

**УНИВЕРЗИТЕТ “СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ”
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ
Школа за јавно здравство**



**ЗГОЛЕМЕНА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА КАКО РИЗИК-ФАКТОР КАЈ ЖЕНИТЕ
РОМКИ ВО РЕПРОДУКТИВНИОТ ПЕРИОД ВО ШУТО ОРИЗАРИ**

магистерски труд

**Кандидат:
д-р Салија Љатиф Петрушовска**

**Ментор:
проф. д-р Елена Косевска**

Скопје, 2025

посветена на мојот покоен
татко Љатиф Хамлет

Благодарност

Сакам да изразам искрена благодарност до мојата менторка проф. д-р Елена Косевска за укажаните насоки, сугестии и стручни совети при изработката на овој магистерски труд, како и до членовите на рецензентската комисија.

Голема благодарност до мојот сопруг Александар и мојот син Давид Петрушовски за целата љубов и поддршка што ми ја даваат, и исто така, на мојата мајка Хирмиза за пожртвуваноста во текот на моето образование и на мојата сестра Сабина Љатиф .

Сакам да се заблагодарам на д-р Ламбе Крстески, специјалист гинеколог-акушер и матичен гинеколог во општина Шуто Оризари и на неговата медицинска сестра Садбер Абдула од ПЗУ Мајка В&М и на Салија Бекир Халим од здружението „Иницијатива за правата на жените од Шуто Оризари“, на медицинските сестри Катерина Митревска и Јуксела Шабанова за помошта во споделување на прашалниците меѓу жените што се вработени во ЈЗУ СБГПМ „13 Ноември“ - Скопје, до Ајсел Мемет, директорката на градинката 8-ми Април, во Шуто Оризари, на Сузан Амет од НВО Мир и на Доан Сулејмановски, директорот на СУГС Шаип Јусуф за организирање на фокус-групите за потребите на квалитативната студија.

Посебна благодарност, сакам да упатам до РМУСП-програмата за стипендирање на ученици Роми, кои делумно со финансиска поддршка учесвуваа во покривањето на финансиските трошоци за моите постдипломски студии.

СОДРЖИНА

ИЗВАДОК.....	I
ABSTRACT.....	II
1. ВОВЕД.....	1
1.1. ЗГОЛЕМЕНАТА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА И ДЕБЕЛИНАТА КАКО МЕДИЦИНСКИ И ЈАВЕН ЗДРАВСТВЕН ПРОБЛЕМ	1
1.1.1 Етиологија - фактори на ризик за зголемена телесна тежина и дебелина.....	2
1.1.2 Патофизиологија	3
1.1.3 Клиничка слика, дијагностика и третман	4
1.1.4 Коморбидитети	5
1.1.5 Како да се превенира и менаџира ситуацијата?.....	7
1.2. СОСТОЈБА СО МОРБИДИТЕТОТ ОД ДЕБЕЛИНА ВО СВЕТОТ	8
1.3. СОСТОЈБАТА СО МОРБИДИТЕТОТ И МОРТАЛИТЕТОТ ОД ДЕБЕЛИНА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА	11
1.3.1 Демографски, популациони и социо-економски карактеристики.....	11
1.3.2 Оптовареност со болести и ризик-фактори.....	12
1.4. ЖЕНИТЕ РОМКИ И НИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА ВО СВЕТОТ	15
1.5. ЖЕНИТЕ РОМКИ И НИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА.....	16
1.6. ЖЕНИТЕ РОМКИ ВО РЕПРОДУКТИВНИОТ ПЕРИОД (15-49), СОСТОЈБА ВО СВЕТОТ И ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА	17
1.6.1. Жените Ромки и нивното репродуктивно здравје во светот	17
1.6.2. Жените Ромки и нивното репродуктивно здравје во Република Северна Македонија.....	20
2. МОТИВ.....	26
3. ЦЕЛИ НА МАГИСТЕРСКИОТ ТРУД.....	27
3.1. ГЛАВНА ЦЕЛ.....	27
3.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ	27

4. ХИПОТЕЗИ	27
4.1. ГЛАВНА ХИПОТЕЗА	27
4.2. ПОСТАВЕНИ СЕ СЛЕДНИВЕ СПЕЦИФИЧНИ ХИПОТЕЗИ	27
5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ	28
5.1. ДИЗАЈН НА СТУДИЈАТА	28
5.2. ПРИМЕРОК	28
5.3. КРИТЕРИУМИ ЗА ВКЛУЧУВАЊЕ	28
5.4. КРИТЕРИУМИ ЗА ИСКЛУЧУВАЊЕ	29
5.5. ИНСТРУМЕНТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	29
5.6. ВРЕМЕ И ЛОКАЦИИ НА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	29
5.7. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ	29
6. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА	30
6.1. КВАНТИТАТИВНА СТУДИЈА (ONLINE ПРАШАЛНИК)	30
6.1.1 Популациони и социо-економски карактеристики	30
6.1.2 Здравствени навики (исхрана, хигиена, физички активности, превентивни прегледи и др.)	36
6.1.3. Последици за здравјето	50
6.1.4. Самопроценка на здравјето	64
6.2. КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА (ФОКУС-ГРУПИ)	71
6.2.1. Резултати од работа со фокус-група 15-19	72
6.2.2. Резултати од работа со фокус-група 20-30	73
6.2.3. Резултати од работа со фокус-група 31-40	75
6.2.4. Резултати од работа со фокус-група 41-49	76
7. ЗАКЛУЧОЦИ	79
7.1. ЗАКЛУЧОЦИ ОД КВАНТИТАТИВНА СТУДИЈА	79
7.2. ЗАКЛУЧОЦИ ОД КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА	82
8. ПРЕПОРАКИ	84
9. ЛИТЕРАТУРА	85
10. ПРИЛОЗИ	91

ИЗВАДОК

ВОВЕД: Зголемената телесна тежина и дебелина се сè поприсутни кај популацијата во Република Северна Македонија. Податоците на Институтот за јавно здравје на РСМ покажуваат дека 62,7 насто од мажите и 48,4 насто од жените на возраст над 18 години имаат зголемена телесна тежина, а дебели се 19,6 и 17,2 проценти од нив. Луѓето што имаат зголемена телесна тежина или се дебели живеат со специфичен инвалидитет и со намален квалитет на живот. Појавата на болести кај нив е поизвесна и носи ризик од предвремена смртност. Лошата исхрана и слабата физичка активност се најважните фактори што придонесуваат за епидемијата на проблемот со дебелина и прекумерна телесна тежина.

ГЛАВНА ЦЕЛ на магистерскиот труд е да се утврдат навиките што се поврзани со здравјето, ризичните однесувања и акутните исходи за здравјето кај жените Ромки во репродуктивниот период во Шуто Оризари. За таа цел се одредени 2 специфични цели: идентификување на навиките кај жените Ромки во репродуктивниот период во Шуто Оризари, што претставуваат ризик-фактор за здравјето со особен акцент на зголемената телесна тежина и идентификување на акутните исходи за здравјето на жените Ромки во репродуктивниот период во општина Шуто Оризари, за превенција и за рано лекување на системските заболувања.

ГЛАВНА ХИПОТЕЗА: Постои поврзаност на зголемената телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивниот период со нивниот стил на живот и со последиците за здравствената состојба. Поставени се следниве 2 специфични хипотези:

X1. Постојат разлики во навиките што се поврзани со здравјето кај жените Ромки од Шуто Оризари според возраста, занимањето, образованието, брачниот статус и семејната имотност.

X2. Постои поврзаност помеѓу навиките во однос на здравјето кај жените Ромки од Шуто Оризари со акутните исходи и со проценката на сопственото здравје.

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ: Истражувањето претставува проспективна квантитативно-квалитативна студија на пресек (cross-sectional study) и се спроведе онлајн во текот на 2024 година, како и со учество на фокус-групи. Податоците за истражувањето се добиени со користење на модифициран и приспособен анкетен прашалник, од стандардизиран прашалник за испитување на посочената група, составен од три дела:

- 1) Прашања за популациони и социо-економски карактеристики (возраст, образование, семејна имотност и др);
- 2) Прашања за здравствени навики (исхрана, физички активности, употреба на тутун, и др);
- 3) Прашања за актуелни исходи за здравјето (самопроценка на здравјето, на физичкото, емотивното и менталното здравје).

Примерокот се состои од жени Ромки во репродуктивен период (15 – 49 години), жителки на Шуто Оризари. Вкупниот број на испитанички за квантитативната

студија е 100 жени (5%) од вкупниот број на Ромки во репродуктивниот период во општина Шуто Оризари, во согласност со проценката на население според податоците на Државниот завод за статистика. Квалитативната студија се спроведе со 55 жени поделени во 4 фокус-групи според 4 возрастни групи (15 – 19, 20 – 30, 31 – 40, 41 – 49). За обработката и анализата на податоците се користени статистички методи за одредување на индексот на структура, за дескриптивна и компаративна анализа и др.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА: Во рамките на квалитативното истражување се направи увид во: социо-економските карактеристики, во здравствените навики, во последиците и самопроценката на здравјето. Во делот на социоекономските карактеристики, на онлајн прашалникот, најмногу одговорија жени на возраст од 20 до 30 години, односно 38 жени, 29 жени на возраст од 31 до 40 години, 17 жени беа на возраст од 41 до 49 години, нешто помалку одговорија најмладите односно 16 лица на возраст од 15 до 19 години. Според добиените наоди од истражувањето, испитаничките во најголем дел консумираат готвени јадења и тоа 48 испитанички. Како втори по ред или 18 испитанички изјавиле дека „јадат се“, 13 испитанички одговориле дека консумираат брза храна, 12 испитанички имаат здрава балансирана исхрана и 9 испитанички во својата исхрана користат исклучително јагленихидрати односно бели пецива и тестенини. Во однос на поставеното прашање, дали консумираат леб, бели пецива и слатки, од вкупно 100 испитаници, 80 одговорија позитивно, додека 20 негативно. Во однос на нутритивни, 79 % изјавиле дека најчесто користат јагленихидрати во исхраната, 66 % протеини, додека 46 % масти.

Како највпечатлив дел од ова истражување беше утврдување на БМИ, кој беше кај поголемиот дел од испитуваната група висок односно БМИ= 30 и >30. Од вкупно 100 испитанички, кај 62 жени се утврди зголемен ИТТ, а 21 жена беше со прекумерна телесна тежина, односно дебелина. Во однос на употреба на пијалоци кои содржат шеќери, 61 лице или повеќе од половината изјавиле дека консумираат безалкохолни пијалоци, 20% жени изјавиле дека не консумираат таков вид пијалоци, додека 15% консумираат и алкохолни и безалкохолни пијалоци. Мал дел изјавиле дека консумираат само алкохол. Во однос на проблеми со здравје, 34 жени од вкупниот број испитанички изјавиле дека имаат проблеми со здравјето. Најчесто пријавуваат: висок крвен притисок, покачени масти, дијабетес тип 2, проблеми со тироидната жлезда и сл. Во однос на навиките за превентивни прегледи кај нивните избрани матични лекари (општ лекар, гинеколог, стоматолог), речиси половина се жени кои посетуваат наспроти оние кои во истражувањето одговориле дека не одат на лекар за превентивни прегледи. Најчесто одат, кога сметаат дека треба, односно кога се болни. Во рамките на квалитативното истражување, што се спроведе во 4 фокус-групи, во најголем дел се потврдија наодите и тврдењата на испитаничките во квантитативното истражување. Имено, најризично однесување во однос на зголемената телесна тежина и дебелината имаа жените на возраст од 20 до 40 години кои се хранат претежно со леб, пецива, тестенини, физички се слабо активни и имаат заболувања како што се: хипертензија, дијабетес, проблеми со КВБ, со функционирањето на репродуктивните органи, и сл.

ЗАКЛУЧОК: Од наодите во ова истражување, се потврдува главната хипотеза, односно постои поврзаност на зголемената телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивниот период со нивниот стил на живот и со последиците за здравствената состојба. Потребни се посериозни превентивни мерки од страна на државата во вид на подготовка на посебни стратегии, акциски планови и програми за промоција на здравјето и за превенција на зголемената телесна тежина и дебелината кај жените Ромки преку зголемени активности за здравствена едукација и со рана детекција на факторите на ризик.

Клучни зборови: зголемена телесна тежина, Ромки, репродуктивен период, Шуто Оризари

ABSTRACT

INTRODUCTION. Data from the Institute of Public Health of the Republic of Moldova show that 62.7 percent of men and 48.4 percent of women over the age of 18 are overweight, and 19.6 percent and 17.2 percent of them are obese, respectively. The occurrence of diseases in them is more certain and carries the risk of premature mortality. Poor diet and poor physical activity are the most important factors contributing to the epidemic of obesity and overweight.

The main aim of the master's thesis is to determine health-related habits, risky behaviors and acute health outcomes in Roma women during the reproductive period in Șuto Orizari. For this purpose, two specific objectives have been identified: to identify reproductive health habits in Șuto Orizari that pose a health risk factor with particular emphasis on weight gain, and to identify acute health outcomes for Roma women in the reproductive period in the municipality of Șuto Orizari, with the aim of prevention and early treatment of systemic diseases.

MAIN HYPOTHESIS: There is a correlation between the increased body weight of Roma women during the reproductive period with their lifestyle and health consequences. The following two specific hypotheses have been posed:

X1. There are differences in health-related habits among Roma women from Șuto Orizari by age, occupation, education, marital status, and marital property.

X2. There is a correlation between health habits in Roma women from Șuto Orizari with acute outcomes and assessment of one's own health.

MATERIALS AND METHODS: The study is a prospective quantitative-qualitative cross-sectional study and will be conducted online throughout 2024 as well as with focus groups. The survey data were obtained using a modified and customized survey questionnaire, from a standardized questionnaire for examining the specified group, consisting of three parts:

- Questions about population and socio-economic characteristics (age, education, family property, etc.);
- Questions about health habits (diet, physical activity, tobacco use, etc.);
- Questions about current health outcomes (self-assessment of health, physical, emotional, and mental health).

The sample consists of Roma women in reproductive age (15-49 years), residents of Șuto Orizari. The total number of respondents for the quantitative study is 100 women (5%) of the total number of Roma women in the reproductive period in the municipality of Șuto Orizari, according to a population estimate according to data from the State Bureau of Statistics. The qualitative study was conducted with 55 women divided into 4 focus groups according to 4 age groups (15-19, 20-30, 31-40, 41-49). For data processing and analysis, statistical methods are used to determine the structure index, descriptive and comparative analysis, etc.

RESULTS AND DISCUSSION: Within the framework of the qualitative study, insights were made in: socioeconomic characteristics, health habits, consequences and self-assessment of health. In the section of socioeconomic characteristics, the online questionnaire was mostly answered by women aged 20 to 30 years, i.e. 38 women, 29 women aged 31-40 years, 17 women were aged 41-49 years, The youngest responded, with 16 people aged 15 to 19. For the second time, 18 respondents said they "eat everything", 13 respondents said they eat fast food, 12 respondents eat a healthy balanced diet, and 9 respondents use exclusively carbohydrates in their diets, i.e. white pastries and pasta. In terms of the question asked, whether they consume bread, white pastries and sweets, out of a total of 100 respondents, 80 answered positively, while 20 answered negatively. In terms of nutrients, 79% reported that they mostly use carbohydrates in their diet, 66% protein, and 46% fat.

The most striking part of this study was the determination of BMI, which was high in the majority of the study group, i.e. BMI= 30 and >30. Of the 100 subjects, 62 women had an elevated BMI and 21 women were overweight or obese. In terms of consumption of sugar-containing beverages, 61 people or more than half said they consumed soft drinks, 20% of women said they did not consume such drinks, and 15% consumed both alcoholic and non-alcoholic beverages. A small proportion said they only consumed alcohol. In terms of health

problems, 34 women out of a total of respondents reported having health problems. The most commonly reported are: high blood pressure, high body fat, type 2 diabetes, thyroid problems, etc. In terms of preventive check-up habits of their chosen physicians (GP, gynecologist, dentist), almost half are women who visit versus those who responded in the study that they do not go to the doctor for preventive check-ups. Within the framework of the qualitative study, which was conducted in 4 focus groups, for the most part confirmed the findings and claims of the respondents in the quantitative study. Namely, the most risky behaviors in terms of weight gain and obesity were women aged 20 to 40 who ate mainly bread, pastries, pasta, were poorly physically active and had diseases such as: hypertension, diabetes, CVD problems, reproductive organ function, etc.

CONCLUSION: The findings of this study confirm the main hypothesis, i.e. there is a correlation between the increased body weight of Roma women during the reproductive period with their lifestyle and health consequences. More serious preventive measures are needed by the state in the form of preparation of special strategies, action plans and programs for health promotion and prevention of weight gain and obesity in Roma women through increased Health education activities and early detection of risk factors.

Keywords: increased body weight, Roma women, reproductive period, Shuto Orizari

1. ВОВЕД

1.1. ЗГОЛЕМЕНАТА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА И ДЕБЕЛИНАТА КАКО МЕДИЦИНСКИ И ЈАВЕН ЗДРАВСТВЕН ПРОБЛЕМ

Зголемената телесна тежина и дебелината се повеќе се актуелизираат како јавен здравствен проблем како во светот, така и кај нас. Сериозноста и сфаќањето на оваа здравствена состојба е многу битна алка во синцирот на превенцијата и раното лекување на низа системски заболувања кај населението што произлегуваат како последица на нарушеното здравје. Дебелината е спротивната страна од неухранетоста, а денес повеќето луѓе се дебели отколку со недоволна тежина во секој регион освен во регионот на Југоисточна Азија. Некогаш се сметаше за проблем само во земјите со високи приходи, денес некои земји со среден приход имаат меѓу највисоката преваленца на прекумерна тежина и дебелина во светот. [93]

Дебелината е хронична комплексна болест дефинирана како таложение на прекумерни масни наслаги што можат да го нарушат здравјето. Дебелината може да доведе до зголемен ризик од дијабетес тип 2 и срцеви заболувања, може да влијае на здравјето и репродукцијата на коските, го зголемува ризикот од одредени видови на рак. [1,95]

Дебелината влијае на квалитетот на живеење, како што се спиењето или движењето. Дијагнозата на прекумерна тежина и дебелина се поставува со мерење на тежината и висината на луѓето и со пресметување на индексот на телесна маса (BMI): тежина (kg)/висина² (m²). [98]

Индексот на телесна маса е еден од важните показатели за дебелината, но и дополнителните мерења, како што е обемот на половината, можат да помогнат во дијагнозата на дебелината. Спроведување на таков вид истражувачки активности, на ниво на земја, ние имаме цел да го следиме трендот на оваа глобална пандемија, да ги процениме регионалните разлики и да ги процениме тековните стратегии за превенција. Категориите BMI за дефинирање на дебелината варираат во зависност од возраста и полот кај доенчињата, децата и адолесцентите. [98]

За децата, треба да се земе предвид возраста кога се дефинираат прекумерната тежина и дебелината.

Деца под 5 годишна возраст

За деца под 5 години:

- прекумерната тежина е тежина за висина поголема од 2 стандардни отстапувања над просечната вредност на Стандардите за раст на децата на СЗО; и
- дебелината е тежина за висина поголема од 3 стандардни отстапувања над просечната вредност на Стандардите за детски раст на СЗО.

Деца на возраст од 5 до 19 години

Прекумерната тежина и дебелината се дефинирани на следниов начин за децата на возраст меѓу 5-19 години:

- прекумерната тежина е БМИ за возраст поголема од 1 стандардна девијација над референтната вредност за раст на СЗО; и
- дебелината е поголема од 2 стандардни отстапувања над референтната средина за раст на СЗО.

Возрасни

За возрасни, СЗО ги дефинира прекумерната тежина и дебелината на следниов начин:

- прекумерната тежина е БМИ поголем или еднаков на 25; и
- дебелината е БМИ еднаков или поголем од 30.[98]

Слика бр. 1. СЗО класификација на тежина /БМИ

WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS	
WEIGHT STATUS	BODY MASS INDEX (BMI), kg/m ²
Underweight	<18.5
Normal range	18.5 – 24.9
Overweight	25.0 – 29.9
Obese	≥ 30
Obese class I	30.0 – 34.9
Obese class II	35.0 – 39.9
Obese class III	≥ 40

Зголемената телесна тежина, според СЗО се дефинира како состојба на прекумерни масни наслаги.[93]

Една друга дефиниција вели: Дебелината претставува состојба на прекумерно складирање на телесните масти, мултифакторски условена хронична болест со абнормална телесна кумулација на масти која доведува до нарушување на здравјето со сериозни компликации. Претставува главна карактеристика на метаболичкиот синдром, а се дефинира со индекс на телесна маса еднаков или поголем од 30 kg/m². Дебелината е значаен јавен здравствен проблем, со брз развој на распространетоста во многу од индустриските земји во светот. Прекумерната тежина и дебелината се резултат на нерамнотежата при внесот на енергија (диета) и трошењето на енергија (физичка активност).[72]

1.1.1 Етиологија - фактори на ризик за зголемена телесна тежина и дебелина

Причинители што доведуваат до појава на состојба на прекумерна телесна тежина и дебелина се побројни (комплексни). Самата состојба е повеќефакторска и доколку кај лицето што е обезно има повеќе ризик-фактори што ја поттикнуваат оваа состојба, треба да се внимава бидејќи истите можат да доведат и до преземање на превентивни мерки и правилен третман на состојбата.

Фактори што придонесуваат за појава на обезност се:

- генетска предиспонираност (фамилијарна историја);
- етничка припадност (одредени популациони групи се предиспонирани);
- возраст и пол (зголемување на возраста, менопауза и андропауза);

- навики за исхрана (нарушен ритам на исхрана, булимија, синдром на ноќно јадење);
- квалитет на исхрана (високоенергетска, доминантни масти, внесување на алкохол);
- физичка активност (редуцирана, седечки начин на живот, имобилност);
- психосоцијални фактори (стрес, социјална и економска состојба, вработеност, брак);
- прекин на пушењето, примањето на лекови, орални контрацептиви и секундарни
- ендокрини фактори на дебелината; [72,81]

Покрај овие фактори, како главни, постојат и други кои се во зависност од надворешната средина во која живее поединецот, од условите за живот, од социо-економски статус, од пристапот до намирници, од здравата и безбедна храна и сл.[37]

Многу важен податок и препорака од СЗО и од други релевантни организации е и недостатокот на ефективен одговор на здравствениот систем за да се идентификуваат прекумерното зголемување на телесната тежина и таложението на маснотии во раните фази, што ја влошува прогресијата кон дебелина. [11]

Затоа е потребно, секоја држава во рамките на својата јавна политика, да обрне внимание на растечкиот тренд на лица со прекумерна телесна тежина и дебелина, како во светот, така и во Република Северна Македонија [97,99]

1.1.2 Патофизиологија

ТЕЛЕСНА ДИСТРИБУЦИЈА – Дистрибуција на масти

Дистрибуција на масти по одделни органи и ткива во човековото тело е од особено значење бидејќи влијае на инциденцата на коморбидитети што се асоцирани со дебелината. [1]

Коморбидитетите се асоцирани со особено зголемување на висцералните, но и на субкутаните масни депозити. Андроидната дебелина, во која адипозноста е претежно абдоминална (вклучувајќи висцерална и, во помала мера, субкутана масна дистрибуција), е силно поврзана со влошените метаболични и клинички последици од дебелината.[72]

Според доминантноста на локализацијата на депонираните масти, телесната дистрибуција на масти се дели на два основни типа:

1. Висцерална, абдоминална, централна, проксимална, андроидна, јаболко – форма на дебелина. Предоминантно депонирање на абдоминални масти (абдоминални масни депонирани во ретроперитонеумот и интраперитонеалниот (мезентеричен и оментален) регион и

2. Глутерофеморална, дистална, периферна, гинекоидна, крушка – форма на дебелината. (предоминантно депонирани периферни или дистални масти во колковите, глутеусите, бутите и натколелата). [55]

МАСНА КЛЕТКА

Масното ткиво не претставува пасивен орган за акумулација на триглицериди и резервна енергија. Адипоцитот е таргет-клетка на многу хормони, која функционира како ендокрина клетка и продуцира повеќе хормони, пептиди и метаболити, што можат да бидат особено важни за контролата на телесната тежина). Поголемиот број масни клетки во висцералното масно ткиво го прават поосетливо на промените во липидната акумулација и метаболизмот. Поголемиот крвен проток на висцералното масно ткиво овозможува поголемо влијание на хормоналните промени во споредба со субкутаното масно ткиво.[64,75]

При стрес, кортизолот учествува во забрзувањето на процесот на липолиза. Липолитичните хормони (катехоламини) се најактивни во висцералните масти, ја зголемува липолизата, корелира со нивото на слободни ТНФ-масни киселини (СМК). Висцерални адипоцити се порезистентни од субкутаните на инсулинскиот антилиполитичен ефект. Висцералното масно ткиво е посензитивно на липолитични стимулуси. Висцералното масно ткиво има повисоко ниво на липолиза (2x поголем обрт). Липолизата на висцералните масти доведува до ослободувањена СМК. Постпрандијалните СМК се повисоки кај висцералната дебелина. Директна врска: висцералната дебелина, постпрандијална $\square$ липемија и атерогенеза.[55,64]

РЕЛАТИВЕН ФУНКЦИОНАЛЕН ХИПЕРКОРТИЦИЗАМ – Централна стимулација која придонесува за значаен пораст на АЦТХ и кортизол;

- РЕЛАТИВЕН ХИПЕРАНДРОГЕНИЗАМ КАЈ ЖЕНИ:

- потенциран кај дебелите жени со висцерална телесна дистрибуција;
- менструални нерегуларности (амеореа), намален;
- фертилитет (рана менарха, одложена менопауза, ановулаторни циклуси);
- низок прогестерон;
- зголемена андрогена продукција и зголемен метаболен клиренс;
- продукција на тестостерон и андростендион од оваријално потекло;
- продукција на ДХЕА-С и андростендион од надбубрежно потекло (стимулатор АЦТХ)
- зголемена слободна фракција на тестостерон (фрее тестостерон) [75]

1.1.3 Клиничка слика, дијагностика и третман

АНАМНЕЗА

Клиничката слика се карактеризира со: зголемени масни депоа, нарушени телесни пропорции, симптоми и знаци кои се должат на компликациите и коморбидитетите на дебелината. Потребно е да се одреди процентот на вкупните телесни масти чијшто степен на прекумерна телесна тежина и дебелина зависат директно и индиректно. Во историјата, на пациентот со прекумерна телесна тежина и дебелина, потребно е да се пронајдат и етиолошките фактори како причинители за таа состојба, да се одредат факторите за ризик, како и податок за фамилијарна позитивна анамнеза доколку

пациентот одговори потврдно дека некој негов член од поблиското семејство дава податок за хронични незаразни болести. [37,75]

ДИЈАГНОСТИКА

Се користат лабораториски испитувања на вредностите на:

- липиди на гладно: TG, TH, HDL, LDL (нормални или типична дислипидемија поврзана со - кардиометаболичен синдром (↓HDL, ↑TG на гладно, мали густы LDL честички);
- испитување на функцијата на црниот дроб (хепатални ензими);[55]
- тестови на функцијата на тироидната жлезда (тироидни хормони);
- одредување на гликоза и гликолизирани хемоглобин (HbA1C), Insulin и C-peptid (инсулинска резистенција, ↑ инсулин). [75]

ТРЕТМАН

Во зависност од степенот на клиничката слика од страна на ординираниот лекар се препорачува:

- нефармаколошка – со хигиенско диететски режим,
- фармаколошка, како и
- хируршка (баријатриска хирургија).

Од фармаколошка терапија, за третман на дебелина се користат лекови со централно дејство коишто го нарушуваат внесот во исхраната (CNS стимуланти, Анорексанти). Адренергичните агонисти дејствуваат на тој начин што ослободуваат ткивни резерви на епинефрин, предизвикувајќи последователни алфа-и или бета-адренергични стимулации и на тој начин даваат бенефит на пациентите со дебелина. Меѓу лековите што дејствуваат периферно за да ја нарушат диететската апсорпција е и лекот Орлистат/Orlistat (Xenical, Alli) што претставува гастроинтестинален и панкреатичен липазен инхибитор кој предизвикува губење на тежината. Неговото примарно дејство е превенирање на апсорпцијата на масните од човечката исхрана дејствувајќи како липаза инхибитор, намалувајќи го внесот на калории. [72]

1.1.4 Коморбидитети

Дебелината е асоцирана со повеќе болести и состојби кои значително го зголемуваат ризикот од морбидитет и морталитет кај дебелините лица. Подобрувањето на овие состојби по значително намалување на телесната тежина индицира дека дебелината веројатно има значајно влијание во нивниот развој:

- **Кардиоваскуларни коморбидитети:** есенцијална хипертензија, коронарна срцева болест, лево вентрикуларна хипертрофија, пулмонално срце (cor pulmonale), кардиомопатија асоцирана со дебелината, акцелеринара артериосклероза, пулмонална хипертензија;
- **CNS:** излив (мозочен удар), идиопатска интракранијална хипертензија;
Гастроинтестинален тракт: болести на жолчното кесе (холецистит и

- холелитијаза), неалкохолен стеатохепатитис, масна хепатална инфилтрација/дегенерација, рефлуксен езофагитис;
- **Малигнитети:** асоцираност со ендометријален канцер и канцер на простата, жолчно кесе, дојки, колон, бели дробови;
 - **Психолошки:** социјална стигматизација, депресија;
 - **Ортопедски:** Osteoarthritis, Coxa vara, хронично лумбаго, остеоартритис;
 - **Метаболични:** инсулинска резистентност, хиперинсулинемија, метаболичен синдром, ДМ тип 2, дислипидемија ($\uparrow$ TX, $\uparrow$ TG, $\uparrow$ / $\uparrow$ LDL, $\downarrow$ HDL);
 - **Репродуктивни:** ановулација, ран пубертет, инфертилност, РСО, хиперандрогенизам, хипогонадотропен хипогонадизам кај мажи, еректилна дисфункција, ризик од мртвороденост. Обстетрициски и перинатални: ХТА во бременост, фетална макрозомија, пелвична дистокија;
 - Зголемен **хируршки** ризик и постоперативни компликации, вклучувајќи инфекции на раната, длабока венска тромбоза, пулмонален емболизам и постоперативна пнеумонија;
 - **Пелвични проблеми:** стрес инконтиненција, (болести на мочниот меур);
 - **Кожни:** интертриго (обата бактериски и/или фунгални), acanthosis nigricans, хирзутизам, зголемен ризик од целулит, карбункули;
 - **Останато:** редуцирана мобилност, тешкотии во одржување на хигиената;
 - Времетраењето на **спиенњето** помалку од 5 часа или повеќе од 8 часа било поврзано со зголемена висцерална и поткожна телесна маст, кај млади Афроамериканци и шпански Американци, (оваа асоцијација се однесува главно на намален хормон лептин и зголемени нивоа на хормон на грелин).[14,27, 72,55]

Здравствените ризици предизвикани од прекумерната тежина и дебелината се сè повеќе добро документирани и разбрани.

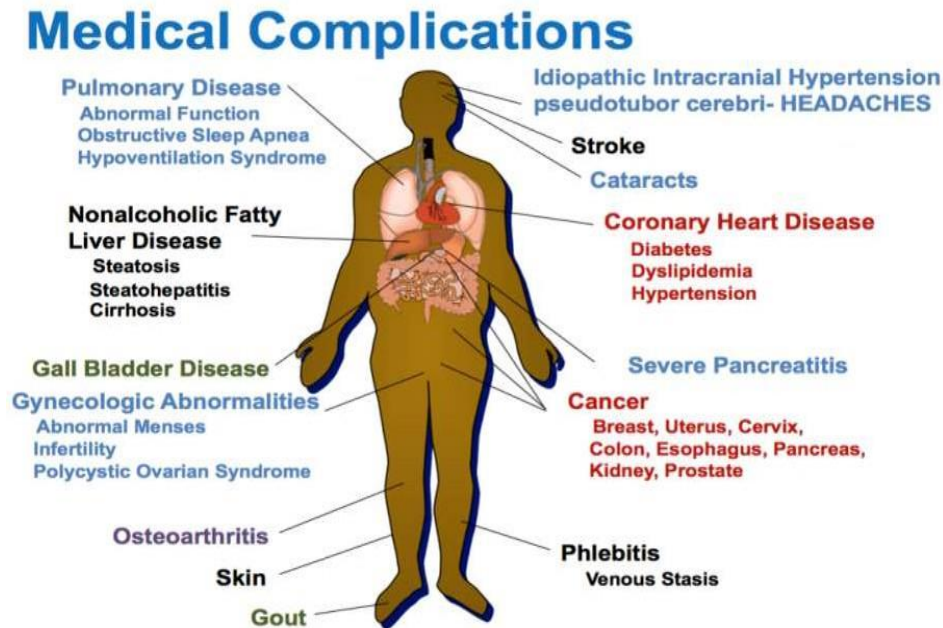
Во 2019 година, зголемениот БМИ предизвика околу 5 милиони смртни случаи од незаразни болести (НЗБ) како што се: кардиоваскуларните болести, дијабетесот, канцерот, невролошките нарушувања, хроничните респираторни заболувања и дигестивните нарушувања [16,35,58]

Прекумерната тежина во детството и адолесценцијата влијае на непосредното здравје на децата и адолесцентите и е поврзана со поголем ризик и рана појава на различни НЗБ, како што се дијабетесот тип 2 и кардиоваскуларните болести. Дебелината во детството и адолесцентите имаат негативни психосоцијални последици. Тоа влијае на училишната изведба и на квалитетот на животот, надополнети со стигмата, дискриминацијата и малтретирањето. Децата со дебелина имаат голема веројатност да бидат возрасни со дебелина и исто така се изложени на поголем ризик од развој на НЗБ во зрелоста.[54,56,62,67]

Економските влијанија од епидемијата на дебелина се исто така важни. Ако ништо не се преземе, глобалните трошоци за прекумерна тежина и дебелина се предвидува да достигнат 3 трилиони американски долари годишно до 2030 година и повеќе од 18 трилиони американски долари до 2060 година .

Како заклучок може да се констатира дека порастот на стапките на дебелина во земјите со низок и среден приход, вклучително и кај пониските социо-економски групи, брзо го глобализира проблемот што некогаш бил поврзан само со земјите со високи приходи.[97]

Слика бр. 2 Медицински компликации настанати од obesity



1.1.5 Како да се превенира и менаџира ситуацијата?

Прекумерната тежина и дебелината, како и хроничните односно незаразните болести се поврзани во голема мера, но за среќа истите можат да се спречат и да се контролираат. Тие вклучуваат:

- Контролирано зголемување на телесната тежина за време на бременоста;
- Да се практикува ексклузивно доене во првите 6 месеци по раѓањето и продолжување со доењето до 24 месеци или повеќе;
- Поддршка на однесувањето на децата околу здравата исхрана, физичката активност, пасивноста и спиењето, без оглед на моменталната состојба на тежината;
- Ограничување на времето поминато на екранот;
- Ограничена потрошувачка на засладени пијалоци со шеќер и енергетски густа храна и промовирање на други здрави однесувања во исхраната;
- Практикување на здрав начин на живот (здрава исхрана, физичка активност, времетраење и квалитет на спиењето, избегнување тутун и алкохол, емоционална саморегулација);
- Ограничување на внесот на енергија од вкупните масти и шеќери и зголемување на потрошувачката на овошје и зеленчук, како и мешунки, цели зрна и јаткасти плодови; и
- Практикување редовна физичка активност.[89,94,97,98]

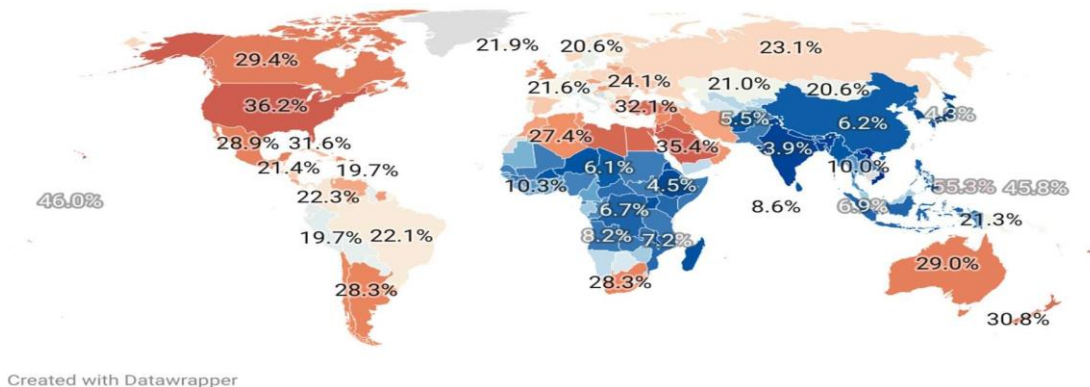
Улогата на здравствените работници

- 1) Проценка на тежината и висината на луѓето што пристапуваат до здравствените установи.
- 2) Советување за здрава исхрана и начин на живот.
- 3) Кога ќе се постави дијагнозата за дебелина, да се обезбедат интегрирани здравствени услуги за превенција и управување со дебелината, вклучително и здрава исхрана, физичка активност и медицински и хируршки мерки.
- 4) Следење на другите фактори на ризик (гликоза во крвта, липиди и крвен притисок) и проценка на присуството на коморбидитети и инвалидитет, вклучително и нарушувања на менталното здравје.[89,97]

1.2. СОСТОЈБА СО МОРБИДИТЕТОТ ОД ДЕБЕЛИНА ВО СВЕТОТ

Според Светската здравствена организација во 2022 година, 2,5 милијарди возрасни лица на возраст од 18 години и постари имале прекумерна тежина, вклучително и над 890 милиони возрасни лица што живееле со дебелина. Ова одговара на 43% од возрасните на возраст од 18 години и повеќе (43% од мажите и 44% од жените) кои имале прекумерна тежина; зголемување од 1990 година, кога 25% од возрасните на возраст од 18 години и повеќе имале прекумерна тежина. Преваленцата на прекумерната тежина варира во зависност од регионот, од 31% во регионот на СЗО во Југоисточна Азија и во Африканскиот регион до 67% во регионот на Америка .[94]

Слика бр. 3 Мапа во која е изразена стапката на застапеност на обеситас во проценти, на светско ниво



Извор: www.datapandas.org/ranking/obesity-rates-by-country

Според горенаведената мапа можеме визуелно да имаме увид, во проценти по континенти односно земји, на застапеност на лица со прекумерна тежина и дебелина, а и во согласност со колектираните податоци на онлајн провајдерот Data Panda, во кој се собираат податоци врз различен основ на ниво на светски рамки имаме можност да добиеме и најнови информации за различен аспект од интересот на истражувањето.[22]

Овој извор дава увид во следниве заклучоци, кои произлегуваат од сумираните податоци:

Па така, главните наоди од податоците вклучуваат:

- Островските земји во Пацификот, како што се Науру (61,0%) и Куковите Острови (55,9%), имаат највисоки стапки на дебелина во светот, што може првенствено да се припише на локалните навики во исхраната и ограничената достапност на свежа, хранлива храна.
- Спротивно на тоа, некои земји во Азија имаат најниски стапки на дебелина, а Виетнам е најнизок со 2,1%. Земјите како Јапонија (4,3%) и Индија (3,9%), и покрај нивната голема популација, исто така покажуваат значително ниски стапки на дебелина, главно поради традиционалните диети со ниска преработена храна и богата со житарки и зеленчук.
- Соединетите Американски Држави, често теоретизирани како епицентар на епидемијата на дебелина, се рангирани на 12. место во светот, со 36,2% од возрастната популација категоризирана како дебел.
- Економиите во развој како Саудиска Арабија (35,4%), Катар (35,1%) и Обединетите Арапски Емирати (31,7%), исто така, покажуваат високи стапки на дебелина, што ја сигнализира промената кон сè поседечки начин на живот и висока потрошувачка на брза храна богата со калории во овие региони. [23,24,97]

Според Глобалната здравствена опсерваторија на СЗО, преваленца на дебелина кај возрастни лица кои се од 18+ години (е дефиниран како индекс на телесна маса ≥ 30 kg/m²). Преваленца на дебелина кај адолесценти (е дефинирана според референцата за раст на СЗО за деца и адолесценти на училишна возраст, две стандардни отстапувања индекс на телесна маса за возраста и полот. Земјите ја избираат соодветната возрастна група за адолесценти според нивниот национален контекст.[100]

Врската помеѓу лошите здравствени резултати/смртноста од сите причини и дебелината е добро воспоставена. Во светот, најмалку 2,8 милиони луѓе умираат секоја година како резултат на прекумерната тежина или дебелина, а се проценува дека 35,8 милиони (2,3%) од глобалните DALY се предизвикани од прекумерна тежина или дебелина. [97]

Во 2008 година, 9,8% од мажите и 13,8% од жените во светот биле дебел (со БМИ 30 kg/m²), споредено со 4,8% кај мажите и 7,9% кај жените во 1980 година (32). Се проценува дека 205 милиони мажи и 297 милиони жени на возраст над 20 години биле дебел во 2008 година – вкупно повеќе од 500 милиони возрастни широм светот. [100]

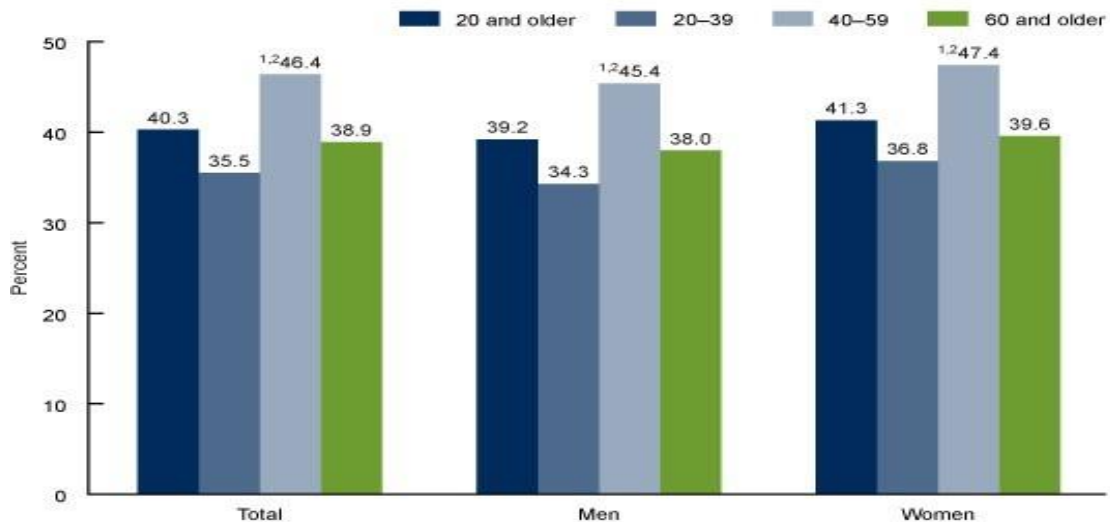
Според податоците од Националното истражување за здравје и исхрана, во текот на август 2021 – август 2023 година, преваленцата на дебелината кај возрастните била 40,3%, без значајни разлики помеѓу мажите и жените. Преваленцата на дебелината била повисока кај возрастните на возраст од 40 до 59 години отколку кај возраста од 20 до 39 и 60 и постари.

Преваленцата на дебелината била помала кај возрастните со диплома отколку кај возрастните со понискообразование.

Преваленцата на тешка дебелина кај возрастните била 9,4% и е повисока кај жените отколку кај мажите за секоја возрастна група.

Од 2013 до 2014 година, до август 2021 – август 2023 година, преваленцата на дебелината приспособена според возраста не се променила значително, додека преваленцата на тешка дебелина се зголемила од 7,7% на 9,7%.[62,63,64,65]

Слика бр. 4. Преваленца на дебелината кај возрасни на возраст од 20 години и постари, по пол и возраст: Соединети Американски Држави, август 2021 – август 2023 година



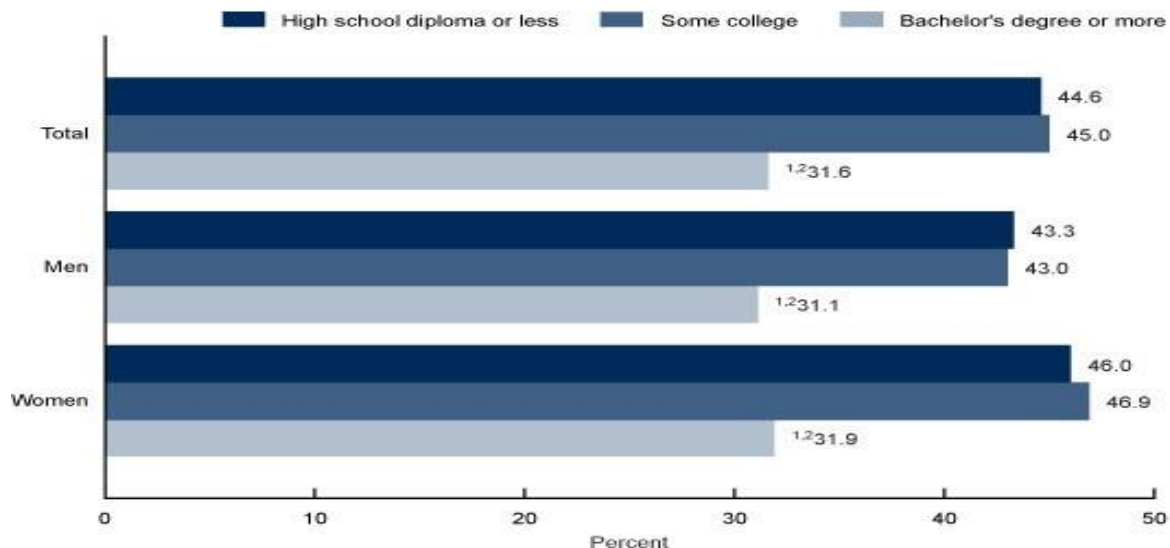
1. Значително различно од 20 до 39 години ($p < 0,05$).
2. Значително различно од 60-годишна возраст и постари ($p < 0,05$).

11

ЗАБЕЛЕШКА: Проценките се приспособени според возраста за возрасни на возраст од 20 години и постари се 40,3% за вкупното население, 39,3% за мажи и 41,4% за жени и беа приспособени на возраста со директен метод на населението на Пописот на САД од 2000 година, користејќи возрасни групи од 20 до 39 години, 40 – 59 и 60 и постари.

ИЗВОР: Национален центар за здравствена статистика, Национално истражување за здравствени и нутриционистички испитувања, август 2021 – август 2023 година.

Слика бр. 5 Преваленца на дебелината кај возрасни на возраст од 20 години и постари, по пол и ниво на образование: САД, август 2021 – август 2023 година



1. Значително различно од возрасните со завршено средно образование или помалку ($p < 0,05$).
 2. Значително различно од возрасните со одреден факултет ($p < 0,05$).
- ЗАБЕЛЕШКА: Во категоријата диплома за средно образование или помалку спаѓа GED.

ИЗВОР: Национален центар за здравствена статистика, Национално истражување за здравствени и нутриционистички испитувања, август 2021 – август 2023 година.

Во 2024 година, NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) објави наоди кои проценуваат дека повеќе од една милијарда луѓе во светот сега живеат со дебелина, скоро 880 милиони возрасни и 159 милиони деца и адолесценти на возраст од 5 до 19 години. Анализата на овие податоци на Светската федерација за дебелина откриваат дека скоро 3 милијарди луѓе живеат или со прекумерна тежина или со дебелина. Овој доказ сугерира дека најголемиот дел од светската популација живее во земји каде што прекумерната тежина и дебелината се поголем ризик за здравјето отколку недоволната тежина.

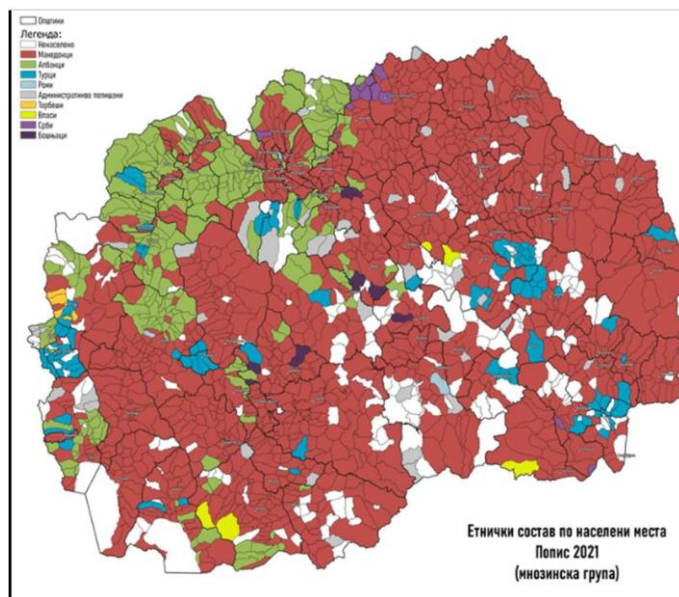
1.3. СОСТОЈБАТА СО МОРБИДИТЕТОТ И МОРТАЛИТЕТОТ ОД ДЕБЕЛИНА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРЕНА МАКЕДОНИЈА

1.3.1 Демографски, популациони и социо-економски карактеристики

Република Северна Македонија се наоѓа во централниот дел на Балканскиот Полуостров, без излез на море, со вкупна површина од 25713 km², се вбројува во групата на релативно мали земји во Европа. РС Македонија се граничи, со Република Албанија, Република Бугарија, Република Грција, Република Косово и Република Србија, со вкупна должина на границата од 896 км, од кои 835 км сувоземна, 14 км речна и 47 км

езерска граница. Според последниот попис на населението (2021), во Северна Македонија живеат вкупно 1 836 713 луѓе. Во споредба со Пописот од 2002 година, вкупното население е намалено за 185 834 жители, што претставува намалување од 92%.[75]

Слика бр. 6 Демографски податоци на населението во РСМ, 2020 година



Слика бр. 7 Етнички состав на населението во РСМ, попис 2021. Извор: Државен завод за статистика



1.3.2 Оптовареност со болести и ризик-фактори

Според Извештајот за здравјето на населението во Република Северна Македонија во 2022 година, чијшто издавач е Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија се вели следново:

1.3.2.1 КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА

Кардиоваскуларните болести се водечката причина за смрт на глобално ниво, тие предизвикуваат повеќе смртни случаи отколку сите други причини заедно и ги зафаќа најмногу земјите со низок и среден приход. Во рамките на незаразните болести кардиоваскуларните болести заедно со малигните заболувања се причина за речиси три четвртини за смртноста во Европскиот регион. Проценките покажуваат дека најмалку 80% од сите срцеви болести, срцев удар и дијабетес тип 2 можат да се спречат. Секоја година кардиоваскуларните болести се причина за околу 18 милиони случаи на прерана смрт, а до 2030 година, се очекува дека 23.6 милиони луѓе ќе умрат од овие заболувања. Ова се проектирани бројки од Светската здравствена организација (СЗО), при што се очекува КВБ да останат водечка причина за смрт во светот. Најчести ризик-фактори за

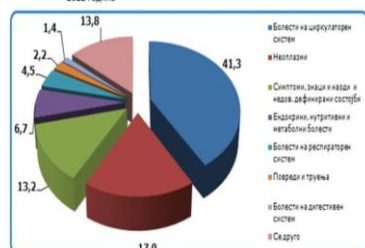
настанување на кардиоваскуларните заболувања кои се поврзани со однесувањето се употребата на тутун, физичката неактивност, неправилната исхрана и прекумерната употреба на алкохол, што доведуваат до четири клучни метаболични/физиолошки промени: покачен крвен притисок, прекумерна тежина/дебелина, покачено ниво на шеќер во крвта и покачен холестерол. Значителен број од смртните случаи се припишуваат на пушењето, односно на тутунот, кој го зголемува ризикот од смрт од коронарна срцева болест и цереброваскуларна болест 2-3 пати. Ризикот се зголемува со возраста и е поголем кај жените отколку кај мажите [40]

Слика бр. 8. Стапка на морталитет во РСМ, Слика бр. 9. Стапка на смртност од исхемични болести во период од 2010-2022

Морталитет

Во Република Северна Македонија во 2022 година од болести на циркулаторниот систем починале 9284 лица со стапка на смртност од 506,8 на 100.000 жители, од кои 4555 се мажи, а 4729 се жени. Болестите на циркулаторниот систем учествуваат со 41,3% во вкупниот морталитет и се на прво место во структурата на причини за смрт.

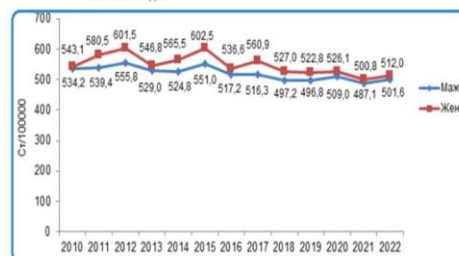
Графикон 1. Структура според причини на смрт во Република Северна Македонија во 2022 година



Стапката на морталитет од циркулаторни заболувања во вкупното население во РСМ, Македонија во периодот 2010-2022 осцилира. Во 2010 година стапката на морталитет изнесувала 538,6, а во 2022 година 506,8 на 100.000 население.

Според пол, во периодот 2010-2022 година смртноста од циркулаторни заболувања е повисока кај жените во однос на мажите.

Графикон 6. Морталитет од циркулаторни заболувања во РСМ, Македонија по пол, 2010-2022 година



Стапката на смртност од исхемични болести на срцето во периодот 2010-2022 година е повисока кај машката популација (дијаграм 7), додека стапката на смртност од цереброваскуларни заболувања е повисока кај женската популација (дијаграм 8).

1.3.2.2 ДЕБЕЛИНАТА КАКО РИЗИК-ФАКТОР

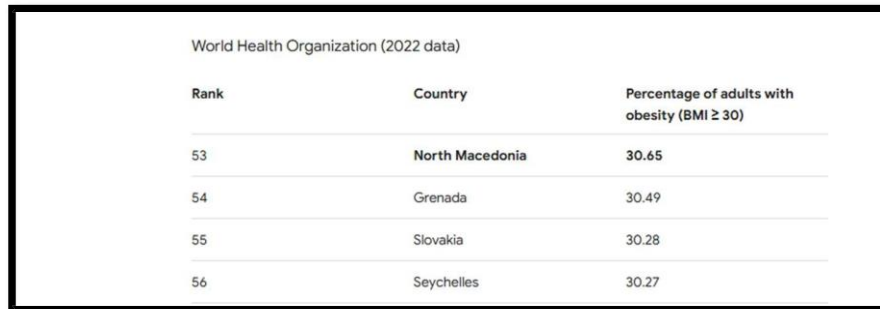
Според податоците на Институтот за јавно здравје (ИЈЗ), дебелината кај возрасните во Македонија од 1990 до 2022 е зголемена за 13,6 насто , а кај децата и адолесцентите за 7,4 Насто. Во земјата, 28,4 насто од возрасните живеат со дебелина. Најновите податоци покажуваат дека дебелината е почеста кај момчињата, за разлика од девојчињата. [40,41]

Над 30 проценти од [децата на возраст од 6 до 9 години](#) во Северна Македонија имаат проблеми со тежината. Околу 13,8 проценти од нив се соочуваат со екстремна дебелина, а физичката неактивност и лошата исхрана се посочуваат како главните причини за проблемите со телесната тежина. Лекарите велат дека станува збор за прогресивна болест која треба да се лекува.[40,41]

Додека, пак според [Светската здравствена организација](#), процентот на дебело население во Македонија во 1990 година бил 14,37%, а во 2022 година 30,65%. Ова претставува зголемување од 113,29% што претставува сериозно предупредување за македонските

здравствени власти. Дебелината сега е сериозна здравствена закана на глобално ниво со сериозни импликации на јавното здравје и на квалитетот на животот[97]

Слика бр. 10. Рангирање на РСМ, според СЗО дата базата, по процент на застапеност на покачен БМИ



Rank	Country	Percentage of adults with obesity (BMI ≥ 30)
53	North Macedonia	30.65
54	Grenada	30.49
55	Slovakia	30.28
56	Seychelles	30.27

Уште една најнова студија објавена во The Lancet покажува дека, во 2022 година, повеќе од 1 милијарда луѓе во светот живеат со дебелина. [81]

Во светот, од 1990 година, дебелината е зголемена повеќе од двојно кај возрасните, а четирикратно е зголемена кај децата и адолесцентите (од 5 до 19 години). [97]

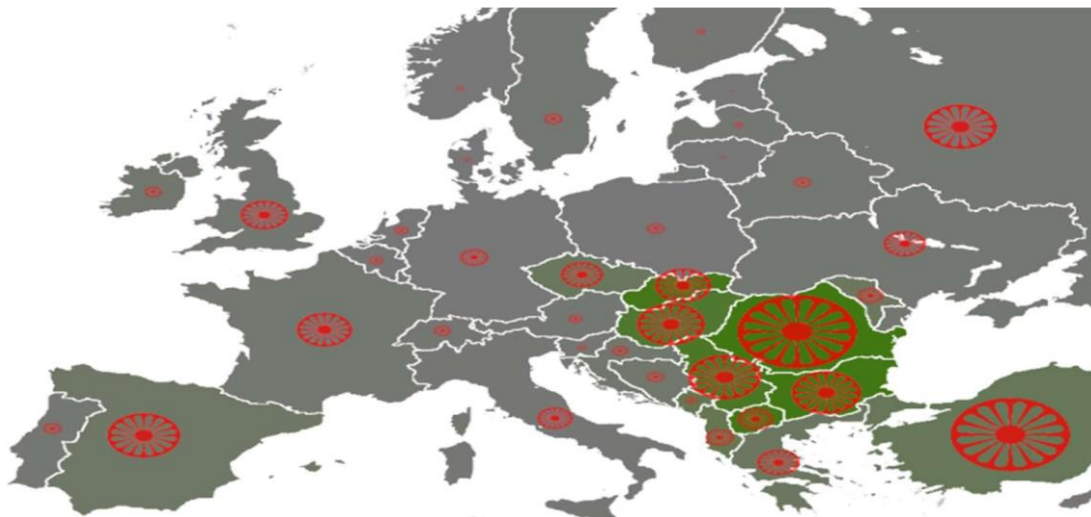
Во МКД, дебелината кај возрасните е зголемена за 13,6%, а кај децата и адолесцентите за 7,4% споредено со 1990 година. Додека 28,4% од возрасните во Северна Македонија (МКД) живеат со дебелина.[40]

Повеќе од 10 години, Институтот и Центрите за јавно здравје ја спроведуваат Иницијативата за следење на дебелина кај децата на Светската здравствена организација (СЗО), позната под акронимот COSI, имплементирана во 45 држави од Европскиот Регион. Оваа иницијатива е најмасовниот систем на следење на трендовите на зголемена телесна тежина и дебелина кај децата преку стандардизирани антропометриски мерења и со процена на детерминантите на дебелината во семејната и училишната средина. Најновите податоци покажуваат дека: 30,5% од децата од 6-9 годишна возраст во МКД живеат со зголемена телесна тежина или дебелина, а 13,8% од нив живеат со дебелина или екстремна дебелина. Дебелината е почеста кај момчињата, за разлика од девојчињата. Повеќето од децата кои имаат зголемена телесна тежина и дебелина живеат во урбани средини. Исхрана со високо преработена и енергетски богата храна е значаен фактор што придонесува за развојот на зголемена телесна тежина кај децата. Социо-економските карактеристики на семејствата на децата и достапноста на храна во и околу училишната средина влијаат врз навиките за исхрана кај децата. Физичката неактивност кај децата заради намалените можности за безбедни животни средини кои промовираат активна игра и движење на децата, доведуваат до помалку движење и до употреба на електронски уреди како клучни детерминанти на дебелина. Трендовите на зголемена телесна тежина и дебелина кај децата во МКД се одржуваат стабилно на високо ниво. Потребен е сеопфатен и мултисекторски пристап кон дебелината, од давање приоритет на факторите од животната средина кои влијаат врз дебелината до зајакнување на здравствената заштита за превенција и контролата на дебелината како хронично заболување.[40,41]

1.4. ЖЕНИТЕ РОМКИ И НИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА ВО СВЕТОТ

Не постои официјална бројка на Ромско население ширум светот. Многу Роми одбиваат да го регистрираат својот етнички идентитет на официјалните пописи поради страв од дискриминација. Останатите се деца од мешани бракови со месното население и повеќе не се идентификуваат како мешани Роми, или воопшто не се идентификуваат како Роми. Од почетокот на 2000. се проценува дека 4 до 9 милиони Роми живееле во Европа и Мала Азија, иако некои ромски организации проценуваат дека бројките достигнуваат и до 14 милиони. Значајна бројка на Ромско население има на: Балканскиот Полуостров, во некои средноевропски држави, во Шпанија, Франција, Русија и Украина. Вкупниот број на Роми што живеат надвор од Европа е првенствено на Блискиот Исток и Северна Африка и во Америка, и се проценува вкупно околу два милиони. Некои земји не собираат податоци по етничка припадност.[17]

Слика бр. 11. Роми во Европа



Distribution of the [Romani people](#) in Europe (2007 [Council of Europe](#) "average estimates", totalling 9.8 million)¹¹

* The size of the wheel symbols reflects absolute population size

* The gradient reflects the percent in the country's population: 0% [10%.

Според издадената публикација од Советот на Европа со тема *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*, 2003: “Во организација на Советот на Европа, се реализирал проект кој го надгледувал советодавна група составена од претставници на: Советот на Европа, Канцеларијата на ОБСЕ за демократски институции и човекови права, Европскиот мониторинг центар на расизам и ксенофобија (EUMC) на Европската унија и Регионалната канцеларија на Светската здравствена организација за Европа.”

Извештајот се базира првенствено на интервјуа спроведени од главниот автор во Бугарија, Финска, Франција, Обединетото Кралство, Грција, Унгарија, Ирска,

Литванија, Молдавија, Холандија, Полска, Романија, Србија и Црна Гора, Словачка и Шпанија. Во секоја земја, беа одржани интервјуа со претставници на влади, невладини организации (НВО) и други институции кои работат во име на Ромите, како и со самите жени Ромки.

Како главен заклучок се донесе констатацијата дека состојбата на жените Ромки по однос на другите жени кои не се Ромки Ромките а во однос на здравствената заштита е лоша и нагласува дека многу треба да се направи на ова поле.

Извештајот од април 2000 година за состојбата на Ромите и Синтите од страна на ОБСЕ, ја потенцира несоодветната здравствена заштита како еден од двата главни проблеми на ромската заедница. Мора да се спомне феноменот на двојна дискриминација односно двојниот товар на етничката дискриминација од страна на мнозинското општество и родовата дискриминација во рамките на нивните заедници. Идентификувани се многу фактори кои влијаат на здравјето на жените Ромки, вклучително и лошите станбени и санитарни услови, недостаток на образование, невработеност и правен статус. Дискриминацијата во пристапот до здравствена заштита предизвика особена загриженост: Дискриминаторските и предрасудните ставови се еден од клучните фактори за маргинализација, а понекогаш и исклучување на многу Роми од кампањите и програмите за јавно здравје; недостатокот на практичен пристап до здравствената заштита генерира специфични грижи за жените Ромки. Иако пристапот е само една од многуте димензии на здравјето, неговото подобрување е клучен чекор кон стеснување на јазот во здравствената заштита помеѓу групите кои се во предност и обесправените групи. **Пристапот до здравствена заштита е право и предуслов за добро здравје без кое не може да се ужива целосно учество во општествениот, економскиот и политичкиот живот: тој е неразделен од пристапот до јавните услуги како што се образованието, домувањето и социјалната заштита, и предуслов за пристап и одржување на вработување.** [67]

Постојат многу извештаи, кои работат на Ромската проблематика со специфична област здравство, домување, образование и вработување. Впрочем ова се и главни точки на Стратегијата за Роми која ја донесе и усвои Министерството за труд и социјална политика на РСМ (МТСП).

Како заклучоци и препораки од многубројни документи, истражувања и политики се насочени кон обезбедување на основни човекови права и нивно доследно почитување, во сите сегменти од општеството. Нееднаквоста, дискриминацијата, исклученоста врз основа на расното или етничкото потекло или социјалниот статус на лицето е погрешно не само во правна смисла, туку и во морална и социјална смисла, вклучително и со импликации за економскиот развој[82]

1.5. ЖЕНИТЕ РОМКИ И НИВНАТА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

➤ Популација на Роми во РСМ

Од вкупното резидентно население во Република Северна Македонија, 58.44 % од населението се изјасниле како Македонци, 24.30 % како Албанци, 3.86 % како Турци,

2.53 % како Роми, 0.47 % како Власи, 1.30 % како Срби и 0.87 % како Бошњаци,согласно со пописот на население во 2021 година [75]

Фактори кои влијаат на здравјето на Ромите

- Во извештајот од *Судијата за вулнерабилност* подготвена од страна на Програмата за развој при ОН (УНДП), се вели дека: “22% од Ромите мажи и 39% од жените Ромки немаат никакво или имаат нецелосно образование (споредено со 8% од неромското население кое живее во близина на Ромите); • 65% од мажите Роми и 83% од жените Ромки никогаш не биле вработени (во споредба со 50% од неромското население кое живее во близина на Ромите);”[8?]

ИДЕНТИФИКУВАНИ ПРОБЛЕМИ ВО МИНАТОТО

Проблем бр. 1: Покус животен век кај Ромите за разлика од општата популација, 10 години пократок од националниот просек

Причини: Лоша социо-економска состојба во ромската заедница, раѓање во домашни услови, гар во опфатот на Ромските деца со вакцинација, зголемен морталитет на доенчиња и новороденчиња во Ромска заедница (13,1/1000-Роми, 10,3/1000 национално ниво), зголемен процент на заразни заболувања, недоволна едукација и информираност во однос на здравјето, неразвиена свесност за потребата од редовни превентивни лекарски прегледи, зголемен процент на хронични заболувања

Ромското малцинство во РС Македонија е маргинализирано по повеќе основи и живее во понеповолни социо-економски услови за разлика од другото население. Непостоењето на здравствена статистика сегрегирана по национална припадност, како и недостигот на истражувања спроведени од страна на државните институции, резултираше со состојба каде што податоците за овие состојби помеѓу ромското население се црпат од поединечни сознанија добиени на терен и делумни истражувања (по обем и предмет) на граѓанските организации. [85]

1.6. ЖЕНИТЕ РОМКИ ВО РЕПРОДУКТИВНИОТ ПЕРИОД (15-49), СОСТОЈБА ВО СВЕТОТ И ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

1.6.1. Жените Ромки и нивното репродуктивно здравје во светот

- АКТИВНОСТИ НА СЗО ВО “ОДБРАНА” НА СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ НА ЖЕНИТЕ

Пред 30 години, Меѓународната конференција за население и развој (ICPD), одржана во Каиро, Египет, го потенцирала правото на сите поединци да постигнат највисок стандард на сексуално и репродуктивно здравје и права (SRHR). [100]

Во 2004 година, СЗО ја објавила Стратегијата за репродуктивно здравје - ратификувана од 191 земја-членка на 57 то светско здравствено собрание - која ја зајакна важноста на сексуалното и репродуктивно здравје во општествата (Резолуција WHA57.12 [95])

Истражувачите на СЗО работеа со земјите-членки, граѓанското општество и заедниците во сите региони за да ја операционализираат Глобалната стратегија која ќе ги покрие петте клучни столбови за подобрување на сексуалното и репродуктивно здравје преку:

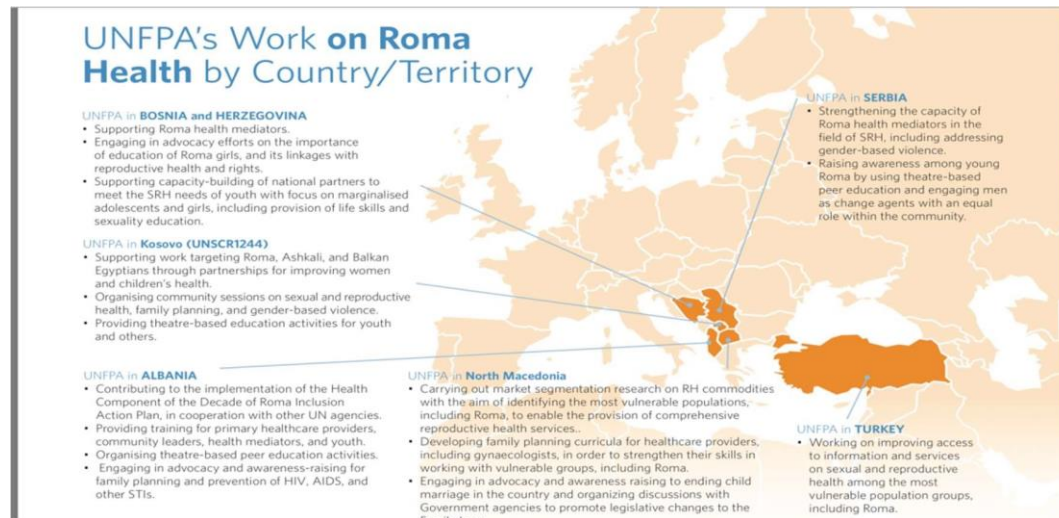
- подобрување на пренаталната, перинаталната, постнаталната грижа и грижата за новороденчињата,
- обезбедување услуги за планирање семејство,
- елиминирање на небезбедниот абортус,
- борба против сексуално преносливи инфекции (СПИ),
- промовирање на сексуалното здравје [100]

АКТИВНОСТИ НА UNFPA

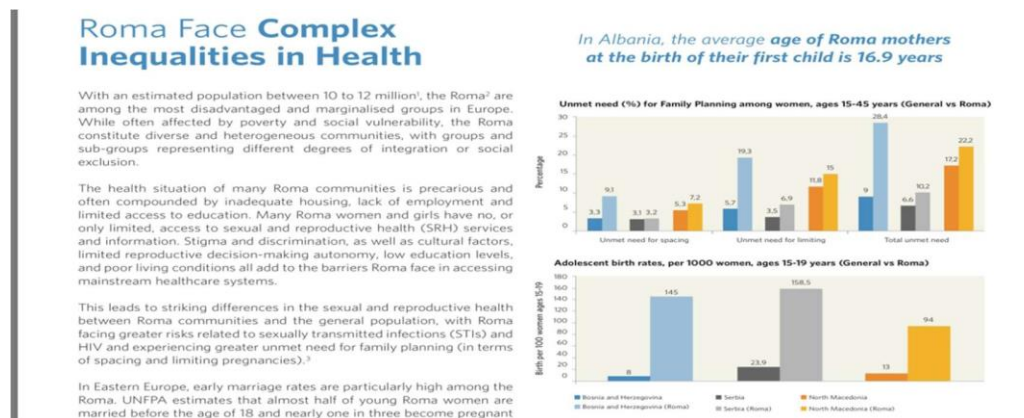
Според публикацијата издадена од оваа UN организација која е позната по нејзините застапувачки активности за правата на жените, истакнува дека постојат сеуште проблеми и предизвици кај жените Ромки и покрај долгогодишните програми кои ги спроведувала, тие се [82]

- Пристап до здравје, вклучувајќи сексуално и репродуктивно здравје;
- Негативни неративни ставови од страна на здравствени работници и соработници како даватели на услуги;
- Недостаток на програми за планирање на семејство, сексуално и репродуктивно здравје, контрацепција и сл.
- Постојат високи стапки на рани бракови и рана бременост кај младите Роми, кои се како резултат на: култура и традиција, сиромаштијата, ниското образование и ниска свест. Сите тие имаат влијаат врз сексуалното и репродуктивното здравје на Ромите на кое треба да се посвети поголемо внимание,
- Недоволно спроведување на правните инструменти за решавање на проблемот на раните бракови,
- Недостаток на модели и одржливи практики за да се предизвикаат промени.

Слика бр.12 Распространетост на UNFPA мрежата која работи на Ромско здравје по држава/територија



Слика бр. 13 Извадок од истражувањето на UNFPA за факти поврзано со Ромско здравје и нивната нееднаквост во системот



РОМСКАТА ЗАЕДНИЦА И БАРИЕРИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

Со проценета популација помеѓу 10 и 12 милиони, Ромите се меѓу најдискриминираните и маргинализирани групи во Европа [17]

Здравствената состојба на многу Роми е тешка и често се влошува како резултат на: несоодветно домување, недостаток на вработување и ограничен пристап до образование. Многу жени Ромки и девојки немаат или имаат ограничен пристап до услугите и информациите за сексуалното и репродуктивното здравје. **Стигмата и дискриминацијата, како и културните фактори, ограничениот право на**

донесување одлуки, ниското ниво на образование и лошите услови за живеење допринесуваат за бариерите со кои се соочуваат Ромите во пристапот до редовните здравствени системи [87]

Ова доведува до впечатливи разлики во сексуалното и репродуктивното здравје помеѓу ромските заедници и општата популација, при што Ромите се соочуваат со поголеми ризици поврзани со сексуално преносливи инфекции и ХИВ и се соочуваат со поголема неисполнета потреба за планирање семејство (во однос на растојанието и ограничувањето на бременоста [82])

Во Источна Европа, стапката на рани бракови е особено висока кај Ромите. УНФПА проценува дека речиси половина од младите ромски жени се во брак пред 18 годишна возраст и речиси една од три забременува додека е сè уште во адолесценцијата. Во 2011 година, 31% од ромските девојки во Албанија и 44% во Србија, во соодветните старосни групи 13-17 и 15-19 години, биле во брак или биле во брак. Раните бракови понекогаш се користат од страна на ромските семејства како стратегии за преживување, но тие ја зголемуваат нивната ранливост и значително ги ограничуваат изгледите за здрав развој на новите генерации [84]

1.6.2. Жените Ромки и нивното репродуктивно здравје во Република Северна Македонија

Според наодите од многубројни истражувања кои редовно работат на полето за Ромите и бариерите во здравството со кое се соочуваат во државата, известуваат дека лошата социо-економска состојба, непознавање за сопствените права во областа на здравството, недостиг на образование и сл. се најчести се причинители кои доведуваат до нереализирање на правата како пациенти во здравствениот систем, особено се загрозува репродуктивното или женско здравје [40]

Постојат разлики во опфатот на здравствени услуги во областа на репродуктивното здравје помеѓу жените Ромки и жените не-Ромки, односно понеповолни се на сметка на жените Ромки. Но, постојат разлики и во опфатот со различни здравствени услуги помеѓу жените Ромки. Тоа значи дека иако жените Ромки во значаен број имаат избрано матични гинеколози, сепак значително помал број жени Ромки прават превентивни гинеколошки прегледи. Состојбата со редовни превентивни прегледи на дојките помеѓу жените Ромки е понеповолна и од превентивните гинеколошки прегледи [61]

Во публикацијата издадена од страна на ХЕРА и Иницијатива на жените од Шуто Оризари од 2022 година, со наслов: *ROMA REPRODUCTIVE HEALTH AND SOCIAL WELLBEING IN THE REPUBLIC OF NORTH MACEDONIA (РОМСКО РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ И СОЦИЈАЛНА БЛАГОСОСТОЈБА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА)*, се вели дека: ‘Исклученоста, дискриминацијата, социјалните стереотипи и стигмата се главните социо-културни фактори кои ги спречуваат маргинализираните групи, особено жените Ромки, да ги реализираат своите човекови

права. Имањето пристап до соодветни можности за вработување и квалитетни услуги кои не се осудувачки и недискриминаторни се клучни за интегрирање на ромските жени во македонското општество и за уживање во својот социјален статус исто како и другите граѓани во земјата.[79,80]

Пристапувањето кон ЕУ останува клучна цел за Република Македонија, а со тоа процесот на пристапување обезбедува можност за постигнување на одржливи промени. Прегледот за проширување за 2022 година наведува какви промени се потребни за да се обезбеди реализација на социјалната вклученост и репродуктивното здравје на жените Ромки и се очекува многу од нив да бидат одразени во *Извештајот за проширување* за да се обезбеди континуиран и континуиран напредок за промоција на социјалните и репродуктивните права во земјата.[79,80]

Изминативе години, Министерството за здравство не можело да најде системско решение за матичен гинеколог во општината Шуто Оризари, при тоа 8.000 жени Ромки останале без пристап до матичен гинеколог. Од 2008 година па навака, тројца матични гинеколози ги отвориле и затвориле своите гинеколошки ординации во Шуто Оризари, главно поради финансиски причини. По пензионирањето на последниот матичен гинеколог, кој работел само шест месеци во здравствениот центар Шуто Оризари, Иницијативата на жени од Шуто Оризари и ХЕРА ангажирале нов доктор да работи како матичен гинеколог во истата општина. Буџетот за работата на матичниот гинеколог во оваа општина е распределен преку програмата за кофинансирање на специјалистички студии на МЗ. Новиот гинеколог ја започнал својата работа во ноември 2022 година. Бидејќи буџетот на МЗ не обезбедил медицинска сестра, граѓанското движење АВАЈА финансиски поддржало медицинска сестра од ромско етничко потекло за да помогне во работата на матичниот гинеколог. Сепак, буџетот на АВАЈА бил доволен само за шест месеци за поддршка на медицинската сестра во ординацијата на гинекологот и не обезбедило долгорочно, систематско решение за пристап на жените до гинеколошките услуги во оваа општина.[79,80]

Според Законот за здравствено осигурување, сите услуги од страна на избраниот матичен лекар или гинеколог се плаќаат од страна на здравственото осигурување на пациентот. Сепак, постојат бројни докази дека матичните гинеколози им наплатувале на жените за гинеколошките услуги што им ги даваат. Трендот на такво нелегално наплаќање од жените Ромки, продолжил како практика речиси една деценија. Сепак, ако во 2021 година жените Ромки морале да платат до 3.000 денари за преглед, во 2022 година нелегалните плаќања биле намалени и највисокиот износ што жените морале да платат за услуга не бил повеќе од 1.000 денари. Покрај намалените средства за гинеколошки услуги, во 2022 година, за многу жени кои живеат во Шуто Оризари, плаќањето на превентивните услуги е предизвик, особено ако се земе во предвид социјалната ранливост [40]

Слика бр. 14. Поликлиника Шуто Оризари во рамки на Здравствен Дом Скопје



Опфат на жените со матичен гинеколог

Актуелната ситуација во однос на опфатот на жените Ромки како и не Ромки со услугата избран матичен гинеколог е на солидно ниво и не се забележува значителна разлика во однос на опфатот со матичен гинеколог помеѓу нив, имено матичен гинеколог имаат избрано 76% од жените Ромки и 75% од другите жени. Кај оние жени (жени Ромки и други жени) што немаат избрано матичен гинеколог, најчеста причина за тоа се нивните ставови дека немаат потреба да изберат матичен гинеколог (62,8% од жените Ромки и 67,9% од другите жени). Меѓутоа немањето на здравствено осигурување како причина за немање на матичен гинеколог е почесто застапено кај жените Ромки (13,8%) отколку кај другите жени (2,4%) [61]

Пристап и достапност до здравствените услуги од матичниот гинеколог

Кај жените Ромки е забележана почеста појава, матичните гинеколози да им наплаќаат партиципација за здравствени услуги за кои според одлуката на ФЗОМ (50) не треба да ја наплаќаат, меѓутоа и кај другите жени оваа појава е доста застапена. Наплатата на партиципацијата за овие услуги се случувала при секоја посета кај 28,8% жени Ромки и 28,4% кај другите жени, често кај 15,1% од жените Ромки и кај 13,4% од другите жени, а понекогаш им било наплаќано на 34,3% од жените Ромки и на 26,8% од другите жени. Оваа појава претставува значителна бариера за пристапот на жените Ромки до овие услуги. Превентивни гинеколошки прегледи и превентивни прегледи на дојка Во Програмата за рана детекција на малигни заболувања во РСМ, предвиден е скрининг за рано откривање на карцином на грлото на матката и скрининг за рано откривање на карцином на дојка. При тоа сите трошоци за скринингот за карцином на грлото на матката и мамографијата се покриени преку буџетот на Програмата, односно се бесплатни за жените во одредени возрасни групи. Меѓутоа жените Ромки поретко прават

превентивни гинеколошки прегледи за разлика од другите жени. Имено 30,7% од жените Ромки и 34,2% од другите жени прават прегледи поретко од еднаш на две години, додека 18,9% жени Ромки и 10% од другите жени никогаш не биле на гинеколог. Главни причини за оваа состојба, според изјавите на жените, се нивните ставови дека гинеколог треба да го посетуваат само ако имаат здравствени проблеми, а не и за редовни превентивни прегледи, додека исто така значајна причина кај жените Ромки е и немањето на доволно финансиски средства. Меѓутоа, понатамошната анализа укажува дека суштинска причина за ваквата состојба помеѓу жените Ромки претставува и нивната недоволна здравствена едуцираност, бидејќи речиси една третина од жените Ромки не знаат дека редовните превентивни гинеколошки прегледи можат да придонесат за навремено откривање и лекување на карциномот на грлото на матката. Додека од жените од другите етнички групи, тоа не го знаат помалку од десетина од испитаничките. Од ова може да се заклучи дека жените Ромки имаат многу помалку познавања од областа на репродуктивното здравје, за разлика од жените од другите етнички групи[61]

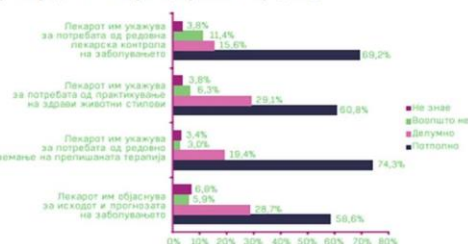
Во однос на превентивните прегледи на дојките, жените Ромки во значително понизок процент прават превентивни прегледи на дојките за разлика од другите жени. На тоа укажува состојбата при која речиси 70% од жените Ромки и 46% од жените од другите етнички групи никогаш не се обратиле на лекар за преглед на дојките. Во однос на мамографските прегледи, повторно состојбата е понеповолна кај жените Ромки, односно тие во речиси двојно помал процент прават мамографија отколку жените од другите етнички групи (17% од жените Ромки и 31% од жените од другите етнички групи на возраст над 45 години направиле мамографија најмалку еднаш во текот на животот)[61]

Здравствена заштита за време на бременоста

Според ново донесените протоколи во РМ, жените за време на бременоста треба да направат 10 контроли на бременоста кај гинеколог, додека стандардите на СЗО препорачуваат минимум 4 контроли за време на бременоста. Меѓутоа, антенаталната здравствена заштита е несоодветна помеѓу жените Ромки, и состојбата е значително понеповолна отколку кај другите жени бидејќи жените Ромки во просек прават помал број контроли кај лекар за време на бременоста. Само 30% од жените Ромки биле на повеќе од седум контроли за време на бременоста што е во согласност со протоколите во РМ. Додека 25,8% од жените Ромки не биле дури ниту на четири контроли за време на бременоста, што е под минимум препишаниот стандард од страна на СЗО, од кои пак речиси 8% воопшто и не биле на контрола. Мнозинството од жените од другите етнички групи (61,1%) оствариле повеќе од седум контроли кај гинекологот за време на бременоста, а само една десетина од жените биле на помалку од четири контроли (Графикон бр. 56). Оваа состојба кај жените Ромки значително го загрозува здравјето на бремените жени и претставува ризик-фактор за мајчиниот морбидитет и морталитет, како и за морбидитетот и морталитетот на новороденчињата. Неповолната финансиска состојба и недоволната здравствена едуцираност се главните бариери за соодветна здравствена заштита кај жените Ромки за време на бременоста. Ова може да се заклучи

Здравствена заштита од патронажната служба

Слика бр. 15 Испитаници со хронични здравствени проблеми и квалитет на здравствени услуги



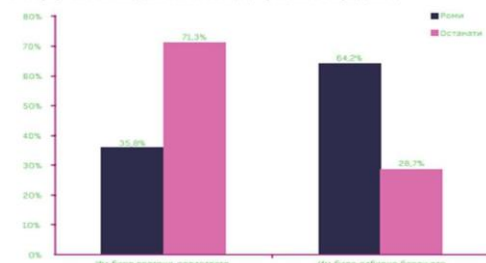
Слика бр. 16 Исход од рефундирани средства од ФЗО и приказ на жени за избор на матичен гинеколог

72

СИТЕ СМЕ ЛУЃЕ: СЕКОМУ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
БЕЗ РАЗЛИКА НА ЕТНИЧКАТА ПРИПАДНОСТ

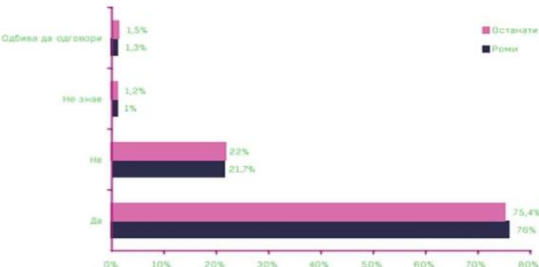
Графикон бр. 48.

Одговор на испитаниците во однос на исходот од поднесеното барање до ФЗО за рефундација на средствата за купен лек или друг медицински материјал во последните 12 месеци (изразени во проценти).



Графикон бр. 49.

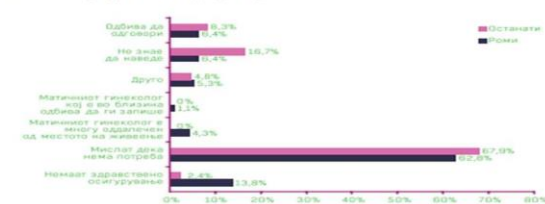
Приказ на жените испитанички во однос на тоа дали имаат избрано матичен гинеколог (изразени во проценти).



Слика бр. 17 Причини за избор на матичен гинеколог и одговор од жени за наплата на услугите кај избраниот матичен гинеколог

Графикон бр. 50.

Причини поради кои жените испитанички немаат избрано матичен гинеколог (изразени во проценти).



Графикон бр. 51.

Одговори на жените испитанички во однос на тоа дали и колку често матичниот гинеколог им наплаќа за услугите кои според регулативата на ФЗО се бесплатни (изразени во проценти).



Слика бр. 18 Честота на посети кај матичен гинеколог за превентивни прегледи и најчести причини зошто жените не одат на прегледи

СОСТОЈБИТЕ ВО ОДНОС НА ЗДРАВЈЕТО, ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И
ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ПОМЕЃУ РОМИТЕ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

73

Графикон бр. 52.

Честотата на посети на гинеколог за превентивни гинеколошки прегледи (изразени во проценти).



Графикон бр. 53.

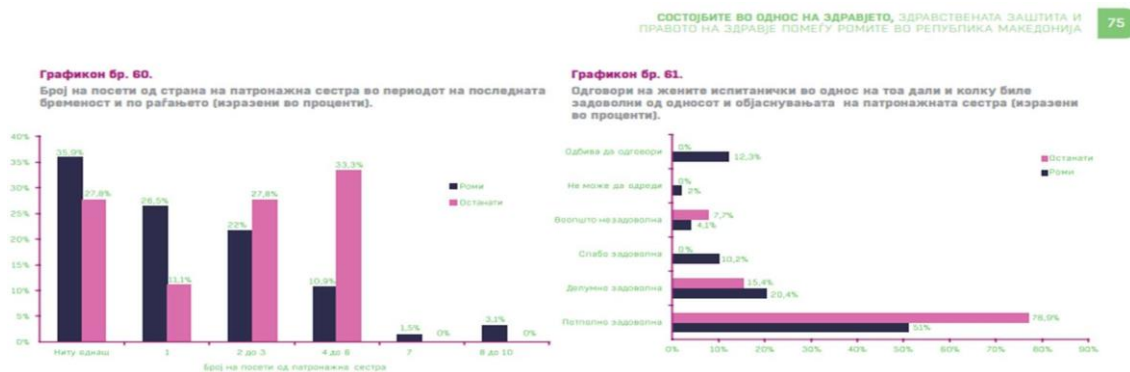
Најчести причини зошто жените не одат на редовни превентивни гинеколошки прегледи (изразени во проценти).



Слика бр. 19 Одговор на жени испитанички кога се обратиле кај лекар на преглед за дојки и број на контроли кај гинеколог за последна бременост



Слика бр. 20 Посети на патронажна служба и задоволство од страна на пациентките



2. МОТИВ

Мотив за изработка на овој магистерски труд е намерата да се направи увид во здравствената состојба поврзана со зголемена телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивниот период (15-49) години во општина Шуто Оризари.

Особено, сакав да придонесам и како жена Ромка на останатите жени Ромки кои живеат во општина Шуто Оризари, надевајќи се дека ќе ја подигнам свеста и допринесам за промена во навиките поврзани со исхраната и нивното здравје, а со тоа да се подобрат одредени недостатоци кои ќе се утврдат преку ова истражување.

3. ЦЕЛИ НА МАГИСТЕРСКИОТ ТРУД

3.1. ГЛАВНА ЦЕЛ

Главна цел на магистерскиот труд е да се утврдат навиките поврзани со здравјето, ризичните однесувања и акутните исходи за здравјето кај жените ромки во репродуктивниот период во шуто оризари.

3.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ

3.2.1. Идентификување на навиките кај жените Ромки во репродуктивниот период во Шуто Оризари, кои претставуваат ризик-фактор за здравјето со особен акцент на зголемената телесна тежина;

3.2.2. Идентификување на акутните исходи за здравјето на жените Ромки во репродуктивниот период во општина Шуто Оризари, со цел за превенција и рано лекување на системски заболувања.

4. ХИПОТЕЗИ

4.1. ГЛАВНА ХИПОТЕЗА

Постои поврзаност на зголемената телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивниот период со нивниот стил на живот и последиците по здравствената состојба.

4.2. ПОСТАВЕНИ СЕ СЛЕДНИВЕ СПЕЦИФИЧНИ ХИПОТЕЗИ

X1. Постојат разлики во навиките поврзани со здравјето кај жените Ромки од Шуто Оризари според возраст, занимање, образование, брачен статус и семејна имотност.

X2. Постои поврзаност помеѓу навиките во однос на здравјето кај жените Ромки од Шуто Оризари со акутните исходи и проценката на сопственото здравје.

5. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

5.1. ДИЗАЈН НА СТУДИЈАТА

Истражувањето претставува проспективна студија на пресек (cross-sectional study). За потребите на студијата се спроведе квантитативно, како и квалитативно истражување. Истражувањето е спроведено со искази од испитаниците, анонимни, со интервјуирање на испитаните лица, со примена на анкетен прашалник.

- Квантитативно истражување

Прибирањето на податоците беше извршено на два начина: електронски прашалник припремен во “Google form” и преку директно пополнување на прашалниците. Истражувањето беше спроведено во месец септември 2024 година.

- Квалитативно истражување

Истражувањето е спроведено со интервју, со посредство на анкетен прашалник, испитаничките останаа анонимни, претходно беа информирани за целите на ова истражување и се согласија да се вклучат. За потребите на ова истражување, беа формирани четири фокус-групи според возрасни групи, и тоа:

- Прва фокус-група (15-19),
- Втора фокус-група (20-30),
- Трета фокус-група (31-40)
- Четврта фокус-група (41-49).

5.2. ПРИМЕРОК

Беше применет метод на одредување на случаен примерок. Вкупниот број на испитанички кои го одговорија прашалникот од квантитативното истражување изнесува 100 жени, кои живеат во општина Шуто Оризари и се на возраст од 15 до 49 години. Со квалитативната студија, опфатени се вкупно 55 жени. Вкупно со студијата беа опфатени 155 жени.

5.3. КРИТЕРИУМИ ЗА ВКЛУЧУВАЊЕ

Жени на возраст 15-49 од општина Шуто Оризари

5.4. КРИТЕРИУМИ ЗА ИСКЛУЧУВАЊЕ

Жени под 15 години и над 49 години од општина Шуто Оризари

5.5. ИНСТРУМЕНТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Податоците за истражувањето се добиени со користење на модифициран и прилагоден анкетен прашалник за испитување на посочената група, жени Ромки на возраст од 15-49 години, кои живеат во општина Шуто Оризари.

Анкетниот прашалник е составен од три дела:

1. Прашања за популациони и социо-економски карактеристики (возраст, занимање, образование, брачен статус, број на деца, вработеност и семејна имотност);
2. Прашања за здравствени навики (исхрана, хигиена, физички активности, превентивни прегледи и др.);
3. Прашања за актуелни исходи за здравјето (самопроценка на здравје, физичко, емотивно и ментално здравје).

5.6. ВРЕМЕ И ЛОКАЦИИ НА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Истражувањето се одвиваше во месеците октомври и ноември 2024 година, на три локации во рамки на општината и тоа:

1. Средно училиште на град Скопје “Шаип Јусуф”, каде ги интервјуирав најмладите односно девојки на возраст од 15 -17 години, ученички во истото училиште.
2. Втората и четвртата фокус-група, ја спроведовме во просториите на локалната невладина организација “Мир”. Искрено, овие две работилници ми биле најголем предизвик имајќи во предвид возраста на жените (работа, мали деца, обврски, студено време и сл.).
3. Третата фокус-група ја спроведовме во локалната градинка во општината “8ми Април”. На таа фокус-група, имав 10 испитанички, доста солидно помина интервјуто, жените беа запознати со прашањата, им беа јасни и точно знаеја што да ми одговорат.

5.7. СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

Податоците добиени во текот на квантитативното истражување беа статистички обработени со користење на алатката Google survey на онлајн платформата Google Forms.

Беше применет дескриптивно-аналитички метод на работа со анализа на податоците преку статистичките методи: индекс на структура на испитаничките според популациони и социо-економските карактеристики (возраст, семејна имотност, образование, брачен статус, број на деца, занимање, вработување и др.). Процентуална застапеност е прикажана за учеството на одредени здравствени навики и самопроценка на сопственото здравје кај дел од испитаничките во однос на вкупниот број на испитанички. Користен е методот на компаративна анализа на состојбите констатирани во студијата со научни и стручни студии во државата и странство. Податоците се прикажани табеларно и графички.

6. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

6.1. КВАНТИТАТИВНА СТУДИЈА (ONLINE ПРАШАЛНИК)

Анкетниот прашалник е составен од неколку тематски прашања наменети за:

1. *Популациони и социо-економски карактеристики;*
2. *Здравствени навики (исхрана, хигиена, физички активности, превентивни прегледи и др.)*
3. *Последици за здравјето;*
4. *Самопроценка за здравјето-физичко, емотивно и ментално здравје*

6.1.1 Популациони и социо-економски карактеристики

Табела 1. Популациони и социо-економски карактеристики

1.	Колку години имате ?
2.	Кое е вашето последно ниво на образование?
3.	Дали сте вработена ? Доколку да, што работите ?
4.	Дали сте во брак ?
5.	Дали имате деца ?
6.	Колку членови брои вашето семејство ?
7.	Колкави се вашите месечни примања ?
8.	Колку члена од вашето семејство работат ?

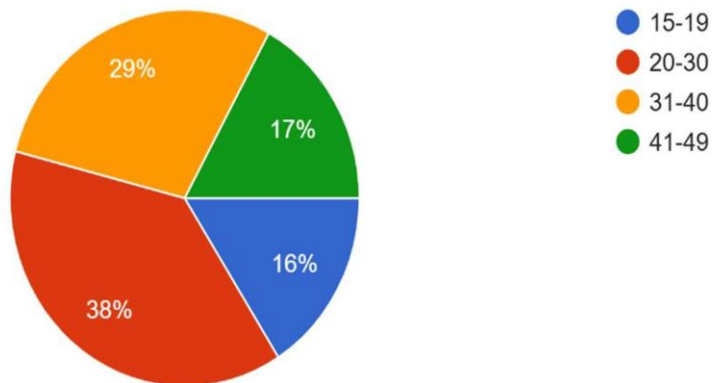
6.1.1.1 ВОЗРАСТ НА ИСПИТАНИЧКИТЕ

Во истражувањето беа опфатени 100 жени на возраст од 15 до 49 години, жителки на општина Шуто Оризари.

На возраст од 15 до 19 години одговорија вкупно 16 жени, додека на возраст од 41 до 49 години 17 жени, најголем број на испитанички кои одговорија на прашалникот се на возраст од 20 до 40 години, односно 38 жени (графикон бр.1)

Графикон бр. 1 Возраст на испитаничките изразена во проценти

Колку години имате ?
responses



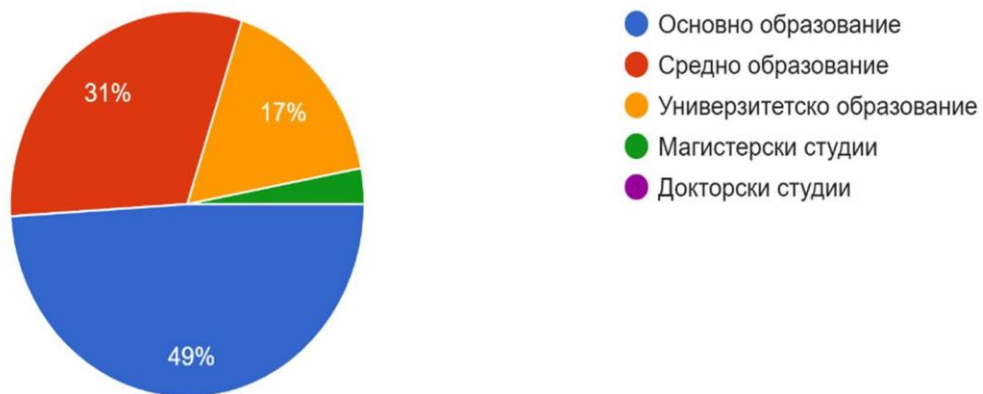
6.1.1.2 ОБРАЗОВАНИЕ

Во однос на второто прашање кое се однесува на степен на образование, од вкупниот број на испитанички, 49 жени одговорија дека имаат завршено основно образование, додека најголем број од жените испитанички имаа завршено средно образование. 17% беа со универзитетско образование, само 3% имаа завршено магистерски студии, додека немаше ниту една испитаничка со завршени докторски студии.

Графикон бр. 2 Степен на образование, изразено во проценти

Кое е вашето последно ниво на образование?

Responses



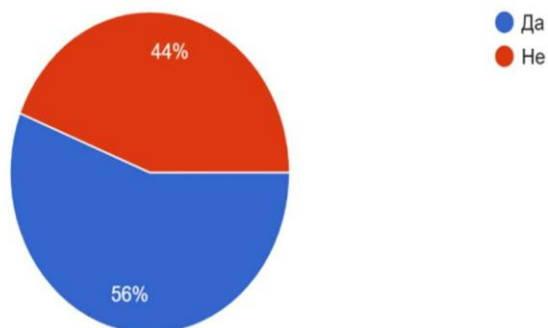
6.1.1.3 ВРАБОТУВАЊЕ

Третото прашање се однесува за делот Вработување. Па, според добиените податоци, 56 % изјавиле дека се вработени, наспроти 44 % невработени. Како што може евидентно да се забележи, мала е разликата меѓу вработени и невработени жени од само 12 %.

Графикон бр. 3. Статус на вработеност на испитаничките, изразено во проценти

Дали сте вработена?

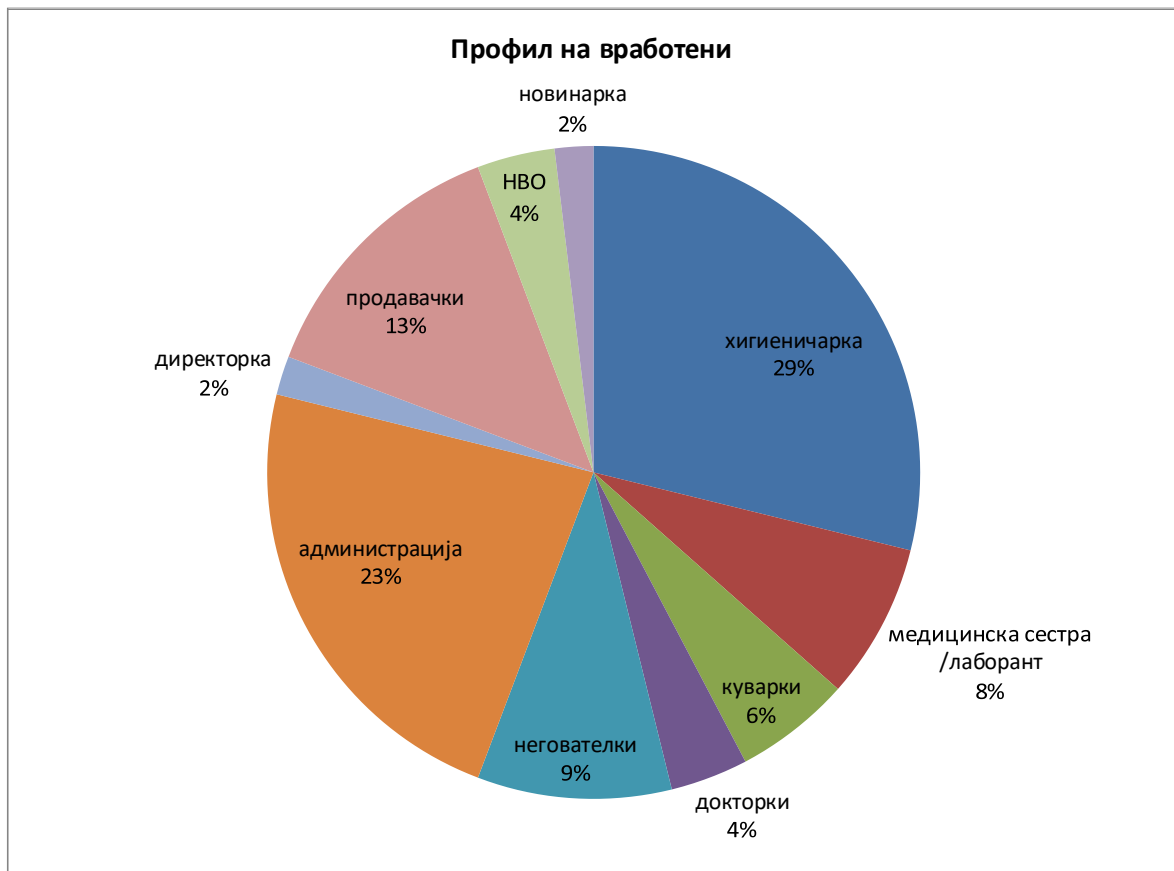
100 responses



6.1.1.4 ЗАНИМАЊЕ

Најголем број изјавиле дека работат како хигиеничарки и тоа 15 испитаници односно 29%, потоа следни се администратори (тука се вклучени сите вработени во јавна администрација и наставниците), 12 лица односно 23 % и трети се како продавачки и тоа 13 % односно 7 лица.

Графикон бр. 4 Структура на испитаничките според занимање

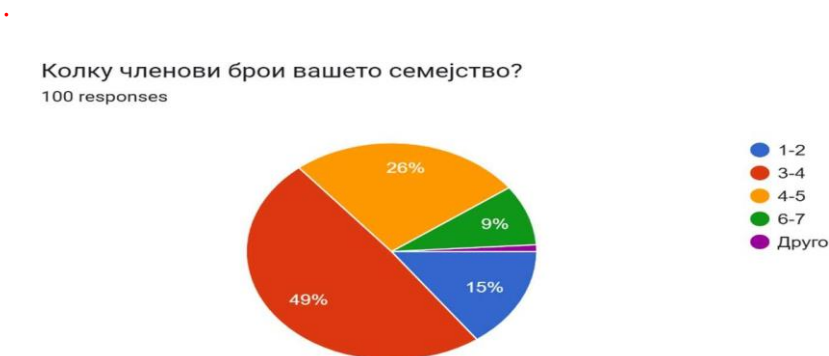


6.1.1.5 БРАЧНА ЗАЕДНИЦА И БРОЈ НА ЧЛЕНОВИ ВО СЕМЕЈСТВОТО

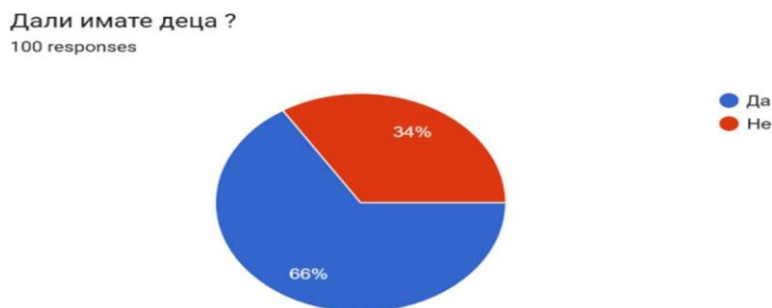
Од вкупно 100 испитанички, во брак изјавиле дека се 75 %, додека 25 % не се во брак. Деца имаат 66 % од испитаничките.

Во однос, на број на членови во семејството, најголем дел изјавиле дека живеат 3 до 4 члена и тоа 49 %, додека останатите 26 % се 4 до 5 члена, 15 % еден до двајца членови, 9 % 6 до 7 членови и под точка друго изјавиле 1 %.

Графикон бр.5 Број на членови во семејството



Графикон бр.6 Податок за деца во заедницата



На ова прашање одговорија 100 испитанички, најголем дел имаат деца односно 66 жени одговорија потврдно, наспроти 34 испитанички кои одговорија дека немаат деца .

6.1.1.6 ПРИХОДИ

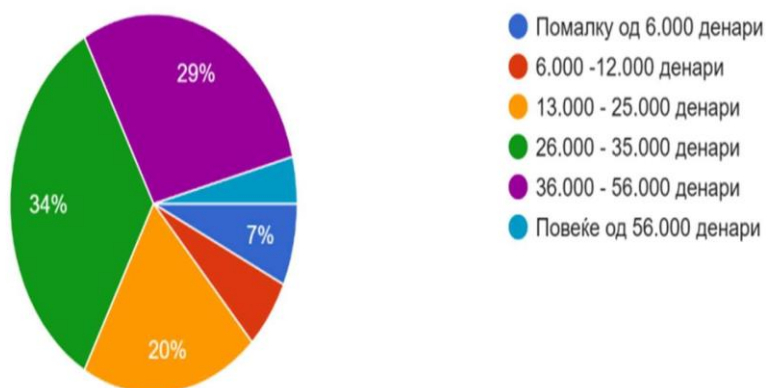
Во однос на нивната економска моќ и придонес во семејството, во буџетот на семејната кошничка влегуваат најчесто 26 000-35 000 денари и тоа кај 34 % нешто помалку односно 29 % односно од 36 000 до 56 000 денари .

Во просек, работат 1- 2 членови од семејството и тоа 77 % од случаите, додека 21 % работат 3 до 4 членови од домаќинството.

Графикон бр.7 Месечни приходи на испитуваната група

Ве молиме одберете ја висината на вашите месечни примања ?

100 responses



Дискусија

Според, истражувањето кое го спроведов, добивме како податок дека поголемиот број на жени кои се во репродуктивен период (49%) се со основно образование. Тоа е речиси 50 % или половина од интервјуираните жени. Другата половина, односно 31 % се со завршено средно образование и 17 % имаат завршено универзитетско образование.

Во однос на вработувањето, добиените податоци велат дека 56 % изјавиле дека се вработени, наспроти 44 % невработени. Како што може евидентно да се забележи, дека е мала разликата меѓу вработени и невработени жени од само 12 % .

Во однос на нивната економска моќ и придонес во семејството, во буџетот на семејната кошничка влегуваат најчесто 26 000-35 000 денари и тоа кај 34 %, нешто помалку односно 29 % односно од 36 000 до 56 000 денари .

Во просек, работат 1- 2 членови од семејството и тоа 77 % од случаите, додека 21 % работат 3 до 4 членови од домаќинството.

Најголем дел од нив, живеат 3 до 4 членови во семејството (49 %), додека останатите 26 % се 4 до 5 члена, 15 % еден до двајца членови, 9 % 6 до 7 членови и под точка друго изјавиле 1 %.

Кога би направеле споредба со културолошките особини на ромската заедница, во Европа каква е социо-економската состојба и останати аспекти еден научен труд кој се спроведе во три европски земји и тоа во: Унгарија, Словачка и Романија .Овој научен

труд ги има за цел да го истражи социо-економскиот статус и условите за живот кај Ромките и не-Ромки. Трудот, ги воочил следниве карактеристики:

“Возрасните разлики меѓу Ромките и не-Ромките низ земјите не биле значајни. Сепак, унгарските учесници ($M = 45,46$, $SD = 14,53$) беа значително постари од оние од Романија ($M = 39,88$, $SD = 15,28$) и Словачка ($M = 39,51$, $SD = 15,28$) ($F(2,1363) = 25,693$, $p < 0,001$, $\omega^2 = 0,03$). Ромките постојано покажуваа пониски образовни достигнувања во споредба со нивните колеги не-Роми, а разликата беше најизразена во Романија, каде што приближно 80% од жените Ромки завршија само основно образование. Финансиски, поголем процент од жените Ромки пријавиле потпросечна финансиска состојба: 87,3% во Унгарија, 95,0% во Романија и 67,8% во Словачка.

Брачниот статус и етничката поврзаност беа значајни во Романија, со поголем процент на жени Ромки кои живеат во партнерски односи. Понатаму, составот на домаќинствата значително се разликуваше во Унгарија и Романија, при што жените Ромки имаат поголема веројатност да живеат во домаќинства со повеќе лица, вклучително зависни деца и баби и дедовци.”

Ромките во Унгарија, Романија и Словачка постојано имаат поголеми семејства во споредба со нивните колеги кои не се Роми. Поточно, 30,6% од Ромките ($n = 222$) имаат три до четири деца, а 13,8% ($n = 100$) имаат пет или повеќе деца. Спротивно на тоа, кај неромските жени, 15,9% ($n = 102$) имаат три до четири деца, а само 3,2% ($n = 20$) имаат пет или повеќе. Овој модел укажува на поголем број на поединци кои живеат во ромски домаќинства отколку во неромски во сите три земји. Истражувањето на условите за домување откри значителни етнички разлики. Додека речиси половина од жените Ромки живеат во семејни куќи низ испитуваните земји, несразмерно поголем процент од нив живеат во привремени засолништа во споредба со нивните сожителите не-Роми. Овој тренд е најизразен кај Ромките во Романија, каде што инциденцата на престој во привремени станови е значително повисока.[66]

6.1.2 Здравствени навики (исхрана, хигиена, физички активности, превентивни прегледи и др.)

Овој сет на прашања опфаќа вкупно 14 и се најмногу застапени во овој сегмент. Сакајќи да имам увид во навиките на жените, како нивен дневен ритуал. На пример, каков вид на храна консумираат, колку пати во денот, дали практикуваат физичка активност, дали консумираат алкохол, газирани пијалоци итн.

Табела бр. 2 *Здравствени навики*

1.	Исхрана-каков вид храна користете ? (протеини, јагленихидрати и масти)
2.	Колку пати во денот јадете ?
3.	Што најчесто јадете ?
4.	Дали често јадете слатки, пецива и леб?
5.	Дали често конзумирате алкохолни и безалкохолни пијалоци ?
6.	Дали практикувате одредена исхрана поврзана со вашата култура или традиција ?
7.	Дали сте пушач ?
8.	Дали спиеете редовно ? Доколку не, која е причината ?
9.	Дали сте под стрес ? Доколку да, што најчесто ви предизвикува стрес ?
10.	Хигиена-дали имате доволно средства за да ја одржувате личната хигиена ?
11.	Физичка активност-каков вид практикувате ? (пешачење, возење велосипед, догигање и сл.)
12.	Колку често користете автомобил или друго средство за возење?
13.	Превентивни прегледи-кај матичен лекар (општ лекар, гинеколог и стоматолог)?
14.	Дали сте советувани од страна на лекар, доколку имате зголемена телесна тежина ? Доколку да, какви совети ви се дадени ?

6.1.2.1 ИСХРАНА

Едни од поважните параметри кои сакаме да ги прикажеме тука, се однесуваат на исхраната односно распределбата на нутриентите, во секојдневните оброци на нашите испитанички. На прашалникот, во овој дел одговорија 99 лица од вкупно 100.

Според добиените наоди од истражувањето, можеме да воочиме дека испитаничките во најголем дел конзумираат готвени јадења и тоа 48 испитанички. Како втори по ред или 18 испитанички изјавиле дека ‘‘јадат се’’, 13 испитанички одговорија дека конзумираат

брза храна, а додека 12 испитанички здрава балансирана исхрана 9 испитанички најмногу консумираа бели пецива односно тесто, пециво и тестенини.

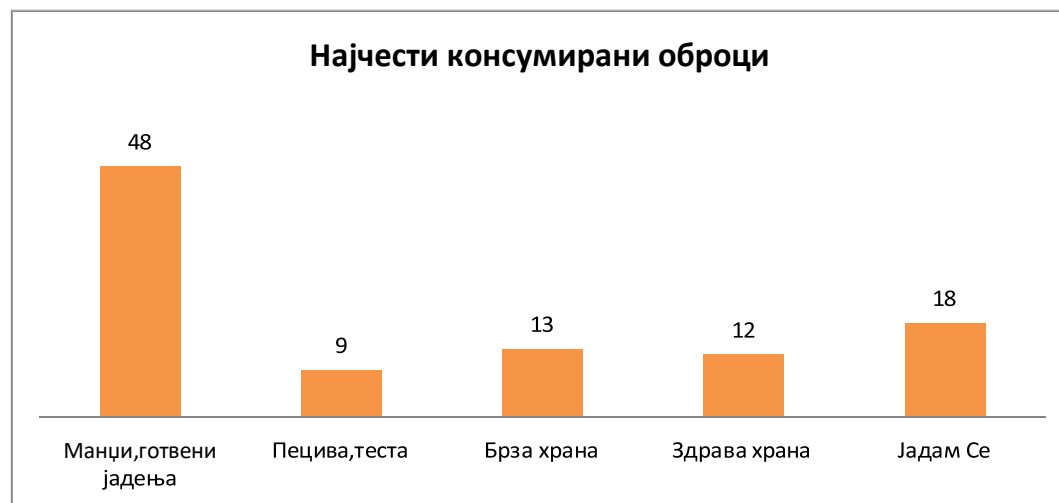
Во однос на нутритиенти, 79 % изјавиле дека најчесто користат јагленихидрати во исхраната, 66 % протеини, додека 46 % масти.

Подолу се наведени и табели со бројки:

Табела бр.3 Најчести намирници кои ги консумираат испитаничките

Број	Намирници	Број на испитаници	Вкупно
1.	Манци (готвени јадења, варива)	48	99
2.	Пецива, теста, тестенини	9	
3.	Брза Храна, храна од надвор	13	
4.	Здрава, балансирана исхрана (овошје, зеленчук, семиња и сл.)	12	
5.	Јадам "Се"	18	

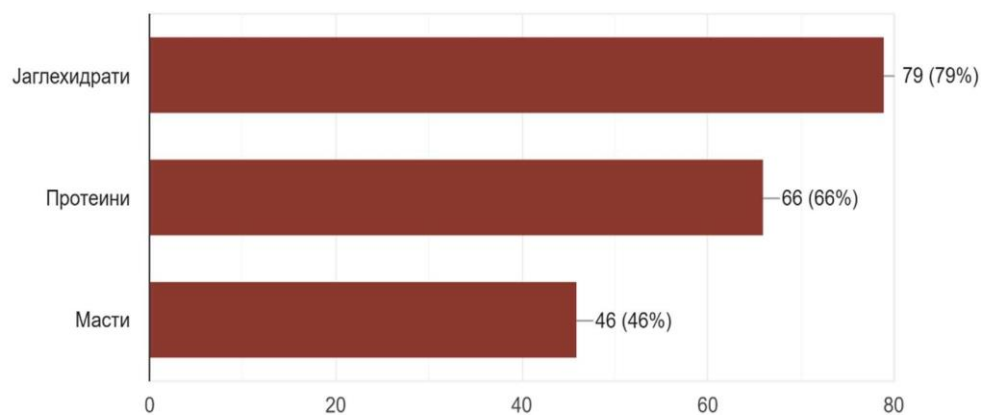
Графикон бр.8. Најчести оброци кои ги консумираат испитаничките изразени по број на лица



Графикон бр.9 Исхрана според вид на органски соединенија

Ве молиме наведете како вид на исхрана најчесто внесувате:

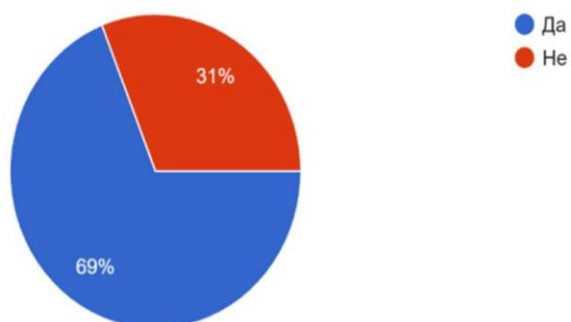
100 responses



Графикон бр.10 Навика за вид на исхрана поврзана со култура или традиција

Дали практикувате одредена исхрана поврзана со вашата култура или традиција ?

100 responses



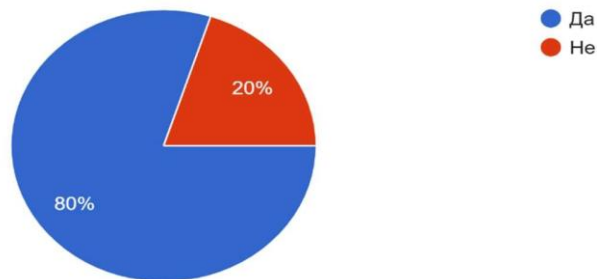
На ова прашање одговорија 100 испитанички .Од нив, 69 жени одговорија потврдно односно дека практикуваат да консумираат исхрана поврзана со нивната култура и традиција, за разлика од нив 31 жена одговорла дека не консумираат храна поврзана со нивната култура и традиција.

Како видови традиционални јадења ги наброија: турлитава, сарма, грав, мусака, пита и сл.

Во однос на поставеното прашање, дали консумираат леб, бели пецива и слатки, од вкупно 100 испитаници, 80 % одговорија позитивно, додека 20 % негативно.

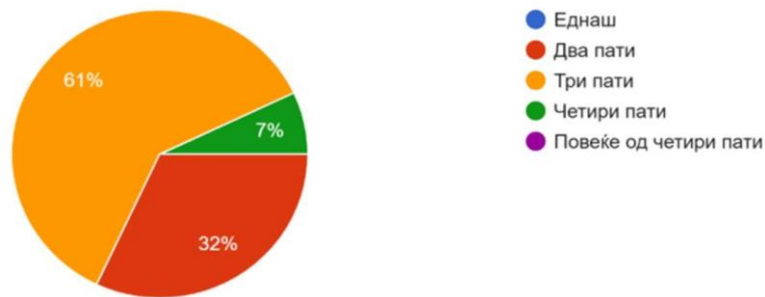
Графикон бр.11 Консумирање на слатки и бели пецива

Дали често јадете слатки, пецива и леб?
100 responses



Графикон бр.12 Број на оброци во текот на денот

Ве молиме наведете колку пати во денот јадете ?
100 responses

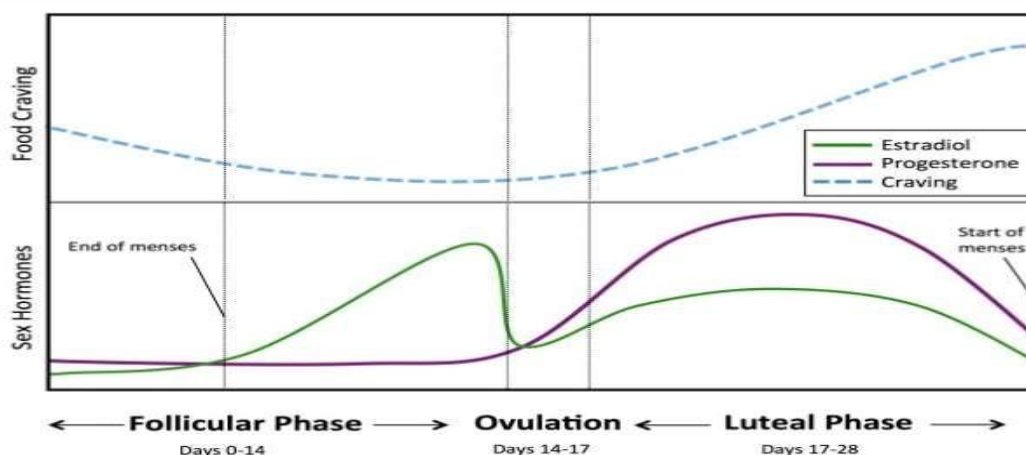


На ова прашање одговорија сите испитанички (100), од кои најголем дел односно 61 жена (повеќе од половина) одговорија дека имаат три оброци во текот на денот. 32 жени одговорија дека два пати во текот на денот јадат и 7 жени одговорија дека имаат повеќе од 3 оброци во денот.

Некои студии покажуваат дека жените имаат поголема желба за јадење за разлика од мажите. Една од причините лежи во хормоналниот механизам кој е во основата на половите разлики во желбата за храна и јадењето.

Комплексната интеракција на биолошки, социолошки и фактори на животната средина веројатно е причина за родовите разлики во желбата и дебелината. Сепак, половите хормони како што се тестостеронот, прогестеронот и естрогените ја модулираат потрошувачката на храна и се широко разбрани дека се важни фактори кои ги поттикнуваат таквите родови разлики. Прво, мажите и жените се разликуваат во нивните просечни нивоа на овие полови хормони. Второ, жените доживуваат месечни хормонални варијации во текот на менструалниот циклус, додека мажите не, и ова може значително да придонесе за родовите разлики во желбата и потрошувачката за храна. Подолу, во сликата е објаснет механизмот. (e.g., Allen et al., 2015; Hirschberg, 2012)

Слика бр.21 Нивоа на хормони во различна фаза на менструалниот циклус



Нивоа на хормонот на јајниците и нивни варијации во желбата за храна за секоја фаза од циклусот. Линиите претставуваат варијација на половите хормони низ менструалниот циклус (e.g., Allen et al., 2015; Hirschberg, 2012) и нивната предложена врска со желбата за храна. За време на фолликуларната фаза (денови ~0-14), нивото на естрадиол се зголемува и желбата може да се намали. За време на овулацијата (денови ~ 14-17) и лутеалната фаза (денови ~ 17-28), нивото на прогестерон се зголемува, а потоа се намалува пред менструацијата. Ваквите промени може да се поврзат со пораст на желбата за храна пријавена во овој период (e.g., Hormes & Timko, 2011; Dye & Blundell, 1997; Dye, Warner & Bancroft, 1995).

Половите хормони се важни модулатори на потрошувачката на храна и комуницираат со невротрансмитерите и гастроинтестиналните системи за да го променат внесот и потрошувачката на енергија. Познато е дека мажите и жените имаат различни апсолутни нивоа и сооднос на полови хормони, кои влијаат на исхраната и тежината. На пример, нивоата на андрогени (на пример, тестостерон) обично се повисоки кај мажите, додека нивоата на естрогени (на пример, естрадиол, естрон) се типично повисоки кај жените. Сепак, постои голема варијабилност во и во однос на полот и возраста, вклучително и зголемување на хормоните кај мажите и жените за време на адолесценцијата и

намалување на андрогените кај мажите и естрогените кај жените на постара возраст. Поважно е дека андрогените се поврзани со намален ризик од дебелина и дијабетес кај мажите, но зголемен ризик од дебелина и дијабетес кај жените. Спротивно на тоа, естрогените го ублажуваат апетитот и јадењето кај мажите и жените, така што намалувањето на естрогенот ја зголемува потрошувачката на храна (повисоките нивоа на естроген корелираат со зголемената телесна тежина и количината на телесните масти кај жените [33].

61 % од испитаниците или повеќе од половината изјавиле дека консумираат безалкохолни пијалоци. Не консумираат ниту едното, ниту другото 20 %, додека 15 % консумираат и алкохол и безалкохолни пијалоци. Мал дел изјавиле дека консумираат само алкохол.

Се претпоставува дека, бројката добиена (61%) односно повеќе од половината, кои дале податок дека не консумираат алкохол, туку само безалкохолни пијалоци заради нивната религиска припадност. Односно, поголем дек од жителите во Шуто Оризари се припадници на исламската заедница, каде алкохолот е строго забранет за консумирање.

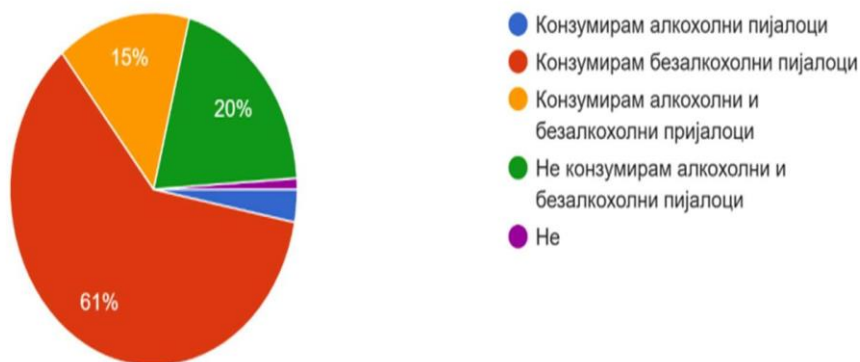
Дополнително, тука е и стигмата за срам и страв од осуда од заедницата, како и од мажите (за жени кои се во брак) за јавно консумирање на алкохол, кој жените многу ретко го консумираат (прослави, дури и тогаш ретко заради исламската религија која строго го забранува алкохолот).

Консумирањето на алкохолни пијалоци е почесто застапен кај млади жени и девојки (15-20) години, пред да стапат во брачна заедница, во друштво обично се консумира, надвор од дома, после училиште, за време на средношколски/студентски журки и забави.

Графикон бр.13 Конзумација на алкохолни и безалкохолни пијалоци

Дали често конзумирате алкохолни и безалкохолни пијалоци ?

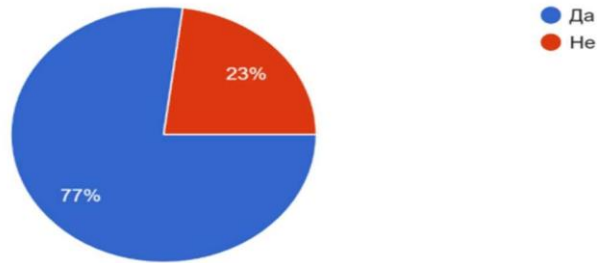
100 responses



6.1.2.2 НАВИКИ

Графикон бр.14 Должина на сон

Дали спиеете доволно ?
100 responses

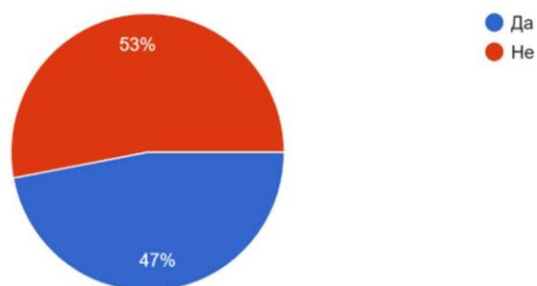


На ова прашање одговорија 100 испитанички, од кои 77 жени одговорија дека спијат доволно (8 или над 8 часа), додека 23 жени одговорија дека не спијат доволно.

На дополнителното прашањето -која е причината за недоволното спиење, добив повеќе одговори од кои најчести се следниве: мајки на мали деца и бебиња, преголема исцпеност од долготраен напор, стрес, несоница, бучава (некои живеат во близина на ресторан кој пушта гласна музика за време на сезонски свадби, прослави и сл.),обврски по дома, консумирање на пијалоци кои содржат кофеин и шеќери (кафе, газирани и заладени сокови).

Графикон бр.15 Изложеност на стрес

Дали сте често изложени на стрес ?
100 responses



На ова прашање одговорија 100 испитанички. Поголемиот дел односно 53 жени одговорија дека немаат стрес или стресни моменти во животот, секојдневните обврски, додека 47 жени одговорија дека доживуваат секојдневно стрес.

Како што може да се забележи од графиконот, многу мала е разликата помеѓу жените кои се под стрес и оние кои не се.

Како причина за стресот, жените опишале дека е заради брзиот и напорен живот и напорите да се балансира помеѓу работни обврски и обврски по дома, особено мајките кои имаат мали деца и немаат редовен сон. Доста честа причина е спомнатата и работата односно работните односи со колегите (влошени меѓучовечки односи), кои жените ги доживуваат како непријатност.

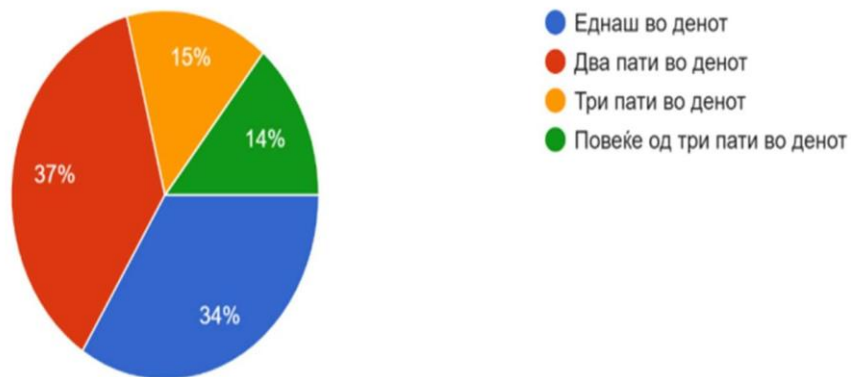
Следна причина се зголемените трошоци за живот (храна, патни трошоци, режиски трошоци) а мали приходи.

На прашањето одговорија 100 испитанички, од кои 37 одговорија дека користат два пати во денот, нешто помалу односно 34 одговорија дека се возат во автомобил еднаш во денот, 15 жени се возат со автомобил три пати во текот на денот, додека 14 жени повеќе од три пати во денот.

Графикон бр.16 Фреквенција на користење на автомобил како превозно средство

Колку често користете автомобил или друго средство за возење?

100 responses



6.1.2.3 ТУТУН

Во однос на користење на тутун, од вкупен број на 100 испитаници, 68 % одговорија негативно односно дека не се пушачи, наспроти 32 % кои се пушачи.

Пушењето и употребата на тутунски производи претставуваат сериозен ризик од рана смрт и болест кај жените.

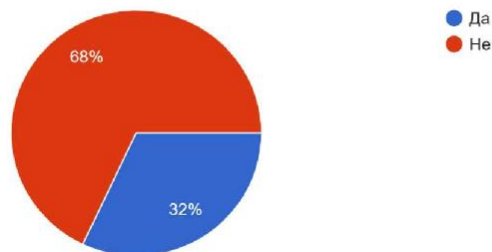
Според American Lung Association: “во 2021 година, 10,1% од жените пријавиле дека пушат цигари, во споредба со 13,1% од мажите. Денес, со многу помал јаз меѓу стапката на пушење кај мажите и жените отколку во минатото, жените делат многу поголем товар од болести и смртни случаи поврзани со пушењето”.

Жените изложени на чад од цигари имаат двојно поголема веројатност да развијат рак на белите дробови од мажите.

Пушењето е директно поврзано со 80 проценти од смртните случаи на хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ) кај жените секоја година и со поголем ризик од мозочен удар.[7]

Графикон бр. 17 Употреба на тутун

Дали сте пушач ?
100 responses

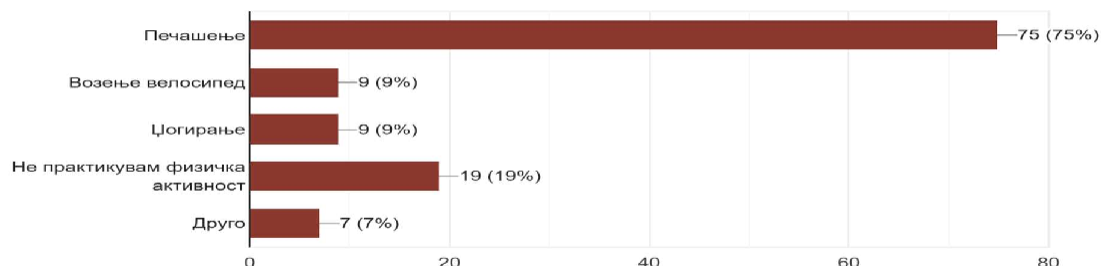


6.1.2.4 ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

Во однос на физичка активност, од графиконот може да се забележи дека, најголем дел од лицата одговорија (75 %) практикуваат пешачење, како физичка активност. 19% изјавиле дека не практикуваат никаква физичка активност. Мал број, 7 % практикуваат некоја друга активност, 9 % цогираат исто така 9% возат велосипед.

Графикон бр. 18 Вид на физичка активност која најчесто се практикува

Каков вид на физичка активност најчесто практикувате?
100 responses

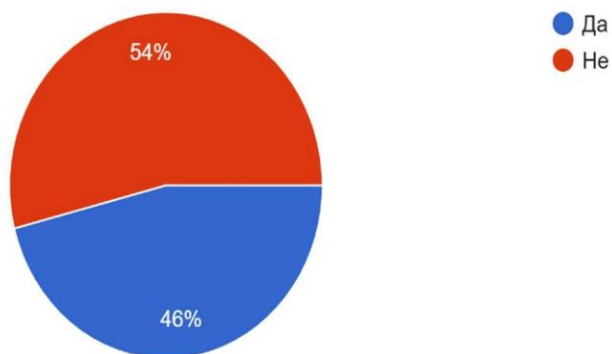


6.1.2.5 ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ

Во однос на превентивните прегледи, имавме сет од неколку прашања, сакајќи да ја оцениме праксата на испитаничките (дали имаат навика да одат на превентивни прегледи кај своите матични доктори-општ лекар, гинеколог, стоматолог). Во прилог, графички приказ на добиени одговори:

Графикон бр.19 Навики за користење на превентивни прегледи кај матичен општ лекар

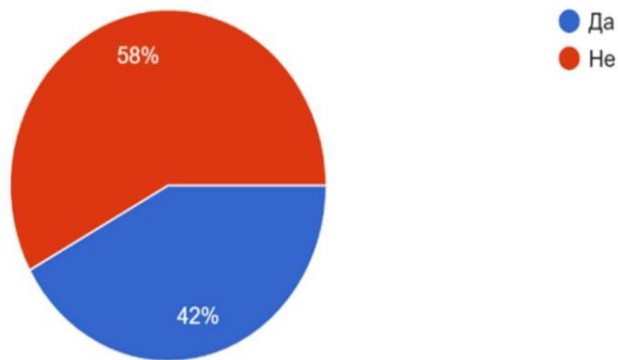
Дали практикувате превентивни прегледи кај Вашиот општ лекар?
100 responses



Графикон бр.20 Навики за користење на превентивни прегледи кај матичен гинеколог

Дали практикувате превентивни прегледи кај Вашиот гинеколог?

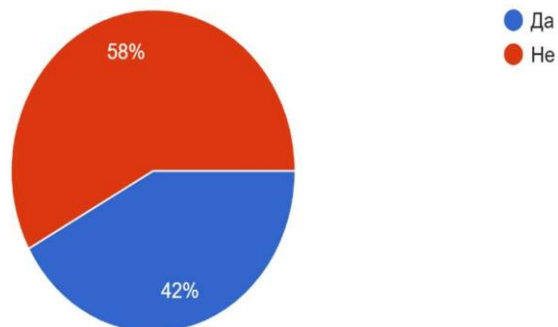
100 responses



Графикон бр.21 Навики за користење на превентивни прегледи кај матичен стоматолог

Дали практикувате превентивни прегледи кај Вашиот стоматолог?

100 responses



Дискусија

По однос на горенаведените прашања од страна на испитаничките добивме различни одговори. Од прикажаното, можеме да забележиме дека жените најчесто одат на превентивни прегледи кај нивните матични општи доктори и тоа 54%, наспроти 46% кои не посетуваат. Понатаму, во делот на превентивни прегледи кај матичен гинеколог, одговорија 58% дека го посетуваат избраниот лекар за превентивни прегледи наспроти 42 % од жените кои не користат.

Посета кај нивен избран матичен стоматолог, 58 % посетуваат наспроти 42 % кои не посетуваат. Идентични одговори како и кај матичниот гинеколог.

Како заклучок, можеме да утврдиме дека половина од испитаничките практикуваат превентивни прегледи кај своите избрани матични лекари од примарна здравствена заштита.

За разгледување на причините зошто жените Ромки не одат на лекар (избран општ лекар, гинеколог и стоматолог), од едно истражување кое го спроведе УНИЦЕФ во 2016 година со наслов: *“Процена на бариерите за пристап до здравствено осигурување на Ромските семејства”* можеме да увидиме интересни податоци од терен.

Некои од нив се однесуваат и на навиките и причините зошто жените Ромки не одат на лекар .[87]

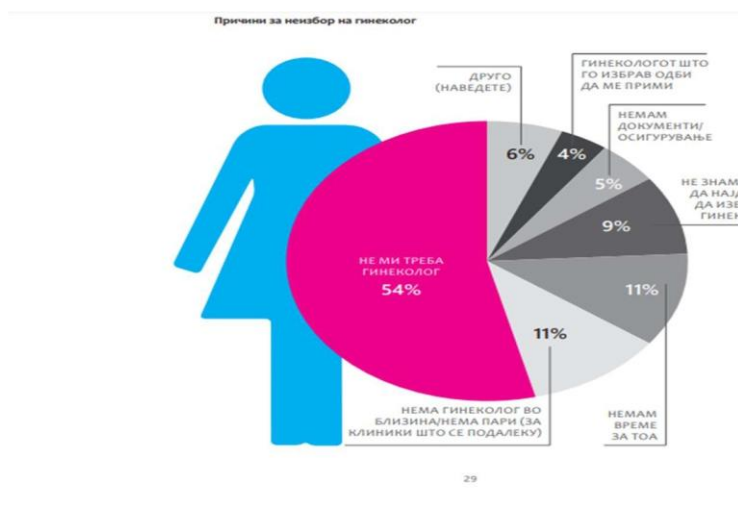
Слика бр.22 Причини за неодење на лекар, извадок од публикација на УНИЦЕФ,2016 година



Според квалитативните наоди на испитаниците изјавиле дека одат на лекар “кога ќе почувствуваат потреба да ги прегледа медицинско лице”.

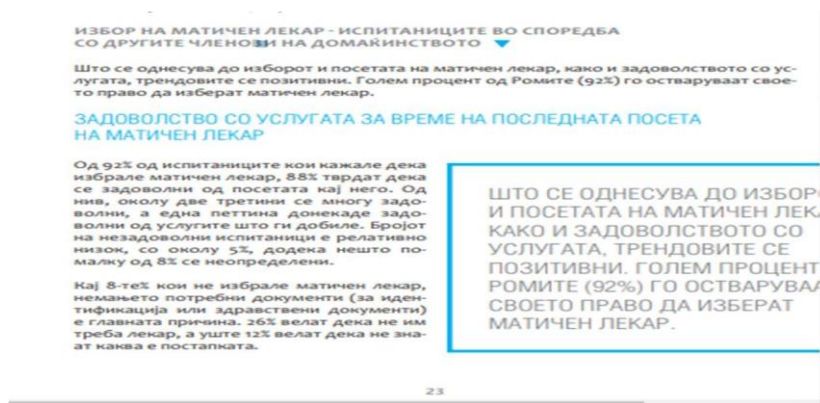
Сепак, експертите тврдат дека сеуште треба да се поработи на подигање на свеста за потребата од консултација со здравствени работници

Слика бр.23 Причини за неодење кај матичен гинеколог, извадок од публикација на УНИЦЕФ,2016 година



Според ова истражување, кое графички е прикажан на Слика бр.23, дури 54 % од жените изјавиле дека не им треба гинеколог (во 2016 та година, во општина Шуто Оризари немаше матичен гинеколог).Останатите изјавиле различно: немаат средства за патни трошкови,не знаат како да изберат матичен гинеколог,матичниот гинеколог не ги прима на преглед, немаат здравствено осигурување и сл.

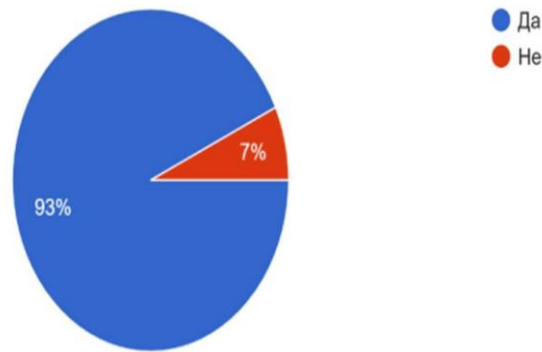
Слика бр.24 Искуства со матичен општ /семеен лекар, извадок од публикација на УНИЦЕФ,2016 година



Ова истражување, ја потврдува и нашето истражување дека жените имаат избрано матичен лекар и се задоволни од услугата и овој вид на услуга е во висок процент покриен (92 % изјавиле дека имаат избрано матичен лекар)

Графикон бр.25 Какви се можностите за одржување на лична хигиена

Дали имате доволно средства за да одржувате лична хигиена ?
100 responses



На ова прашање одговориле сите 100 испитанички. Потврдно одговорија 93 жени, односно дека имаат доволно средства за да си обезбедат средства за лична хигиена, но изјавиле дека средствата се значително поскапени особено тие за бебешка нега и менструална хигиена. Немаат доволно средства за лична хигиена одговориле 7 жени.

6.1.3. Последици за здравјето

Во ова поглавје, се опфатени сет од 8 (осум) прашања, кои се однесуваат на можни или очекувани последици за здравјето на испитаниците.

Ова поглавје ги прикажува поважните резултати кои произлегоа од спроведената квантитативна анализа на која учествувале 100 жени во репродуктивен период (15-49) години, сите жителки на општина Шуто Оризари а кои се во директна врска со поставена хипотеза дека постои поврзаност на зголемената телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивниот период со нивниот стил на живот и последиците по здравствената состојба.

Табела бр.4 Приказ на спроведен анкетен прашалник во врска со очекувани последици за здравјето на испитуваната група

1.	Колку изнесува вашата телесна тежина ?
2.	Колку изнесува вашата висина ?
3.	Дали имате проблеми со здравјето (дијабет, зголемен крвен притисок, маснотии и сл.)
4.	Дали некој од вашето поблиско семејство има историја на хронични заболувања (мајка, татко, сестра/брат)? Доколку да, кои ?
5.	Дали додека бевте бремена, имавте пристап до матичен гинеколог ?
6.	Дали имавте проблеми во текот на бременоста .Долку да, ве молам наведете кои ?
7.	Дали имавте спонтан абортус или проблем со зачнување ?
8.	Дали користите лекарства во врска со ваша здравствена состојба. Доколку да, кои ?

-ПРЕСМЕТУВАЊЕ на индекс на телесна тежина (ИТТ) или Body Mass Index (BMI)

Како главно прашање, за оваа истражувачка активност беше прашањето за телесната маса и возраст, за да се пресмета ИТТ, за секоја испитаничка посебно.

За пресметување на ИТТ, користев online калкулатор кој е достапен на страната на NIH (National Heart, Lung and Blood Institute), на следниот линк :https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/. [51]

Подолу во табелата, внесени се параметрите на секоја испитаничка посебно (тежина изразена во килограми, висина изразена во цм и ИТТ). За жал, имавме и празна колона односно, не можност за пресметка на ИТТ и тоа на 17 испитанички, од вкупно 100, заради немање на потребните информации. Тоа значи, кај некоја од нив недостасува или податок за телесна маса или висина.

Во прилог и референтите вредности за пресметка на ИТТ, согласно со параметрите препорачани од Светската здравствена организација:

-Потхранетост= <18.5

-нормална тежина =18.5-24.9

-прекумерна тежина= 25-29.9

-обезитас (дебелина) >30

Табела бр. 4а Податоци за испитуваната група (висина, тежина и ИТТ)

Реден брј	Тежина /kg	Висина/cm	BMI (body mass index)	Коментар
1.	86	160	33.6	обезитас
2.	72	162	27.4	прекумерна т
3.	58.5	170	20.2	нормална
4.	100	167	35.9	обезитас
5.	87	165	32	обезитас
6.	70	150	31.1	обезитас
7.	60	159	23.7	нормално
8.	50	154	21.1	нормално
9.	не знам	160	-	-
10.	120	165	44.1	обезитас
11.	65	160	25.4	прекумерна
12.	86	168	30.5	обезитас
13.	60	165	22.0	нормално
14.	75	158	30.0	обезитас
15.	73	165	26.8	прекумерна
16.	117	172	39.5	обезитас
17.	50	168	17.7	неухранетост
18.	75	170	26.0	прекумерна
19.	40	158	16.0	неухранетост
20.	85	177	27.1	прекумерна
21.	120	165	44.1	обезитас
22.	70	152	30.3	обезитас
23.	102	162	38.9	обезитас
24.	72	165	26.4	прекумерна
25.	80	160	31.2	обезитас
26.	55	155	22.9	нормално
27.	75	165	27.5	прекумерна
28.	75	159	29.7	прекумерна
29.	70	160	27.3	прекумерна
30.	105	155	43.7	обезитас
31.	86	174	28.4	прекумерна
32.	63	150	28.0	прекумерна
33.	80	150	35.6	обезитас
34.	61	180	18.8	нормално
35.	78	155	32.5	обезитас
36.	63	166	22.9	нормално
37.	66	160	25.8	прекумерна
38.	76	162	29.0	прекумерна
39.	78	173	26.1	прекумерна
40.	56	150	24.9	нормално
41.	65	157	26.4	прекумерна
42.	72	173	24.1	нормално
43.	51	164	19.0	нормално

44.	59	164	21.9	нормално
45.	72	173	24.1	нормално
46.	82	172	27.7	прекумерна
47.	86	169	30.1	обезитас
48.	94	159	37.2	обезитас
49.	99	не знам	-	-
50.	95	160	37.1	обезитас
51.	120	не знам	-	-
52.	98	160	38.3	обезитас
53.	96	не знам	-	-
54.	98	не знам	-	-
55.	69	159	27.3	прекумерна
56.	96	159	38.0	обезитас
57.	88	не знам	-	-
58.	105	не знам	-	-
59.	93	162	35.4	обезитас
60.	120	158	48.1	обезитас
61.	87	158	34.9	обезитас
62.	112	160	43.7	обезитас
63.	87	158	34.9	обезитас
64.	94	163	35.4	обезитас
65.	98	158	39.3	обезитас
66.	105	162	40.0	обезитас
67.	87	не знам	-	-
68.	96	158	38.5	обезитас
69.	102	163	38.4	обезитас
70.	95	не знам	-	-
71.	113	не знам	-	-
72.	120	не знам	-	-
73.	98	не знам	-	-
74.	98	158	39.3	обезитас
75.	101	161	39.0	обезитас
76.	99	не знам	-	-
77.	98	159	38.8	обезитас
78.	95	160	37.1	обезитас
79.	130	160	50.8	обезитас
80.	125	не знам	-	-
81.	98	159	38.8	обезитас
82.	117	160	45.7	обезитас
83.	45	150	20.0	нормално
84.	70	160	27.3	прекумерна
85.	68	175	22.2	нормално
86.	80	170	27.7	прекумерна
87.	60	160	23.4	нормално
88.	80	156	32.9	обезитас
89.	50	160	19.5	нормално

90.	40	160	15.6	неухранетост
91.	40	160	15.6	неухранетост
92.	64	158	25.6	прекумерна
93.	54	166	19.6	нормално
94.	56	не знам	-	-
95.	88	165	32.3	обезитас
96.	68	161	26.2	прекумерна
97.	90	160	35.2	обезитас
98.	80	157	32.5	обезитас
99.	не знам	не знам	-	-
100.	не знам	не знам	-	-

АНАЛИЗА НА ДОБИЕНИ РЕЗУЛТАТИ ОД ПРЕСМЕТКАТА НА ИТТ НА ИСПИТАНИЧКИТЕ

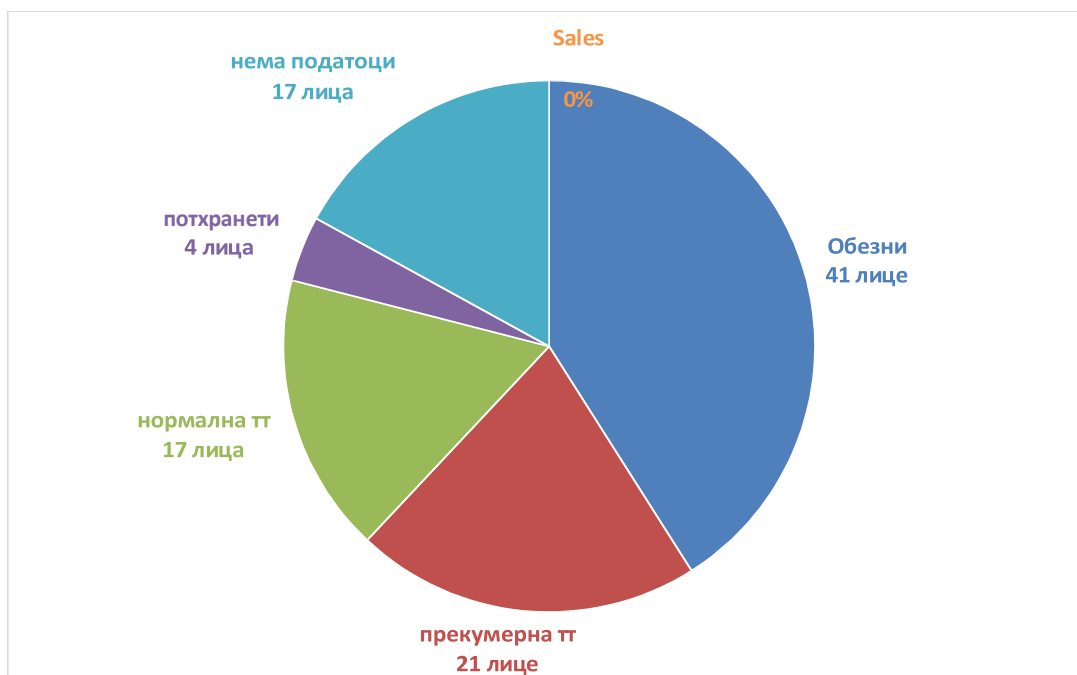
Сумирани резултати

Па, според тоа, во групата на обезни (на графиконот обележано со сина боја) се вкупно 41 лице, од вкупен број на испитанички (100), или нешто помалку од половина од испитаничките е калкулиран покачен ИТТ.

Како втори, по добиена вредност на ИТТ, се жени со прекумерна ТТ односно 21 жена . Само кај 17 лица ИТТ е во нормални вредности, додека кај 4 лица, пресметан е ИТТ во намалени вредности.

За 17 лица нема пресметан ИТТ заради недостиг на податоци за ТМ или ТТ.

Графикон бр.26 Број на испитанички и ИТТ на секоја од нив



Според добиените податоци од пресметаниот ИТТ согласно користените параметрите: телесна маса и висина, јасно може да се види колкав е процентот на жени со прекумерна ТТ и дебелина:

- Од вкупно 100 жени, кај 62 од нив ИТТ е зголемен . Само кај 17 лица ИТТ е во нормални вредности;
- Од 62 жени кај кои ИТТ е со зголемени вредности: 21 лице е со прекумерна телесна тежина (ИТТ 25-29.9), додека 41 лице е со дебелина (ИТТ $\geq$ 30);
- Кај 4 лица, пресметан е ИТТ во намалени вредности (ИТТ $<$ 18.5);
- Кај 62те испитанички кај кои ИТТ $\geq$ 30, вредностите на истиот се движат од 30.0 до 50.8.

-Во просек, како најчеста вредност на ИТТ се појавува: ИТТ $\geq$ 30 (14 жени), ИТТ $\geq$ 35 (19 жени), ИТТ $\geq$ 40 (22 жени). Како највисока вредност на ИТТ изнесува 50.8, кај една испитаничка, чија има вредност на ТТ изнесува 130 кг. и ТВ која изнесува 160 цм.

-Кај жени, кај кои ИТТ покажува покачена телесна тежина (25-29.9), нивниот број изнесува 21 испитаничка.

Кај оваа група на жени, пронајдениот ИТТ во просек изнесува од 25.4-29.7

Вредностите на ТТ се движат од 63 -86 кг, додека ТВ изнесува 150 цм-177 цм.

-За жал за 17 лица не добивме целосно податоци и не е испитан ИТТ (недостига или податок за телесна маса или висина). Покрај тоа, можеме да се забележи дека и едниот од присутните параметри е со зголемена вредност (телесна тежина >80 kg).

За споредба, во 2011 година, УНИЦЕФ изработи Извештај за спроведено истражување на ниво на цела држава во која биле опфатени жени во репродуктивниот период и деца од 6 до 59 месеци во врска со исхраната^[89]

Опис на примерокот: Речиси две третини од домаќинствата во примерокот се етнички Македонци, и нешто помалку од една третина се етнички Албанци. Малцинските групи се главно Турци, Роми и Срби. Ромите сочинуваат 2,3% од пондерираниот број на население, што е мошне слично со уделот во населението во Македонија.

Според наодите, кои се добиени од ова истражување а во врска со исхраната и ИТТ, кај вклучени испитаници од повеќе етнички заедници кои живеат во РСМ, вклучително и жени Ромки во репродуктивен период .

Најдени се неколку клучни наоди:

- Над 1 од 5 жени во вардарскиот и пелагонискиот регион беа гојни, и повеќе од половина од популацијата на жени имаше прекумерна тежина или гојност во овие два региони;
- Кај Ромките и Србинките имаше значително повисока застапеност на прекумерна тежина и гојност (60%) од другите групи и од државниот просек (46,2%);
- Прекумерна тежина и гојност имаше повеќе кај жените од руралните краишта (50,3%). Кај етничките Ромки и Србинки има значително повисока застапеност на прекумерна тежина и гојност (60%) во споредба со другите групи и државниот просек (46,2%). Пондерираната преваленција на прекумерна тежина и гојност

забележително се зголемува со возраста, при што над 15% од млади жени на возраст 15-19 имаат прекумерна тежина или гојност (15.7%). Во категорија на најстара возраст (45-49 години) речиси 70% имаат прекумерна тежина или гојност.

Слика бр. 25 Извадок од Извештајот од УНИЦЕФ, за Жени и нивен нутритивен статус

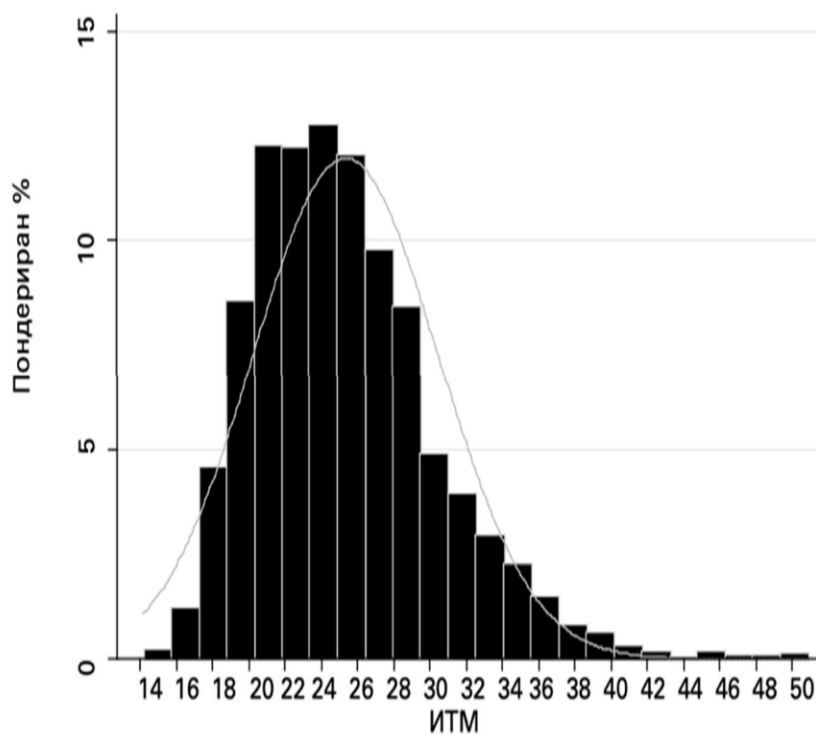
Жени – нутритивен статус

Распределбата на вредности за индекс на телесна маса – ИТМ (Body Mass Index - BMI) за небремени жени на возраст 15-49 години се дадени на Илустрација 4. Многу мал број на жени беа со недоволна тежина или во ризик за недоволна тежина. Но, бројот на жени кои беа со прекумерна тежина или гојни (обезни) е висок. Табела 24 ја прикажува распределбата на ИТМ (BMI) во различни категории. Вкупно, речиси една половина од примерокот се со прекумерна тежина или гојни. Тешки и средни форми на хроничен недостаток на енергија беа ретки, а само мал број на жени спаѓаат во категоријата 'во ризик' за хроничен недостаток на енергија.

Над 1 од 5 жени во вардарскиот и пелагонискиот регион беа гојни, и повеќе од половина од популацијата на жени имаше прекумерна тежина или гојност во овие два региони. Гојноста е поретка во источните делови на земјата; североисточен (12,0%), југоисточен (10,4%) и полошки (13,5%) регион. Прекумерната тежина и гојноста беа почести кај жените во руралните краишта (50,3%) отколку кај градските жени (43,4%). Кај Ромките и Србинките имаше значително повисока застапеност на прекумерна тежина и гојност (60%) од другите групи и од државниот просек (46,2%). Пондерираната застапеност (преваленција) на прекумерна тежина и гојност е забележително повисока кај постарите возрасни групи; 15,7% од младите жени на возраст 15-19 години имаат прекумерна тежина или гојност. Во најстарата возрасна група (45-49 години) речиси 70% се со прекумерна тежина или гојност. Распределбата на прекумерна тежина и гојност е слична меѓу различните сегменти според приходи, иако помалку жени се со прекумерна тежина или гојност во групата 'без приходи' (43,7%) и во двата сегменти со највисоки приходи (45,8% и 43,4%, соодветно). Над 50% од жените во другите сегменти според приходи се со прекумерна тежина или гојност.

Слика бр.26 Графикон кој содржи податоци за репрезентативен примерок и ИТМ

Илустрација 4: Распределба (пондериран %) на ИТМ, небремени жени на возраст 15-49 години



Слика бр. 27 Табеларен приказ на број на испитанички и ИТМ изразено во проценти

Табела 24: Број (пондериран %) на неправилна исхранетост (недоволна и прекумерна тежина/гојност), небремени жени на возраст 15-49 години

Варијабла	недоволна тежина (силно изразена)	недоволна тежина (средно изразена)	Во ризик	Нормално	Прекумерна тежина	Гојност
ВКУПНО	16 (0.2)	32 (0.7)	141 (3.3)	1851 (49.7)	1197 (30.7)	624 (15.5)
Регион						
вардарски	3 (0.7)	6 (1.4)	13 (3.0)	184 (45.5)	145 (30.2)	103 (19.2)
источен	0	5 (0.4)	24 (2.9)	298 (50.7)	156 (29.7)	73 (16.4)
југозападен	2 (0.3)	4 (0.5)	10 (2.7)	214 (56.6)	106 (26.1)	65 (13.7)
југоисточен	5 (0.5)	8 (1.6)	24 (3.1)	263 (50.9)	174 (33.6)	67 (10.4)
пелагониски	1 (0.3)	1 (0.3)	12 (3.6)	143 (43.1)	105 (30.9)	77 (22.0)
полошки	5 (0.3)	3 (0.2)	23 (1.4)	352 (52.0)	224 (32.6)	119 (13.5)
североисточен	0	1 (0.6)	11 (2.6)	177 (47.2)	142 (37.7)	42 (12.0)
Скопје	0	4 (0.7)	24 (5.0)	220 (49.3)	145 (28.7)	78 (16.2)
Живеалиште						
Градско	1 (0.1)	7 (0.5)	28 (2.8)	484 (53.1)	277 (29.6)	129 (13.8)
Селско	15 (0.4)	25 (0.8)	113 (4.0)	1367 (44.5)	920 (32.3)	495 (18.0)
Етничка припадност на мајката						
македонска	9 (0.2)	21 (0.5)	92 (3.4)	1194 (51.9)	764 (29.8)	379 (14.2)
албанска	4 (0.1)	7 (0.8)	38 (2.9)	532 (47.5)	326 (30.8)	202 (17.8)
турска	1 (0.2)	1 (1.1)	5 (2.3)	68 (48.5)	61 (41.7)	13 (6.2)
српска	0	0	1 (13.7)	8 (25.9)	13 (32.1)	11 (28.4)
ромска	1 (0.2)	1 (0.9)	2 (2.7)	21 (36.4)	18 (35.0)	13 (24.7)
друга	1 (0.7)	2 (1.5)	3 (4.0)	28 (49.2)	14 (28.3)	6 (16.3)
Возраст (години)						
15-19	9 (1.3)	11 (2.1)	37 (8.7)	299 (72.2)	47 (11.8)	15 (3.9)
20-24	4 (0.3)	8 (1.1)	38 (6.9)	316 (68.4)	96 (20.3)	20 (2.9)
25-29	0	7 (1.0)	33 (4.1)	356 (59.1)	173 (27.4)	61 (8.5)
30-34	3 (0.2)	2 (0.1)	16 (2.3)	333 (54.7)	221 (29.5)	82 (13.2)
35-39	0	2 (0.6)	9 (1.4)	235 (38.2)	251 (42.1)	117 (17.7)
40-44	0	2 (0.3)	2 (0.6)	165 (32.9)	230 (38.8)	160 (27.4)

6.1.3.1 КОМОРБИДИТЕТИ

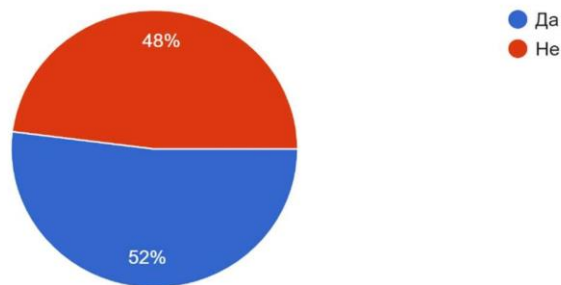
Во однос на проблеми со здравје, 34 од вкупен број на испитаници, изјавиле дека имаат проблеми со здравјето. Најчесто пријавуваат: висок крвен притисок, покачени масти, дијабетес тип 2, проблеми со тироидната болест и сл.

6.1.3.2 ФАМИЛИЈАРНА ИСТОРИЈА

Графикон бр.27 Хронични заболувања во семејствата на испитаничките

Дали некој од вашето поблиско семејство има историја на хронични заболувања (мајка, татко, сестра/брат)?

100 responses



На ова прашање, одговорија сите испитанички (вкупно 100). Од нив, 52 % навеле дека немаат во семејството лица со позитивни хетероanamнестички податоци за болести од интерес, за разлика од 48 % кои позитивно.

Најчести заболувања кои ги навеле се следниве: хипертензија, дијабетес тип 2, покачени масти, кардиоваскуларни заболувања, цереброваскуларни заболувања, ХОББ, малигни болести и сл.

6.1.3.3 ЖЕНСКО ЗДРАВЈЕ

Во студија, направена во РСМ, во ЈЗУ Специјализирана болница за гинекологија и акушерство Мајка Тереза-Скопје од страна на доктори специјалисти, вработени во установата со наслов: '*Obesity as a risk factor for endometrial pathological changes*'. Ana Kocевска et al. Journal of Morfological Sciences. 2023-12-26'', овие долгогодишни лекари -специјалисти, наишле на најчестата причина поврзана со репродуктивното здравје на жената и која како фактор тригер или ризик-фактор се јавува и обезноста.

Во студијата учествувале вкупно 160 испитаници, од кои 120 пациенти кои биле подложени на фракционирана експлоративна киретажа поради медицинска индикација, одека останатите 40 жени биле здрави без фракциона експлоративна киретажа.

Испитаната група (болни) биле поделени во две подгрупи: перименопаузални и постменопаузални. Во оваа испитана група, нема податок во однос на етничка припадност.

Просечниот БМИ бил во вредност од $30,0 \pm 4,5$ во групата пациенти кои подлегнаа на експлоративна киретажа (студиска група), и $25,5 \pm 3,4$ кај групата пациенти без оваа интервенција (контролна група). Разликата од 4,5 била потврдена како статистички значајна ($p < 0,0001$).

Заклучокот кој го добиле колегите покажува дека **пациентите со експлоративна киретажа имале значително повисок индекс на телесна маса и обем на половината од здравите жени**. Жените во постменопауза имале значително повисок индекс на телесна маса и обем на половината од жените во перименопауза. Пациентите **со органски промени во ендометриумот имале значително повисок индекс на телесна маса и обем на половината во споредба со оние со функционални промени**. [8]

Сето ова укажува дека дебелината е клиничко, но истовременео и значаен јавно здравствен проблем и потребно е да се преземаат мерки за начинот на живот, исхрана и зголемување на физичката активност.

Според еден труд, кој е објавен во European Journal of Public Health, 20 октомври 2021 година од група автори, спроведен во Романија, била спроведена студија -секундарна анализа на податоци од Истражување за репродуктивно здравје во Романија од 2016 година, на примерок од 314 жени Ромки, на возраст од 15-44 години (*M.Nanu et al.Reproductive health services use by the Roma minority women in Romania.October 2021*)
Добиените резултати, говорат за следново: 2/3 од жените Ромки, својата прва бременост ја имале за време на адолесценцијата, 66.9 % на возраст помеѓу 15 и 19 години и 8.4 % под 15 години. 65.4 % Роми адолесценти девојки, своето прво дете го родиле на 15 до 19 години, додека 2.8 % девојки на возраст под 15 години.

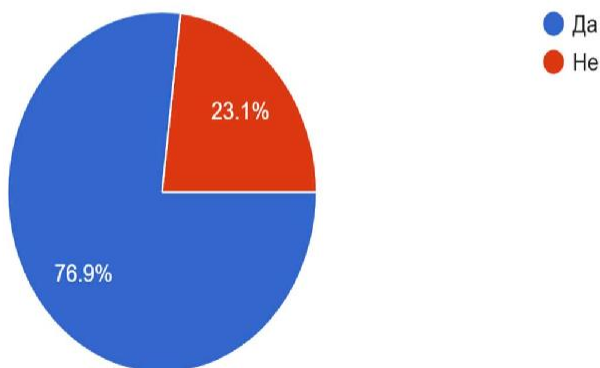
За време на бременоста, 24.1 % од Жените Ромки не користеле пренатални здравствени сервиси, три пати повеќе за разлика од останатата популација. 73 % од Жените Ромки никогаш не користеле скрининг за цервикален канцер споредбено со 42.7 % од останатата севкупна популација на жени.46,7 % од жените Ромки користат било каква контрацептивна заштита, додека 38.1 % од модерните методи генерално слична преваленца со општата женска популација, која исто така користи 48.4% било кој контрацептивен метод, додека 38.7 од модерните методи.

Заклучокот од истражувањето е следново: Жените Ромки, првата бременост ја имаат во адолесценција. Постојат нееднаквости во користењето на превентивните услуги за пренатална грижа и скрининг на рак на грлото на матката кај Жените Ромки.[50]

Графикон бр.28 Пристап до матичен гинеколог

Дали имавте пристап до матичен гинеколог, додека бевте бремена?

91 responses



Согласно, резултатите добиени од истражувањето може да забележиме дека, 76,9 % имале пристап до матичен гинеколог, бројка која е доста висока, наспроти 23.1 % кои немале пристап до овие услуги.

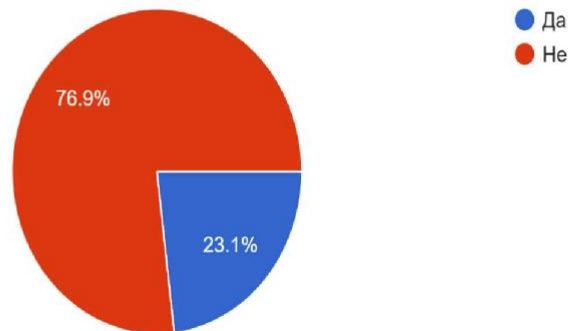
Зголемената бројка на жени кои имаат матични гинеколози се должи на неколку работи:

- Во општина Шуто Оризари, изминативе неколку години, напорно се работеше за изнаоѓање на решение за матичен гинеколог во општината, имајќи во предвид дека се работи за голема бројка на жени во репродуктивен период (околу 8000 жени);
- На оваа проблематика, работеле многу невладини организации, особено локалните кои со години барале решение од: локалните власти, институции, Министерство за здравство, Фонд за здравствено осигурување и работа со заедницата, со млади жени во репродуктивен период, млади мајки и влијаеле многу преку подигање на свеста за важноста да се посетува гинеколог, да пријават доколку гинекологот не ги прима на преглед и им побарува средства доколку истиот е матичен и има договор со ФЗОМ;
- Невладината организација ХЕРА, преку својот Дневен Центар Сакам да Знам, во амбулантата во Шуто Оризари, обезбедува бесплатни превентивни прегледи (гинеколошки преглед, ултразвучен преглед) заедно ПАП тест еднаш во неделата од страна на специјалист гинеколог-акушер и медицинска сестра и советување .

Графикон бр.29 Проблеми/компликации за време на бременоста

Дали имавте проблеми во текот на бременоста?

91 responses



Согласно добиените податоци кои се прикажани на графиконот, можеме да увидиме дека 78.9 % од испитаничките изјавиле дека немале проблеми за време на бременоста, додека 23.1% имале некои проблеми или компликации за време на бременоста.

Позитивниот исход, од ова прашање, може да се препише и на културолошките карактеристики на Ромската заедница. За разлика од другите етнички заедници, младите девојки стапуваат во брак, во многу млада возраст (околу 15-18 години). Исто така, кратко време после стапувањето во брак, младата жена останува бремена и има повеќе породувања.

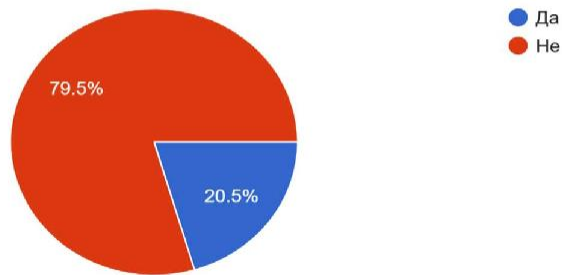
Во оваа возраст, мали се шансите за одредени системски заболувања, ендокринолошки, дури и БМИ е навистина одличен за разлика од подоцнежната возраст (после 30 години), каде започнува да се зголемува. Истите претставуваат ризик како по општото здравје, така и придонесува за проблеми за: зачнување, носење на плодот и други компликации во бременоста.

Дополнителна поддршка на младите мајки, претставуваат и повозрасните, односно голем дел од нив, барем на почетокот живеат во поголема заедница (со родителите на младиот сопруг), кои помагаат во грижата на бремената жена (сопруга), подоцна и на самото новороденче.

Кај жените, е подигната свеста за редовни посети кај гинеколог, ги знаат своите права како осигуреници и голем дел имаат избран матичен гинеколог.

Графикон бр. 30 Приказ за број на абортуси изразен во проценти

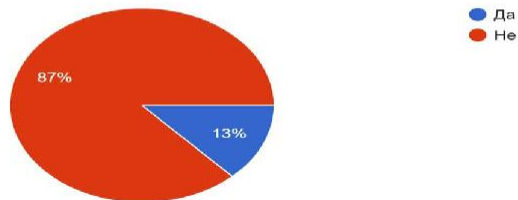
Дали имавте спонтан абортус?
88 responses



Согласно, добиените податоци, 79.5 % изјавиле дека немале спонтан абортус, наспроти 20.5 кои одговорија дека имале спонтан абортус.

Графикон бр. 31 Проблеми со зачнување

Дали имавте проблем со зачнување на плод?
92 responses

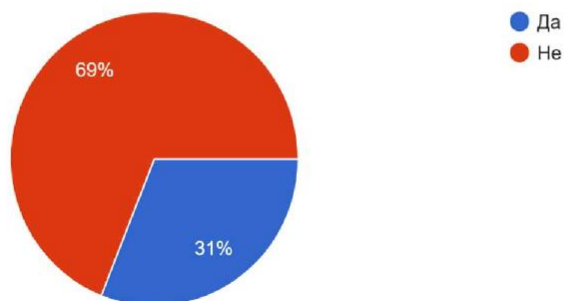


На ова прашање, одговориле 92 испитаници . 87 % немале проблем да останат бремени односно да зачнуваат, наспроти 13 % кои се изјасниле дека имале проблеми да останат бремени.

Графикон бр .32 Користење на лекаства

Дали користите лекаства во врска со ваша здравствена состојба?

100 responses



На ова прашање, одговорија 100 испитанички, од кои 69 % изјасниле дека користат одредени лекови, наспроти 31 % кои не користат.

Најчесто, користени лекови кои ги навеле испитаничките се следниве:

- Метформин (третман на дијабет),
- Еутирокс (за третман на хипотироидизам),
- стероидни лекови за третман на покачени масти во крвта,
- лекови за покачен крвен притисок,
- Витамини,
- таблети за спиење, дијазепам и
- НСАИЛ.

6.1.4. Самопроценка на здравјето

Во ова поглавје се опфатени 9 прашања, кои треба да прикажат резултати а, со тоа и претстава за субјективното размислување односно знаењата во врска со поимите здравје, здрав начин на живот, здрава исхрана и сл.

Табела бр.5 Прашања за самопроценка на здравјето на испитаната група

1.	Како ја оценувате вашата здравствена состојба ?
2.	Доколку видите дека се нарушува вашето здравје, што би превземеле ?
3.	Дали во текот на ова година, сте биле кај вашиот матичен лекар ?
4.	Кога сте направиле последна лабораторија ?
5.	Што мислите под поимот здрав начин на живот, што значи тоа за тебе лично ?
6.	Дали мислиш дека здрав начин на живот е скапа работа која е луксуз и неможе секој да си ја дозволи ?
7.	Дали сте имале проблем со постпородилна депресија? Доколку да, што сте преземале ?
8.	Дали имате искуство со психолог ?
9.	Дали одвојувате време за себе во текот на денот.Доколку да, како го користите ?

Графикон бр.33 Самопроценка на здравствена состојба, изразена во проценти.

Како ја оценувате Вашата здравствена состојба ?

100 responses

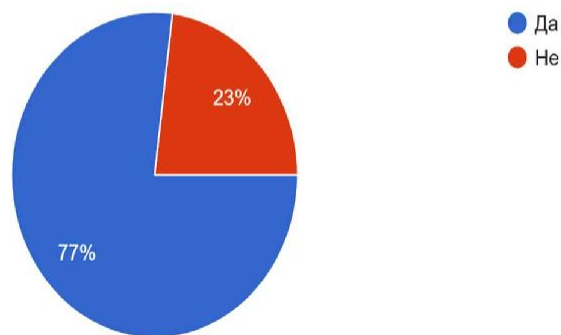


Согласно со резултатите прикажани на графиконот, можеме да забележиме дека 47 % од испитаничките, сметаат дека нивната здравствена состојба е добра, наспроти 18 % кои сметаат дека не се во добра здравствена состојба .

27 % или приближно $\frac{1}{4}$ од испитаничките, сметаат дека нивната здравствена состојба се подобрува, по претпоставка заради редовните посети кај нивните матични лекари кои ги посоветуваат за здравствени навики и за нивната состојба. 8% не знаат, каква им е здравствената состојба.

Графикон бр. 34 Дали испитаничките одвојуваат време за себе, во текот на денот .Одговр, изразен во проценти

Дали одвојувате време за себе во текот на денот?
100 responses

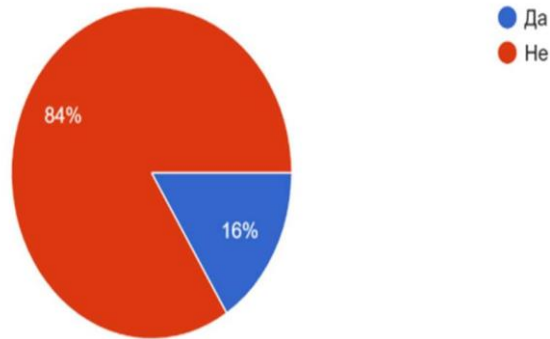


Согласно прикажаниот графикон, време за себе, посветуваат 77 % од испитаничките, додека останатите 23 % одговорија негативно на прашањето.

Од испитаничките кои одговорија позитивно, активности кои ги преземаат за саморефлексија се најчесто: пиење кафе, гледање телевизија, слушање музика, прошетка во парк, дружба со најблиските од семејството, попладневна дремка и сл.

Графикон бр.35 Искуство со психолог

Дали имате искуство со психолог ?
100 responses



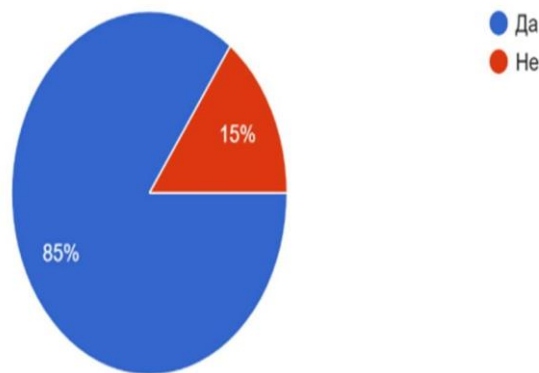
На ова прашање одговорија 100 испитанички, од кои 84 одговорија Не односно немаат искуство со психолошка поддршка, додека 16 жени одговорија дека имале можност да добијат психолошка поддршка.

Сепак доминира, бројот на жени кои немале можност да добијат психолошка поддршка. Овој податок најверојатно се должи и со стигмата која владее сеуште и во ова време дека доколку побараш или одиш кај психолог или психијатар, кај индивидуата се јавува чувство на срам, несигурност, страв од осуда од околината, од блиските членови на семејството и сл. Обично стигмата доминира кај млади жени, мајки и кај жени кои немале можност да бидат дел од образовниот систем. Наспроти нив, жените кои се образовани (средно, високо ниво на образование), се самостојни односно работат и се независни во семејството, кај нив свеста е повисока доколку се соочат или забележат промени во нивната здравствена состојба (физичка, психичка, емоционална, социјална и сл.) немаат бариера да побараат помош.

Графикон бр.36 Посета на матичен лекар во тековната година

Дали во текот на оваа година, сте го посетиле Вашиот матичен лекар ?

100 responses



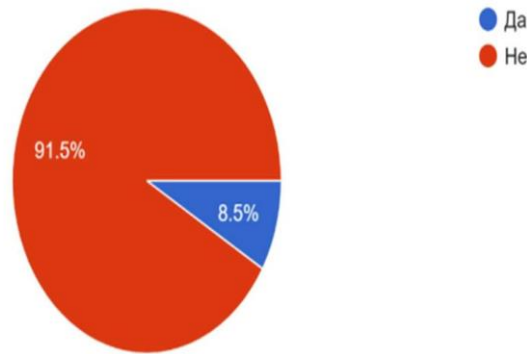
На прашањето дали испитаничките го посетиле матичниот лекар, во тековната година (се мисли на 2024 година, кога е направено истражувањето), од вкупно 100 жени кои одговорија на прашањето, 85 жени одговорија потврдно односно Да, а само 15 жени Не.

На ова прашање, очекувано е и да одговорот голем дел со позитивен одговор, веќе погоре сме дискутирале а и други истражувања го потврдуваат истото дека Ромската заедница па и жените Ромки, се чувствуваат слободни и немаат бариери да пристапат и да побараат здравствена помош од матичен лекар. Голем дел од нив, имаат матични лекари, кои се наоѓаат во општина Шуто Оризари и се грижат за целото семејство и работат со нив долги години па така стекнуваат еден поинаков однос не само лекар-пациент, туку и некој во кој имаат доверба затоа што се грижи и го познава неколку години и поголемиот дел имаат позитивни искуства.

Графикон бр.37 Прашање за постпородилна депресија

Дали сте имале проблем со постпородилна депресија?

94 responses



На ова прашање одговорија 94 испитанички, од нив 91,5 % одговорија Не, додека 8.5 % одговорија Да.

Сметам дека има статистичка грешка во ова прашање бидејќи е неапликативно за оние жени кои немаат деца односно: не родиле или не доживеале спонтан абортус а во оваа студија имаме и такви жени .

Во студијата учествувале и млади девојки кои не се мажени (средношколки), па најверојатно онлајн прашалникот немаше опција да го прескокнат прашањето, па морале да одговорат со Да, како би се одбегнало празно поле.

Дополнително, зад големата бројка на жени кои се решиле да одговорат дека немале постпородилна депресија, повторно сметам дека се работи за срам и стигма да признаат, презафатеност со новороденчето и сметаат дека тоа што го доживуваат е ‘’тотално небитно’’ а приори бебето, неможност да препознаат што се случува во моментот на доживување на стравот и анксиозноста, обично сметаат дека е тоа минливо, станува збор за моментална нервоза, промена на хормони, млеко, нередовно спиење и сл.

Табела број 6

Дефинирање на поимот Здрав начин на живот и дали е “скапа работа”?

Категории	Здрав начин на живот-поим	Колку нè чини ?
Одговор од испитаници	Добар и долг живот	За дел од испитаниците е “скапа работа”
	Добро здравје и исхрана и пиење вода	За дел од испитаниците не е “скапа работа”
	Добар сон	Поскапување на млеко, млечни производи, овошје, зеленчук, месо, јајца-намирници кои содржат здраво количество на нутритиенти
	Живот без стрес	поскапување на влезници за фитнес центри и справи за вежбање
	Физичка активност и здрави навики	
	Здрава средина	
	Мир	
	Ментално здравје	
	Балансиран ритам на активности	
	Љубов и позитивна енергија	

На овие две прашања, испитаниците имале опција да одговараат наративно, во прилог на табела број 6, се извадени, нивните најчести изјави односно одговори.

6.2. КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА (ФОКУС-ГРУПИ)

Истражувањето претставува проспективна студија на пресек (cross-sectional study).

Се спроведе со жени Ромки во репродуктивен период (15-49) години, жители на Шуто Оризари во текот на 2024 година преку организирани фокус-групи со 4 возрасни категории.

За таа цел, организирав четири фокус-групи, која ги поделив согласно годините и тоа:

- Прва фокус-група, со најмладите (15-19),
- Втора фокус-група (20-30),
- Трета фокус-група (31-40)
- Четврта фокус-група со жени на возраст 41-49 години.

Со квалитативната студија, опфатив вкупно 55 жени, сите жителки на општина Шуто Оризари.

Истражувањето се одвиваше во месеците октомври и ноември 2024 година, во три локации во рамки на општината и тоа: Средно училиште на град Скопје Шаип Јусуф, каде ги интервјуирав најмладите односно девојки на возраст од 15 -17 години, учнички во истото училиште.

Втората и четвртата фокус-група, ја спроведовме во просториите на локалната невладина организација Мир. Искрено, овие две работилници ми биле најголем предизвик имајќи во предвид возраста на жените (работа, мали деца, обврски, студено време и сл.).

Третата фокус-група ја спроведовме во локалната градинка во општината 8ми Април. На таа фокус-група, имав 10 испитанички, доста солидно помина интервјуто, жените беа запознати со прашањата кои им беа јасни и точно знаеја што да ми одговорат.

РЕЗУЛТАТИ ОД ИНТЕРВЈУ СО ОДДЕЛНИТЕ ФОКУС-ГРУПИ:

Во прилог, наративен извештај, за секоја од спроведените фокус-групи:

6.2.1. Резултати од работа со фокус-група 15-19

ПРВА ФОКУС-ГРУПА ОДРЖАНА НА 04.10.2024 ГОДИНА (ПЕТОК)

- ВРЕМЕ: 15-15.40
- МЕСТО: СУГС ШАИП ЈУСУФ –Ш.ОРИЗАРИ
- ВКУПЕН БРОЈ НА УЧЕСНИЧКИ: 21 ЛИЦЕ НА ВОЗРАСТ ОД 15-17 ГОДИНИ

Во однос на првата тема прашања (**популациони и социо-економски карактеристики**), учесничките се изјаснија за следново:

- учесничките се на возраст од 15-17 години,
- ученички во горенаведеното средно училиште
- невработени
- не се во брак, ниту пак имаат деца
- во просек, бројот на членови во нивното семејство, се движи од 3-7 членови,
- во однос на месечните примања, не знаат да ми кажат .

Во однос на 2-та тема прашања кои се однесуваат за **здравствени навики**, се изјасниле за следново:

- во однос на типот на исхрана,користат повеќе јаглехидрати,
- консумираат храна, 3-4 пати во текот на денот,
- најчесто јадат брза храна (fast food),
- многу често консумираат благо, пецива и сл.
- од пијалоци најчесто користат energy drinks (red bull),кока кола од газирани пијалоци,алкохол 1 во неделата (сечена вотка),
- од традиционални јадења, јадат турли тава, ајвар,кавурма
- цигари не користат, поголем дел користат вајп
- во просек спијат од 5-8 часа
- во однос на стресот, поголем дел одговорија дека не се под стрес хроничен, додека дел се да, воглавно заради матурата.
- во однос на хигиенски средства, имаат доволно финансии за да си обезбедат,
- во однос на физичка активност, практикуваат пешачење околу населбата
- ретко користат автомобил, имаат проблем со градскиот превоз (нередовен)
- во однос на превентивни прегледи и совети од страна на истите, велат дека не практикувале.

Во однос на третиот сет на прашања, кои се однесуваат на **последници за здравје**:

- телесната тежина им се движи од 45-75 кг, додека пак висината 1.63-1.72,
- негираат проблеми со здравјето
- позитивна анамнеза за хронични болни во семејството,
- од 5то до 7 прашање, одговорот е НЕ (неапликативно за возраста),
- од лекарства користат: НСАИЛ, вит.Ц, Spasmex

Во однос на 4 та тема, поврзана со **самопроценка за здравјето**:

- истакнале дека имаат променливо расположение (најчесто заради дечко, непреболена врска и сл.)
- немаат проблем да побараат лекарска помош, доколку им се влоши здравјето,
- ретко посетуваат матичен лекар,
- лабораториска анализа на 3-4 месеци (последна)
- под поимот здрав живот подразбираат, вклучување на повеќе овошје, зеленчук и физичка активност.
- сметаат дека здравиот живот не е скапа работа,
- постпородилна депресија-Н/А
- една испитаничка од групата има работено со психолог
- во однос на време за себе –одговорија ‘’ ооо да, секој ден ☺’’

6.2.2. Резултати од работа со фокус-група 20-30

ВТОРА ФОКУС-ГРУПА ОДДРЖАНА НА 17.10.2024 ГОДИНА (ЧЕТВРТОК)

- ВРЕМЕ: 17-17.40 Ч.
- МЕСТО:–НВО МИР, Ш.ОРИЗАРИ
- ВКУПЕН БРОЈ НА УЧЕСНИЧКИ: 14, НА ВОЗРАСТ ОД 20 -30 ГОДИНИ

Во однос на првата тема прашања (**популациони и социо-економски карактеристики**), учесничките се изјасниле за следново:

- учесничките се на возраст од 20-30 години,
- завршено средно образование
- дел невработени, дел вработени, главно непријавени
- дел се во брак и имаат деца,
- во просек, бројот на членови во нивното семејство, се движи од 4-7 членови,
- во однос на месечните примања, се движат помалку од 60.000 денари

Во однос на 2-та тема прашања кои се однесуваат за **здравствени навики**, се изјасниле за следново:

- во однос на типот на исхрана, користат повеќе јаглехидрати,
- консумираат храна, 3-4 пати во текот на денот,
- најчесто јадат брза храна (fast food), готвени јадења
- многу често консумираат благо, пецива и сл.
- од пијалоци најчесто користат кока кола од газирани пијалоци,
- од традиционални јадења, мусака, тавче гравче, пинџур, компир манџа и сл.
- цигари дел користат
- во просек спијат од 6-7 часа
- во однос на стресот, дел одговорија дека се, најчесто заради работа, деца, секојдневни обврски,
- во однос на хигиенски средства, имаат доволно финансии за да си обезбедат,
- во однос на физичка активност, практикуваат пешачење околу населбата,
- ретко користат автомобил, имаат проблем со градскиот превоз (нередовен)
- во однос на превентивни прегледи и совети од страна на истите, учесничките велат дека дел посетиле а од страна на нивните матични лекари биле советувани да ослабнат (тие со прекумерна ТТ), да вежбаат пливање, пешачење, спорт и сл.

Во однос на третиот сет на прашања, кои се однесуваат на **последници за здравје:**

- телесната тежина изнесува од 44-86 кг, додека висина 155-160 цм.
- негираат проблеми за здравје
- позитивна анамнеза за хронични болести во семејството,
- од 5 до 7 прашање негираат

Во однос на 4 та тема, поврзана со **самопроценка за здравјето:**

- истакнале дека имаат променливо расположение,
- немаат проблем да побараат лекарска помош, доколку им се влоши здравјето,
- ретко посетуваат матичен лекар,
- лабораториска анализа на 6 месеци (последна)
- под поимот здрав живот подразбираат, вклучување на повеќе овошје, зеленчук и физичка активност,
- сметаат дека здравиот живот, станува скапа работа, воопшто како и другите рехрамбени продукти, заради поскапување на цените .
- постпородилна депресија-да, едно лице
- Психолог-не
- во однос на време за себе –одговорија да

6.2.3. Резултати од работа со фокус-група 31-40

- ТРЕТА ФОКУС-ГРУПА ОДДРЖАНА НА 07.11.2024 ГОДИНА (ЧЕТВРТОК)
- ВРЕМЕ: 15-15.40
- МЕСТО: ЈОУДГ 8МИ АПРИЛ –Ш.ОРИЗАРИ
- ВКУПЕН БРОЈ НА УЧЕСНИЧКИ: 10 ЛИЦА НА ВОЗРАСТ ОД 31-40 ГОДИНИ

Во однос на првата тема прашања (**популациони и социо-економски карактеристики**), учесничките се изјасниле за следново:

- учесничките се на возраст од 20-30 години,
- половина од нив се со завршено основно образование, а другата половина средно завршено образование,
- вработени и ангажирани со доовор на дело,
- една половина од испитаничките се во брак, а другата не,
- во просек, бројот на членови во нивното семејство, се движи од 3-4членови,
- во однос на месечните примања, стигнуваат до 35 000 денар .

Во однос на 2-та тема прашања кои се однесуваат за **здравствени навики**, се изјасниле за следново:

- во однос на типот на исхрана,користат повеќе јаглехидрати и масти,
- консумираат храна, 3 пати во текот на денот,
- најчесто готвени јадења,
- во однос на бели пецива и слатки –половината консумираат, друугата половина не консумираат,
- од пијалоци, најголем дел не консумираат алкохол, туку безалкохолни пијалоци,
- од традиционални јадења, јадат турли тава, ајвар,кавурма
- цигари –половина се пушачи, а другата половина не се,
- во просек спијат до 8 часа
- во однос на стресот, поголем дел одговорија дека се под стрес хроничен, најчесто заради обврски со децата, дома итн,
- во однос на хигиенски средства, имаат доволно финансии за да си обезбедат,
- во однос на физичка активност, практикуваат пешачење околу населбата
- ретко користат автомобил, имаат проблем со градскиот превоз (нередовен)
- во однос на превентивни прегледи и совети од страна на истите, велат дека да практикувале.

Во однос на третиот сет на прашања, кои се однесуваат на **последници за здравје**:

- телесната тежина им се движи од 60-80 кг, додека пак висината 1.15-1.75,
- се забележуваат промени во здравствената состојба односно: покачен крвен притисок, покачени маснотии, предиабетна состојба и сл.
- позитивна анамнеза за хронични болни во семејството,

-во однос на пристап на услуги од страна на матичен гинеколог, поголем дел се произнесоа за позитивно
-од лекарства не користат ништо .

Во однос на 4-та тема, поврзана со **самопроценка за здравјето**:

-редовно вршат лабораториски анализи и посета на матичен доктор и гинеколог
-под поимот здрав живот подразбираат, вклучувањ на повеќе овошје, зеленчук и физичка активност.
-сметаат дека здравиот живот започнува да станува скапа работа, заради поскапување на основните продукти (млеко и млечни производи, овошје, зеленчук, месо и сл.)
-во однос на време за себе, најчесто одговорија дека го поминуваат со кафе муабет со блиските.

6.2.4. Резултати од работа со фокус-група 41-49

- ЧЕТВРТА ФОКУС-ГРУПА ОДДРЖАНА НА 14.11.2024 ГОДИНА (ЧЕТВРТОК)
- ВРЕМЕ: 18-18.40
- МЕСТО: НВО МИР–Ш.ОРИЗАРИ
- ВКУПЕН БРОЈ НА УЧЕСНИЧКИ: 10 ЛИЦА НА ВОЗРАСТ ОД 41-49 ГОДИНИ

Во однос на првата тема прашања (**популациони и социо-економски карактеристики**), учесничките се изјасниле за следново:

-учесничките се на возраст од 42-49 години,
-завршено основно образование
-дел невработени, дел вработени
-сите се во брак, имаат деца, дел и внуци
-во просек, бројот на членови во нивното семејство, се движи од 4-6 членови,
-во однос на месечните примања, се движат помалку од 50.000 денари

Во однос на 2-та тема прашања кои се однесуваат за **здравствени навики**, се изјасниле за следново:

-во однос на типот на исхрана, користат повеќе јаглехидрати, масти
-консумираат храна, 3-4 пати во текот на денот,
-најчесто јадат домашно приготвена храна,
-многу често консумираат благо, пецива, месени теста, пити, кифли и сл.
-од пијалоци најчесто користат кока кола од газирани пијалоци,
-цигари дел се пушачи

- во просек спијат до 8 часа
- во однос на стресот, дел одговорија дека се, најчесто заради работа, деца, секојдневни обврски,
- во однос на хигиенски средства, имаат доволно финансии за да си обезбедат,
- во однос на физичка активност, практикуваат пешачење околу населбата,
- ретко користат автомобил, имаат проблем со градскиот превоз (нередовен)
- во однос на превентивни прегледи и совети од страна на матични лекари, често користат кога ќе имаат потреба односно кога станува збор за нарушено здравје (покачен крвен притисок, главоболка, проблеми со болки во зглобови, кичма и сл.)

Во однос на третиот сет на прашања, кои се однесуваат на **последници за здравје**:

- телесната тежина изнесува од 65-86 кг, додека висина 155-165 цм.
- во однос на проблеми со здравје, најчесто се жалат на: покачен крвен притисок, предијабет и дијабет, зголемени масти во крвта, главоболи, проблеми и болка во зглобови и мускули, дебелина, проблеми со видот и сл.
- позитивна анамнеза за хронични болести во семејството,
- во однос на гинеколошки прегледи, обично после пораѓај не одат на гинеколог освен ако немаат потреба/проблем.

Во однос на 4 та тема, поврзана со **самопроценка за здравјето**:

- истакнале дека имаат променливо расположение,
- немаат проблем да побараат лекарска помош, доколку им се влоши здравјето,
- посетуваат матичен лекар,
- лабораториска анализа –прават во текот на годината повеќе од два пати
- под поимот здрав живот подразбираат, вклучување на повеќе овошје, зеленчук и физичка активност,
- сметаат дека здравиот живот, станува скапа работа, воопшто како и другите прехранбени продукти, заради поскапување на цените,
- во однос на време за себе, одвојуваат во текот на денот во друштво на најблиското семејство.

СУМИРАНИ РЕЗУЛТАТИ ОД СПРОВЕДЕНИТЕ ФОКУС-ГРУПИ

Согласно, погоренаведениот детален извештај, за секоја спроведена фокус-група, можеме да забележиме дека постојат разлики во рамки на четирите тематски единици, која секоја од нив содржи сет од прашања. Сакам да истакнам, дека станува збор за истиот темплејт на прашања, кој беше дел и од онлајн истражувањето односно квантитативната студија.

Табела бр.7 Главни воочливи разлики помеѓу групите во однос на: социо-економски карактеристики, здравствени навики и исхрана, последици и самопроценка на здравје

	Прва фокус група	Втора фокус-група	Трета фокус група	Четврта фокус-група
Категории	15- 19	20-30	31-40	41-49
<i>Популациони и социо-економски карактеристики;</i>	-ученици, -Не се во брак, немаат придонеси	Студенти,вработени/невработени, -во брак, можат да придонесат	вработени/невработени, - во брак, можат да придонесат	Вработени/невработени, - во брак, можат да придонесат
<i>Здравствени навики (исхрана,хигиена,физички активности,превентивни прегледи и др.)</i>	-повеќе користат јаглехидрати во исхраната, алкохол,брза храна, Помал ИТТ Не посетуваат често лекар	-помалку користат ЈХ во исхраната за разлика од првата група, -поголем ИТТ, за разлика од првата група,јадат повеќе готвени јадења -користат превентивни прегледи	Помалку користат ЈХ во исхраната ,поголем ИТТ заради зголемена ТТ и физичка активност -поголем ризик кон системски болести -користат превентивни прегледи	Помалку користат ЈХ во исхраната поголем ИТТ заради зголемена ТТ и физичка активност - поголем ризик кон системски болести, -не користат превентивни прегледи
<i>Последици за здравјето;</i>	Не даваат податок за болест	Не даваат податок за болест	даваат податоци за болест	даваат податоци за болест
<i>Самопроценка за здравјето-физичко,емотивно и ментално здравје</i>	Сметаат дека немаат проблеми	Сметаат дека немаат проблеми	Сметаат дека имаат проблеми	Сметаат дека немаат проблеми

7. ЗАКЛУЧОЦИ

7.1. ЗАКЛУЧОЦИ ОД КВАНТИТАТИВНА СТУДИЈА

1. Во однос на демографски податоци, во студијата учествувале најмногу млади лица од 20 до 30 години (38%), 31 до 40 години (29%), 41 до 49 години (17%) и 15-19 години (16%);

2. Од наодите во ова истражување, се потврдува главната хипотеза а тоа е дека постои поврзаност на зголемената телесна тежина кај жените Ромки во репродуктивен период со нивниот стил на живот и последиците по здравствената состојба;

Од вкупниот број на испитанички кои учествувале во квантитативната студија (100 жени) може да се утврди дека жените Ромки во репродуктивниот период (15-49) години кои живеат во општина Шуто Оризари, кај вкупно 62 лица од 100 испитаници, се со зголемен ИТТ наспроти 17 лица кои се со нормална ТТ, останатите 4 лица се со намален БМИ. За жал, за 17 лица не добивме целосно податоци иако за нив имаме увид во ТТ каде може да се забележи дека е со зголемена вредност, но за жал не можеме да го испитае БМИ зато што немаме целосни податоци;

Горенаведените бројки, ја потврдуваат првичната констатација, за која имав и мотив да да истражувам а се однесува на жените Ромки кои се во репродуктивен период и живеат во општина Шуто Оризари, се со зголемена телесна тежина;

2. Следен важен заклучок, кој произлегува од ова истражување е влијанието на зголемената телесна тежина, врз здравјето на испитаната група.

Податоците кои произлегоа од истражувањето покажуваат дека 34 жени од вкупен број на испитаници (100 жени), изјавиле дека имаат проблеми со здравјето. Најчесто пријавуваат: висок крвен притисок, покачени масти, дијабетес тип 2, проблеми со тироидната болест и сл.

4. Во однос на позитивна фамилијарна историја за хронични незаразни болести, 52 % навеле дека немаат во семејството со позитивни хетероанамнестички податоци за болести од интерес, за разлика од 48 % кои позитивно. Согласно добиената бројка, речиси половина имаат позитивна фамилијарна предиспозиција за хронични незаразни болести.

Најчести заболувања кои ги навеле се следниве: хипертензија, дијабетес тип 2, покачени масти, кардиоваскуларни заболувања, цереброваскуларни заболувања, ХОББ, малигни болести и сл.

Во однос на превентивните прегледи, според податоците добиени, можеме да заклучиме дека 54 % посетуваат превентивни прегледи кај нивните матични општи доктори и тоа наспроти 46 % кои не посетуваат. Во делот на превентивни прегледи кај матичен гинеколог, одговорија 58% дека го посетуваат избраниот лекар за превентивни прегледи наспроти 42 % од жените кои не користат.

Посета кај нивен избран матичен стоматолог, 58 % посетуваат наспроти 42 % кои не посетуваат.

Нешто помалку од половина жени изјавиле дека не практикуваат превентивни прегледи кај нивните матични лекари, кое претставува негативна здравствена навика во однос на превенција и раната детекција на заболување, имајќи ги во преглед навиките и начинот на живот, кои подолу ќе бидат прикажани како и горенаведената зголемена бројка на позитивна анамнеза за фамилијарна историја за хронични болести;

5. Следен податок, кој сметам дека е многу важен како фактор за зголемената телесна тежина, се секако навиките поврзани со исхраната, консумирање на алкохол и безалкохолни пијалоци, тутун и начинот на живот (На пример: практикување физичка активност).

Според податоците, кои ги добив поврзани со навиките за исхрана, голем број испитанички дури 80% од вкупниот број на испитаници користат леб и бели пецива, наспроти 20 % кои не користат. Друг важен податок во врска со консумирање на пијалоци, 61 % од испитаниците или повеќе од половината изјавиле дека консумираат безалкохолни пијалоци. Не консумираат ниту едното, ниту другото 20 %, додека 15 % консумираат и алкохол и безалкохолни пијалоци. Пушачи се 32% од вкупен број на 100, за разлика од нив 68 % не консумираат тутун;

Во делот на исхраната, како главен оброк, можеме да воочиме дека испитаничките во најголем дел консумираат готвени јадења и тоа 48 испитанички. Како втори по ред или 18 испитанички изјавиле дека „јадат се“, 13 испитанички одговорија дека консумираат брза храна, а додека 12 испитанички здрава балансирана исхрана 9 испитанички најмногу консумираа бели пецива односно тесто, пециво и тестенини. Во однос на нутритиенти, 79 % изјавиле дека најчесто користат јагленихидрати во исхраната, 66 % протеини, додека 46 % масти.

Според, горенаведените податоци кои јасно ни покажуваат какви се навиките поврзани со исхраната на испитаната група, можеме да заклучиме дека исхраната која е богата со јагленихидрати и заситени масти, а помалку протеини се ризик-фактор за хронични незаразни болести. Односно, можеме да заклучиме дека испитаната група, во поголем број изјавија дека не користат здрави намирници во својата исхрана како навика и истата претставува ризик-фактор по нивното здравје;

6. Имајќи ја во предвид социо-економската положба на Ромската заедница во државата (пристап до образование, приходи, број на членови во семејството и сл.) која сметам дека значително влијае врз знаењето односно информираноста за истата во однос на здрава храна наспроти штетна, како и моќноста на семејството, во зависност од приходите за набавка на намирници. Па така, според добиените податоци: 56 % изјавиле дека се вработени, наспроти 44 % невработени. Профилот на вработените, најчесто се хигиеничарки и тоа 15 испитаници односно 29 %, потоа следни се администратори (тука се вклучени сите вработени во јавна администрација и наставниците), 12 лица односно

23 % и трети се како продавачки и тоа 13 % односно 7 лица. Во однос на приходите, нивната економска моќ и придонес во семејството, во буџетот на семејната кошничка влегуваат најчесто 26 000-35 000 денари и тоа кај 34 %, нешто помалку односно 29 % односно од 36 000 до 56 000 денари. Во просек, работат 1- 2 членови од семејството и тоа 77 % од случаите, додека 21 % работат 3 до 4 членови од домаќинството;

7. Во однос на образованието, од вкупниот број на испитанички, 49 % (нешто помалку од половината) одговорија дека имаат завршено основно образование, 31 % лица е со средно образование, 17 % со универзитетско образование, 3% со магистерски студии, додека на докторски немаше одговорено ниту еден испитаник;

8. Од вкупно 100 испитанички, во брак изјавиле дека се 75 %, додека 25 % не се во брак. Деца имаат 66 % од испитаничките. Во однос, на број на членови во семејството, најголем дел изјавиле дека живеат 3 до 4 члена и тоа 49 %, додека останатите 26 % се 4 до 5 члена, 15 % еден до двајца членови, 9 % 6 до 7 членови и под точка друго изјавиле 1 %;

9. Во однос на навиките за физичка активност, испитаничките изјавиле дека најголем дел од лицата одговорија (75 %) практикуваат пешачење, како физичка активност. 19% изјавиле дека не практикуваат никаква физичка активност. Мал број, 7 % практикуваат некоја друга активност, 9 % цогираат исто така 9% возат велосипед;

10. Во однос на пристап до гинеколог, резултатите добиени од истражувањето покажуваат дека 76,9 % имале пристап до матичен гинеколог, бројка која е доста висока, наспроти 23.1 % кои немале пристап до овие услуги. Во однос на репродуктивното здравје, согласно добиените податоци кои се прикажани на графиконот, можеме да увидиме дека 78.9 % од испитаничките изјавиле дека немале проблеми за време на бременоста, додека 23.1% имале некои проблеми или компликации за време на бременоста.

Позитивниот исход, од ова прашање, може да се препише и на културолошките карактеристики на Ромската заедница. За разлика од другите етнички заедници, младите девојки стапуваат во брак, во многу млада возраст (околу 15-18 години). Исто така, кратко време после стапувањето во брак, младата жена останува бремена и има неколку пораѓаја.

Во оваа возраст, мали се шансите за одредени системски заболувања, ендокринолошки, дури и БМИ е навистина одличен за разлика од подоцнежната возраст (после 30 години), каде започнува да се зголемува. Истите претставуваат ризик како по општото здравје, така и придонесува за проблеми за: зачнување, носење на плодот и други компликации во бременоста.

Дополнителна поддршка на младите мајки, претставуваат и повозрасните, односно голем дел од нив, барем на почетокот живеат во поголема заедница (со родителите на

младиот сопруг), кои помагаат во грижата на бремената жена (сопруга), подоцна и на самото новороденче;

11. Следен важен заклучок, кој исто така се однесува на репродуктивното здравје а се однесува на проблеми, во однос на репродуктивноста односно бременоста. Па така, на ова прашање, одговориле 92 испитаници . 87 % немале проблем да останат бремени односно да зачнуваат, наспроти 13 % кои се изјасниле дека имале проблеми да останат бремени.

7.2. ЗАКЛУЧОЦИ ОД КВАЛИТАТИВНА СТУДИЈА

1. На студијата учествувале вкупно 55 жени, на возраст од 15 до 49 години, сите жителки на општина Шуто Оризари .

Интервјуата се одвивале во четири фокус-групи, на различни локации во општина Шуто Оризари;

2. Како инструмент, го користев истиот анкетен прашалник, кој беше користен и за потребите на квантитативното истражување, со истите три тематски единици: демографски податоци и социо-економска состојба, навики и самопроценка на здравје;

3. Во однос на првата тематска единица, констатирав дека постојат разлики во возраста, образованието и останатите карактеристики меѓу интервјуираните лица .

Во првата фокус-група, лицата што биле интервјуирани се ученички (најголем дел средношколки), истите не се во брачна заедница, не се вработени и не придонесуваат со финансиски средства во буџетската кошница на семејството. Втората фокус-група, учесничките се: студенти, вработени и невработени лица, се во брачна заедница и дел од нив можат да придонесат во буџетот на семејството.

Третата фокус-група, станува збор за вработени и невработени лица, кои се во брак и истите можат да придонесат во брачната заедница. Четвртата фокус-група, исто така дел од учесничките се вработени и невработени лица, дел се во брак и можат да придонесат во буџетот на семејството;

4. Во однос на втората тематска единица, Прашања за здравствени навики (исхрана, орална хигиена, физички активности), лицата кои ги интервјуирав ги имаат следните карактеристики:

-првата фокус-група, во исхраната користат повеќе јагленихидрати, алкохол, брза храна, имаат помал БМИ и не посетуваат често лекар.

-Втората фокус-група, користат помалку јагленихидрати во исхраната за разлика од првата група, поголем БМИ, за разлика од првата група, јадат повеќе готвени јадења и практикуваат превентивни прегледи;

-третата фокус-група, помалку користат јагленихидрати во исхраната, поголем БМИ заради зголемена ТТ и пасивна физичка активност -поголем ризик кон системски болести. Практикуваат превентивни прегледи;

четвртата фокус-група, помалку користат јагленихидрати во исхраната, поголем БМИ заради зголемена ТТ и пасивна физичка активност -поголем ризик кон системски болести, не практикуваат превентивни прегледи.

5. Во однос на тематската единица за актуелни исходи за здравјето (самопроценка на здравје, физичко, емотивно и ментално здравје), учесничките од првата, втората и четвртата фокус-група сметаат дека немаат проблем со здравјето, додека учесничките од втората фокус-група сметаат дека имаат проблеми со здравјето.

8. ПРЕПОРАКИ

Согласно добиените податоци од ова истражување како и донесените заклучоци, препораките кои ги предложувам се следни:

1. Потребно е да се изготви и усвои документ (стратегија или друг вид акт) од страна на државата и нејзините органи (Министерство за здравство или друг ресор, државна институција), која ќе ги воочи потребите за справување со трендот на зголемена телесна тежина кај Ромската заедница, со фокус кај жени Ромки во репродуктивен период (15-49) години;
2. Формирање на работна група, со претставници од повеќе засегнати институции (локални НВО, Здравствен дом Скопје, Министерсво за социјална политика, млади и демографија, Институт за јавно здравје и сл.) за утврдување на индикатори и изготвување на акциони планови на определен рок кои треба да придонесат со конкретни превентивни мерки за справување со зголемената телесна тежина на -кој како тренд се забележува како во светот, така и кај нас особено кај маргинализирани групи во државата;
3. Промоција на обезноста и зголемената телесна тежина-како сериозен јавно здравствен проблем преку медиумите, изработка на промотивно -едукативни материјали кои ќе бидат достапни за граѓаните на македонски јазик и на нивниот мајчин јазик;
4. Вклучување во рамки на основните и средните образовни институции (училишта), за едукација на младите за основни поими во врска со обезноста и прекумерна телесна тежина, навики за здрава исхрана и секојдневна физичка активност;
5. Поддршка и вклучување на локалните институции (општини), во изградба на мали паркови со пешачки патеки, зеленила и справи кои ќе бидат достапни на граѓаните кои се жители во истите општини;
6. Да се изработи дата база при Министерство за здравство за лица кои се со покачена телесна тежина и обезност -ова ќе биде потребно за статистика, за да може државата да следи и да планира како и да мониторира дали превземените акции се имплементираат но и доколку не се апликативни да преземаат следни чекори согласно препораките на СЗО и други релевантни меѓународно акредитирани институции.

9. ЛИТЕРАТУРА

1. Abbasi F, Brown BW, Jr, Lamendola C, McLaughlin T, Reaven GM. Relationship between obesity, insulin resistance, and coronary heart disease risk. *J Am Coll Cardiol.* 2002;40(5):937–43;
2. Adams J, Mytton O, White M, Monsivais P. Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency. *PLoS Med* 2016; 13: e1001990;
3. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: World Health Organization, 2001;
4. Akinbami LJ, Chen TC, Davy O, Ogden CL, Fink S, Clark J, et al. National Health and Nutrition Examination Survey, 2017–March 2020 prepandemic file: Sample design, estimation, and analytic guidelines. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2(190). 2022;
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112:424-30;
6. American Lung Association. Woman and Tobacco Use. Feb 2019. www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/impact-of-tobacco-use/women-and-tobacco-use;
7. Association for Emancipation, Solidarity and Equality of Women in RM - ESE. Protection of patients' rights. 2012;
8. Ana Kocevskaja et al. Obesity as a risk factor for endometrial pathological changes . *Journal of Morphological Sciences.* 2023-12-26'';
9. Anderson LN, Yoshida-Montezuma Y, Dewart N, et al. Obesity and weight change during the COVID-19 pandemic in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2023; 24: e13550;
10. Baffes J, Mekonnen D. Falling food prices, yet much higher than pre-covid. Aug 16, 2023. <https://blogs.worldbank.org/opendata/falling-food-prices-yet-much-higher-pre-covid> (accessed Sept 22, 2023);
11. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H et al. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population based cohort study of 5.24 milion UK adults. *Lancet.* 2014 Aug 30;3084(9945):755-65;
12. Caleyachetty R, Barber TM, Mohammed NI, Cappuccio FP, Hardy R, Mathur R, et al. Ethnicity-specific BMI cutoffs for obesity based on type 2 diabetes risk in England: A population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 9(7):419–26. 2021;
13. Cardiovascular Disease Programme. Integrated Management of Cardiovascular Risk. Report of a WHO Meeting, Geneva 9-12 July 2002.
14. CDC. NHANES Anthropometry and physical activity monitor procedures manual. 2005. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_05_06/BM.pdf;
15. CDC . Obesity risk factors. www.gov/obesity/risk-factors/risk-factors;
16. Chen TC, Clark J, Riddles MK, Mohadjer LK, Fakhouri THI. National Health and Nutrition Examination Survey, 2015–2018: Sample design and estimation procedures. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2(184). 2020.
17. Council of Europe. Roma Woma Research. www.rm.coe.int/16806cb07c

18. Council of Europe. Breaking the Barriers Romani Women and Access to Public Health Care. 2003;
19. Constitution of the Republic of Macedonia, Article 118;
20. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding Recommendations for Macedonia, 2006. Available at:
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.MKD.CO.1.pdf>;
21. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. Concluding observations of the Committee. 2007. Available:
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/CERD.C.MKD.CO.7.doc>;
22. Data Pandas. Obesity Rates By Country. Available at:
<https://www.datapandas.org/ranking/obesity-rates-by-country>;
23. Das JK, Salam RA, Thornburg KL, et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci* 2017; 1393: 21–33;
24. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473–82;
25. European Society of Cardiology. European guidelines on CVD Prevention. Third Joint European Societies` Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2003, 10 (suppl. 1):S9.
26. Flegal KM, Ogden CL, Yanovski JA, Freedman DS, Shepherd JA, Graubard BI, Borrud LG. High adiposity and high body mass index-for-age in U.S. children and adolescents overall and by race-ethnic group. *Am J Clin Nutr* 91(4):1020–6. 2010;
27. Fernando Jesús Plaza del Pino et al. Romani Women and Health: The Need for a Cultural-Safety Based Approach. 2022 Jan;
28. Food Security Information Network, Global Network Against Food Crises. Global report on food crises 2023. Rome: Food Security Information Network, 2023;
29. Garcia-Gonzalez JM, Martin-Criado E. A reversal in the obesity epidemic? A quasi-cohort and gender-oriented analysis in Spain. *Demogr Res* 2022; 46: 273–90;
30. GBD 2019 Risk Factor Collaborators. “Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019”. *Lancet*. 2020;396:1223–1249;
31. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017–2018. *NCHS Data Brief, no 360*. Hyattsville, MD
32. National Center for Health Statistics, National Health and Nutrition Examination Survey, August 2021–August 2023;
33. Hallam J. et al. Gender-related Differences in Food Craving and Obesity. 2016 Jun;
34. Health Care Law. *Sl. Gazette of the Republic of North Macedonia* no. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013. 26. Law on Protection of Patients' Rights. *Official Gazette of the Republic of Moldova* No. 82/2008, 12/2009 and 53/2011;
35. Health Insurance Law. *Official Gazette of the Republic of North Macedonia* no. 25/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/ 2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013, 91/2013 and 187/2013;
36. Health Care Act. *Official Gazette of the Republic of North Macedonia* no. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, Article 16;
37. Health Insurance Law. *Official Gazette of the Republic of North Macedonia* no. 25/2000; 34/2000; 96/2000; 50/2001; 11/2002; 31/2003; 84/2005; 37/2006; 18/2007;

- 36/2007; 82/2008; 98/2008; 6/2009; 67/2009; 50/2010; 156/2010; 53/2011; 26/2012; 16/2013; 91/2013 and 187/2013), article 5, paragraph 15;
38. Health Care Law. Official Gazette of the Republic of North Macedonia no. 43/2012, Article
39. Human Rights Council, Report of the Working Group on UPR. Available at: http://www.upr-info.org/IMG/pdf/a_hrc_wg.6_18_mkd_3_e.pdf;
40. Institute for Public Health of the Republic of North Macedonia. The report on the health of the population in the Republic of North Macedonia in 2022;
41. Institute for Public health of Macedonia. Obesity in adults and children in North Macedonia is on a high level . Skopje, 4 th Mach, 2024;
42. Jansana A, Pistillo A, Raventós B, Nurn E, Freisling H, Duarte Salles T. Impact of the COVID-19 pandemic on the incidence of adult overweight and obesity in a large populationbased cohort study in Catalonia, Spain. *Obes Facts* 2023; 16 (suppl 1): 133;
43. Johnson CL, Dohrmann SM, Burt VL, Mohadjer LK. National Health and Nutrition Examination Survey: Sample design, 2011–2014. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2(162). 2014.
44. Kristefer Stojanovski et al. An Assessment of Romani Women's Autonomy and Timing of Pregnancy in Serbia and Macedonia. 2017 Sep;
45. Laborde D, Herforth A, Headey D, de Pee S. COVID-19 pandemic leads to greater depth of unaffordability of healthy and nutrientadequate diets in low- and middle-income countries. *Nat Food* 2021; 2: 473–75;
46. Lee R, Nieman D. Nutritional assessment. 5th ed. USA: McGraw-Hill Press; 2010. p. 160- 213;
47. Lobstein T (2015). Prevalence And Trends Across The World. In M.L. Frelut (Ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Retrieved from ebook.ecog-obesity.eu
48. Marqus-Vidal P, Pecoud A, Hayoz D, Paccaud F. Normal weight obesity-raltionship with lipids gluacemic status, liver enzymes and inflammation. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2010;20(9):66-75;
49. Martin-Calvo N, Moreno-Galarraga L, Martinez-Gonzalez MA. Association between body mass index, waist-to-height ratio and adiposity in children: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2016; 8: 512.
50. M.Nanu et al.Reproductive health services use by the Roma minority women in Romania.October 2021;
51. National heart. Lung and blood institute. Classification of Overweight and Obesity by BMI, Waist Circumference, and Associated Disease Risk <https://www.nhlbi.nih.gov/healthtopics>
52. National Heart, Lung, and Blood Institute. Managing overweight and obesity in adults: Systematic evidence review from the Obesity Expert Panel. 2013;
53. Neeland IJ, Poirier P, Després JP. The cardiovascular and metabolic heterogeneity of obesity: Clinical challenges and implications for management. *Circulation* 137(13):1391–406. 2018;
54. Neeland IJ, Ross R, Després JP, Matsuzawa Y, Yamashita S, Shai I, et al. Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: A position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol* 7(9):715–25. 2019;

55. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3;
56. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390: 2627–42;
57. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight. *eLife* 2021; 10: e60060;
58. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Rising rural bodymass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature* 2019; 569: 260–64;
59. Noémi Mózes et al. Assessing disparities in health and living conditions: a comparative study of Hungarian-speaking Roma and non-Roma women across Hungary, Romania, and Slovakia. 21 August 2024;
60. Open Society Foundation – Macedonia. We are ALL people: health care for everyone regardless of ethnicity: the conditions in relation to health, health care and health care among the Roma in the Republic of Macedonia / [authors of the research Borjan Pavlovski ... et al.]. Skopje 2014. - 94, 94 p.: illustration; 25x21 cm;
61. Open Society Foundation - Macedonia .THE HEALTH of the Roma and their access to health care from a gender perspective / [authors of the research Borjan Pavlovski ... et al.]. Skopje. 2014. - 16, 16 p.: illustration; 21x25 cm;
62. Open Society Foundation - Macedonia .THE INFLUENCE of social determinants on the health of the Roma and their access to health care in the Republic of Macedonia authors of the research Borjan Pavlovski ... et al.]. Skopje. 2015. - 32, 32 p.: illustration; 21x25 cm;
63. OSCE. Report on the situation of Roma and Sinti. April 2000;
64. Olsen NJ, Østergaard JN, Bjerregaard LG, et al. A literature review of evidence for primary prevention of overweight and obesity in healthy weight children and adolescents: a report produced by a working group of the Danish Council on Health and Disease Prevention. *Obes Rev* 2024; 25: e13641;
65. Okunogbe et al., “Economic Impacts of Overweight and Obesity.” 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. World Obesity Federation, 2022;
66. Pandey VL, Mahendra Dev S, Jayachandran U. Impact of agricultural interventions on the nutritional status in South Asia: a review. *Food Policy* 2016; 62: 28–40.
67. Picchioni F, Goulao LF, Roberfroid D. The impact of COVID-19 on diet quality, food security and nutrition in low and middle income countries: a systematic review of the evidence. *Clin Nutr* 2022; 41: 2955–64;
68. Popkin BM. Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World Development* 1999; 27:1905-16;
69. Public Health Law. Official Gazette of the Republic of North Macedonia no. 22/2010, 136/2011;

70. P. Karadzhova, K Romanov, M Kamburova. Reproductive health needs and access to health services among Roma women in district Pleven, Bulgaria: 05 October 2015;
71. Recommendations sent by other members to the Republic of Macedonia during the UPR. Available at: <http://www.upr-info.org/database/>;
72. S. Shubeska .Obesity .pdf;
73. Samuel D. Emmerich at al.Obesity and Severe Obesity Prevalence in Adults: United States, August 2021–August 2023. NCHS Data Brief No. 508, September 2024;
74. Strategy for Child and Adolescent Health and Development. WHO Regional Office for Europe, 2005;
75. State Statistical Office. Population Census .2021
76. Tanner JM. Growth as a mirror of the condition of society: secular trends and class distinctions. Acta Paediatr Jpn 1987; 29: 96–103;
77. Terry AL, Chiappa MM, McAllister J, Woodwell DA, Graber JE. Plan and operations of the National Health and Nutrition Examination Survey, August 2021–August 2023. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 1(66). 2024;
78. T.Janevic et al.Discrimination and Romani health: a validation study of discrimination scales among Romani women in Macedonia and Serbia . Pub Med, Sep 2015;
79. ‘The Šuto Orizari Women’s Initiative (2022), Comparative Analysis of the Sexual and Reproductive Health Status of Roma Women in Šuto Orizari, page 1
80. The Šuto Orizari Women’s Initiative (2022), Comparative Analysis of the Sexual and Reproductive Health Status of Roma Women in Šuto Orizari, page 13;
81. The Lancet. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Volume 403, Issue 10431P1027-1050.March 16, 2024
82. UNFPA.Inequities in Roma Women’s Health. March 2019;
83. UNFPA.State of World Population Report .2013.
<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/EN-SWOP2013-final.pdf>;
84. UNFPA. Adolescent Pregnancy in Eastern Europe and Central Asia.2013.
http://www.teenpregnancyeca.org/wpcontent/uploads/2013/10/Adolescent_pregnancy_in_Eastern-Europe_and_Central_Asia.pdf, p.5;
85. UNDP.Faces of Poverty, Faces of Hope. Vulnerability Profiles for the Decade of Roma Inclusion. Bratislava, 2005;
86. UNICEF, Multiple Cluster Indicator Survey 2013
87. UNICEF. Assessment of Barriers to Access to Health Insurance for Roma Families. 2016
88. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2030 objectives and data: Overweight and obesity;
89. UNICEF Report on the National Nutrition Survey 2011 for women of childbearing age and children aged 6 to 59 months. 2011.paige 52,53 .Avaible at:
https://www.unicef.org/northmacedonia/media/2976/file/MK_2011_NutritionSurvey_MK.pdf;
90. Viner R. Nicholis D. Managing obesity in secondary care: a personal practice. Arch Dis Child 2005; 90:385-90.
91. V.R. Preedy (ed.), Handbook of Anthropometry: Physical Measures of Human Form in Health and Disease, Springer Science+Business Media, LLC 2012
92. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. Lancet 2020; 395: 75–88.

93. WHO, UNFPA, UNICEF, The World Bank Group. Integrated management of pregnancy and childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. C17. 2006. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf;
94. WHO, Obesity and overweight 1 March 2024. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight;
95. World health Organization, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Geneva 2002: 35;
96. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series no. 894. WHO: Geneva, 2000;
97. World Health Organization. "Health for All" Database. Copenhagen, January 2003.
98. WHO, Food and Nutrition Action plan for Europe 2000 - 2005, Copenhagen WHO Europe;
99. WHO. Global data base on BMI. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html;
100. WHO EURO/UNFPA, 'Child marriage', in Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health, 2012;
101. WHO. Sexual and reproductive health for all: 20 years of the Global Strategy. May 16, 2024;
102. WHO. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization, 2016.
103. Wiggins S, Keats S, Han E, et al. The rising cost of a healthy diet: changing relative prices of foods in high-income and emerging economies. London: Overseas Development Institute, 2015;
103. Zero Discrimination Association 'Identifying the Social Factors that Influence the Situation of Roma and Other Roma-like Groups in Turkey', Research report, .May 2014

10. ПРИЛОЗИ

10.1. ЛИСТА НА КРАТЕНКИ

- СЗО Светска здравствена организација
- BMI Body Mass Index
- ИТТ Индекс на Телесна Тежина
- НИН National Institute of Health
- CDC Center for Disease Control
- DM2 Diabetes melitus tip 2
- ЈХ Јаглени хидрати
- СПИ Сексуално преносливи болести
- ICPD International Conference on Population and Development
- SRHR Standard of sexual and reproductive health and rights
- СМК Слободни ТНФ- масни киселини
- РСМ Република Северна Македонија
- ЕУ Европска Унија
- ХЕРА Health Education and Research Assosiation (Асоцијација за здравствена едукација и истражување)
- UNFPA United Nations Population Fund
- EUMC European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia
- НЗБ Незаразни болести
- ИЈЗ Институт за јавно здравје
- UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund
- OSCE Organization for Security and Co-operation in Europe
- NCD-RisC Risk Factor Collaboration is a network of health scientists worldwide
- UN United Nation
- UNDP United Nation Development Programme

10.2. АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

I. Популациони и социо-економски карактеристики

1. Колку години имате ?
2. Кое е вашето последно ниво на образование?
3. Дали сте вработена ? Доколку да, што работите ?
4. Дали сте во брак ?
5. Дали имате деца ?
6. Колку членови брои вашето семејство ?
7. Колкави се вашите месечни примања ?
8. Колку члена од вашето семејство работат ?

II. Здравствени навики (исхрана, хигиена, физички активности, превентивни прегледи и др.)

1. Исхрана-каков вид храна користете ? (протеини, јагленохидрати и масти)
2. Колку пати во денот јадете ?
3. Што најчесто јадете ?
4. Дали често јадете слатки, пецива и леб?
5. Дали често консумирате алкохолни и безалкохолни пијалоци ?
6. Дали практикувате одредена исхрана поврзана со вашата култура или традиција ?
7. Дали сте пушач ?
8. Дали спите редовно ? Доколку не, која е причината ?
9. Дали сте под стрес ? Доколку да, што најчесто ви предизвикува стрес ?
10. Хигиена-дали имате доволно средства за да ја одржувате личната хигиена ?
11. Физичка активност-каков вид практикувате?(пешачење, возење велосипед, догирање и сл.)
12. Колку често користете автомобил или друго средство за возење?
13. Превентивни прегледи-кај матичен лекар (општ лекар, гинеколог и стоматолог)?
14. Дали сте советувани од страна на лекар, доколку имате зголемена телесна тежина? Доколку да, какви совети ви се дадени ?

III. Последици за здравјето

1. Колку изнесува вашата телесна тежина ?
2. Колку изнесува вашата висина ?
3. Дали имате проблеми со здравјето (дијабет, зголемен крвен притисок, маснотии и сл.)
4. Дали некој од вашето поблиско семејство има историја на хронични заболувања (мајка, татко, сестра/брат)? Доколку да, кои ?
5. Дали додека бевте бремена, имавте пристап до матичен гинеколог ?
6. Дали имавте проблеми во текот на бременоста .Долку да, ве молам наведете кои ?
7. Дали имавте спонтан абортус или проблем со зачнување ?
8. Дали користите лекари во врска со ваша здравствена состојба. Доколку да, кои ?

IV. Самопроценка за здравјето-физичко, емотивно и ментално здравје

1. Како ја оценувате вашата здравствена состојба ?
2. Доколку увидете дека се нарушува вашето здравје, што би превземеле ?
3. Дали во текот на ова година, сте биле кај вашиот матичен лекар ?
4. Кога сте направиле последна лабораторија ?
5. Што мислите под поимот здрав начин на живот, што значи тоа за тебе лично ?
6. Дали мислиш дека здрав начин на живот е скапа работа која е луксуз и не може секој да си ја дозволи ?
7. Дали сте имале проблем со постпородилна депресија? Доколку да, што сте преземале ?
8. Дали имате искуство со психолог ?
9. Дали одвојувате време за себе во текот на денот. Доколку да, како го користите ?