කවරයේ කතාව

යහපත් ජීවන රටාවක් අනුගමනය තුළින් බෝ නොවන රෝග උවදුරට නැවතුමක්

විශේෂඥ වෛද්‍ය ශ්‍යාම් ප්‍රනාන්දු

සංක්‍රාමීය රෝග නැතහොත් බෝවන රෝග යන යෙදුම අප බොහෝ දෙනෙකුට හොඳින් හුරුපුරුදුය. ආසාදනකාරකයෙකු (රෝගකාරකයෙකු) විසින් ඇති කරන පුද්ගලයෙකුගෙන් තවත් පුද්ගලයෙකු වෙත පැතිර යන පැපොල, සරම්ප, ඩෙංගු ආදී රෝග මෙයට උදාහරණය. මෙවැනි රෝග බොහෝවිට ප්‍රජාව අතර පැතිරයන්නේ වසංගත ආකාරයෙනි. ඉතිහාසය විමසන විට මහමාරිය වැනි සමහර ආසාදන සමස්ත ප්‍රජාවම සංහාරයට ලක් කළ ආකාරය අපට දැකිය හැකිය.

මේ අතර සමස්ත ලෝකය පුරාම පැතිර යන තවත් රෝග රැල්ලක් අප දැන් දත්දකිමින් සිටින්නෙමු. රෝගීන් සංඛ්‍යාව ගණනින් ඉහළ යමින් පවතින මෙම රෝග සමූහය අතර කිරීටක හෘද රෝග සහ ආඝාතය, දිය වැඩියාව සහ අධි රුධිර පීඩනය ආදිය දැකිය හැකිය. මෙම රෝග කිසිවක් ආසාදනකාරක විසින් ඇති කරන රෝග නොවේ. එසේ වුවද ඒවා මිනිස් සංහතිය කෙරෙහි සැලකිය යුතු තර්ජනයක් එල්ල කර ඇත. බෝ නොවන රෝග අපගේ යහපැවැත්ම, ජීවිත කාලය, සෞඛ්‍ය සත්කාර සඳහා දැරෙන පිරිවැය ආදිය කෙරෙහි ප්‍රබල බලපෑමක් ඇති කරනවා මෙන්ම මුළු මහත් සමාජය කෙරෙහි ඉතාමත් බරක් පැටවීමටද සමත්ව ඇත. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය වැනි ජගත් ආයතන සහ අප රට වැනි සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල් ද බෝ නොවන රෝග ඇතිකර ඇති තර්ජනය මර්දනය කිරීම සඳහා විශේෂ අවධානයක් යොමු කිරීමට පියවර ගෙන ඇත.

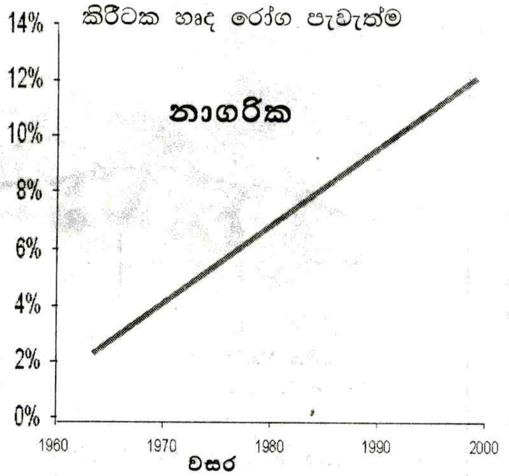
බෝ නොවන රෝග සමූහයට අයත් රෝග ගණනාවක් 1 වගුවෙහි දක්වා ඇත. මෙම රෝග ඇතිවීම් ඉහළ යාමේ ප්‍රවනතාවයට ප්‍රධාන වශයෙන් හේතුකාරක වී ඇත්තේ ජනගහනය, වයස්ගතවීම සහ කාර්මීකරණයත් නාගරීකරණයත් හමුවේ බොහෝ දෙනා සම්ප්‍රදායික නොවන ජීවන රටාවන් අනුගමනයට යොමුවීමය. සමහර පිළිකා තත්ත්ව පවා ජීවන රටා වෙනස්කම් හා සම්බන්ධය. උදාහරණ ලෙස සිගරට් දුම්පානය පෙනහළු, ගලනාල සහ මුත්‍රාශයේ පිළිකා ඇති කිරීමට ඍජු ලෙසට සම්බන්ධ වෙයි. තන්තු, කෙඳි (ෆයිබර්) බහුල ආහාර වේලක් ගැනීම මහ බඩවැලේ පිළිකා ඇතිවීමට පවත්නා අවදානම පහළ හෙළයි.

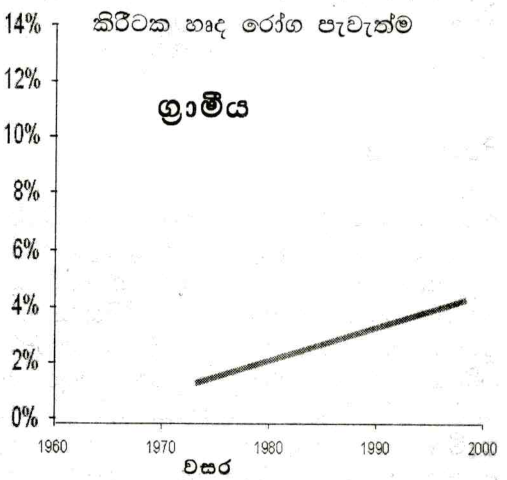
සමහර සොයාබැලීම් හෙළි කරන අනාවැකි අනුව වර්ෂ 2005 දක්වා කාලය තුළදී දියවැඩියාව ආශ්‍රිත රෝග (36%කින්) අධි රුධිර පීඩනය (40% කින්) සහ කිරීටක හෘදය රෝග (29%කින්) වැඩිවී රෝහල්ගත වන රෝගීන්ගේ

1 වන වගුව

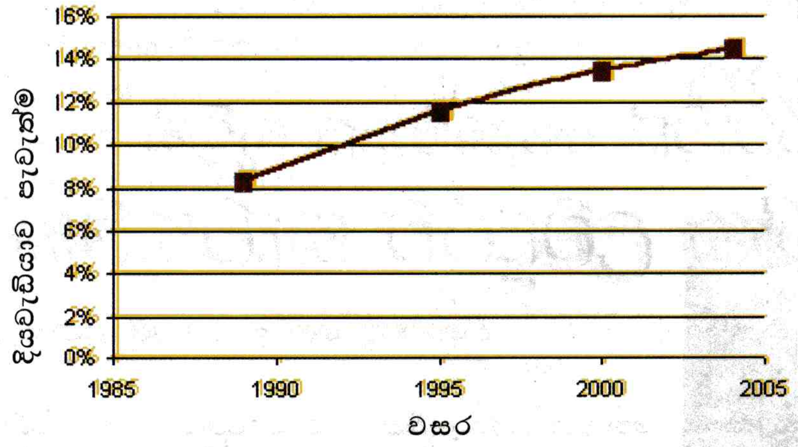
බෝ නොවන රෝග සඳහා උදාහරණ කිහිපයක්

- දියවැඩියාව
- කිරීටක හෘදය රෝග
- අධි රුධිර පීඩනය
- මානසික රෝග
- ආඝාතය
- පිළිකා
- අනතුරු





1 වන රූපසටහන: ඉන්දියානු නාගරික ග්‍රාමීය ප්‍රදේශවල කිරීටක හෘද රෝග පැවැත්ම ඉහළ යන ආකාරය. ශ්‍රී ලංකාව තුළද මේ හා සමාන ප්‍රවනතාවයක් දැකිය හැකිය



2 වන රූ සටහන: 1989-2005 කාලය තුළදී ඉන්දියාවෙහි දියවැඩියාව වැඩිවූ අන්දම. ශ්‍රී ලංකාව තුළද සමාන ප්‍රවනතාවයක් දැකිය හැකිය

සංඛ්‍යාව විශාල වේගයෙන් ඉහළ යනු ඇත. කෙසේ නමුත් මෙහි සතුටුදායක පැත්තක්ද ඇත.

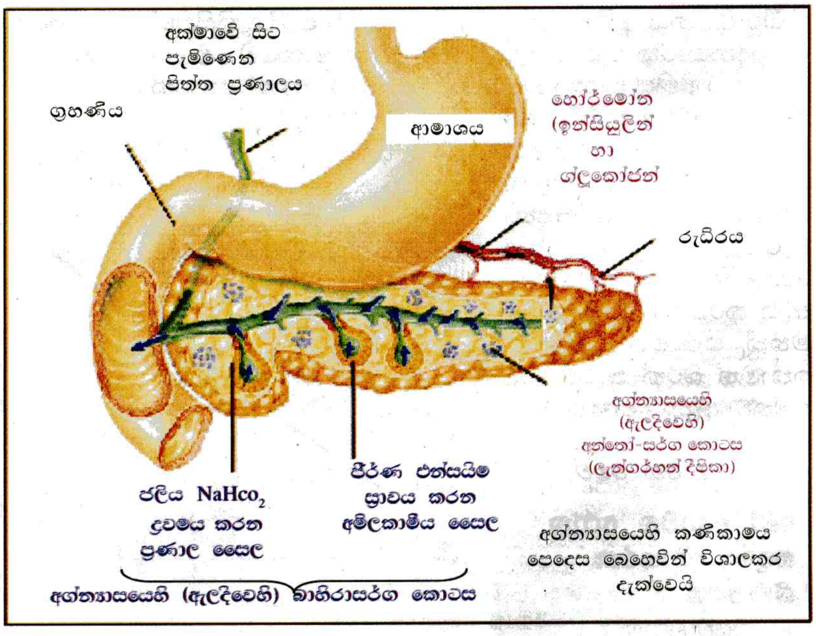
එනම් සෞඛ්‍යයට හිතකර ජීවන රටාවන්ට යළි යොමුවීම තුළින් මෙම බෝ නොවන රෝග අතරින් බොහොමයක් වැළැක්වීමට හැකි බවට නිශ්චිත විද්‍යාත්මක සාක්ෂි සමුදායක් පැවතීමයි.

මෙම ලිපිය තුළින් උත්සාහ කරනුයේ බෝ නොවන රෝග කිහිපයක් සාකච්ඡාවට ලක්කර ජීවන රටාවෙහි ඇති කරන වෙනස්කම් මෙන්ම ඒවා වළක්වා ගැනීමට ගත හැකි මාර්ග විමසා බැලීමයි.

දියවැඩියාව

අප ආහාරයට ගන්නා කාබෝහයිඩ්රේට් (පිෂ්ඨය) වැඩි ප්‍රමාණයක් සිරුර තුළදී ග්ලූකෝස් බවට හැරවේ. අපගේ පේශි සහ වෙනත් පටක සඳහා අවශ්‍ය ශක්තිය සපයන ප්‍රධාන මූලාශ්‍රය වන්නේ මෙම ග්ලූකෝස්ය. ශරීරයට අවශෝෂණය වූ පසු මෙම ග්ලූකෝස් රුධිරය මගින් පරිවහනය කරයි. රුධිරය සමග පැමිණෙන මෙම ග්ලූකෝස් පේශී සහ අනෙකුත් පටල මගින් අවශෝෂණය කර උපයෝගි කර ගැනීමට නම් ඉන්සියුලින් නම්වූ හෝර්මෝනය පැවතීම අවශ්‍යය. ඉන්සියුලින් නිපදවනු ලබන්නේ ආමාශය පිටුපසින් පිහිටි දිවක හැඩගත් අග්න්‍යාසය (ඇලදිව) නම් ග්‍රන්ථියෙහිය. අග්න්‍යාසය තුළ ප්‍රමාණවත් තරම් ඉන්සියුලින් නිපදවූයේ නැතිනම් හෝ ග්‍රන්ථියෙන් නිපදවූ ඉන්සියුලින්වලට සිරුරෙහි ප්‍රතිචාරය නොලැබෙන්නේ නම් හෝ කාර්යක්ෂම ලෙස ග්ලූකෝස් භාවිතා කිරීමේ අවස්ථාව පටකවලට නොලැබී යයි. එහි ප්‍රතිඵලයක් වශයෙන් රුධිරයෙහි අඩංගු සීනි මට්ටම ඉහළ යැවෙයි. දියවැඩියාවෙහිදී සිදුවන්නේ මෙයයි. සාමාන්‍ය පුද්ගලයෙකු තුල නිරාහාර අවස්ථාවේදී රුධිර මිලි ලීටර් 100කට ග්ලූකෝස් මිලිග්‍රෑම් 70-110ක (එක් රුධිර ලීටරයකට මිලිමොල් 4 සිට 6 දක්වා) ප්‍රමාණයක් පවතියි. මෙම ප්‍රමාණයට වැඩි මට්ටමකින් රුධිරයෙහි ග්ලූකෝස් පැවතීම බොහෝ සංකූලතා ඇති කරයි.

ජාත්‍යන්තර දියවැඩියා සම්මේලනයේ ඇස්තමේන්තුවලට අනුව ලොවපුරා මිලියන 245කට වැඩි සංඛ්‍යාවක් දියවැඩියාවෙන් පෙළෙති. මෙය 1985 දී පැවති මිලියන 30 සිට ඉහළ යාමකි. දකුණු ආසියානු ජනගහනයන්හි (ලෝකයේ මුළු ජනගහනයෙන් 1/5 කට සමීප සංඛ්‍යාවක් වෙසෙනුයේ මෙම කලාපයෙහිය) දියවැඩියා රෝගය පසුගිය දශක දෙකක කාලය තුළදී කැපී පෙනෙන තරමින් ඉහළ යාමේ ප්‍රවනතාවයක් තිබෙන බව ජනගහනයේ 100,000කට සිටින රෝගීන් සංඛ්‍යාව දෙස බලන විට පෙනේ. කටුලන්ද මහතා සහ ඔහුගේ සහායකයන් පිරිසක් විසින් 2006 දී කරන ලද සමීක්ෂණයකදී මෙරට නාගරික ජනගහනයෙන් 17%ක්ද ගම්බද ජනගහනයෙන් 10%ක්ද දියවැඩියාවෙන් පෙළෙන බව සොයාගෙන ඇත.



3 වන රූ සටහන

දියවැඩියාව බරපතල සෞඛ්‍ය ගැටළුවක් බවට පත්වන්නේ එනිසා මතුවන දරුණු සංකූලතා හේතුවෙනි. සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවල වැඩිහිටියන් අතර ඇතිවන අන්ධතාවයට ප්‍රධාන වශයෙන් හේතුවන්නේ දියවැඩියාවයි. හදිසි අනතුරක් හේතුකොට සිදුනොවන ගාත්‍රා ඉවත්

කිරීම්වලට ප්‍රධාන වශයෙන් මුල්වන්නේ ද දියවැඩියයි. හෘදයාබාධ සහ ආඝාත තත්ත්වයන් මෙන්ම වකුගඩු බද්ධ අවශ්‍යතා ඇතිකරන වකුගඩු අකරණ තත්ත්වයන් ඇතිවීමේ වැඩි අවදානමක්ද පවතියි. ලෝකය පුරා සෞඛ්‍යය සඳහා දැරෙන වියදමින් 10%කට වඩා වැඩි ප්‍රමාණයක් දියවැඩියාව නිසා ඇතිවන සංකූලතාවයන්ට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා වැය වේයැයි ඇස්තමේන්තු තර ඇත. මෙය සමස්ත සමාජය කෙරෙහිම දැඩි බරක් පැටවීමකි. විශේෂයෙන්ම සෞඛ්‍යය සඳහා එක් පුද්ගලයෙකු වෙනුවෙන් වාර්ෂිකව විශාල මුදලක් වැය කරන (ඇමරිකානු ඩොලර් 3776ක් 2004දී) ස්විට්සර්ලන්තය වැනි සංවර්ධිත රටවල් හා සන්සන්දනය කරන විට එක් පුද්ගලයෙකු වෙනුවෙන් සුළු මුදලක් (ඇමරිකානු ඩොලර් 17ක්-2004) වාර්ෂිකව වැය කරන අප වැනි සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවලට මෙය මහත් බරක් වනු පෙනේ.

දියවැඩියාවෙහි 1වෙනි වර්ගය හා 2වෙනි වර්ගය වශයෙන් හැඳින්වෙන්නේ කුමක්ද?

පළමු වර්ගයේ දියවැඩියාවෙහිදී වරද පවතිනුයේ අග්න්‍යාශයෙහි (ඇලදිවෙහි)ය. එය එතුළින් ප්‍රමාණවත් තරම් ඉන්සියුලින් හෝර්මෝනය නිපදනොවීම හේතුවෙන් ඇතිවන්නකි. 1වන වර්ගයේ දියවැඩියාව වැඩිපුරම ඇතිවන්නේ ළමයින්ට හා තරුණයන්හටය. මෙයට හේතුව ලෙස සැලකෙනුයේ අග්න්‍යාශයෙහි ඉන්සියුලින් ස්‍රාවය කෙරෙන දීපිකා සෛලවලට එරෙහිව ශරීරයේම ප්‍රතිශක්ති පද්ධතිය ක්‍රියාකිරීමයි. මෙම වර්ගයේ දියවැඩියාව

බර වැඩි, කායික වශයෙන් අක්‍රිය හෙවත් ඇඟ නොවෙහෙසෙන සහ තම පවුලෙහි දියවැඩියාව සහිත සමීප ඥාතියෙකු සිටි හෝ සිටින අය දියවැඩියාව වැළඳීමේ ඉහළ අවදානමකින් පෙළෙති. මෙවැනි අධික අවදානමකින් යුත් අය දියවැඩියාවෙන් වළක්වාගැනීම සහ ඔවුන් තුළ රෝගය ඇත්නම් එය ඉක්මනින් හඳුනාගැනීම වකුගඩු අකර්මන්‍ය වීම, ස්නායු හානි ඇතිවීම, හෘදයාබාධ, ආඝාතය සහ ඇස් පෙනීම අඩුවීම ආදී විවිධ සංකූලතා ඇතිවීම වැළැක්වීම සඳහා වැදගත් වෙයි.

වැළැක්වීම සඳහා කෙනෙකුට ගත හැකි පියවරක් නොමැත. ඉන්සියුලින් නික්පේෂණ ලෙස ලබාදීම මගින් මෙහිදී ප්‍රතිකාර ලබාදීම සිදුකෙරේ. පෙප්ටයිඩ වර්ගයට අයත් රසායනික සංයෝගයක් වන ඉන්සියුලින් ආමාශයේදී ජීර්ණයට පත්වන බැවින් එය මුඛ මාර්ගයෙන් ලබාදීම කළ නොහැකිය.

2වන වර්ගයේ දියවැඩියාවේදී අග්න්‍යාශයෙන් ප්‍රමාණවත් තරම් ඉන්සියුලින් නිපදවුවද එසේ ස්‍රාවය වූ ඉන්සියුලින් කෙරෙහි ශරීරය නිසි ප්‍රතිචාරයක් නොදක්වයි. මෙය ඉන්සියුලින් ප්‍රතිරෝධයක් ලෙස සැලකෙයි. 2වන වර්ගයේ දියවැඩියාව වැළඳීමේ ප්‍රවනතාවය ඇත්තේ මැදිවයසේ, ස්ථූලතාවයෙන් යුතුවූ පුද්ගලයන් හටය. දියවැඩියාවෙන් පෙළෙන අය අතරින් 90%ක්ම පෙළෙනුයේ මෙම 2වන වර්ගයේ දියවැඩියාවෙනි. ශරීරයේ බර නිසි පාලනයකින් යුතුව තබා ගැනීම සහ කායික වෙහෙසීම ඇති කරන ක්‍රියාකාරකම්හි වැඩිපුර යෙදීම ඉලක්ක කරගත් ජීවන රටාවේ වෙනස්කම් දෙවන වර්ගයේ දියවැඩියාව වැළැක්වීමට උපකාරී වෙයි.

දියවැඩියාව වැළැක්වීම

බර වැඩි, කායික වශයෙන් අක්‍රිය හෙවත් ඇඟ නොවෙහෙසෙන සහ තම පවුලෙහි දියවැඩියාව සහිත සමීප ඥාතියෙකු සිටි හෝ සිටින අය දියවැඩියාව වැළඳීමේ ඉහළ අවදානමකින් පෙළෙති. මෙවැනි අධික අවදානමකින් යුත් අය දියවැඩියාවෙන් වළක්වාගැනීම සහ ඔවුන් තුළ රෝගය ඇත්නම් එය ඉක්මනින් හඳුනාගැනීම වකුගඩු අකර්මන්‍ය වීම, ස්නායු හානි ඇතිවීම, හෘදයාබාධ, ආඝාතය සහ ඇස් පෙනීම අඩුවීම ආදී විවිධ සංකූලතා ඇතිවීම වැළැක්වීම සඳහා වැදගත් වෙයි.

දියවැඩියාවෙහි සංකූලතා

ඇසේ දෘෂ්ටි විතානයට හානි කිරීමට දියවැඩියාව සමත්ය. එබැවින් දෘෂ්ටි විතාන ව්‍යාධිය හෙවත් 'රෙටිනොපති' නම් තත්ත්වය ඇතිවිය හැකිය. මෙම රෝගීන් අතරින් සමහර දෙනෙකු තම ඇස තුළට ලේ ගැලීමට හේතුවන බිඳී යා හැකි ක්ෂුද්‍ර රුධිර නාල වසා දැමීම සඳහා ලේසර් කිරණ ප්‍රතිකාරයද යොදා ගැනේ. දෘෂ්ටි විතාන ව්‍යාධිය හේතුකොට අවුරුදු 15කට වඩා වැඩි කාලයක් දියවැඩියාවෙන් පෙළුන 10%ක් දෙනා තුළ ඇස් පෙනීම බොහෝ සේ පහළ වැටෙයි.

වකුගඩු රෝග (වෘක්ක ව්‍යාධිය-නෙෆ්රොපති) ඇතිවීම සඳහා ප්‍රධාන හේතුවක් වන්නේද දියවැඩියාවයි. මුත්‍රාවල අඩංගු ක්ෂුද්‍ර ඇල්බියුමින් ප්‍රමාණය විමසන පරීක්ෂණය (මයික්‍රෝ ඇල්බියුමිනියුරියා පරීක්ෂණය)ට වරින් වර ලක්වීම මගින් වකුගඩු රෝග තත්ත්වයන් මුල් අවස්ථාවේදීම හඳුනාගැනීමේ අවස්ථාව සැලසෙයි. ඉතා දරුණු ලෙස වකුගඩු අකර්මන්‍යයට ලක් වූ විට වෘක්ක බද්ධ සිදුකිරීම අවශ්‍ය වෙයි. දියවැඩියාවෙහි තවත් සංකූලතාවයක් වන්නේ ස්නායු ව්‍යාධිය හෙවත් නියරොපති නම් ස්නායුවලට හානි වන තත්ත්වයයි. දෙපාවල සංවේදීතාවය අහිමි වීමත් සමගම දියවැඩියා රෝගීන්ගේ දෙපා ඔවුන් නොදැනුවත්වම තුවාල විය හැකිය. මෙම තුවාල වණ බවට පත්වීමද සමහර විට කපා ඉවත්කිරීම හෙවත් විශසනය කිරීමට පවා සිදුවෙයි. දියවැඩියා නිසා පාදයට රුධිරය ගෙනයන ධමනි නාලද පටුවී ඇත්නම් මෙවැනි විශසන තත්ත්වයන් සිදුවීමට වැඩි ඉඩක් පවතියි. ලෝකය

පුරා හදිසි අනතුරක් නොවන හේතු මත සිදුකෙරෙන ගාත්‍රා කපා ඉවත්කිරීම් හෙවත් විශසන තත්ත්වයට ප්‍රධානතම හේතුව වන්නේ දියවැඩියාවයි. සාමාන්‍ය ජනගහනය හා සන්සන්දනය කරනවිට දියවැඩියාව ඇති අයකුගේ පහළ ගාත්‍රා (පාද කොටස්) ඉවත් කිරීමට පවත්නා අවස්ථාව 15-40 වාරයක් දක්වා ඉහළය.

පිරිමි ලිංගික අවයවය (ශිශ්නය) වෙත සැපයෙන අභ්‍යන්තර ස්නායුව ස්නායු ව්‍යාධියට ලක්වුවහොත් ලිංගික බෙලහීනතාව හෙවත් ශිශ්නය සෘජුවීම සිදු නොවීම ඇතිවිය හැකිය. පිරිමි ලිංගික බෙලහීනතාවයට ප්‍රධානතම හේතුව වන්නේ දියවැඩියාවයි. මෙසේ ධමනි නාල තුළ මේද තැන්පත්වීම (ශ්‍රාණ ජරථ්‍යතාව) ඉහළ දැමීමටද දියවැඩියාව සමත් නිසා දියවැඩියා රෝගීන් තුළ කන්තුක වාහිනී රෝග එනම් හෘදයාබාධ හෙවත් ආඝාත තත්ත්වයන් ඇතිවීමද ඉහළ මට්ටමක පවතී. දියවැඩියාව නොමැති අය හා සන්සන්දනය කරන විට දියවැඩියා රෝගීන් හට ඇති මෙම අවදානම 2-4 ගුණයකින් ඉහළය. දියවැඩියා රෝගීන්ගේ මරණ වලට ප්‍රධානතම හේතුව වන්නේ හෘදයාබාධයි.

රුධිර පීඩනය හා අධි රුධිර පීඩනය

රුධිර පීඩනය ලෙස හඳුන්වනු ලබන්නේ ධමනි තුළ ඇති රුධිරයෙහි පීඩනයයි. රුධිර පීඩනය මැන සටහන් කරනු ලබන්නේ සංඛ්‍යා දෙකක අගයක් ලෙසයි. උදාහරණ ලෙස රසදිය මිලි මීටර් 150/90 ලෙසය. එහි අදහස නම් හෘදය සංකෝචනය වනවිට ධමනි තුළ පීඩනය රසදිය මි.මී. 150ක් වන අතර හද ගැස්ම අතර හෘදය ලිහිල් වනවිට එය රසදිය මි.මී. 90කි. ඉහළින් සඳහන් සංඛ්‍යාව-එනම් 150-සන්‍යාස්ත රුධිර පීඩනය ලෙසද පහළින් ඇති සංඛ්‍යාව -එනම් 90-විත්‍යාස්ත රුධිර පීඩනය ලෙසද හඳුන්වයි. රසදිය මි.මී. 130/80 අගයයන් බොහෝ දෙනෙකුට සාමාන්‍ය ලෙස සැලකිය හැකිය. එසේ වුවද හෘදයාබාධයක් වැළඳුන, ආඝාතය හෝ නෙෆ්රොපති වැනි දියවැඩියා රෝග සංකූලතාවයකින් පෙළෙන අයෙකුහට මෙම රුධිර පීඩන අගය පවා වැඩි බවක් සැලකෙයි. රුධිර පීඩනය මොහොතින් මොහොත වෙනස් වන්නකි. (වෛද්‍යවරයාගේ කාමරය තුළට ඇතුල්වන රෝගියා තුළ ඇතිවන කුතුහලය හෝ බියජනක හැඟීම් නිසාද රුධිර පීඩනය ඉහළ යා හැකිය). මෙනිසා කෙනෙකු අධි-රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන බවට රෝග විනිශ්චය කිරීමට පළමු රුධිර පීඩන මිනුම් කිහිපයක් ගැනීම සාමාන්‍යයෙන් සිදුවෙයි.

අධි-රුධිර පීඩනය කොතරම් සුලබද?

බටහිර රටවල ජනගහනයෙන් සෑම හතර දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙකු අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙති. කේ. විජේවර්ධන ඇතුළු පර්යේෂකයන් පිරිසක් මෑතකදී කළ අධ්‍යයනයකට අනුව ශ්‍රී ලාංකිකයන් අතරින් 20% ක් (සෑම 5 දෙනෙකුගෙන් එක් වැඩිහිටියෙක්) අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන බව දැක්වෙයි.

අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන අය අතරින් වැඩි දෙනෙකු තුළින් රෝගයට හේතුව සොයා ගත නොහැකිය. (2වන වගුව බලන්න) එහෙත් රෝගීන් සුළු පිරිසක් වෙතින් අධික රුධිර පීඩනයට පසුබිම්වූ තත්ත්වය වකුගඩු ආබාධයක් හෝ හෝර්මෝනමය ගැටළුවක් ලෙස හඳුනාගැනීමට හැකිවෙයි.

2 වන වගුව

ඔබ,

- ***බර වැඩි නම්***
- ***ලුණු වැඩියෙන් ආහාරයට ගන්නේ නම්***
- ***මත්පැන් පානය කරන්නේ නම්***
- ***එළවළු හා පලතුරු ආහාරයට ගන්නේ අඩු වශයෙන් නම්***
- ***ප්‍රමාණවත් තරම් ව්‍යායාම නොකරන්නේ නම්***
- ***අධි රුධිර පීඩනය සහිත සමීප ඥාතීන් සිටින අයෙක් නම්***

ඔබට අධි රුධිර පීඩනය ඇතිවීමේ අවදානමක් පවතියි

අධි රුධිර පීඩනය සඳහා සැලකිළිමත් විය යුත්තේ ඇයි?

අධි රුධිර පීඩනය රෝග ලක්ෂණවලින් තොරවූවකි. එහි අදහස නම් රෝග ලක්ෂණ නොමැති නිසා කෙනෙකු අධි රුධිර පීඩනයෙන් පෙළෙන හෝ නොපෙළෙන බව, රුධිර පීඩනය මනිනු නොලැබුවහොත් ඔහුට දැනගත නොහැකි බවයි. එසේ වුවද හෘදයාබාධ, ආඝාතය (අංශභාගය) ආදී කන්තුවාහිනී (හෘදය සහ රුධිර නාල) රෝග සහ වකුගඩු රෝග ඇතිකිරීමෙහිලා එය ඉතා වැදගත් අවදානම් සාධකයක් වෙයි. දීර්ඝ කාලයක් මුළුල්ලේ රුධිර පීඩනය ඉහළ මට්ටමක පවතින්නේ නම් එය ධමනි නාල හානි කරන අතරම හෘදය කෙරෙහි දැඩි පීඩාවක්ද එල්ල කරයි. මෙහිදී ධමනි තද අවස්ථාවකට (ධමනි ජාරථ්‍යය) පත්වන අතර හෘදය පේශී ඝනකම (වම් කෝෂිකාවේ අධි තර්පනය) වැඩිවෙයි. සාමාන්‍යයෙන් සැලකෙනවිට රුධිර පීඩනයෙහි අගය වැඩිවන හෝ ඉහළ යන තරමට මරණය සිදුවීමට පවත්නා අවදානමද ඉහළ යයි. පුළුල් අධ්‍යයන කිහිපයක් මගින් නිශ්චිත ලෙසට පෙන්වා දී ඇත්තේ අධි රුධිර පීඩනය පහළ හෙළීම තුළින් කන්තුක-වාහිනී මරණ ඇතිවීම ද සැලකිය යුතු ලෙස පහළ හෙළිය හැකි බවයි.

කිරීටක හෘදයාබාධ

හෘදය යනු විශේෂිත පේශියකින් තැනුන නොනැවතී ක්‍රියාකරන පොම්පයකි. අයෝටා හෙවත් මහා ධමනිය ලෙස හැඳින්වෙන රුධිර නාලයෙන් හටගන්නා කිරීටක ධමනි නම් රුධිර නාල ජාලය මෙම සංකෝචනය වන පේශියට අවශ්‍ය ඔක්සිකාරක රුධිරය සැපයීමේ නියැලෙයි. මෙම කිරීටක ධමනිවල එක් කුඩා නාලයක අවහිරතාවයක් ඇතිවුවහොත් එම නාලය මගින් රුධිරය (ඒ හා සමග ඔක්සිජන්) සැපයෙන හෘද පේශි ප්‍රදේශයට රුධිරය (හා ඔක්සිජන්) සැපයුමට බාධා පැමිණෙයි. ඉක්මනින්ම මෙම බාධකය ඉවත් නොකළහොත් හෘදයේ එම ප්‍රදේශයේ පේශි කොටස මැරී යා හැකිය. ඉංග්‍රීසියෙන් මයෝකාඩියල් ඉන්ෆාක්ෂන් (වහිරිකන්තුක ඉන්ෆාකිහවනය) හෙවත් හෘදයාබාධයක් ලෙස හැඳින්වෙන තත්වය මෙයයි.

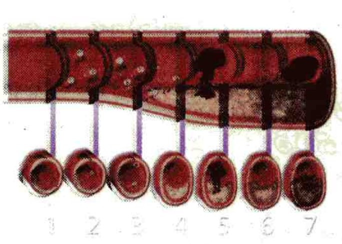
3 වන වගුව

වෛද්‍යමය යෙදුම් සඳහා නිර්වචන

- **Atheroma** - ශ්‍රාණය, අතිරෝමාව, ධමනි නාල තුළ මේද තැන්පතු වීම
- **Atherosclerosis** - ශ්‍රාණ ජරඨ්‍යතාව ශ්‍රාණයන් (අතිරෝමාවන්) ඇතිවීමේ ක්‍රියාවලිය
- **Thrombus** - ත්‍රොම්බසය, ශීනය, රුධිර (ලේ) කැටිය- ධමනියේ හෝ ශිරාවක් තුළ ඇතිවන රුධිර (ලේ) කැටිය
- **Thrombosis** - ත්‍රොම්බෝසිය, ශ්‍යානිය, රුධිර කැටිගැසීම
- **Myocardial infarction** - වහිරි කන්තුක ඉන්ෆාකිහවනය සැපයෙන රුධිර සැපයුම අවහිර වීම නිසා හෘද පේශියේ කොටසක් මරණයට පත්වීම
- **Ischaemia** -ඉස්කීමියාව-මන්ද රුධිර සැපයුම - කිසියම් පටකයකට ලැබෙන රුධිර සැපයුම අඩුවීම-බොහෝවිට මෙය රුධිර නාලයක් පටුවීම හේතුකොට (එයට මුල්වූ හේතුව ශ්‍රාණ ජරඨ්‍යතාව විය හැකිය) ඇතිවන තත්වය
- **Angina** - ඇන්ජයිනාව, තාන්තිය සම්බන්ධය මන්ද රුධිර සැපයුම (ඉස්කීමියාව) නිසා වෙහෙස මහන්සි වන විට ඇතිවන විවේක ගන්නා විට අඩුවන පපුවේ කැක්කුම
- **Coronary heart disease (CHD)** - කිරීටක හෘදයාබාධ-කිරීටක ධමනියක් පටුවීම හෝ අවහිරවීම නිසා ඇතිවන හෘදරෝග තත්වය
- **Ischaemic heart disease (IHD)** - බොහෝවිට කිරීටක හෘදයාබාධ තත්ත්වය හේතුකොට හෘදය පේශියට ලැබෙන රුධිර සැපයුම අඩුවීම නිසා ඇතිවන හෘද රෝග තත්ත්වය
- **Cardiovascular disease** - කන්තුවාහිනී රෝග රුධිර නාල සහ හෘදය සම්බන්ධ රෝග. මෙයට කිරීටක වාහිනික රෝග මස්තිෂ්ක වාහිනික (මොළයේ ධමනි) රෝග සහ පර්යන්ත වාහිනික (ගාත්‍රා ධමනි) රෝග ආදිය ඇතුළත්ය).

ශ්‍රාණ ජරඨ්‍යතාව සහ ශ්‍යානිය

වහිරිකන්තුක ඉන්ෆාකිහවනයට (හෘදයාබාධයකට) සුලබම හේතුව වන්නේ කිරීටක ධමනියක (හෝ එහි ශාඛා නාලය තුළ) ලේ කැටියක් හිරවී අවහිර වීමයි. ධමනි නාලයක අභ්‍යන්තර ස්ථරය සුමුදු බැවින් සාමාන්‍යයෙන් ඒ තුළ ලේ කැටි හට ගැනීමක් සිදු නොවේ. එහෙත් අවුරුදු ගණනාවක් තිස්සේ මෙම නාල තුළ මේද තැන්පතු හටගැන්ම නිසා මෙම සුමුදු අභ්‍යන්තරය අක්‍රමවත් බවට පත්වෙයි.



4 වන රූ සටහන: ධමනි නාලයක් පටුවීම සළසන ශ්‍රාණ ජරඨ්‍යතාව විදහා දක්වන රූ සටහන

මේද තැන්පතුවෙහි පෘෂ්ඨය පැලීයාම හෝ පිපිරීම හෝ නිසා ඒ මත ලේ කැටියක් ඇතිවීම ඇරඹෙයි. මෙම මේද තැන්පතුව 'අතිරෝමා' ලෙස හැඳින්වෙන අතර ඒ මත තැනෙන ලේ කැටිය ත්‍රොම්බසය හෝ 'ශිනය' ලෙස හැඳින්වෙයි. (3වන වගුව බලන්න). ලේ කැටිය දියකිරීමට සහ රුධිර පට්ටිකා එකට ඇලීමේ හැකියාව අඩු කරන ඖෂධ හෘදයාබාධයකට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා යොදාගැනේ.

5 වන රූ සටහන: අතිරෝමාවක් මගින් සිහින් කළ (පටු)ධමනි නාලයක හරස්කඩක්

රුධිරනාල සහ හෘදය සම්බන්ධ රෝග, මෙයට කිරීටක වාහිනික රෝග, මස්තිෂ්ක වාහිනික (මොළයේ ධමනි) රෝග සහ පර්යන්ත වාහිනික (ගාත්‍රා ධමනි) රෝග ආදිය ඇතුළත්යි.

ලෝකය පුරාම සිදුවන මරණවලට ප්‍රධාන හේතුවක් ලෙස කිරීටක හෘදය රෝග සැළකෙයි. ශ්‍රී ලංකාව ගත්තද මෙරට ජනතාව මරණයට කැඳවන ප්‍රධාන හේතුව ලෙස එය සැලකෙයි. මෙන්ඩිස් සහ ඒකනායක යන පර්යේෂකයන් දෙදෙනා විසින් 1994 දී සිදුකළ අධ්‍යයනයකට අනුව ශ්‍රී ලංකා වැඩිහිටියන් 1000ක් අතරින් 16 දෙනෙකු තුළ ඉස්කීමය හෘද රෝග තත්ත්වයන් පවතින බවට නිශ්චිත සාක්ෂි පවතින බව වාර්තා කර ඇත. බොහෝවිට වහිරිතන්තුක ඉන්ෆාකිහවනයට හෙවත් හෘදයාබාධවලට ලක්වන්නේ වයස අවුරුදු 50 ඉක්මවූ අයයි. ඉන්දියාවේ මෙන්ම ශ්‍රී ලංකාවේද දැන් මෙම තත්ත්වයට තරුණ වයසේ අයද ගොදුරුවන බව (ධමනි රුධිර නාල කුඩා වීම නිසා විය හැකිය) සහ කාන්තාවන් වැඩිපුර ගොදුරුවීමේ ප්‍රවනතාවයන් පවතින බව දන සිටිමු. කිරීටක හෘද රෝග සහිත අය, තම රෝග තත්ත්වය හඟවනුයේ හෘදයාබාධ ලෙස පමණක් නොවේ හිදිසි මරණ, තාන්තිය (සම්බාධය), හෘද අකරණය හෝ හදගැස්මේ අක්‍රමතා පැවතීම ආදී ලෙසද එය ඉදිරිපත් විය හැකිය.

කිරීටක හෘදයාබාධ සඳහා වන අවදානම් සාධක

කිරීටක හෘදයාබාධ සඳහා වන අවදානම් සාධක වෙනත් කන්තුවාහිනී රෝග සඳහා පවතින අවදානම් සාධකවලට බොහෝ දුරට සමානය. එයට හේතුව නම් මේ සියල්ලටම ශ්‍රාන්‍ය ජරඨ්‍යතාව සහ ශ්‍යානිය (ලේ කැටි ගැසීම) සහ තත්ත්වයන් දෙක හේතුවන නිසාය. සමහර අවදානම් සාධක ස්ථිර ලෙසම පවතින නිසා ඒවා වෙනස් කළ නොහැකිය. එම නිසා මෙම රෝග වැළැක්වීම සඳහා වන උත්සාහයන් ඉලක්ක කරනුයේ අනෙක් අවදානම් සාධක සොයාගැනීමට සහ ඒවා උචිත පරිදි වෙනස් කිරීමටය.

4 වන වගුව

වැළැක්විය හැකි අවදානම් සාධක

- සිගරට් (දුම්) පානය
- අධි රුධිර පීඩනය
- දියවැඩියාව
- ස්ථුලතාවය
- රුධිරයෙහි අධික කොලෙස්ටරෝල් මට්ටමක් පැවතීම
- ව්‍යායාම අඩුබව
- සෞඛ්‍යයට අහිතකර ආහාර ගැනීම
- අධික ලෙස මත්පැන් පානය

ස්ථිර අවදානම් සාධක

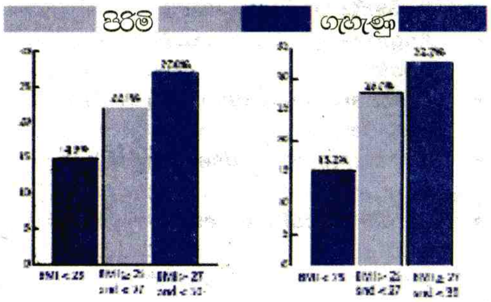
- පිරිමියෙකු වීම
- වයසට යෑම
- වයස අවුරුදු 55 ට අඩු පවුලේ සාමාජිකයෙකු හෘදයාබාධයකට හෝ ආඝාතයකට හෝ ගොදුරුවී සිටීම

මගේ බර වැඩිද?

මේ බව දැන ගැනීමට ඇති හොඳම ක්‍රමය ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය (බී.එම්.අයි. - ශ.ස්.ද) සොයා බැලීමයි. එය කෙනෙකුගේ පවතින උසට බර සම්බන්ධව කරන මිනුමකි. ශ.ස්.ද. ගණනය කරනුයේ බර (කිලෝග්‍රෑම්) උසෙහි (මීටර්) වර්ගයෙන් බෙදීම මගිනි. උදාහරණ ලෙස දක්වතොත් කිලෝග්‍රෑම් 70 ක් බර මීටර් 1.75 ක් උස පුද්ගලයෙකු ගේ ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය වනුයේ 70/(1.75 x 1.75) එනම් 22.9 කි. ශ.ස්.ද. තුළින් ඔබට ඔබගේ උසට ගැලපෙන බරක් ඇත්දැයි පෙන්වා දෙනු ඇත (5 වන වගුව බලන්න). ශ.ස්.ද. 25 හෝ ඊට වඩා වැඩි නම් සෞඛ්‍යය අවදානම් ගණනාවක්ද ඒ හා සමග පවතියි (6 වන වගුව බලන්න).

5 වන වගුව

ශ.ස්.ද.	නිගමනය
18.5 වඩා අඩු	බර අඩු
18.5 සිට 24.9	සුදුසු
25 සිට 29'9	බර වැඩි
30 සිට 39'9	ස්ථුල (තරබාරු)
40 සහ ඊට වැඩි	අධික ස්ථුල



6 වන රූ සටහන BMI=ශ.ස්.ද.

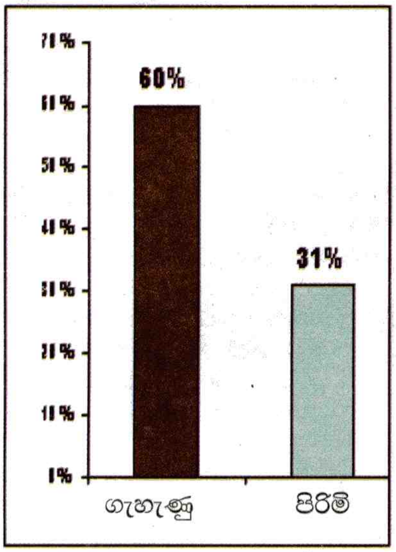
6 වන වගුව

ස්ථුලතාවය හා සම්බන්ධ සෞඛ්‍ය ගැටළු

- දියවැඩියාව
- අධි රුධිර පීඩනය (රූ සටහන 6)
- කිරීටක හෘද රෝග
- ශ්වසන ආබාධ
- නින්ද පිළිබඳ ගැටළු
- පිත්තාශයේ ගල් ඇතිවීම
- සන්ධිවල පර්වදාහය
- කොන්ද කැක්කුම
- සමහර පිළිකා තත්ත්වයන්
- විෂාදය (මානසික අවපීඩනය)
- ආර්තව වෙනස්කම්
- ගර්භනී සමයේ සංකූලතා

ස්ථූලතාවය

බොහෝ සෞඛ්‍ය ගැටළු බර වැඩි එනම් ස්ථුල හෝ තරබාරු පුද්ගලයන් තුළ සුලබය. මේ අතරිනුත් වඩාත් වැදගත් වන්නේ දියවැඩියාව සහ කිරීටක හෘද රෝග ඇතිවීමට පවත්නා අවදානමයි. ළමා කාලයේදී ස්ථුලව-තරබාරු ලෙස සිටින දරුවන් වැඩිහිටි වියේදී දියවැඩියාවෙන් පෙළීමට වැඩි ඉඩක් පවතින බව පෙනීයයි. කඩචෝරු (ස්නැක්ස් සහ ජන්ක් ෆුඩ්) ආහාරයට අධික ලෙස ලොල්වීම, පුටුවක් මත ඉඳගෙන සිදු කරන කය නොවෙහෙසන ක්‍රීඩා (වීඩියෝ සහ පරිගණක ක්‍රීඩා වැනි) හි නිරත වීමට කය වෙහෙසන ක්‍රීඩාවල යෙදීමට වඩා වැඩියෙන් ප්‍රිය වීම, සහ තරබාරු හෝ බර වැඩිවීම හෝ සෞඛ්‍යමත් භාවයක් අඟවන බවට දෙමාපියන් තුළ පවත්නා ආකල්ප යනාදිය නාගරික දරුවන් තුළ දැන් වැඩි වැඩියෙන් දැකිය හැකි ස්ථුලතාවයට මුල්වන හේතු අතරින් කිහිපයකි.



ශ්‍රී ලංකාවේ නාගරික ප්‍රදේශවල අහඹු ලෙස තෝරාගත් නිවෙස් 1000ක සිදුකළ මැදකය ස්ථූලතාවය පිළිබඳ මූලික සමීක්ෂණය හෙළිකළ ප්‍රවනතාවය (මැතිව් සහ කටුලන්ද ඇතුළු කණ්ඩායම)

7 වන රූ සටහන

මැදකයේ ස්ථූලතාවය

අතිරේක මේද ශරීරයෙහි ඉඟ ප්‍රදේශය වටා තැන්පත් වීම සෞඛ්‍යයට පවත්නා අවදානම ඉහළ නංවයි. ඉඟටිය මැනීමෙන් මෙය සොයා ගත හැකිය. ආසියානු පිරිමින් හට සෙ.මී. 90කද ආසියානු කාන්තාවන් හට සෙ.මී. 80කද ඉණ වට ප්‍රමාණයක් තිබීම මැද කයේ ස්ථූලතාවයක් පවතින බව පිළිගැනීමට හේතු වෙයි. ශ.ස්.ද. සාමාන්‍යයට සමීපව පැවතියද මෙම මැදකය ස්ථූලතාවය පැවතීම සැලකියයුතු සෞඛ්‍ය අවදානමක් දක්වයි.

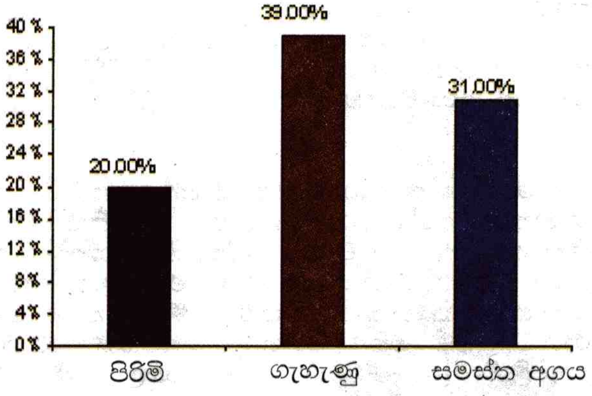
එක්සත් රාජධානියෙහි සෑම වැඩිහිටියන් පස් දෙනෙකුගෙන් දෙදෙනෙකුගේ බර වැඩිය. එය 1980 වර්ෂයෙන් පසු 3 ගුණයක වැඩිවීමක් දැක්වීමකි. ශ්‍රී ලංකාවෙහි වුව දරුවන් සහ තරුණ වයසේ අය තුළ අනතුරුදායක මට්ටමින් ස්ථූලතාවය ඉහළ යන බව පෙනේ. (7 වන රූ සටහන බලන්න) මෙම 'තරබාරු වසංගතය' සහ 'හෘදයාබාධ වසංගතය'ට මුල් හේතුව ලෙස සැලකිය හැකිය.

කොලෙස්ටරෝල්

සියළු සත්ව පටකයන්හි අත්‍යාවශ්‍ය අංගයක් ලෙස කොලෙස්ටරෝල් හැඳින්වීමට පුළුවන. ස්ටෙරොයිඩ හෝර්මෝන, ලිංගික හෝර්මෝන, විටමින් ඩී සහ පිත්ත ලවණ සෑදීම සඳහා ශරීරයට කොලෙස්ටරෝල් අවශ්‍යය. කොලෙස්ටරෝල් ජලයෙහි දිය නොවන අතර එය රුධිරය තුළ පරිවහනය වන්නේ ලිපොප්‍රොටීන ලෙසය. ප්‍රධාන වශයෙන් ලිපොප්‍රෝටීන වර්ග දෙකකි. ඉන් එකක් වන අඩු ඝනත්ව ලිපොප්‍රෝටීන කොලෙස්ටරෝල් ධමනි නාල දෙසට පරිවහනය කර ඇතිරෝමා ලෙස හැඳින්වෙන මේද කැටි ඇතිවීම ප්‍රවර්ධනය කරයි. මෙනිසා රුධිරය තුළ ඉහළ මට්ටමකින් මුළු කොලෙස්ටරෝල් සහ අඩු ඝනත්ව ලිපොප්‍රෝටීන කොලෙස්ටරෝල් පැවතීම කන්තු වාහිනී රෝග ඇතිවීමේ ඉහළ අවදානමකට හේතුවෙයි. මේ අතර අධි-ඝනත්ව ලිපොප්‍රෝටීන් (එච්.ඩී.එල්.) ලෙස හැඳින්වෙන අනෙක් ලිපොප්‍රෝටීන් කොලෙස්ටරෝල් පරිවහනය සිදු කරනුයේ ධමනිවල සිට අක්මාව දෙසටය. ඒ පරිවෘත්තිය සඳහාය. රුධිරය තුළ ඉහළ මට්ටමකින් අධි-ඝනත්ව ලිපොප්‍රෝටීන් කොලෙස්ටරෝල් පැවතීම කන්තු-වාහිනී රෝග වැළැක්වීම සඳහා ආරක්ෂාවක් සැපයීමට සමත් වෙයි.

පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණය

එකම පුද්ගලයෙකු තුළ කන්තු වාහිනී රෝග සඳහා වන අවදානම් සාධක කිහිපයක්ම පැවතීමේ ප්‍රවනතාවක් පවතියි. මෙසේ අවදානම් සාධක පොකුරක් පැවතීම පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණය ලෙස හැඳින්වෙයි. මෙය රෝගයක්ම නොවූවත් තනි අවදානමක් කෙරෙහි අවධානය යොමු කරනු වෙනුවට සියළු අවදානම් සාධක පාලනය කිරීමට පවත්නා අවශ්‍යතාවය පිළිබඳ සංකල්පයට යොමු කිරීමක් සිදු කරයි. ඉන්දියාව (32%) සහ එක්සත් ජනපදයේ (39%) ලැබෙන වාර්තාවලින් පෙනෙනුයේ සෑම තුන් දෙනෙකුගෙන් එක් අයෙකු පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණයෙන් පෙළෙන බවයි. මූලික දත්තවලින් පෙනෙනුයේ ශ්‍රී ලංකාවේ තත්ත්වයද මෙයට සමාන බවය (8 වන රූ සටහන බලන්න).



8 වන රූ සටහන

ශ්‍රී ලංකාවේ නාගරික ප්‍රදේශවල අහඹු ලෙස තෝරාගත් පවුල් 1000ක කළ සමීක්ෂණයකට අනුව නාගරික ජනගහනයෙන් 1/3 ක් පමණ පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණයෙන් පෙළෙති. (මැතිව් සහ කටුලන්ද ඇතුළු කණ්ඩායම)

මා තුළ පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණ පවතීද?

ඔබ තුළ පහත දැක්වෙන ගති ලක්ෂණ ඇත්නම් ඔබද පරිවෘත්තීය සහලක්ෂණයෙන් යුක්ත බව සහ කන්තුවාහිනී රෝග ඇතිවීමේ ඉහළ අවදානමකින් යුක්ත බව ඇඟවෙයි.

7 වන වගුව

මැදකය ස්ථූලතාවය [ඉඟ වටප්‍රමාණය] පිරිමි සෙ.මී. 90 > සහ ගැහැණු සෙ.මී. 80) >	
පහත සඳහන් කරුණු අතරින් දෙකක් පැවතීම	
• රුධිර ට්‍රයිග්ලිසරයිඩ ඉහළ මට්ටමක පැවතීම	≥ලි/මී.මෝල් 1.7 (ඩෙ.ලි.මී.ග්‍රෑ. 150)
• එච්.ඩී.එල්. (හොඳ) කොලෙස්ටරෝල් පහළ මට්ටමක පැවතීම	< ලි/මී.මෝල් 1.03 (ඩෙ.ලි.මී.ග්‍රෑ. 40) - පිරිමි < ලි/මී.මෝල් 1.29 (ඩෙ.ලි.මී.ග්‍රෑ. 50) - ගැහැණු
• රුධිර පීඩනය ඉහළ යෑම	සන්‍යස්ත ≥ රසදිය මී.මී. 130 හෝ විත්‍යස්ත ≥ රසදිය මී.මී. 85 හෝ අධි රුධිර පීඩනය ඇති බවට පෙර වෛද්‍ය නිගමනයක් තිබීම
• රුධිර සීනි ප්‍රමාණය ඉහළ යෑම	රුධිර ග්ලූකෝස් ලි/මී.මෝල් 5.6ක් /(ඩෙලි/මී.ග්‍රෑ 100) හෝ දියවැඩියාව ඇති බව පෙර වෛද්‍ය නිගමනයක් තිබීම

සෞඛ්‍යයට හිතකර ජීවන රටාවක් මගින් බෝනොවන රෝග වැළැක්වීම

සෞඛ්‍යය යනු රෝග තත්ත්වයකින් තොරව ජීවත් වීම පමණක්ම නොවේ. සෞඛ්‍යය යන්න තුළට කායික, මානසික, සමාජයීය සහ අධ්‍යාත්මික යහ පැවැත්ම ඇතුළත් වෙයි. සෞඛ්‍යමත්ව ජීවත්වීම අවධානය කරනුයේ සෞඛ්‍යයට හිතකර ආහාර ගැනීම සහ කය වෙහෙසන ක්‍රියාකාරකම්වල යෙදීම කෙරෙහි පමණක් නොවේ. දන්ත සෞඛ්‍යය, සේවා ස්ථානයේදී ආරක්ෂාව ලැබීම, ප්‍රජනක සෞඛ්‍යය සහ ලිංගික සෞඛ්‍යයේ සිට මනස සහ කය අතර සිදුවන අන්තර් ක්‍රියාකාරකම් ආදී තවත් බොහෝ පරාසයන් කරා විහිදන අංග ගණනාවක් එයට ඇතුළත් වෙයි.

ලෝකයේ රටවල් බොහෝමයකදී පුද්ගලයන් සිය දහස් ගණනක් සම්බන්ධ කරගෙන සිදුකළ ශාස්ත්‍රීය පරීක්ෂණ මගින් දුම්පානයෙන් වැළකී සිටීම, සෞඛ්‍යයට හිතකර ආහාර වේලක් ගැනීම, ශරීරයේ බර පාලනය, කායික වෙහෙස ඇතිකරන ක්‍රියාකාරකම්වල යෙදීම, කන්තු-වාහිනී රෝග වැළැක්වීමෙහිලා මහඟු දායකත්වයක් දක්වන බව පැහැදිලි වී ඇත. අවදානම් සාධක පහළ හෙලීම සඳහා වන පියවර අධි අවදානම් සහිත පුද්ගලයන් වෙත මෙන්ම සමස්ත ප්‍රජාව වෙතටද යොමු කර ඇත.

කන්තු-වාහිනී රෝග වැළැක්වීමට

කන්තුවාහිනී රෝග ඇතිවීම වැළැක්වීම සඳහා සමස්ත ජනගහනය විසින් සපුරා ගත යුතු ඉලක්ක මෙසේය.

දුම්පානය: අධ්‍යාපනය ලබාදීම, නීතිරීති පැනවීම හා බදු අයකිරීම් ආදි ක්‍රියාකාරකම් තුළින් ප්‍රජාව තුළ දුම්පානය අඩු කිරීම

සංතෘප්ත මේද සහ ට්‍රාන්ස්-මේද: අපට අවශ්‍ය ශක්ති ප්‍රමාණයෙන් සංතෘප්ත මේදවලින් ලැබිය යුත්තේ 10%කට අඩු ප්‍රමාණයකි. ට්‍රාන්ස්-මේදවලින් 2%කට අඩුවෙනි. සංතෘප්ත මේද (උදා: සත්ත්ව මේද සහ කිරි ආහාර මේද) සහ ට්‍රාන්ස්-මේද (උදා: බැදපු අලපෙති වැනි පෙර සකස් කළ ආහාර) කොලෙස්ටරෝල් මට්ටම ඉහළ නංවන අතර කන්තු-වාහිනී රෝග අවදානම සැලකිය යුතු තරමින් ඉහළ නැංවීමට සමත් වෙති. ජනගහනය තුළ රුධිර කොලෙස්ටරෝල් ඉහළ මට්ටමක පැවතීම කන්තුවාහිනී රෝග ඇතිවීම සඳහා පවතින, දුම්පානය කිරීමේ සහ අධි රුධිර පීඩනය පැවතීමේ අවදානම තවත් ඉහළ නැංවීමට හේතුවෙයි. සංතෘප්ත මේද හා ට්‍රාන්ස්-මේද හැකි හැමවිටම බහු සංතෘප්ත මේද (උදා: ඉරිඟු තෙල් හා ඔලිව් තෙල්) මගින් ආදේශ කිරීම ගුණදායකය.

දිනපතා ආහාරයෙන් ගන්නා කොලෙස්ටරෝල් (ප්‍රධාන මූලයන් වන්නේ මස් හා මස් නිෂ්පාදන, බිත්තර කහමදය සහ කිරි හා කිරි නිෂ්පාදන) ප්‍රමාණය මිලිග්‍රෑම් 300ට අඩු මට්ටමකින් පවත්වා ගත යුතුය.

පලතුරු සහ එළවළු: දිනකට ග්‍රෑම් 400කට වඩා ගැනීම නිර්දේශ කෙරේ. පලතුරු සහ එළවළුවල හිතකර සංයෝග අති විශාල සංඛ්‍යාවක් පවතින අතර ඒවා සාමූහික ලෙස ක්‍රියා කිරීම ආරක්ෂිත බලපෑමට හේතුවන බව පෙනේ.

ලුණු: ලුණු පරිභෝජනය එක් පුද්ගලයෙකුහට දිනකට ග්‍රෑම් 6 නොඉක්මවිය යුතුය. ගනු ලබන ලුණු ප්‍රමාණය අඩු කිරීම මගින් සාමාන්‍ය රුධිර පීඩනයක් හිමි අයට මෙන්ම අධික රුධිර පීඩනයෙන් යුක්ත අයටත් රුධිර පීඩනය අඩු කර ගැනීමට සහ කන්තු වාහිනී රෝග අවදානම අඩු කර ගැනීමටත් අවස්ථාව හිමිවෙයි.

ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය: ශරීර ස්කන්ධ දර්ශකය 23 ලෙස පවත්වාගෙන යෑම. ස්ථූලතාව (තරබාරුව) සහ බර වැඩිවීම කන්තු වාහිනී රෝග සහ 2වන වර්ගයේ දියවැඩියාව සඳහා පවතින අවදානම ඉහළ යැවෙයි.

කායික ක්‍රියාකාරකම්: සතියකට දින 5ක් අඩු තරමින් දිනකට මිනිත්තු 30ක කාලයක් මධ්‍යස්ථ කායික ව්‍යායාම වල නිරතවීම අවශ්‍යය. කඩිසරව ඇවිදීම, එක තැන උඩ පනිමින් දිවීම (ජොගින්), පිහිනීම සහ බයිසිකල් පැදීම වැනි ක්‍රියාකාරකම් වඩා සුදුසු බව මෙහිදී නිර්දේශ කෙරේ.

සාරාංශ වශයෙන් ගත් කළ දියවැඩියාව සහ කන්තු-වාහිනී රෝග සංඛ්‍යාවේ ඉහළ යාමක් ලෝකය පුරා දැකිය හැකිය. අප රට තුළ පවා මෙම රෝග මරණ සිදුවීම කෙරෙහි ප්‍රධාන වශයෙන් බලපායි. සංවර්ධිත රටවලට මුහුණ දීමට ඇත්තේ බෝ නොවන රෝග අභියෝගයට පමණක් වුවත් අපගේ වැනි සංවර්ධනය වෙමින් පවතින රටවලට බෝවන රෝග (උදා: ඩෙංගු) සහ බෝ නොවන රෝග යන අභියෝග දෙකටම එකවර මුහුණ දීමට සිදුව තිබේ. සෞඛ්‍යයට හිතකර කරවන රටාවක් සහ මනාව සැලසුම් කළ ක්‍රමෝපායයන් ජනතාව අනුගමනය කිරීම තුළින් බොහෝ බෝ නොවන රෝග වැළැක්වීමට හැකි බව අවධාරණය කළ යුතුය.

කොළඹ වෛද්‍ය පීඨයේ කායික වෛද්‍ය පිළිබඳ මහාචාර්ය

විශේෂඥ වෛද්‍ය ශ්‍යාමි ප්‍රනාන්දු