						
Зеленчук (наведи)						
Свежо овошје						
Свежи или замрзнати шумски плодови						
Овесна каша или каша од брашно						
Торти						
Слатки						
Безалкохолни пијалаци: засладени со шеќер вештачки засладено						
Чипс итн.						

5.3.5. Оценка на здравствената состојба

1. Дали си во пензија заради инвалидност?		
Не		1
Да, делумно обесштетување		2
Да, за одреден период		3
Да, на неодредено време		4
2. Колку дена во текот на минатата година (12 месеци) си бил на боледување или не ја вршеше твојата секојдневна работа поради болест? (Ако не се сеќаваш точно, дај проценка.)		
3. Може ли да го направиш следново без помош?		
	Да	Не
Се миеш сам во најголем број случаи	1	2
Се облекуваш	1	2
Се качуваш по скали без запирање	1	2
Пешачиш половина километар без одмор	1	2
Трчаш кратко растојание (околу 100 м)	1	2
Трчаш долго растојание (околу половина километар)	1	2
4 Што мислиш, каква е твојата моментална здравствена состојба? Дали е таа:		
Многу добра		1
Добра		2
Средна		3
Не е многу добра		4
Многу лоша		5

РЕФЕРЕНЦИ:

1. Global Strategy of Diet, Physical activity and Health, www.who.int/dietphysicalactivity/en/index.html
2. ХРАНА, ИСХРАНА И ПРЕВЕНЦИЈА НА ХРОНИЧНИТЕ ЗАБОЛУВАЊА, Извештај на заедничката експертска консултативна група СЗО/ФАО, Светска здравствена организација, Женева
3. Noncommunicable Disease Prevention, www.who.int/hpr/about.ncds.shtml
4. YOU ARE NOT ALONE AGAINST CANCER, Early diagnosis and proper treatment can save lives in cancer, ACIBADEM, 2009
5. Fruit, vegetable and NCD prevention, www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/en/
6. Донов Д. Ситуациона анализа на преваленцијата и контролата на незаразните болести во Република Македонија. Министерство за здравство на Република Македонија, Скопје, 2007