

На основу члана 16. став 2. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14, 96/15 и 106/15) и члана 42. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/07, 65/08, 16/11, 68/12 – УС, 72/12, 7/14 – УС и 44/14),

Влада доноси

УРЕДБУ

о Националном програму за превенцију гојазности код деце и одраслих

"Службени гласник РС", број 9 од 2. фебруара 2018.

Члан 1.

Овом уредбом утврђује се Национални програм за превенцију гојазности код деце и одраслих.

Члан 2.

Активности на унапређењу и очувању здравља, спроводе се по Националном програму из члана 1. ове уредбе, који садржи утврђени циљ, активности и очекивани резултат.

Национални програм из члана 1. ове уредбе одштампан је уз ову уредбу и чини њен саставни део.

Члан 3.

Ова уредба ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

05 број 110-780/2018

У Београду, 31. јануара 2018. године

Влада

Председник,

Ана Брнабић, с.р.

НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ГОЈАЗНОСТИ КОД ДЕЦЕ И ОДРАСЛИХ

1. УВОД

Прекомерна ухрањеност и гојазност, како у популацији одраслих, тако и у популацији деце и адолесцената представља поремећаје здравља од изузетног епидемиолошког и клиничког значаја и један је од највећих јавно здравствених проблема данашњице.

Током последње две деценије преваленција гојазности у Европи троструко је повећана. Прекомерна ухрањеност и гојазност присутни су код 20–30% деце и адолесцената у земљама Европе, а драматичан тренд годишњег пораста њихове преваленције и честа удруженост са другим болестима дају епидемији гојазности у овој популационој групи изузетан значај, не само здравствени већ и економски и демографски. Око 60–85% гојазне деце школског препубертетског узраста остају гојазна и у одраслом добу, што доводи до раније и чешће појаве хроничних незаразних болести (повишен крвни притисак, рана артеросклероза, шећерна болест типа 2), ендокриних, ортопедских и психосоцијалних поремећаја. Удруженост гојазности и ових обољења у тако раном животном добу проузрокује скраћење очекиване просечне дужине живота, доприноси великом оптерећењу болестима у наредним генерацијама и угрожава функционисање система здравствене заштите и осигурања.

Од 1980. до 2014. године преваленција гојазности у свету код одраслих је скоро удвостручена. Прекомерна маса и гојазност узрок су 3,4 милиона смртних случајева годишње.

Значајне технолошке, еколошке и социјалне промене последњих деценија утицале су на промену начина живота, посебно на врсту и интензитет телесне активности, као и на начин исхране, чиме се променила слика стања ухрањености становништва. Док су још пре тридесетак година у појединим крајевима Републике Србије, посебно у неким неразвијеним сеоским подручјима, потхрањеност и дефицити у исхрани били честа појава, данас ретко виђамо потхрањену децу и одрасле особе с клиничким знацима дефицита у исхрани. Најчешће се ради о особама с неким од поремећаја исхране (анорексија), метаболичким и гастроинтестиналним болестима.

Модеран начин живота и урбанизација све је израженија и у нашој земљи. Урбана популација постаје све више оријентисана ка седентарном начину живота и рада, којем доприноси и све већи степен моторизованог транспорта, непланског и неконтролисаног ширења урбаних насеља и смањених могућности за редовну дневну физичку активност у кућној, школској и професионалној (радној) средини. Све већи проценат становништва живи у градским срединама где је физичка активност све мање саставни део свакодневног живота, делом због недостатка простора и објеката (паркови, стазе за шетање и игралишта, бицикличке стазе, базени, спортски терени), али и због недостатка навике за упражњавање редовне физичке активности. Седентарни начин живота карактеристичан је за данашње становништво свих узраста. Суочени смо и са нутритивном транзицијом и новим обрасцима у исхрани које одликује све веча употреба „брзе хране“ с ниском биолошком вредношћу, док су кувани оброци све ређе заступљени у свим генерацијама. Модерно „обесогено“ окружење, у комбинацији са неадекватном, углавном високоенергетском исхраном, физичком неактивношћу и честим стресним ситуацијама доприноси смањеној

потрошњи енергије и повећању телесне масе, па се и Република Србија данас, као и већина земаља света, суочава с растућим проблемом гојазности.

Данас је гојазност најчешћи поремећај исхране и Светска здравствена организација (у даљем тексту: СЗО) га је прогласила највећим непрепознатим јавно-здравственим проблемом. Ако се не предузму одлучне мере у циљу смањења превенције и лечења гојазности, предвиђа се да ће до 2025. године 50% светске популације бити гојазно. Гојазност значајно повећава ризик за настанак хроничних незаразних болести, болести коштано зглобног система, стерилитета, депресије, али и животно угрожавајућих обољења као што су инфаркт срца, мождани удар, злоћудни тумори органа за варење, дојки и материце. Ова обољења су узрок највећег морбидитета и морталитета, али и значајно смањују радну способност становништва и у нашој земљи.

Значај проблема потврђују и следећи подаци:

1) У свету годишње од срчаног и можданог удара умире око 12 милиона особа, а још око 4 милиона умире од последица повишеног крвног притиска и осталих болести срца и крвних судова. Од болести срца и крвних судова у Републици Србији током 2015. умрло је 54.376 особа. Болести срца и крвних судова са учешћем 52,4% у свим узроцима смрти водећи су узрок умирања у Републици Србији. Жене су чешће (54,6%) у односу на мушкарце (45,4%) умирале од ових обољења;

2) Према проценама СЗО из 2013. око 387 милиона људи у свету болује од шећерне болести углавном типа 2, а од последица болести је умрло 5,1 милион. СЗО и Међународна федерација за шећерну болест процењују да ће број оболелих до 2030. бити чак 552 милиона. Према подацима из 2015. у Републици Србији око 12,4% (710.000) одраслог становништва има шећерна болест. Само 465.000 или 8,1% зна за своју болест и још 245.000 нема постављену дијагнозу и не лечи се. Шећерна болест је у свету, као и у Републици Србији пети водећи узрок умирања и пети узрок оптерећења болешћу. На годишњем нивоу у нашој земљи од ове болести умре приближно 3.000 особа;

3) У свету је 2014. године било око 1,9 милијарди људи старијих од 18 година прекомерно ухрањених, односно, 39% популације (38% мушкараца и 40% жена), а од тог броја је 600 милиона било гојазно што износи око 13% популације (11% мушкараца и 15% жена). Преваленција гојазности се више него удвостручила у периоду 1980–2014. Према подацима Истраживања здравља становника Републике Србије из 2006. 18,3% становника је било гојазно, док резултати истраживања из 2013. године указују на тренд повећања учесталости гојазности на 21,2%;

4) Према подацима СЗО из 2013. године, приближно 42 милиона деце (6,3%) млађе од пет година је прекомерно ухрањено и гојазно. Сматра се да је више од 10% деце и адолесцената школског узраста у свету прекомерно

ухрањено (преко 200 милиона), а око 3% је гојазно (40–50 милиона). Резултати Истраживања здравља становништва Републике Србије, показали су да је 70,1% деце и адолесцената узраста 7–14 година било нормално ухрањено, 15% је било прекомерно ухрањено а 4,9% је било гојазно, док је 5,0% било потхрањено у 2013. години. Запажа се пораст учесталости прекомерно ухрањене деце и адолесцената за 3,5% а гојазне деце за 2,3% у поређењу са 2006. годином. Према истом истраживању у групи 10–19 година, прекомерно ухрањених адолесцената је било 20,2%, а гојазних 8,9% у 2013. години. Запажа се пораст учесталости прекомерно ухрањених адолесцената за 5,9% а гојазне деце за 4,5% у поређењу са 2000. годином;

5) Према подацима СЗО процјењује се да је физичка неактивност узрок 1,9 милиона смртних исхода у свету годишње, од чега се 22% приписује исхемијској болести срца, а по 10–16% карциному дојке и дебелог црева и шећерној болести;

6) Истраживања указују да је до 80% оболелих од болести срца, 90% од шећерне болести типа 2 и једну трећину малигних болести могуће избећи променом животног стила: правилном исхраном, повећањем физичке активности, смањеним седентарним понашањем и престанком пушења;

7) Гојазност је један од водећих здравствених проблема који значајно утиче на смањење очекиване дужине живота нарочито код особа млађег животног доба. Процењује се да је скраћење дужине живота од 9–13 година код мушкараца старијих од 20 година чији је Индекс телесне масе (ИТМ) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$.

Будући да постоје чврсти научни докази да се променом лоших навика у исхрани и повећањем физичке активности може значајно утицати на регулацију телесне масе и смањити ризик за развој хроничних незаразних болести, СЗО је на Педесет седмој скупштини одржаној у мају 2004. године, усвојила „Глобалну стратегију о исхрани, физичкој активности и здрављу“. Стратегија је донета са циљем да се истовремено утиче на два значајна фактора ризика за хроничне незаразне болести: неправилну исхрану (конзумирање хране велике енергетске, а мале нутритивне вредности, са великим садржајем масти, шећера и соли) и недовољну физичку активност код куће, на послу и у слободно време. Општи циљ Стратегије је промоција и очување здравља стварањем окружења за одрживе активности које ће довести до смањења броја оболелих и умрлих лица због болести повезаних са неправилном исхраном и физичком неактивношћу. Поред општег циља дефинисана су и четири главна циља:

1) Смањивање фактора ризика за хроничне незаразне болести (неправилне исхране и физичке неактивности) путем јавно здравствених активности, активности промоције здравља и превенције болести;

2) Боље разумевање утицаја начина исхране и физичке активности на здравље, као и позитивног утицаја превентивних активности;

3) Подстицање развоја, јачања и имплементације политика и акционих планова усмерених на унапређење исхране и повећање физичке активности на глобалном, регионалном, националном нивоу и нивоу заједнице у које су укључени сви сектори друштва;

4) Мониторинг над научним подацима о кључним факторима који утичу на исхрану и физичку активност, подршка истраживањима у свим релевантним областима и јачање кадровских ресурса који могу унапредити и очувати здравље.

СЗО је такође развила „Глобални акциони план за превенцију и контролу незаразних болести 2013–2020“ који има за циљ да оствари обавезе из Политичке декларације Уједињених нација (УН) о незаразним болестима који је усвојен од стране шефова држава и влада у септембру 2011. Глобални акциони план би требао да допринесе остварењу девет глобалних циљева везаних за хроничне незаразне болести које треба достићи до 2025. године, укључујући и за 25% смањење преране смртности од незаразних болести, смањење недовољне физичке активности за 10% и заустављање раста преваленције гојазности.

Регионална канцеларија СЗО за Европу је 2012. године усвојила заједнички оквир политике „Здравље 2020“, који предлаже доносиоцима одлука стратешки план, сет приоритета и сугестија за унапређење здравља и смањење неједнакости у здрављу. У оквиру овог документа наведене су стратегије за решавање комплексних здравствених изазова у 21. веку, које су оствариве у различитим контекстима европског региона СЗО. Као један од комплексних здравствених изазова наводи се и гојазност.

Националним стратегијама „Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести у Републици Србији“, Стратегијом „Здрави људи, здравље у свим политикама“, „Стратегијом о исхрани и хроничним незаразним болестима у контексту Здравље 2020,“ Стратегијом „Развоја спорта у Републици Србији за период од 2014. до 2018“ желе се подстаћи интензивније мере и активности везане за промоцију здравља, превенцију хроничних болести и сложених узрока и компликација гојазности. Поред ангажовања сваког појединца потребан је мултидисциплинарни приступ и међусекторска сарадња појединих тела на нивоу државе и на нивоу локалне заједнице у спровођењу стратегије и планираних активности. Сходно томе, поред здравствене делатности потребно је укључити низ других делатности од пољопривреде и прехранбене индустрије, просвете, саобраћаја, урбаног планирања, културе, екологије, спортских организација, средстава јавног информисања, локалне самоуправе, удружења.

2. ПРЕКОМЕРНА ТЕЛЕСНА МАСА И ЗДРАВЉЕ

2.1. Критеријуми за процену ухрањености, ризик за развој хроничних болести и метаболичких компликација

Према СЗО гојазност је хронично метаболичко обољење које се одликује абнормалним или повећаним накупљањем масти у масном ткиву у мери у којој оштећује здравље и доводи до развоја бројних компликација. Вишак масног ткива у организму углавном се јавља као последица сталног позитивног баланса енергије, када је унос хране односно енергије већи од потрошње. Фактори који одређују уравнотеженост уноса и потрошње енергије разноврсни су (генетски, метаболички и фактори околине). Једном утемељена, неуравнотеженост енергије тежи одржавању постојећег стања, па се према томе гојазност сматра хроничним обољењем.

Уобичајени показатељ за оцену стања ухрањености одраслих особа је индекс телесне масе (ИТМ). ИТМ представља количник телесне масе изражене у килограмима и квадрата телесне висине изражене у метрима $ТМ (kg) / ТВ (m^2)$. Данас је широко у употреби класификација гојазности одраслих особа, дата од стране СЗО 1997. године (табела 1).

Табела 1. Категорије ухрањености у односу на индекс телесне масе и обим струка (СЗО, 1997)

Категорија ухрањености	ИТМ (kg/m^2)	Обим струка (cm)
Потхрањеност	< 18,5	
Нормална ухрањеност	18,6 – 24,9	< 80 ж
		< 94 м
Прекомерна ухрањеност	$\geq 25,0$	≥ 80 ж
		≥ 94 м
Предгојазност	25,0 – 29,9	80 – 88 ж
		94 – 102 м
Гојазност	$\geq 30,0$	≥ 88 ж
		≥ 102 м
Гојазност I степена	30 – 34,9	
Гојазност II степена	35,0 – 39,9	

Гојазност III степена	≥ 40	
-----------------------	-----------	--

ж-жене, м-мушкарци

Постоји однос између степена гојазности и ризика за развој других болести и компликација, на шта се може утицати са више фактора: правилном исхраном, повећаним физичким активностима и смањеним седентарним понашањем (табела 2 и табела 3),

Табела 2. Ухрањеност и релативни ризик за настанак других болести и компликација (СЗО, 1997)

Категорија ухрањености	Индекс телесне масе (ИТМ kg/m ²)	Ризик
Потхрањеност	< 18.5	Мали
Нормална ухрањеност	18.5 – 24.9	Просечан
Предгојазност	25.0 – 29.9	Благо повећан
Гојазност I степена	30.0 – 34.9	Умерено повећан
Гојазност II степена	35.0 – 39.9	Висок
Гојазност III степена	≥ 40.0	Врло висок

Табела 3. Релативни ризик обољевања гојазних особа (СЗО, 1997)

Повишен (PP 1–2)	Умерено повишен (PP 2–3)	Јако повишен (PP >3)
Карциноми – дојке – ендометријума – колоне Поремећаји репродуктивних хормона Синдром полицистичних	Ишемијска болест срца Артеријска хипертензија Артрозе Хиперурицемија Гихт	Шећерна болест тип 2 Обољевања жучне кесе Дислипидемије Инсулинска резистенција Хиповентилациони синдром Sleep апнеа

јајника		
Поремећаји репродукције		
Лумбални синдром		
Компликације анестезије		

Степен оштећења здравља гојазних је одређен а) количином масног ткива, б) распоредом масног ткива и ц) присуством других ризичних фактора. Код мушкараца је карактеристично централно нагомилавање масти у пределу струка и названо је андроидни или висцерални (мушки) тип гојазности. Ако је масно ткиво распрострањено највећим делом у доњој половини тела, углавном у подручју глутеуса и бокова, говори се о гиноидном типу гојазности, карактеристичном за жене. Андроидни облик гојазности је удружен са метаболичким компликацијама као што су шећерна болест типа 2 и дислипидемија, затим повишени крвни притисак, болести срца и крвних судова и повећаним ризиком за певремену смрт. Ризик за настанак метаболичких компликација гојазности и потреба медицинске интервенције процењује се и на основу обима струка (табела 4). Код одраслих особа, посебно старијих повећан обим струка је значајнији за процену ризика од смрти у односу на вредност ИТМ.

Табела 4. Обим струка у одраслих особа и ниво ризика за развој метаболичких компликација

Обим струка (cm)		Ризик за настанак метаболичких компликација
Мушкарци	Жене	
≥ 94	≥ 80	Повећан
≥ 102	≥ 88	Врло висок

Најзаступљенији метод процене степена ухрањености у популацији деце и адолесцената је одређивање перцентилне вредности израчунатог индекса телесне масе (ИТМ) за одговарајући узраст и пол, који се након тога упоређује са граничним вредностима за постављање дијагнозе прекомерне ухрањености (предгојазност) и гојазности.

У литератури се цитирају европски, амерички и критеријуми СЗО (табела 5) за процену ухрањености у популацији деце и адолесцената према перцентилним вредностима ИТМ.

Табела 5. Критеријуми за процену ухрањености код деце и адолесцената

Категорија ухрањености	Европа	Америка	СЗО

Потхрањеност	< П3	< П5	< П15
Нормална ухрањеност	П3 – П90	П5 – П85	П15 – П85
Прекомерна ухрањеност	> П90	> П85	> П85
Гојазност	> П97	> П95	> П97
Морбидна гојазност	>П99 (≥ 3 СД)		

Све чешће, ухрањеност код деце и адолесцената процењује се према з-скорору. Према стандардима СЗО (WHO Child Growth Standards) гојазно је дете чија се з-вредност ИТМ налази изнад 2 стандардне девијације (СД) за узраст и пол, а прекомерно ухрањено, ако је ИТМ од +1 до +2 СД. Морбидну гојазност, имају деца и адолесценти чији је ИТМ ≥ 3 SD.

2.2. Фактори ризика за настанак гојазности

Гојазност настаје као резултат интеракције генетских, биолошких, психолошких, социо-културних и чинилаца околине. Постоји слагање око тога да су фактори спољашње средине пре него биолошки, одговорни за пандемију гојазности. Повећан енергетски унос, смањена енергетска потрошња или оба истовремено доводе до позитивног енергетског баланса и значајног повећања телесне масе. Важно је разликовати примарну (идиопатску, егзогену или нутритивну гојазност) од ретких облика секундарне гојазности који су проузроковани генетским поремећајима, ендокриним болестима, лезијама централног нервног система или јатрогеним узроцима (табела 6). Нутритивна гојазност је најчешћи узрок гојазности. Морбидна гојазност код деце, која обично почиње у раном узрасту, може бити проузрокована моногенским поремећајима, различитим генетским синдромима као и низом других поремећаја као што су тумори хипоталамуса, друге лезије мозга и ендокрини поремећаји. Ипак, сви наведени поремећаји могу да објасне узрок гојазности код мање од 5% гојазне деце.

Настанак гојазности зависи и од: узраста (с повећањем узраста расте и могућност настанка гојазности), расне припадности, епигенетских механизма везаних за пренатални и рани постнатални период и других чинилаца (рад у сменама, престанак пушења, излагање стресовима и сл.).

На неке факторе ризика није могуће утицати (узраст, наследне болести, итд.), али јасно је да је савремена епидемија гојазности у свету у оквиру генетски стабилне популације примарно резултат промена у друштву и неповољног утицаја спољашних фактора.

Иницијална процена прекомерно ухрањеног или гојазног пацијента обухвата анамнезу и клинички преглед. Тек после тога треба да се направи план

неопходних испитивања и на крају лечења које захтева индивидуални приступ.

Гојазност је повезана са бројним и значајним здравственим проблемима у детињству и представља важан рани чинилац ризика укупног морбидитета и морталитета одраслих особа.

Табела 6. Узроци гојазности

Чести узроци
Нутритивна (егзогена) гојазност
Психосоцијални узроци
Ретки узроци
Ендокрини поремећаји
Кушингов синдром
Хипотироидизам
Недостатак хормона раста
Хиперинсулинизам
Псеудохипопаратироидизам (Албригхтова хередитарна дистрофија)
Поремећаји централног нервног система
Хипоталамусни тумор
Траума
Операција на мозгу
Инфламационе секвеле (менингитис, енцефалитис)
Секвеле хемиотерапије
Лекови
Глукокортикоиди
Генетски синдроми
Прадер-Вилијев синдром
Алстромов синдром
Корпентеров синдром
Бардет-Биедлов синдром

2.3. Могућности за унапређење здравља

Због све лошијих навика у исхрани (унос намирница високе калоријске, а ниске нутритивне вредности, мањи број куваних obroка, нередовно узимање доручка, брзо конзумирање хране) и савременог седентарног начина живота инциденција гојазности има тенденцију пораста, а посебно је забрињавајући пораст броја гојазне деце и младих. Неправилне навике у исхрани и нередовна физичка активност врло често су повезане и с другим облицима ризичног понашања и небриге о властитом здрављу. Ефикасним интервенцијама за превенцију и лечење гојазности могуће је спречити или модификовати факторе ризика, спречити настанак гојазности и компликација, спречити неспособност, смањен квалитет живота као и прерано умирање. Исход болести је могуће побољшати раном дијагнозом, одговарајућим лечењем и ефикасном рехабилитацијом. Смањење фактора ризика и лечење може довести до изненађујуће брзог унапређења здравља, што се може уочити посматрањем националних трендова за поједине поремећаје здравља. Одличан пример је рад у Центру за превенцију и лечење гојазности код деце и адолесцената у нашој земљи, који је основан у оквиру Специјалне болнице за болести штитасте болести и болести метаболизма „Златибор“ (Специјалне болнице „Чигота“). Захваљујући индивидуалном мултидисциплинарном лечењу гојазности код адолесцената су остварни изванредни краткорочни ефекти, али и дугорочни, што су показале студије праћења. После три године праћења, утврђено је да је 28,75% адолесцената нормално, 25,80% прекомерно ухрањено, 38,24% је гојазно, док је број екстремно гојазних 7,37%, што је трећина у односу на почетак лечења. Пет година после лечења 68% испитаника је наставило редукацију гојазности, а сваки трећи је нормално ухрањен. Ови резултати указују на потребу превенције гојазности и раног, интензивног лечења гојазних пацијената.

Редовна физичка активност уз кориговану исхрану и психолошку подршку доводи до редукације телесне масе, поправљања кондиције, метаболичких фактора ризика и бројних поремећаја у сфери психо-социјалног функционисања. Пацијенти добијају на самопоуздању, имају бољу слику о сопственом телу па долази до побољшања квалитета живота. Лечење гојазности захтева индивидуални приступ и зависи од узраста, пола, здравственог и психолошког стања, образовања, генетског и културног наслеђа као и од социо-економских фактора. Редукацијом телесне масе долази до општег побољшања здравља, спречава се настанак компликација гојазности, а смањује се смртност и економски трошкови.

Бројне студије показују на позитивне ефекте лечења гојазних особа. Редукација почетне телесне масе за 5 до 10% доводи до снижења нивоа шећера и холестерола у крви, а смањује се и крвни притисак. При том се смањују и сметње дисања, попут апне за време спавања и поспаности током

дана, као и проблеми локомоторног система. Код оболелих од дијабетеса тип 2 и особа са синдромом резистенције на инсулин, смањењем телесне масе ниво шећера у крви снижава се за 10 до 20%. То побољшање може потрајати од 1 до 3 године, чак и у случају да поново почне да добија у маси. Код 75% новооткривених болесника који су уз то и гојазни, смањење до масе за 15 до 20% у првој години болести значајно смањује ризик од превремене смрти. Ако болесник са дијабетисом уз одговарајући дијетни режим повећа и физичку активност ефекти лечења су још повољнији.

Редукција телесне масе у гојазних особа делује позитивно и на дислипидемију. Ако се телесна маса смањи за 1 kg ниво ЛДЛ холестерола снижава за 1%. Губитком 10 kg укупни холестерол се смањује за 10%, ЛДЛ холестерол за 15%, а триглицериди за 30%, док се ХДЛ холестерол повећава за 8%. Смањењем масе за 5% код гојазних жена са синдромом полицистичних јајника, побољшава се осетљивост на инсулин и менструални циклус постаје уредан.

За успешно лечење гојазности потребно је ангажовање шире друштвене заједнице. Здравствени сектор треба да укаже осталим секторима на значај и одговорност коју они имају у стварању услова битних за здравље и благостање популације.

Ефикасне интервенције укључују побољшање социјалног окружења у школама, на радним местима и у заједници, унапређење социјалне подршке за старије и спровођење програма за стицање социјалних вештина и вештина за решавање проблема и контролу стреса. Неколико стратегија недавно донетих у Републици Србији, као што су Стратегија за здравље и развој младих и Стратегија развоја менталног здравља управо се заснивају на комбинованом деловању превентивних активности и јачању заштитних здравствених фактора. Треба се фокусирати на интервенције засноване на доказима, на исплативе интервенције и на побољшање њиховог квалитета. Ефикасним интервенцијама осмишљеним за лечење гојазности могуће је смањити морбидитет, неспособност и превремени морталитет. У Републици Србији је евидентно стално побољшање квалитета лечења оболелих од гојазности у смислу примене лечења заснованог на доказима. У нашој земљи су по угледу на многе европске земље, направљени водичи добре праксе за превенцију и лечење гојазности и појединих хроничних незаразних болести. Постоји и мултидисциплинарни Центар за гојазност у Клиничком центру Србије, Програм „Чигота“ за лечење гојазности код одраслих у Специјалној болници за болести штитасте жлезде и болести метаболизма „Златибор“ (Специјална болница „Чигота“) и Центар за превенцију и лечење гојазности код деце и адолесцената у поменутој болници.

Због продуженог животног века све више јављају се компликације са гојазношћу, чијем настанку погодују и урбанизација, као и навике које су у супротности са здравим стиловима живота. Највећи потенцијал за унапређење здравља је у свеобухватном плану активности којим се

истовремено унапређују промоција здравља на популационом нивоу и програми за превенцију гојазности, уз укључивање свих заинтересованих страна. План активности треба да обезбеди максималну обухваћеност популације одговарајућим лечењем, негом и рехабилитацијом.

3. АНАЛИЗА СТАЊА

3.1. Стање ухрањености појединих популационих група

3.1.1. Деца и омладина

Резултати Истраживања здравља становништва Републике Србије, показали су да је 70,1% деце и адолесцената узраста 7–14 година било нормално ухрањено, 15% је било прекомерно ухрањено а 4,9% је било гојазно, док је 5,0% било потхрањено у 2013. години. Запажа се пораст учесталости прекомерно ухрањене деце и адолесцената за 3,5% а гојазне деце за 2,3% у поређењу са 2006. годином.

Према истом истраживању у групи 10–19 година, прекомерно ухрањених адолесцената је било 20,2%, а гојазних 8,9% у 2013. години. Запажа се пораст учесталости прекомерно ухрањених адолесцената за 5,9% а гојазне деце за 4,5% у поређењу са 2000. годином.

3.1.2. Одрасли

У Републици Србији је 2013. године, на основу измерене вредности ИТМ, било 40,4% нормално ухрањеног становништва, док је више од половине (56,3%) било прекомерно ухрањено, односно предгојазно (35,1%) и гојазно (21,2%). Значајно већи проценат гојазних становника забележен је у свим добним групама од 45 до 84 године, као и међу сиромашном, најмање образованом популацијом и оном која живи у ванградским насељима. За разлику од гојазности која је код оба пола била приближно исто распрострањена (мушкарци 20,1% жене 22,2%), предгојазност је била чешћа код мушкараца (41,4%) него код жена (29,1%). Између два истраживања, у 2006. и 2013. години, дошло је до значајног повећања процента гојазног становништва (са 17,3% на 21,2%).

3.1.3. Лица старијег животног доба

Према последњем Попису становништва Републике Србије, особе старије животне доби чине 16,8% укупног становништва. Република Србија, са просечном старошћу становника од 41,6 година, једна је од земаља са најстаријим становништвом и то не само у европским већ и у светским оквирима.

Према резултатима Истраживања здравља становништва Републике Србије, свака трећа особа узраста 65–74 година је била гојазна, док је 40,9% њих било предгојазних у 2013. години. Са годинама старости, опада учесталост особа које имају прекомерну телесну масу, тако да у популацији старости 85 година и више, 28,3% особа је предгојазно а 16,7% гојазно.

3.2. Навике у исхрани

3.2.1. Навике у исхрани код деце и омладине

Резултати Истраживања здравља становништва Републике Србије су показали да је у оба циклуса истраживања (2006. и 2013. години), већина деце узраста 7–14 година имало навику да свакодневно доручкује (93,8%). Три четвртине деце (74,2%) је свакодневно конзумирало бар једну шољу млека или млечног производа, што је значајно више него што је забележено 2006. године (60,4%). Ова намирница је најређе доступна деци која живе у најсиромашнијим домаћинствима – 58,4%. Процент деце која су конзумирала интегралне врсте хлеба је био нижи него у 2006. години (3,5% према 6,1%), а чешће су га конзумирала деца у граду (4,4%) и из најбогатијих домаћинстава (6,4%). Свако друго дете је свакодневно конзумирало воће (51%) и поврће (56,6%). Деца у Шумадији и Западној Србији у већем проценту су свакодневно конзумирала воће (58,7%), док су деца из Аутономне покрајине Војводине најређе свакодневно јела поврће (48,4%). Навику досољавања хране пре него што је уопште пробају имало је 3,6% деце, значајно више у Аутономној покрајини Војводини (6,2%).

3.2.2. Навике у исхрани одраслих и особа старије животне доби

Резултати Истраживања здравља становништва Републике Србије су показали да је у Републици Србији у 2013. години навику да свакодневно доручкује имало 78,1% становника Републике Србије. Значајно чешће су свакодневно доручковали становници ванградских насеља (80,5%) у односу на градска (76,5%), стари (више од 86%) и становници Шумадије и Западне Србије (85,3%). Свакодневни доручак је у најмањем проценту заступљен код становника Аутономне покрајине Војводине (69,3%). Бар једну шољу млека, односно млечних производа свакодневно је конзумирало 51,7% становника што је значајно повећање у односу на 2006. годину када је то чинило 43,5%.

У исхрани се и даље претежно користи бели хлеб (60,1%) и то најчешће у Шумадији и Западној Србији (70,5%), особе мушког пола и становништво са основним и нижим нивоом образовања. За разлику од 2006. године када је 14,3% одраслих становника Републике Србије конзумирало интегралне врсте хлеба, у 2013. години то је чинило свега 8,2% становника. Чешће су то чиниле жене, испитаници из градских насеља, вишег и високог нивоа образовања, као и становници Београда. Коришћење животињских масти за припремање оброка смањено је у 2013. години (25,9%) у односу на 2006. годину (33,6%). Према резултатима Истраживања, животињске масти за припрему хране највише су коришћене у Аутономној покрајини Војводини (30,9%), а најмање у Београду (14,1%) и значајно чешће у осталим (40,8%) у односу на градска насеља (15,6%).

У Републици Србији 2013. године је сваки једанаести становник изјавио да досољава храну пре него што је проба (9,1%), при чему се ова навика није

значајно променила у односу на податке из Истраживања 2006. године. Најмање два пута недељно рибу је на менију имало 12,5% становништва Републике Србије. У већем проценту то су чинили становници градских насеља, вишег и високог образовања, а употреба рибе расла је и са порастом индекса благостања. Да никада не једе рибу изјавило је 5,4% становништва. Воће (свеже, смрзнуто, конзервирано, сушено или свеже цеђене сокове) свакодневно је конзумирало 45,6% становника Републике Србије. У најмањем проценту су свакодневно јели воће становници Аутономне покрајине Војводине (43%) насупрот становницима Шумадије и Западне Србије (48,2%). Такође, жене су чешће конзумирале воће (50,7%) као и испитаници узраста 65–74 године (53%). Поврће (свеже, смрзнуто, конзервирано, супе или цеђене сокове) у 2013. години свакодневно је конзумирало 57,1% становника Републике Србије. Значајно чешће су то чинили становници Шумадије и Западне Србије (61,7%), као и становници Јужне и Источне Србије (61,3%) у односу на грађане Београда (54,6%) и Аутономне покрајине Војводине (51%). И у овом случају жене су показале здравије навике, јер чешће (60,2%) свакодневно конзумирају поврће у односу на мушкарце (53,8%). Такође се запажа да је употреба поврћа, као и воћа заступљенија код становништва вишег образовања и бољег материјалног статуса.

Према подацима Европског истраживања здравља из 2008. године, 62,2% становника Европске заједнице свакодневно је конзумирало воће, а 63% становника поврће. У оба случаја проценат становништва је већи, посебно код конзумирања воћа, од забележеног у Републици Србији 2013. године.

3.3. Физичка активност

3.3.1. Физичка активност деце и омладине

Деца и омладина у Републици Србији узраста 7–19 година према резултатима Истраживања здравља становништва Републике Србије из 2006. године су у слободно време у највећем проценту гледала телевизију, компакт дискове или видео-касете (73,3%) и слушали музику (61,9%). У узрасту 7–14 година 45,7%, а у узрасту 15–19 година 46,0% је најмање два сата недељно проводило у напорним физичким активностима изван школе, при чему је проценат био значајно виши међу дечацима. Процент деце која су проводила бар два сата недељно у интензивној физичкој активности расте са индексом благостања. Око 8% деце и адолесцената у Републици Србији спава мање од седам сати дневно током радне недеље. У популацији средњошколаца 16,2% деце спавало је мање од седам сати током радне недеље. Резултати истраживања здравља становништва Републике Србије, 2013. код деце и младих указују да је 82,3% деце изјавио да су се у слободно време најмање једном до два пута недељно бавила физичким активностима (тако да се задувају и озноје), значајно више дечаки (86,7%) у односу на девојчице (77,8%), деца са подручја Шумадије и са подручја Западне Србије (90,9%), као и деца из најбогатијих домаћинстава (87,9%).

Готово су сва деца редовно похађала наставу физичког васпитања (97,6%). У погледу физичке активности деце нису забележене значајне разлике у односу на истраживање из 2006. године.

Анализа физичких активности гојазних адолесцената лечених у Центру за превенцију и лечење гојазности код деце и адолесцената у нашој земљи показала је да 18,3% гојазних младих има физичку активност у складу са препорукама и да физичка активност опада с порастом узраста, посебно код девојчица. Важно је нагласити да гојазни адолесценти (12–18 година) имају потенциран седентарни животни стил: гледају телевизију више од 2,8 сати дневно, уз компјутер проводе 3,1 сат на дан, а време уз мобилне телефоне постаје немерљиво.

3.3.2. Физичка активност одраслих и лица старијег животног доба

Према подацима за 2006. годину више од две трећине одраслог становништва у Републици Србији физички је неактивно (67,7%). Процент одраслих становника који је вежбао више од три пута недељно, тако да се задува или озноји, износио је 25,5%, што је значајно више него 2000. године када је тај проценат био 13,7% (16). Подаци истраживања здравља становника Републике Србије из 2006. године (16) показују да се физичка активност одраслог становништва Републике Србије повећала у периоду од 2000. до 2006. године за 12%.

У 2013. години 43,6% становника у Републици Србији је у току свог рада седело или стајало и то значајно више у Београду (61,2%) у односу на подручје Шумадије и подручје Западне Србије (36,4%), односно подручје Јужне и Источне Србије (37,2%). Жене су значајно чешће него мушкарци током обављања посла време проводиле седећи или стојећи (48,3% према 38,7%). Становници Републике Србије у просеку седе пет сати дневно, највише становници Београда (5,8 сати), градских насеља (5,3 сати), особе узраста 15–24 године (5,5 сати), као и они са вишим и високим образовањем (5,8 сати).

У Републици Србији је у 2013. години свакодневно ходало у континуитету бар десет минута 72,9% становника. Сваки други становник Републике Србије (50,2%) приликом одласка до и повратка са неког места обично проводи најмање 30 минута. У значајно већем проценту од препоручених 30 минута у ходању су проводили мушкарци (54,9%) у односу на жене (45,8%). Према резултатима Истраживања свакодневна вожња бицикла у трајању од најмање десет минута била је заступљена код 10,4% становника, и то значајно више у Аутономној покрајини Војводини (24,4%) у односу на становнике других географских области где се тај проценат кретао од 2,2% у Београду до 8,5% на подручју Јужне и на подручју Источне Србије. Фитнесом, спортом или рекреацијом најмање три пута недељно бавило се 8,8% становника Републике Србије, док је сваки девети становник Републике Србије (11,3%) у току слободног времена недељно провео у таквим активностима најмање 90 минута.

Навика бављења спортом и рекреацијом заступљенија је код мушкараца (12,1% се рекреира три пута недељно, а 15,9% недељно у рекреацији проводи најмање 90 минута), него код жена (5,7% се рекреира три пута недељно, а 5,3% недељно у рекреацији проводи најмање 90. минута). Интензивним физичким активностима намењеним јачању мишића најмање три пута недељно се у 2013. години бавило 4,8% становника Републике Србије.

4. МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ СТАЊА УХРАЊЕНОСТИ

4.1. Разлози за доношење Националног програма за превенцију гојазности код деце и одраслих

Национални програм превенције гојазности код деце и одраслих (у даљем тексту: Програм), представља инструмент за мобилизацију свих фактора друштва за удружену акцију у циљу промоције здравља и елиминисања понашања која могу представљати ризик по здравље. Програм садржи циљеве, активности и очекиване резултате, али такође укључује и побољшање квалитета, ефикасности и доступности здравствене заштите.

4.2. Водећи принципи и поруке

Програм потврђује и подржава кључне принципе Уредбе о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, Стратегије за развој и здравље младих, Миленијумских циљева развоја до 2015. године, Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести:

- 1) Унапређење здравља и достизање пуног здравственог потенцијала за сваког појединца је ултимативни циљ здравствене политике;**
- 2) Смањење неједнакости у здрављу је битно за здравље становништва;**
- 3) За побољшање здравља пресудни су активно ангажовање појединца и заједнице у целини;**
- 4) Напредак за здравље може бити остварен само кроз мултисекторске стратегије и интерсекторско улагање у детерминанте здравља;**
- 5) Сваки сектор друштва одговоран је за утицај својих активности на здравље.**

Кључне поруке:

- 1) Превенција гојазности током читавог живота делотворна је и мора се сматрати инвестицијом за здравље и развој. Треба је отпочети што раније, још у пренаталном периоду;**
- 2) Друштво треба да створи здраво окружење као подршку, чинећи да здравији избори буду прихватљивији избори;**
- 3) Здравствени систем треба да буде усклађен са наменом, тј. да одговара актуелном оптерећењу болестима и потребама промоције здравља;**

4) Потребно је да се свакоме омогући да стално, током читавог живота, унапређује своје здравље, да ефикасно сарађује са здравственим службама и буде активни партнер у борби са болешћу;

5) Универзални приступ промоцији здравља, превенцији болести и здравственим службама од највећег је значаја за остварење начела здравствене заштите;

6) На свим нивоима постоји одговорност у изради јавноздравствене политике и обезбеђењу рада свих релевантних сектора уз сагласност министарства задуженог за послове здравља, Националног савета за јавно здравље, а у складу са приоритетима и политиком Владе.

4.3. Циљеви Програма

У сврху унапређења здравља целокупног становништва, главни циљеви Програма су:

- 1) Промоција здравог начина живота и унапређење здравља целокупног становништва;
- 2) Смањење учесталости гојазности деце, младих, одраслих и старијих особа.

Специфични циљеви Програма су:

- 1) Промоција правилне исхране у складу с смерницама за исхрану, с посебним нагласком на повећање уноса хране богате влакнима (поврће, воће, житарице од пуног зрна) и смањење уноса хране богате мастима и шећером;
- 2) Промоција здравих животних стилова и подстицање на свакодневну физичку активност;
- 3) Подстицање развоја здравствене културе и информисаности о важности нормалне ухрањености у очувању здравља и физичке способности;
- 4) Осигуравање услова за реализацију предложених мера и активности на друштвеном и личном нивоу: надлежне стручне службе која ће проводити стратегију и активности, доступност хране велике биолошке вредности у исхрани деце и одраслих и услова за физичку активност;
- 5) Спречавање повећања телесне масе код особа које имају нормалну односно пожељну тежину;
- 6) Смањивање учесталости гојазности, других болести и компликација гојазности;
- 7) Подстицање смањења телесне масе код гојазних и одржавање постигнуте тежине код оних који су редуковали телесну масу и спречавање даљег добијања у тежини код лица с повећаном телесном масом (ИТМ > 25 kg/m² код одраслих и код деце ИТМ >1 СД).

4.3.1. Циљне групе

Деца и млади

Популација деце и младих значајна је јер се у најранијем узрасту обликују и усвајају животне навике. Истраживањима је доказано да већина деце, а поготово млади с прекомерном телесном тежином, имају повећани ризик за повећану телесну масу и гојазност у одраслој доби. Од 60 до 85% гојазних адолесцената остаје гојазно у одраслом добу. Осим тога, значајан разлог за интервенцију је и тај што деца и млади с прекомерном тежином чешће пате због друштвеног искључивања и стигматизације. Иако је усвајање правилних животних навика деце и младих углавном родитељска одговорност, у данашњим приликама значајан утицај има и средина у којој деца и млади проводе велики део времена ван родитељског надзора и куће: вртићи, основне и средње школе, факултети, а и локална самоуправа у којој живе. Важно да сви из друштвеног окружења у којем дете живи позитивно утичу на усвајање здравих животних навика.

Деца и млади интензивно расту и развијају се, а током пубертета су посебно осетљиви на свој изглед и тежину. Зато је потребно да се помогне у разумевању њиховог биолошког развоја и укаже на важности усвајања здравих животних стилова, редовне уравнотежене исхране и свакодневне физичке активности ради превенције гојазности, али и смањења ризика за развој поремећаја исхране.

Одрасли

Прекомерна ухрањеност и гојазност настају током времена, а најчешће од завршетка касне адолесценције, посебно после тридесете године живота. Лечење гојазности најчешће је комплексно, тешко и дуготрајно. Зато је за одрасле особе важна промоција здравог начина живота и одржавања пожељне телесне масе, како би се спречио настанак компликација гојазности. За одрасле прекомерно ухрањене и гојазне и особе у ризику за настанак гојазности И компликација гојазности, циљ је одржавање или смањење постојеће телесне масе. Већина одраслих размишља о умерено повећаној тежини као естетском, а не и здравственом проблему. Из тог разлога, потребно је подићи ниво знања о здравственим последицама гојазности и личне одговорности.

Лица старијег животног доба

Лица старијег животног доба поред гојазности често имају сложене и различите здравствене проблеме, па је лечење гојазности код њих често тешко и дуготрајно. Промена начина живота, корекција исхране и повећана физичка активност је основни приступ у превенцији и лечењу гојазности. Физичку активност лица старијег животног доба смањује и онемогућава пад функционалних способности која настаје с процесом старења. Основни циљ лечења је да се спречи настанак компликација гојазности и да се поправи квалитет живота.

4.4. Приоритетне области за акцију

- 1) **Промоција здравља и превенција прекомерне ухрањености и гојазности;**
- 2) **Реоријентација услуга здравствене заштите ка превенцији;**
- 3) **Јачање надзора, праћења, евалуације и истраживања.**

Активности треба да укључе следеће циљеве:

- 1) **Подршка за здрав почетак: промоција правилне исхране трудница, дојиља и повећање броја болница пријатеља беба;**
- 2) **Промоција искључивог дојења током првих шест месеци и наставак дојења у првој години живота;**
- 3) **Унапређење навика у исхрани одојчади, деце, младих и одраслих;**
- 4) **Унапређење исхране деце у предшколским установама и школама;**
- 5) **Унапређење исхране одраслих на радним местима;**
- 6) **Заустављање тенденције пораста прекомерне ухрањености и гојазности код деце, младих и одраслих;**
- 7) **Израда националних препорука за исхрану за децу, омладину и одрасле;**
- 8) **Праћење дијететских навика деце, омладине и одраслих;**
- 9) **Праћење ухрањености становништва;**
- 10) **Промоција правилне исхране и редовне физичке активности;**
- 11) **Континуирана едукација у области исхране;**
- 12) **Интензивирање превентивних активности и промоцију правилне исхране у примарној здравственој заштити;**
- 13) **Јачање промоције здравља у различитим секторима;**
- 14) **Успостављање шеме здравих оброка коришћењем различитих боја како би здрава храна била лако препознатљива;**
- 15) **Сарадња са свим заинтересованим на едукацији потрошача о правилној исхрани и умерености као основном принципу правилне исхране;**
- 16) **Унапређење законске регулативе у погледу декларисања намирница;**
- 17) **Унапређење сарадње са произвођачима хране у циљу производње здравијих производа – развој акционих планова за увођење механизма за смањење садржаја соли и шећера, ограничење садржаја засићених масти и елиминацију транс масти у производима локалних произвођача као и сертификација хране у случају потребе;**
- 18) **Иницијатива за израду и примену законске регулативе ради ограничења рекламирања хране богате шећерима, сољу, засићеним и транс мастима, пре свега намењене деци и младима у складу са препорукама Европске мреже за смањење маркетиншког притиска на децу;**

- 19) Унапређење међународне сарадње и примена хармонизоване методологије за истраживање дијетних навика и мониторинг нутритивног статуса;
- 20) Повећање физичке активности уз подршку здравог окружења;
- 21) Примена препорука за пожељан ниво физичке активности за децу и омладину;
- 22) Смањење броја сати гледања телевизије, коришћења компјутера и видео игара на максимално два сата током дана;
- 23) Подршка локалној самоуправи да повећа могућности за бављење физичком активношћу укључујући доступност отворених и затворених простора;
- 24) Праћење примене Програма и његова евалуација.

5. ПРОМОЦИЈА ПРАВИЛНЕ ИСХРАНЕ

5.1. Кључни циљеви до 2025. године

Програм има следеће кључне циљеве за унапређење дијететских навика код деце и одраслих:

- 1) Заустављање тренда и пораста учесталости прекомерно ухрањене и гојазне деце и одраслих;
- 2) Повећати за 10% број деце и одраслих са нормалном телесном масом за узраст;
- 3) Унапредити ниво знања и информисаности о значају правилне исхране и повећати знања о принципима правилне исхране и препорукама за правилну исхрану кроз континуирану едукацију;
- 4) Модификовати навике у исхрани са циљем постизања:
 - редовних оброка у току дана,
 - смањења уноса соли,
 - смањења у укупног уносу масти (посебно масти животињског порекла),
 - смањење уноса рафинисаних угљених хидрата,
 - смањење уноса слатких безалкохолних пића,
 - повећање уноса воћа и поврћа,
 - повећање уноса житарица целог зрна,
 - повећање уноса рибе;
- 5) Повећање процента мајки које искључиво доје до шестог месеца уз наставак дојења уз увођење немлечне дохране у складу са пожељном праксом храњења.

5.2. Активности у промоцији правилне исхране током живота

5.2.1. Промоција правилне исхране код трудница и дојиља, новорођенчади, одојчади и деце до треће године

Мајчино млеко обезбеђује довољно енергије, есенцијалне макро и микро нутријенте, имунолошке компоненте, есенцијалне масне киселине, ензиме, хормоне, факторе раста и друге биолошки активне састојке који доприносе и физичком и психолошком развоју детета. Стога СЗО и УНИЦЕФ препоручују искључиво дојење током првих шест месеци живота уз наставак дојења и до друге године уз увођење немлечне дохране у складу са нутритивним препорукама почев од шестог месеца. Међутим, многе мајке услед недостатка подршке и неконзистентних савета у вези са дојењем прерано одустану од дојења. Увођење адаптираних млечних формула и прерано увођење других течности и хране може допринети заостајању у расту и микронутритивним дефицитима. Искључиво дојење одојчади у узрасту 0–5 месеци, увођење немлечне дохране уз наставак дојења код деце узраста 6–23 месеца (не пре 17 ни после 26 недеље према препорукама Европског удружења за педијатријску гастроентерологију, хепатологију и исхрану (ЕСПГХАН) из 2009. године сматра се пожељним и адекватним начином исхране у овом узрасту. Према резултатима Истраживања вишеструких показатеља из 2014. године, иако 90,4% деце сиса у неком узрасту проценат деце узраста до шест месеци која искључиво сисају 12,8%, док дојење као доминантан начин исхране достиже 47,2%. Подаци за Републику Србију показују да се свега 23,4% деце узраста 0–23 месеца храни према препорукама ЕСПГХАН-а.

Иницијатива „Болнице пријатељи беба“ (The Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) представља глобалну иницијативу коју су покренули СЗО и УНИЦЕФ ради примене добре праксе за промоцију и подршку дојењу. Примена ове иницијативе је у Републици Србији започела 1995. године и постепено је укључила сва породиштва. Едукација здравствених радника, трудница и дојиља о здравственим ефектима и предностима дојења за мајку и дете обавља се кроз школе родитељства у домовима здравља и кроз индивидуални здравствено-васпитни рад у породиштвама.

Циљеви:

- 1) Подршка правилне исхране и превенција гојазности у трудноћи;
- 2) Подршка здравом почетку живота: промоција правилне исхране трудница, дојиља и повећање броја болница пријатеља беба;
- 3) Промоција искључивог дојења током првих шест месеци и наставак дојења током прве године живота.

5.2.2. Промоција правилне исхране деце у предшколским установама (деца узраста 3–7 година)

Већина деце у Републици Србији полази у предшколску установу са навршене три године живота. Вртић обликује њихове навике у исхрани и утиче на њихов нутритивни статус и здравље. Дневне и недељне јеловнике припремају дијететичари-нутриционисти уз савет педијатра у складу са прописом којим се уређују услови и организација исхране деце у предшколским установама.

Циљеви:

- 1) Израда националних нутритивних препорука за децу узраста 3–7 година;
- 2) Унапређење исхране у предшколским установама;
- 3) Праћење нутритивног статуса деце узраста 3–7 година;
- 4) Заустављање тенденције пораста прекомерне ухрањености и гојазности у овој узрасној групи;
- 5) Иницијатива да се уреди ограничење, односно забрана рекламирања хране богате шећерима, сољу и засићеним мастима;
- 6) Развој саветовалишног рада за правилну исхрану у оквиру редовног здравствено-васпитног рада на нивоу примарне здравствене заштите.

5.2.3. Промоција правилне исхране у школама

Школска средина представља нови изазов за децу и значајно утиче на ухрањеност и здравствено стање школске деце. Већина основних и средњих школа у Републици Србији нема организовану исхрану. Постојеће школске кухиње су обезбеђивале дотиране школске оброке (доручак, ручак, две ужине) за децу узраста 7–10 година. Школе у којима постоји могућност обедовања не припремају храну већ је наручују код различитих произвођача, а такви оброци често не испуњавају критеријуме за правилну исхрану. Пекаре и киосци са „брзом храном“ су места где деца школског узраста најчешће купују свој оброк.

Упркос здравствено-васпитном раду и информисању наставника, родитеља и ученика подаци истраживања говоре у прилог лоших навика у исхрани и повећању прекомерне ухрањености и гојазности у овој узрасној групи.

Циљеви:

- 1) Израда националних нутритивних препорука за децу узраста 7–19 година;
- 2) Унапређење исхране деце у школама уз формирање школског окружења које подржава правилну исхрану;
- 3) Заустављање тенденције пораста прекомерне ухрањености и гојазности у овој узрасној групи;
- 4) Праћење нутритивног статуса деце школског узраста;

5) Развој саветовалишног рада за правилну исхрану у оквиру редовног здравствено-васпитног рада на нивоу примарне здравствене заштите.

5.2.4. Промоција правилне исхране одраслих и старијих особа

Чак 70% запослених нема никакву исхрану организовану од стране послодавца током радног времена. Одсуство организованог решења за оброк у току радног времена је већи проблем у малим и средњим предузећима, јер највеће компаније чешће имају решење за организовани облик исхране запослених.

Циљеви:

- 1) Израда националних нутритивних препорука за одрасле и старије особе;
- 2) Унапређење исхране одраслих и формирање окружења у радној средини које подржава правилну исхрану;
- 3) Заустављање тенденције пораста прекомерне ухрањености и гојазности у овој узрасној групи;
- 4) Праћење нутритивног статуса одраслих и старијих особа;
- 5) Развијање саветовалишта за исхрану на нивоу примарне здравствене заштите.

5.2.5. Означавање и декларисање хране

Потрошачи имају право на потпуне и тачне информације о храњивој вредности и саставу хране. Правилно декларисање и рекламирање хране може утицати на правилан избор хране и на здравији начин живота. Упознавањем са нутритивним саставом и калоријским вредностима доприноси лакшем усвајању правилних навика у исхрани. Потребно је повећати контролу и проверу означавања и декларација хране од стране надлежних служби.

Циљеви:

- 1) Потребно је дефинисати критеријуме за означавање и декларисање хране;
- 2) Посебно означавање здраве и нездраве хране.

6. ПРОМОЦИЈА ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ

6.1. Кључни циљеви до 2025. године

Програм истиче следеће кључне циљеве за постизање задовољавајуће физичке активности:

- 1) Пораст броја физички активне деце и омладине, одраслих и старијих особа;
- 2) Смањење броја деце и одраслих који су физички неактивни;

3) Унапредити ниво знања и информисаности о значају физичке активности код деце омладине и одраслих особа.

6.2. Препреке и улога окружења

Упркос чињеници да је едукација о позитивним ефектима физичке активности на здравље саставни део националних програма промоције здравља са циљем промене понашања, постоје препреке које ову промену понашања заустављају: доступност бесплатних терена, недостатак инфраструктуре, трошкови чланарина за спортске клубове, недостатак времена и друго. Карактеристике животне средине утичу на расположивост и доступност активности на отвореном као што су ходање, вожња бицикла, трчање и друго. Економске детерминанте често представљају ограничавајући фактор за бављење физичком активношћу у нашем друштву.

6.3. Промоција физичке активности код деце (посебно у предшколским установама и школама)

Иако је физичко васпитање саставни део наставних планова и програма како у предшколским установама тако и у основним и средњим школама у Републици Србији, неопходна су побољшања. Деци и младима узраста 5–18 година се у циљу правилног раста и развоја препоручују физичке активности које утичу на кардио-респираторни систем, као и оне које јачају мишићно-скелетни систем. Неопходно је да свакодневно остваре 60 минута умерене до интензивне физичке активности, уз препоруку да најмање три пута недељно физичка активности буде интензивна. Све ове активности остварују се кроз игру. Трчање, прескакање конопца, вожња бицикла, различите спортске активности, као и часови физичког васпитања у школама.

Циљеви:

- 1) Унапређење инфраструктуре ради обезбеђења адекватних услова за обављање физичке активности у предшколским установама и школама;**
- 2) Израда препорука за физичку активност за децу и омладину;**
- 3) Здравственоваспитни рад и информисање деце, родитеља, наставника о користима редовне физичке активности за здравље;**
- 4) Смањење броја сати које деца проводе у гледању телевизије, коришћења компјутера, мобилног телефона, видео и сличних игара на максимално два сата током дана;**
- 5) Сарадња са свим заинтересованим странама у циљу промоције рекреативног, а не само професионалног – такмичарског спорта.**

6.4. Промоција физичке активности код одраслих и старијих

Здрављу одраслих (18–65 година) доприносе физичке активности које трају најмање 150 минута недељно и остварују се најмање током пет дана. Укупно

време трајања физичке активности не треба да буде краће од десет минута, Активности су умерене и ангажују велике мишићне групе. Интензивна физичка активност код здравих траје 75 минута, најмање три дана. Додатно вежбе за јачање мускулатуре и костију потребно је упражњавати најмање два пута недељно 8–10 вежби са 8–12 понављања уз укључивање великих мишићних група. Наведени обим физичке активности подразумева активности у оквиру свакодневног кретања, дневне послове код куће и на радном месту, породичне и активности у заједници, као и активности у слободном времену, као што су рекреација и спортске активности.

Код старијих од 65 година потребно је обратити пажњу на опште здравствено стање и физичку активност прилагодити истом. Препоруке у погледу физичке активности су практично исте као за особе до 65 година, са нагласком на физичке активности које јачају кости и побољшавају равнотежу.

Због незадовољавајуће физичке активности одраслих у нашој земљи потребно је да се обезбеди физичко окружење које је безбедно за активно кретање и просторе за рекреацију који ће омогућити да шетање, возња бицикла и други видови физичке активности буду приступачни и безбедни за све. Потребно је обратити пажњу на вулнерабилне групе становништва (труднице, особе са инвалидитетом, старије особе) и за њих планирати физичке активности.

Циљеви:

- 1) Унапређење инфраструктуре ради обезбеђења оптималних услова за обављање физичке активности на радним местима и местима становања;
- 2) Израда препорука за физичку активност за одрасле и старије особе;
- 3) Здравствено-васпитни рад и информисање одраслих о значају редовне физике активности;
- 4) Смањење броја сати које одрасли проводе у седентарним активностима;
- 5) Сарадња са свим заинтересованим странама у циљу промоције рекреативног повећања физичке активности.

7. УНАПРЕЂЕЊЕ УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Превенција и контрола прекомерне ухрањености и гојазности захтева унапређење услуга здравствене заштите. Промоција здравих стилова живота, пре свега правилна исхрана и физичка активност део су свакодневног рада доктора медицине у примарној здравственој заштити. Због ограниченог времена и великог броја пацијената не поклања се довољно пажње индивидуалним потребама сваког пацијента посебно у вулнерабилним групама. Потребни су већи ресурси за терапију гојазности у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите. Укључити едукацију о правилној исхрани али и едукацију о начинима и техникама за постизање

промене понашања у наставне планове и програме здравствених радника на свим нивоима као и у континуирану медицинску едукацију. Закључци Отава повеље о промоцији здравља (Ottawa Charter for Health Promoton, 1986), јасно дају смернице за веће ангажовање здравственог сектора на пољу превенције.

7.1. Унапређење едукације здравствених радника и здравствених сарадника

Да би се обезбедила доступност стручних савета о начину исхране и физичке активности заснованих на доказима неопходно је унапредити едукацију здравствених радника и здравствених сарадника.

Циљеви:

- 1) Омогућити едукацију свих здравствених радника и здравствених сарадника (укључити промоцију здравља у наставне планове и програме основних студија);**
- 2) Обезбедити континуирану едукацију у промоцији здравља за све здравствене раднике и здравствене сараднике;**
- 3) Иновирање курикулума и сертификације за едукацију едукатора и фасилитатора из области промоције здравља;**
- 4) Иновирање курикулума и сертификације за едукацију здравствених радника из области исхране и лечења гојазности.**

7.2. Унапређење здравствено васпитног рада у примарној здравственој заштити

Доктори медицине у примарној здравственој заштити остварују први и редовни контакт са пацијентом и зато су носиоци промоције здравих стилова живота. Због све већег броја је унапредити здравствено-васпитни рад у примарној здравственој заштити.

Циљ:

Омогућити лако доступну услугу – пружање савета и подршке у вези са правилном исхраном и значају физичке активности.

7.3. Превенција и лечење прекомерне ухрањености и гојазности код деце, одраслих и старијих

Неопходне су специфичне интервенције усмерене на терапију прекомерне ухрањености и гојазности деце, одраслих и старијих ради превенције и смањења учесталости прекомерне гојазности и компликација гојазности.

Циљеви:

- 1) Формирање јединица за терапију прекомерне ухрањености и гојазности са мултидисциплинарним тимом (доктор медицине, дијететичар, психолог/психотерапеут, физијатар, професори физичког васпитања) за**

терапију гојазности у специфичним Центрима као што је Центар за превенцију и лечење гојазности код деце и адолесцената у нашој земљи, који је основан у оквиру Специјалне болнице за болести штитасте жлезде и болести метаболизма „Златибор“ (Специјалне болнице „Чигота“);

2) Праћење и редовне контроле деце и одраслих који су лечена у Центрима и установама секундарне и терцијарне здравствене заштите од стране изабраног доктора медицине према стручним препорукама;

3) Сарадња са партнерима у локалној самоуправи ради подршке програму и постицању здравих стилова живота.

8. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА, МОНИТОРИНГ, ЕВАЛУАЦИЈА И ИЗВЕШТАВАЊЕ

8.1. Имплементација

Имплементација Програма представља јавно-здравствени изазов и захтева интерсекторску сарадњу.

8.1.1. Људски ресурси

Потребно је подизање капацитета мултидисциплинарног тима састављеног од стручњака из различитих области и сектора.

Циљеви:

1) Анализа тренутне ситуације, уочавање недостатака и сачињавања плана активности у области људских ресурса;

2) Обезбедити едукацију за све носиоце активности.

8.1.2. Надзор и истраживање

Подаци о праћењу су кључни за израду циљних активности, праћење напретка и успеха реализованих активности али и за евалуацију постојећих стратегија и програма. Циљ је праћење учесталости прекомерне исхрањености и гојазности, као и трендова у циљу верификације ефикасности примењених активности. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, заједно са мрежом института и завода периодично ће спроводити истраживања у циљу прикупљања података на националном нивоу. Потребна је подршка истраживањима дијететских навика али и истраживања узрочних и доприносићих фактора за настанак прекомерне исхрањености и гојазности.

8.2. Мониторинг

Мониторинг и евалуацију потребно је укључити у здравствени информациони систем како би се обезбедила подршка за дугорочно праћење утицаја примењених интервенција.

Мониторинг треба да укључи следеће:

8.2.1. Мониторинг ухрањености

Потребно је да Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, заједно са мрежом института и завода за јавно здравље формира националну базу података о нутритивном статусу деце и одраслих и редовно је ажурира.

8.2.2. Мониторинг дијететских навика и доступности намирница

Мониторинг дијететских навика потребно је спровести кроз периодична истраживања Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и мреже института и завода за јавно здравље. Мониторинг доступности намирница потребно је да спроводи Републички завод за статистику кроз испитивање потрошње у домаћинству (Household Budget Surveys, HBS) у складу са препорукама Data Food Networking (DAFNE) и методологијом ЕУРОСТАТ.

8.2.3. Анализа здравствених индикатора и трендова морбидитета и морталитета

Годишњу анализу здравствених показатеља и трендова морбидитета и морталитета обавља Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

8.3. Евалуација

Евалуација интервенција усмерених на превенцију прекомерне ухрањености и гојазности деце, омладине и одраслих захтева време и средства. Активности које су предложене Програмом биће евалуиране у петогодишњим интервалима.

8.3.1. Праћење стања исхрањености појединих узрасних група становништва оба пола, с нагласком на следеће показатеље:

- 1) Учесталост прекомерне телесне масе код деце у 12. и 24. месецу;
- 2) Учесталост прекомерне телесне тежине код деце у 6. и 12. години;
- 3) Учесталост прекомерне телесне тежине код младих у 15. и 18. години;
- 4) Учесталост прекомерне телесне тежине код одраслих од 19. до 64. године;
- 5) Учесталост прекомерне телесне тежине код старијих од 65. година;
- 6) Удео (%) деце и младих с ИТМ између $+1-2$ СД, $> + 2$ СД и $> +3$ СД;
- 7) Удео (%) одраслих с ИТМ између 24,9 и 29,9 kg/m² ;
- 8) Удео (%) одраслих с ИТМ 30 и више kg/m² и више од 40 kg/m²;
- 9) Праћење обима струка и обима кукова.

8.3.2. Праћење здравствено-статистичких показатеља оболевања и смртности од компликација гојазности, првенствено за:

- 1) Болести срца и крвних судова и повишен крвни притисак;

- 2) Дијабетес тип 2;
- 3) Дислипидемија;
- 4) Карцином дојке и дебелог црева.

8.3.3. Очекивани резултати

- 1) Повећање броја старијих свих циљних група које су обухваћене и праћењем стања ухрањености, сваке године за најмање 5%;
- 2) Повећање броја деце код које се редовно прикупљају и обрађују подаци: сваке године најмање за 10%;
- 3) Повећање броја едукација за здравствене раднике о промоцији правилне исхране, превенцији и лечењу прекомерне тежине: сваке године најмање једна едукација;
- 4) Повећање броја едукација за здравствене сараднике о промоцији правилне исхране, превенцији и лечењу прекомерне телесне тежине: сваке године најмање једна едукација;
- 5) Повећање броја едукативних предавања за становништво о значају правилне исхране и физичке активности за унапређење здравља: сваке године најмање једна едукација;
- 6) Повећање броја породилишта-пријатеља деце сваке године најмање за једно породилиште;
- 7) Повећање броја група за потпору дојења сваке године најмање за две групе;
- 8) Повећање броја саветовалишта за превенцију и лечење гојазности свих узраста сваке године најмање за једно саветовалиште;
- 9) Повећање корисника школских сала и спортских терена ван наставе сваке године;
- 10) Повећање броја васпитно-образовних установа и спортских објеката с осигураним хигијенским условима и доступност хигијенски исправне воде: сваке године најмање за једну установу и један објект;
- 11) Повећање броја намирница са посебним ознакама: сваке године најмање пет намирница.

Евалуација ће се спроводити континуирано и након планираног периода праћењем стања ухрањености појединих узрасних група становника оба пола и праћењем здравствено-статистичких показатеља о оболевању и смртности од болести повезаних с дебелином.

8.4. Извештавање

Извештаје о примени Програма припрема Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

9. ЦИЉЕВИ И АКТИВНОСТИ ПРОГРАМА

9.1. Први општи циљ

Промоција здравог начина живота и унапређење здравља целокупног становништва.

9.1.1. Специфични циљ: Унапређење знања и информисаности о исхрани деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Активности:

- 1) Израда специфичних препорука за исхрану деце, омладине, одраслих и старијих лица;**
- 2) Едукација о принципима правилне исхране;**
- 3) Кампање, саветовалишни рад;**
- 4) Медијска промоција.**

Резултати ће бити мерени: бројем едукација, бројем кампања, бројем спроведених активности путем комуникационих канала, бројем дистрибуираног здравствено-промотивног материјала.

Очекивани резултат: повећана доступност информација о исхрани деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Носиоци активности: министарство надлежно за послове здравља, у складу са законом, ИЗЈЗС и мрежа института и завода за јавно здравље, домови здравља, удружења.

9.1.2. Специфични циљ: Успостављање сарадње са свим заинтересованим странама за контролисано рекламирање хране и напитака.

Активности:

- 1) Израда специфичних препорука за контролисано рекламирање хране и напитака;**
- 2) Развијање смерница за одговорни маркетинг;**
- 3) Заговарање за унапређење постојеће законске регулативе.**

Резултати ће бити мерени: Израђеним препорукама, бројем састанака са заинтересованим странама, успостављеном сарадњом, унапређеном законском регулативом.

Очекивани резултат: Успостављена сарадња и унапређење законске регулативе.

Носиоци активности: министарство надлежно за послове здравља, министарство надлежно за послове трговине, министарство надлежно за послове привреде, Привредна комора Србије, удружења.

9.1.3. Специфични циљ: Сарадња са произвођачима хране у погледу смањења соли, шећера и масноћа у индустријски произведеним намирницама и посебно обележаванње здраве хране.

Активности:

- 1) Унапређење законске регулативе у погледу прецизнијег означавања састава готових производа (декларација са детаљним информацијама о нутритивном саставу производа);**
- 2) Успостављање канала комуникације и размена актуелних информација од значаја за производњу хране и пића;**
- 3) Заговарање.**

Резултати ће бити мерени: бројем заједничких иницијатива и бројем заједничких активности.

Очекивани резултат: број заједничких активности.

Носиоци активности: министарство надлежно за послове здравља у складу са Законом,

Привредна комора Србије, удружења.

Временски оквир за спровођење специфичног циља: континуирано.

9.1.4. Специфични циљ: Утврдити критеријуме за храну из аутомата постављање аутомата и објеката брзе хране у просторе у којима бораве или у које долазе деца и млади.

Активности:

- 1) Заговарање;**

Резултати ће бити мерени кроз: број састанака са заинтересованим странама, успостављену сарадњу, унапређену законску регулативу.

Очекивани резултат: Успостављена сарадња и унапређена законска регулатива.

Носиоци активности: Све заинтересоване стране.

9.1.5. Специфични циљ: Едукација здравствених радника и сарадника у погледу превенције нутритивних фактора ризика за настанак гојазности.

Активности:

- 1) Давање препорука за иновирање курикулума у до дипломској и последипломској настави;**
- 2) давање препорука за иновирање садржаја континуиране медицинске едукацији (КМЕ);**
- 3) број иновираних курикулума.**

Резултати ће бити мерени кроз: број КМЕ, унапређење нивоа знања и вештина о превенцији нутритивних фактора ризика за настанак гојазности.

Очекивани резултат: Унапређење ниво знања и вештина о превенцији нутритивних фактора ризика за настанак гојазности.

Носиоци активности: министарство надлежно за послове здравља, Медицински факултет, министарство надлежно за послове просвете, науке и технолошког развоја, министарство надлежно за послове омладине и спорта, ИЗЈЗС и мрежа института и завода за јавно здравље, домови здравља, удружења, у складу са законом.

9.1.6. Специфични циљ: Оснаживање здравствено-васпитног рада и информисања кроз редован превентивни рад у домовима здравља.

Активности:

1) Превентивни рад и у складу са препорукама и смерницама из водича за превенцију и лечење гојазности;

Резултати ће бити мерени кроз: број обављених превентивних активности (индивидуални и групни здравствено-васпитни рад).

Очекивани резултат: Олакшати доступност, информисање и лечење гојазне деце и омладине и усвајање и стицање знања и вештина за утврђивање здравих навика у исхрани.

Носиоци активности: ИЗЈЗС са мрежом института и завода за јавно здравље.

9.1.7. Специфични циљ: Промоција природне исхране новорођенчади и одојчади и истицање позитивних ефеката природне исхране.

Активности:

1) Информисање о значају природне исхране;

2) Израда и штампање промотивног материјала;

3) Медијске активности.

Резултати ће бити мерени кроз: број кампања, број спроведених активности путем комуникационих канала, број дистрибуираног здравствено-промотивног материјала, повећана доступност информација о значају природне исхране.

Очекивани резултат: Повећана доступност информација о значају природне исхране.

Носиоци активности: ИЗЈЗС и мрежа института и завода за јавно здравље, домови здравља, породилишта, удружења.

9.1.8. Специфичан циљ: Омогућити једнак приступ и доступност школским салама, спортским теренима деци и омладини ван наставе.

Активности:

1) Укључивање Савета за здравље и Сталне конференције градова и општина (у даљем тексту: СКГО).

Резултати ће бити мерени кроз: број школских сала и опредељених простора у школским објектима, Извештај савета за здравље о спроведеним активностима.

Очекивани резултат: Извештај Савета за здравље о спроведеним активностима.

Носиоци активности: Савети за здравље, СКГО, установе у области образовања, локална самоуправа, ИЗЈЗС и мрежа института и завода за јавно здравље.

9.1.9. Специфичан циљ: Определити већи број простора за спортске рекреативне активности.

Активности:

1) Укључивање Савета за здравље и СКГО.

Резултати ће бити мерени кроз: број опредељених простора за спортско рекреативних активности, Извештај савета за здравље о спроведеним активностима.

Очекивани резултат: Извештај Савета за здравље о спроведеним активностима.

Носиоци активности: Савети за здравље, СКГО, установе у области образовања, радне организације, домови за старе, локална самоуправа и мрежа ИЗЈЗ.

9.1.10. Специфичан циљ: Заговарање развоја спортских активности у школи, повећати број часова физичког васпитања и организовање спортских кампова.

Активности:

1) Успостављање сарадње;

2) Организовање састанака;

3) Број организованих састанака са заинтересованим странама;

4) Извештај савета за здравље.

Очекивани резултат: извештај Савета за здравље.

Носиоци активности: Савети за здравље, СКГО, установе у области образовања, локална самоуправа, ИЗЈЗС са мрежом института и завода за јавно здравље.

9.1.11. Специфичан циљ: Развијање и јачање партнерстава за спровођење препорука за промоцију здравих стилова живота.

Активности:

- 1) Заговарање (држава, локална самоуправа и удружења);**
- 2) Успостављена мрежа партнера.**

Резултати ће бити мерени кроз: Извештај савета за здравље.

Очекивани резултат: извештај савета за здравље.

Носиоци активности: Све заинтересоване стране континуирано.

9.2. Други општи циљ:

Смањење учесталости гојазности.

9.2.1. Специфични циљ: Праћење раста и развоја деце и примена стандарда СЗО за процену ухрањености за децу и младе до 18. година.

Активности:

- 1) Примена јединствене методологије антропометријских мерења уз коришћење глобалних стандарда СЗО за праћење раста и развоја деце;**
- 2) Одређивање минималног сета података за формирање базе података;**
- 3) Одређивање динамике спровођења антропометријских мерења;**
- 4) Одређивање метода за обраду података из базе у складу са СЗО стандардима.**

Резултати ће бити праћени кроз: базу података, годишњи извештај о расту, развоју и ухрањености деце.

Очекивани резултати: број здравствених установа укључених у формирању базе минимум 80%, број недостајућих података испод 10%.

Очекивани резултат: број здравствених установа укључених у формирању базе минимум 80% и број недостајућих података испод 10%.

Носиоци активности: Институти и заводи за јавно здравље, домови здравља, специјалиста педијатрије, специјалиста школске медицине, патронажна сестра и медицинске сестре у дечјим вртићима.

9.2.2. Праћење стања ухрањености, рано препознавање деце, омладине, одраслих и старијих лица у ризику за настанак гојазности.

Активности:

- 1) Дефинисати ризичне групе за настанак гојазности према познатим факторима ризика из доступне стручне литературе;**
- 2) Примењивање дефинисаних критеријума.**

Резултати ће бити праћени кроз: стручно-методолошко упутство, база података истраживања, Извештај савета за здравље.

Очекивани резултати: израђено стручно-методолошко упутство, број откривене деце у ризику, број откривених одраслих лица у ризику, број откривених старијих лица у ризику.

Носиоци активности: институти и заводи за јавно здравље, домови здравља, Републичка стручна комисија за заштиту деце и омладине и Радна група за израду стручно-методолошког упутства.

9.2.3. Специфичан циљ: Израда препорука (водича) за превенцију и лечење гојазности код деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Активности:

1) Израда водича за превенцију и лечење гојазности код деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Резултати ће бити праћени кроз: Водич за лечене гојазности код деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Очекивани резултати: Израђен водич за превенцију и лечене гојазности код деце, омладине, одраслих и старијих лица, од стране Радне групе за израду водича.

9.2.4. Специфичан циљ: Прикупљање и обрада података о навикама у исхрани и физичкој активности деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Активности:

1) Одређивање врсте података;

2) Спровођење истраживања у популацији;

3) Формирање базе података истраживања;

4) Одређивање метода за обраду података из базе истраживања;

5) Обрада података.

Резултати ће бити праћени кроз: сачињене базе података истраживања, израђен извештај, увид у навике у исхрани и физичкој активности деце, омладине, одраслих и старијих лица.

Очекивани резултат: Увид у навике у исхрани и физичкој активности деце, омладине, одраслих и старијих особа.

Носиоци активности: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” и мрежа института и завода за јавно здравље, домови здравља, школе, предшколске установе, радне организације, домови за старе.

10. ПРОЦЕНА ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТАВА ПОТРЕБНИХ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ УРЕДБЕ

У Буџету за 2018. годину средства су обезбеђена у износу од 1.000.000 динара у оквиру Програма 1802 – Превентивна здравствена заштита, апропријација-економска класификација 465 – Остале дотације и трансфери, и то у оквиру програмске активности 0001 – Подршка раду Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ у износу од 500.000 динара и програмске активности 0002 – Подршка раду института и завода за јавно здравље у износу од 500.000 динара.

У 2019. години потребно је обезбедити средства у износу од 2.000.000 динара и иста ће бити обезбеђена у складу са лимитима, које утврди Министарство финансија.