

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK

## DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

DR. MARIANA BUKLI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

## DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA

NDIKIMI I FAKTORËVE SOCIO-EKONOMIKË NË GJENDJEN E  
USHQYERJES TË FËMIJËVE NËN 5 VJEÇ

MBROHET MË DATË 02/07/2014 PARA JURISË

1. Prof. Eduard Kakarriqi
2. Prof. Genc Burazeri
3. Prof. Llukan Rrumbullaku
4. Prof. Polikron Pulluqi
5. Prof. Suela Këlliçi

KRYETAR  
ANËTAR (OPONENT)  
ANËTAR (OPONENT)  
ANËTAR  
ANËTAR

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Enver Roshi



## Përmbajtja

|                                                                                           |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Parathënie.....                                                                           | V      |
| Falenderime.....                                                                          | VII    |
| Lista e Akronimeve.....                                                                   | VIII   |
| 1. Hyrje .....                                                                            | IX     |
| 1.1. Çfarë është kequshqyerja? Si shkaktohet? .....                                       | IX     |
| 1.2. Analizë e kornizave konceptuale dhe modeleve të shkakësisë së kequshqyerjes.....     | XI     |
| 1.3. Koncepte të gabuara që lidhen me kequshqyerjen/rite që lidhen me kequshqyerjen ..... | XVII   |
| 1.4. Qasja e ciklit të jetës.....                                                         | XVIII  |
| 1.5. Lidhja ndërmjet varfërisë, kequshqyerjes dhe rritjes ekonomike .....                 | XIX    |
| 1.6. Cilat janë pasojat? Evolucioni i evidencës që tregon pasojat e kequshqyerjes .....   | XX     |
| 1.6.1. Kequshqyerja dhe infeksionet (pasojat afatshkurtra).....                           | XX     |
| 1.6.2. Kequshqyerja dhe zhvillimi .....                                                   | XXI    |
| 1.6.3. Pasojat afatgjata .....                                                            | XXV    |
| 1.6.4. Pasojat ekonomike .....                                                            | XXVI   |
| 1.7. Monitorimi i gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve .....                                | XXIX   |
| 1.8. Cila është situata në botë dhe cilat janë tendencat? .....                           | XXX    |
| 1.9. Si është situata në Shqipëri dhe cilat janë tendencat? .....                         | XXXIII |
| 1.9.1. Studime të kryera para vitit 2000.....                                             | XXXVII |
| 1.9.2. Studime pas vitit 2000 bazuar në popullatë .....                                   | XXXVII |
| 1.9.3. Deficite në mikronutrientë - Anemia .....                                          | XXXIX  |
| 1.9.4. Si krahasohet Shqipëria me vendet e tjera ? .....                                  | XL     |
| 1.9.5. Evolucioni i praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël .....    | XLIV   |
| 1.9.6. Gjendja e sigurimit të ushqimit në nivel familjeje.....                            | XLVI   |
| 1.10. Ndërhyrjet për reduktimin e kequshqyerjes.....                                      | XLVII  |
| 1.10.1. Rekomandimet globale.....                                                         | XLVII  |
| 1.10.2. Panorama e ndërhyrjeve në Shqipëri.....                                           | LI     |
| 2. Qëllimi dhe objektivat e Studimit .....                                                | 1      |
| 2.1. Qëllimi i studimit .....                                                             | 1      |
| 2.2. Objektivat e studimit .....                                                          | 1      |

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3. Hipotezat e studimit .....                                                                | 2  |
| 3. Metodologjia .....                                                                          | 3  |
| 3.1. Popullata në studim .....                                                                 | 3  |
| 3.2. Mbledhja e të dhënave.....                                                                | 5  |
| 3.3. Analiza statistikore .....                                                                | 9  |
| 4. Rezultatet .....                                                                            | 12 |
| 4.1. Rezultate të analizës krahasuese të të dhënave të gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve..... | 12 |
| 4.2. Analiza dytësore e të dhënave të studimit demografik shëndetësor viti 2008-9.....         | 23 |
| 4.3. Të dhënat e analizës shumëvariabël.....                                                   | 31 |
| 5. Diskutimi.....                                                                              | 43 |
| 5.1. Përmbledhje e gjetjeve kryesore të studimit .....                                         | 43 |
| 5.2. Krahasimi i rezultateve me raportimet e literaturës .....                                 | 46 |
| 5.3. Problemet e përbashkëta për fëmijët e kequshqyer .....                                    | 51 |
| 6. Përfundime .....                                                                            | 57 |
| 7. Rekomandime .....                                                                           | 58 |
| 8. Bibliografia .....                                                                          | 59 |
| Abstract .....                                                                                 | 1  |

## Parathënie

*Nënushqyerja dhe mbiushqyerja e grave dhe fëmijëve janë problem global me pasoja serioze për mbijetesën e fëmijëve, zhvillimin e shëndetshëm, dhe zhvillimin e kapitalit njerëzor dhe ekonomik të një shoqërie.*

*Literatura botërore e mbështet gjerësisht faktin se nënushqyerja është një përcaktues i rëndësishëm i shëndetit të nënës dhe fëmijës me pasoja të drejtpërdrejta në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë. Sipas OBSH, UNICEF, Bankës Botërore, sot në botë 101 milionë fëmijë nën 5 vjeç janë nënesh dhe 165 milionë me prapambetje në rritje. Kequshqyerja është përgjegjëse për rreth 1/3 e vdekjeve të fëmijëve çdo vit në shkallë globale. Nënushqyerja është më shumë se pasiguri ushqimore, ajo ekziston edhe në komunitete me ushqim të siguruar, dhe mund të shkaktohet nga episode të shpeshta të sëmundjeve infektive, niveli i pamjaftueshëm i njohurive për ushqyerjen e fëmijëve, praktika jo të përshtatshme të përkujdesjes në nivel familje dhe mungesë aksesit në shërbimet shëndetësore dhe të mbrojtjes sociale.*

*Kequshqyerja përfshin nënushqyerjen, mbiushqyerjen dhe deficitet në vitamina dhe minerale. Manifestime të nënushqyerjes janë stunting apo prapambetje në rritje, dobësia apo wasting, dhe nënpesha, ndërsa mbiushqyerja përfshin mbipeshën dhe obezitetin.*

*Tashmë është krijuar një bazë e gjerë shkencore që mbështet gjetjet mbi pasojat afatshkurtër dhe afatgjatë të kequshqyerjes në shëndetin dhe zhvillimin e fëmijëve.*

*Fëmijët që janë të nënushqyer para moshës 2 vjeç, mund të vuajnë dëme fizike dhe konjitive të parikthyeshme. Pasojat vazhdojnë dhe në moshën e të rriturit duke rezultuar në produktivitet të ulur, dhe prapambetje në zhvillimin social për komunitetet më të prekura, dhe më pas i kalohen brezit tjetër kur vajzat dhe gratë e nënushqyerë lindin fëmijët e tyre*

*Megjithëse rritja ekonomike e vendit ka kontribuar në përmirësimin e gjendjes së sigurimit të ushqimit në nivel familje dhe në përmirësime të përgjithshme të gjendjes shëndetësore të popullatës, kequshqyerja vazhdon të mbetet problem i shëndetit publik në Shqipëri. Shkaqet, ashtu si në vende të tjera përfshijnë një kombimin të kushteve social ekonomike, praktikave të papërshtatshme të ushqyerjes dhe kudjesit për fëmijët në nivel familje dhe akses të pamjaftueshëm ndaj shërbimeve shëndetësore cilësore.*

*Bazuar në natyrën shumëfaktorëse të shkaqeve të kequshqyerjes, duhet ofruar një paketë e integruar ndërhyrjesh multi sektoriale për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes, duke përfshirë sektorët e shëndetësisë, bujqësisë, mbrojtjes sociale dhe arsimit.*

*Ky punim analizon lidhjet midis karakteristikave social-ekonomike dhe treguesve të kequshqyerjes së fëmijëve të moshës 0-59 muajsh në Shqipëri, me qëllim përmirësimin e ndërhyrjeve të synuara dhe për të monitoruar dhe vlerësuar arritjet drejt objektivave të zhvillimit të mijëvjeçarit.*

*Rezultatet e këtij punimi pritet të ndihmojnë politikbërësit dhe personelin shëndetësor në identifikimin e grupeve më të rrezikuara të popullatës dhe hartimin e politikave parandaluese.*



## Falenderime

Mirënjohje dhe falënderim të vecantë për udhëheqësin shkencor Prof.Dr. Enver Roshi, për kohën, përkushtimin profesional, motivimin, këshillimin, dhe mbështetjen për realizimin e këtij punimi.

Një falënderim i vecantë shkon edhe për Prof.Dr. Genc Burazeri i cili më ka ndihmuar me sugjerimet dhe rekomandimet e tij.

Gjithashtu deshiroj të falënderoj Ruzhdie Bici dhe Nurie Caushi nga INSTAT për ndihmën në realizimin e përpunimit statistikor.

Një falënderim shkon edhe për Trevor Croft nga MACRO Intl për mbështetjen e paçmuar teknike në procesin e planifikimit dhe zbatimit të SDSHSH 2008-9 dhe përgatitjen e analizave sekondare mbi këtë bazë të dhënash.

## Lista e Akronimeve

BFHI- baby friendly hospital initiative  
CSPro- census and survey processing systems  
DALY-disability adjusted life year- vite të jetës të përshtatur për paaftesinë  
DHS- Demographic and health survey  
DS- deviacion standart  
GNI – gross national income- e ardhura kombëtare bruto  
Hb- hemoglobina  
IMT- indeksi i masës trupore  
INSTAT- Instituti i Statistikës  
ISHP- Instituti i Shëndetit Publik  
LSMS – living standards measurement survey  
MICS- multiple indicator cluster survey  
MISF- Menaxhimi i integruar i sëmundjeve të fëmijërisë  
NCD- non communicable diseases- sëmundje të patransmetueshme  
NCHS – National Center for Health Statistics  
OBSh- Organizata Botërore e Shëndetësisë  
OZHM-objektivat e zhvillimit të mijëvjeçarit  
PBB- produkti i brendshëm bruto  
PDA- personal digital assistant- ndihmës personal dixhital  
PSU – primary sampling unit-njësitë primare të kampionimit  
REACH – renewed efforts against child hunger  
SDSHSH- Studimi demografik shëndetësor shqiptar  
SPSS – statistical packages for social systems  
SUN- scaling up nutrition  
TFR – total fertility rate – niveli total i lindshmërisë  
UFF- ushqyerja e foshnjave dhe fëmijëve  
UNICEF- Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët

## 1. Hyrje

### 1.1. Çfarë është kequshqyerja? Si shkaktohet?

Nënushqyerja dhe mbiushqyerja e grave dhe fëmijëve janë problem global me pasoja serioze për mbijetesën e fëmijëve, zhvillimin e shëndetshëm, dhe zhvillimin ekonomik të një shoqërie. Shumë vende po përballen me të ashtuquajturën barrë të dyfishtë të kequshqyerjes, që shprehet me vazhdimin e pranisë së prapambetjes në rritje dhe deficiteve në mikronutrientë, bashkë me obezitetin.

Literatura botërore e mbështet gjerësisht faktin se nënushqyerja është një determinant i rëndësishëm i shëndetit të nënës dhe fëmijës, me pasoja të drejtpërdrejta në sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë. (1,2,3) Kequshqyerja është përgjegjëse për rreth 1/3 e vdekjeve të fëmijëve çdo vit në shkallë globale. Nënushqyerja është më shumë se pasiguri ushqimore. Ajo ekziston edhe në komunitete me ushqim të siguar, dhe mund të shkaktohet nga episode të shpeshta të sëmundjeve infektive, niveli i pamjaftueshëm i njohurive për ushqyerjen e fëmijëve, praktika jo të përshtatshme të përkujdesjes në nivel familjeje, dhe mungesë aksesit në shërbimet shëndetësore dhe të mbrojtjes sociale. Kequshqyerja vazhdon të jetë gjerësisht prevalente si në vendet në zhvillim, ashtu dhe ato të industrializuara. (4,5)

Nënushqyerja pengon zhvillimin socio- ekonomik të një vendi dhe minon përpjekjet për reduktimin e varfërisë. Gjendja adekuatë e ushqyerjes, shëndetit dhe gjendjes fizike të nënës janë thelbësore në parandalimin e kequshqyerjes së fëmijëve. Gjendja jo e mirë e ushqyerjes së nënës ndikon negativisht në zhvillimin e fetusit, dhe kontribuon në peshën e ulët në lindje, prapambetje në rritje, dhe forma të tjera të nënushqyerjes. (5)

Deficitet në vitamina dhe minerale janë formë e kequshqyerjes. Anemia, një ndër deficitet në mikroelemente më të përhapura në Shqipëri, është një problem i rëndësishëm i shëndetit publik ,që prek njerëzit në vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim. Pjesa më e madhe e anemive mendohet se shkaktohet nga mungesat në dietë. 50% e anemisë është rezultat i mungesës së hekurit, për arsye të konsumit të pamjaftueshëm të ushqimeve të pasura në hekur si produktet shtazore dhe bishtajoret, dhe pjesa që mbetet shkaktohet nga deficite të tjera si mungesa e vitaminës A, B12, folateve, dhe gjendjeve shëndetësore që ndërveprojnë negativisht me rezervat e hekurit si malaria, HIV, sëmundjet infektive, talasemia, dhe anemi të tjera kongjenitale.

Kulmi i prevalencës së anemisë nga mungesa e hekurit tek fëmijët e vegjël është rreth moshës 18 muajsh , më pas kjo prevalencë bie me reduktimin e nevojave për hekur dhe me shtimin e marrjes së hekurit nëpërmjet ushqyerjes plotësuese. Kequshqyerja në mikroelemente përfshirë mungesën e hekurit, mund të prekë të gjithë grupet e popullsisë, por në mënyrë të veçantë fëmijët e vegjël dhe gratë në moshën riprodhuese, të cilët janë më në risk për preken nga kjo lloj kequshqyerje. (7)

Siç tregohet në figurën më poshtë, kequshqyerja përfshin nënushqyerjen, mbiushqyerjen dhe deficitet në vitamina dhe minerale. Gjendja e nënushqyerjes së fëmijëve matet nëpërmjet treguesve gjatësi për moshë, peshë për gjatësi, peshë për moshë dhe Indeksi i Masës Trupre (IMT). Manifestime të nënushqyerjes janë stunting apo prapambetje në rritje, dobësi apo wasting, dhe nënpeshë, ndërsa mbiushqyerja përfshin mbipeshën dhe obezitetin.

## Types of malnutrition

### Undernutrition

Indicators: height/age, weight/height, weight/age

Stunting: low length or height-for-age

Wasting: low weight-for-height

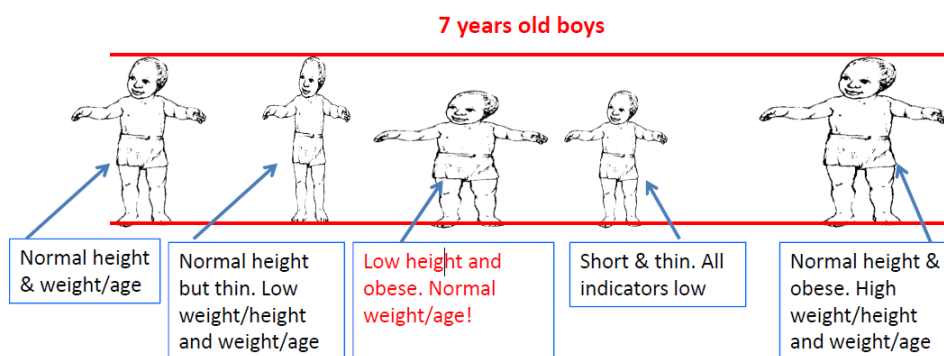
Underweight: low weight-for-age

### Overnutrition

Overweight, Obese: high BMI, high weight/height

### Micronutrient deficiencies

Iodine, iron, vitamin A, Zinc, others



Nënushqyerja tek foshnjat dhe fëmijët e vegjël është një determinant kyç jo vetëm për vdekshmërinë foshnjore dhe fëmijore, por edhe për paaftësitë fizike dhe mendore permanente në moshë shumë të vogla. Ajo, përveç problemeve të lidhura me mbijetesën dhe zhvillimin e fëmijëve, shkakton probleme më vonë në moshën e adultit përfshirë produktivitetin e ulët në punë, sëmundshmëri të shtuar, barrë ekonomike në nivel kombëtar, dhe ndikim negativ në rritjen ekonomike. (8,9,10)

Kur një fëmijë nuk merr sasi të mjaftueshme ushqimi në varësi të nevojave dhe/ose është i sëmurë, pesha e tij trupore do të reduktohet përkohësisht. Pesha e ulët në krahasim me gjatësinë konsiderohet si kequshqyerje e përkohshme ose ëasting. Nëse situata që e shkakton këtë riparohet, procesi i rritjes së fëmijës do të rifillojë. Por nëse episodet e mungesave në ushqim apo semundeje do të përsëriten shpesh dhe me periudha të gjata, rezultati do të jetë prapambetje në rritje. Kjo gjendje përkufizohet si stunting dhe përfaqëson kequshqyerje kronike. Stunting është një adaptim biologjik ndaj ushqimit të pamjaftueshëm dhe episodeve të sëmundjes, apo të dyjave gjatë viteve të para të jetës së fëmijës. Stunting është një rezultat kumulativ i ushqimit të pamjaftueshëm, sëmundjeve të zgjatura ose të dyja bashkë. Wasting dhe stunting masin gjëra të ndryshme; ndërsa pesha trupore mund të variojë në përgjigje të ndryshimeve të motit ose disponibilitetit të ushqimit, gjatësia ka më shumë fuqi të tregojë deprivim/mungesa kronike. Nënpesha është një indikator më kompleks dhe mund të lidhet me ëasting ose stunting. Ndërkohë që pasojat e kequshqyerjes nuk

kufizohen vetëm në moshën e fëmijërisë, sipas Eveleth & Tanner “Shëndeti i një popullate reflektohet më së miri në ritmet e rritjes së fëmijëve të tij”. (11)

Megjithëse është pranuar prej kohësh që infeksionet mund të shkaktojnë prapambetje në rritjen lineare të fëmijës, kohët e fundit shihet një interes i madh edhe në rolin e kushteve/rrethanave subklinike që mund të pengojnë rritjen. Rrethana subklinike si enteropatia mjedisore, inflamacioni dhe reagime të tjera fiziologjike si pasojë e agresioneve mjedisore ( përfshirë mykotoksinat dhe ndotjen e mjedisit të brendshëm të shtëpisë) ka të ngjarë të jenë shumë më të shpeshta sesa infeksionet klinikisht të dukshme, dhe kështu ka mundeësi të jenë përgjegjëse për një pjesë të madhe të rasteve me prapambetje në rritje. (12,13,14,15)

Banka Botërore në vitin 2006 (16) nënvizonte rëndësinë e ndërhyrjeve për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes, nisur nga përfitimet e mëdha ekonomike nga investimet për ushqyerjen, ndikimin e madh që ka gjendja e ushqyerjes në rritjen ekonomike të një vendi, si dhe ndikimin në reduktimin e varfërisë.

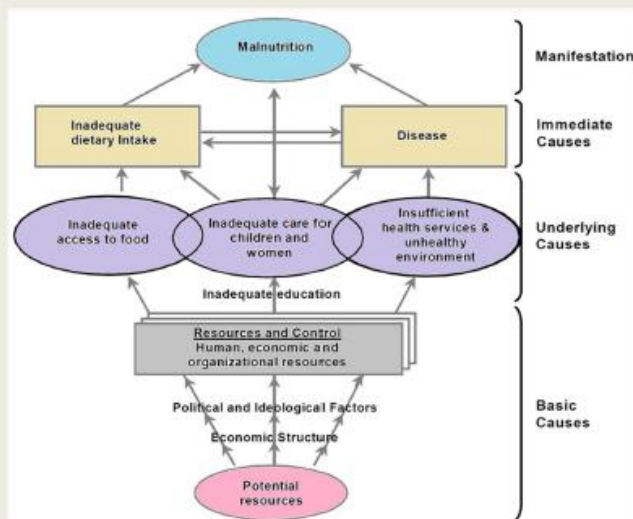
Përtej vlerës së pallogaritshme humane që ka përmirësimi i gjendjes së ushqyerjes, ekonomistët kanë përlllogaritur humbjet ekonomike si pasojë e kequshqyerjes në 2-3 % të PBB, dhe përfitimet ekonomike nga ndërhyrjet parandaluese. Një panel me ekonomistë nobelistë që mbledhet rregullisht për të analizuar sfidat globale të zhvillimit, pasojat ekonomike dhe prioritetet e ndërhyrjeve vëren se, raporti i kostopërfitimeve në rastin e nutricionit varion nga 5-20 sipas tipit të ndërhyrjes. (17) Në Shqipëri raporti i kostopërfitimeve për parandalimin e kequshqyerjes bazuar në një studim të vitit 2010, është 4. (17)

Organizmat ndërkombëtare kanë shqyrtuar herë pas here problemin e kequshqyerjes së fëmijëve dhe së fundmi, në Maj të vitit 2012 Organizata Botërore e Shëndetësisë adoptoi një rezolutë për ushqyerjen e nënave, foshnjave dhe fëmijëve të vegjël. Një nga synimet ishte reduktimi me 40%, në vitin 2015 i fëmijëve nën 5 vjeç me prapambetje në rritje. Kjo tregon rëndësinë që po i kushtohet në rang global reduktimit të kequshqyerjes dhe vendosjes së synimeve mjaft ambicioze, të cilat do të kërkojnë ndërhyrje shumë intensive dhe të koordinuara në mënyrë që të realizohen. (19)

## **1.2. Analizë e kornizave konceptuale dhe modeleve të shkakësisë së kequshqyerjes**

Ekspertët e fushës kanë punuar për hartimin e modeleve konceptuale, që synojnë të shpjegojnë kequshqyerjen dhe analizojnë determinantët e saj në nivele të ndryshme. Ndër më të njohurat mund të përmendim kornizën konceptuale zhvilluar nga UNICEF në fillim të viteve 90, dhe të rishikuar në raportin për ushqyerjen në vitin 2013; modelin e paraqitur nga OBSH në serinë e artikujve për ushqyerjen e nënës dhe fëmijës botuar në vitin 2013; si dhe modelet konceptuale të paraqitura nga Black et al në serinë e artikujve për ushqyerjen e nënës dhe fëmijës, botuar në revistën e mirënjohur The Lancet në vitet 2008 dhe 2013.

## The UNICEF Conceptual Framework



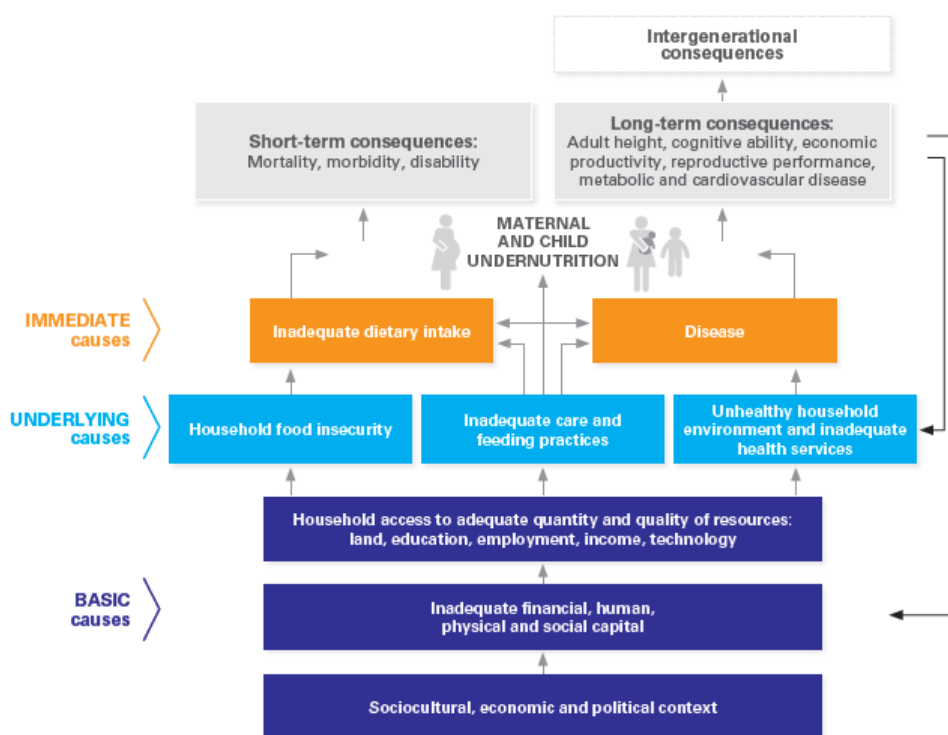
From: UNICEF. *State of the World's Children 1998*. New York: 1998

Korniza konceptuale paraqitur nga UNICEF në vitet 90, në figurën më sipër, mbetet ende e vlefshme por disa ndryshime kanë ndodhur për shkak të niveleve të reja të evidencës shkencore, dhe kuptimit më të mirë të pasojave afatshkurtra por edhe atyre afatgjata. Mbetet i pandryshuar fakti që kequshqyerja mund të bllokojë fëmijët, familjet dhe komunitetet në ciklin vicioz të transmetimit ndërbrezor të kequshqyerjes, sëmundjeve dhe varfërisë. Ka evidencë gjithnjë e më të plotë në lidhje me nevojën për të promovuar rritjen optimal të fëmijëve në 1000 ditët e para të jetës, duke filluar nga konceptimi dhe deri në dy vitet e para të jetës, në mënyrë që të evitohet risku i shtuar për sëmundje kronike më vonë në moshën e adultit.

Korniza konceptuale e UNICEF përkufizon ushqyerjen dhe reflekton shumëfaktorësinë e shkaqeve të kequshqyerjes. Në të tregohet që gjendja e ushqyerjes influencohet në mënyrë direkte nga aksesimi ndaj ushqimit, përkujdesja dhe shërbimet shëndetësore, dhe në mënyrë indirekte nga faktorë bazë që përfshijnë rrethanat sociale, politike dhe ekonomike.

Korniza e rishikuar e UNICEF paraqitur në figurën më poshtë, thekson pasojat afatgjata dhe transmetimin ndërbrezor, si dhe ndikimin reciprok në shkaqet bazë, duke mbajtur gjallë ciklin vicioz të kequshqyerjes në breza. (5)

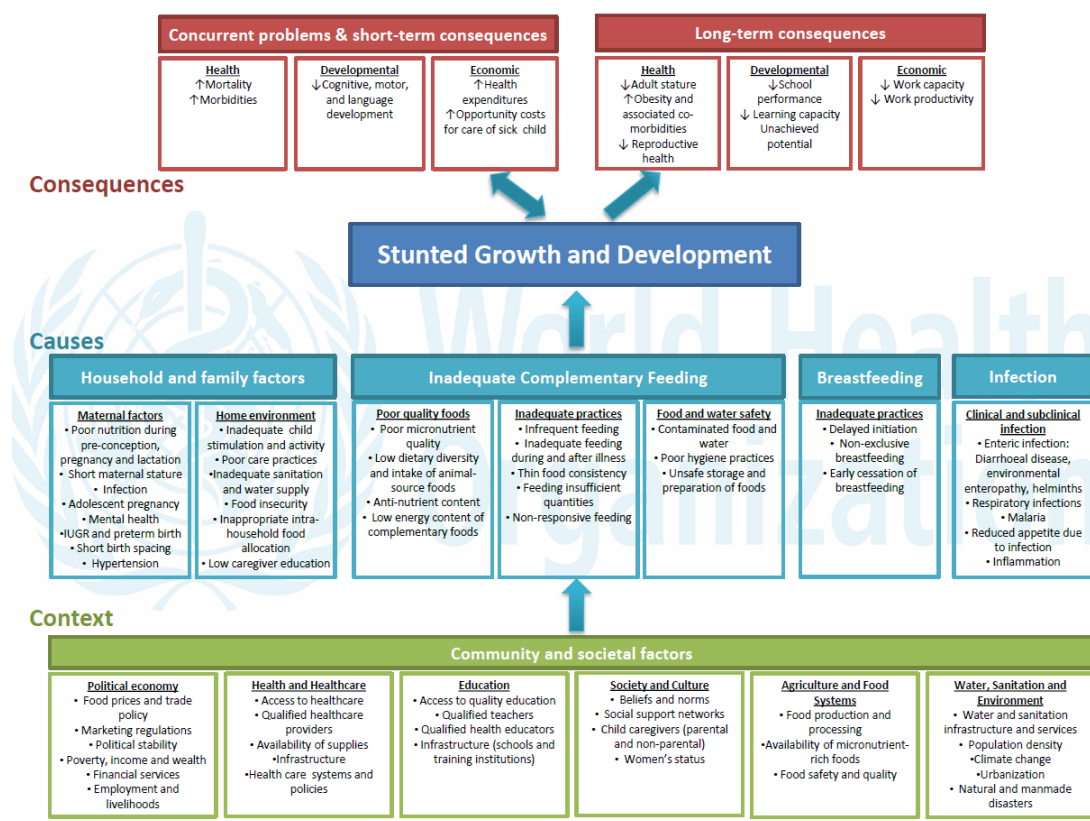
**FIGURE 1** Conceptual framework of the determinants of child undernutrition



The black arrows show that the consequences of undernutrition can feed back to the underlying and basic causes of undernutrition, perpetuating the cycle of undernutrition, poverty and inequities.

Source: Adapted from UNICEF, 1990.

Korniza konceptuale e OBSH për prapambetjen në rritje bazohet në kornizën e krijuar nga UNICEF në vitet 90. Në adaptimin aktual të kornizës së paraqitur nga Stewart, (20) prapambetja në rritje dhe zhvillimi janë grupuar në qender të modelit në njohje të faktit që ato ndajnë të njëjtat shkaqe dhe ndodhin në një periudhë shumë sensitive, që është në 24 muajt e parë të jetës së fëmijës. Strategjitë që promovojnë dhe mbrojnë rritjen e shëndetshme mund të çojnë në përfitime për rritjen dhe zhvillimin fizik, mendor, socio-emocional dhe intelektual të fëmijës. Ky model tregon determinantët e dietës, sjelljes dhe shëndetit për një ushqyerje, rritje dhe zhvillim optimal, si dhe mënyrën sesi ato ndikohen nga faktorët bazë si sigurimi i ushqimit, përkujdesja dhe kushtet e mjedisit, të cilat nga ana tjetër ndikohen nga kushtet ekonomike dhe sociale, konteksti kombëtar dhe global, burimet e disponueshme dhe mënyra e qeverisjes.



Të dy kornizat nga UNICEF dhe OBSH, theksojnë shkaqet multisektoriale të kequshqyrjes ( përfshirë pasigurinë ushqimore, shëndetësinë, sjelljen dhe qëndrimet në familje, si dhe rolin dhe statusin e grave) dhe nevojën për veprim në të gjitha nivelet, nga ai kombëtar deri në komunitet dhe nivel familjeje.

Adaptimet të tjera të kësaj kornize kanë pasuar sidomos ato të paraqitura në seritë e revistës së mirënjohur Lancet për ushqyerjen në vitet 2008 dhe 2013. (10,21)

Në modelet e paraqitura në LANCET 2013 analizohet sesi mund të modifikohen këta determinantë për të mbështetur rritjen dhe zhvillimin optimal të fëmijëve. Ndryshimet përfshijnë ndërhyrjet specifike të lidhura me ushqyerjen, që adresojnë faktorët imediatë të rritjes nëoptimale dhe zhvillimit. Nga ana tjetër tregohet potenciali i ndryshimit të faktorëve bazë, nëpërmjet ndërhyrjeve sensitive për ushqyerjen nga sektorë të tjerë. Modeli thekson potencialin e ndërhyrjeve sensitive për ushqyerjen, që zbatohen jashtë sektorit të shëndetësisë, për të adresuar determinantët bazë të kequshqyerjes, si dhe përshkruan mënyrat e krijimit të mjedisit mbështetës për rritjen dhe zhvillimin.

Ndërsa Black et al në modelin e shkakësisë fokusohet në determinantët e ushqyerjes optimale, korniza konceptuale e rishikuar nga UNICEF në vitin 2013 thekson determinantët e kequshqyerjes. Sipas Black et al, korniza e re vë në dukje determinantët që lidhen me dietën, sjelljen, shëndetin dhe mënyrën sesi ato ndikohen nga siguri i ushqimit, përkujdesja dhe kushtet e mjedisit, që nga ana tjetër formëzohen nga kushtet ekonomike dhe sociale, konteksti global dhe kombëtar, burimet dhe mënyra e qeverisjes. Determinantët e mësipërm mund të modifikohen

nëpërmjet krijimit të një mjedisi mbështetës për të modifikuar kushtet socio-ekonomike, ndërhyrjeje multisektoriale sensitive ndaj ushqyrjes për të modifikuar faktorët bazë si sigurim ushqimi, përkujdesje, mjedis dhe ndërhyrje specifike për ushqyerjen përmes sektorit shëndetësor, për të ndikuar determinantët imediatë të rritjes dhe zhvillimit.

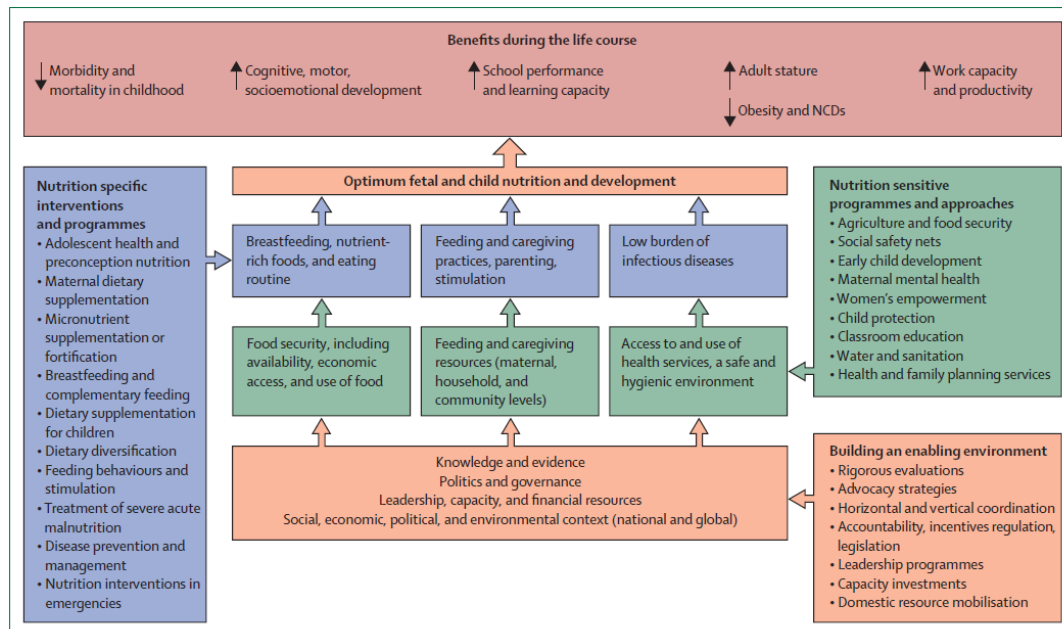
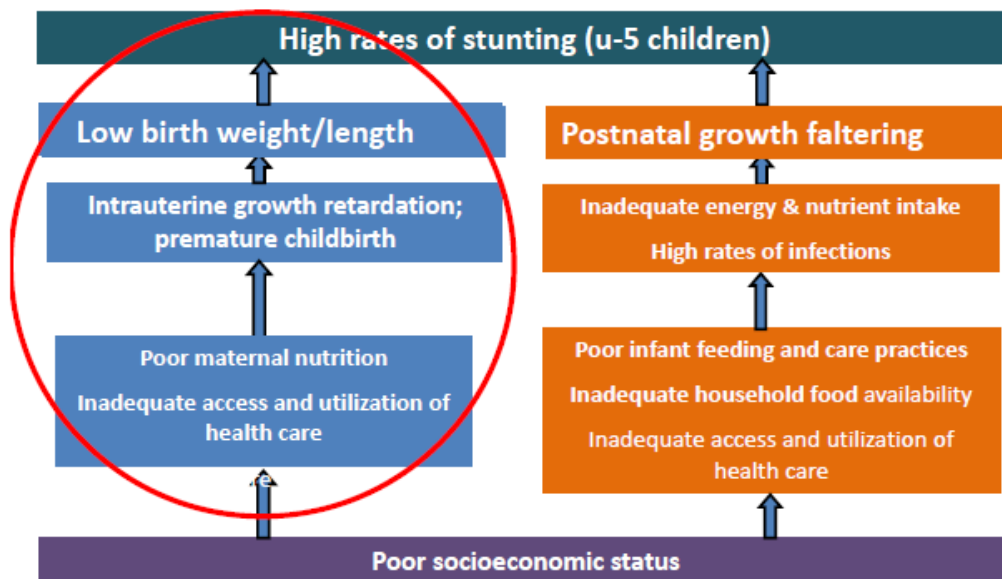


Figure 1: Framework for actions to achieve optimum fetal and child nutrition and development

www.thelancet.com Vol 382 August 3, 2013

Një tjetër kornizë konceptuale është paraqitur nga aleanca REACH, krijuar në vitin 2008 nga 4 agjensi të kombeve të bashkuara për të ndihmuar vendet me prevalencë të lartë të kequshqyerjes (<http://www.reachpartnership.org>).

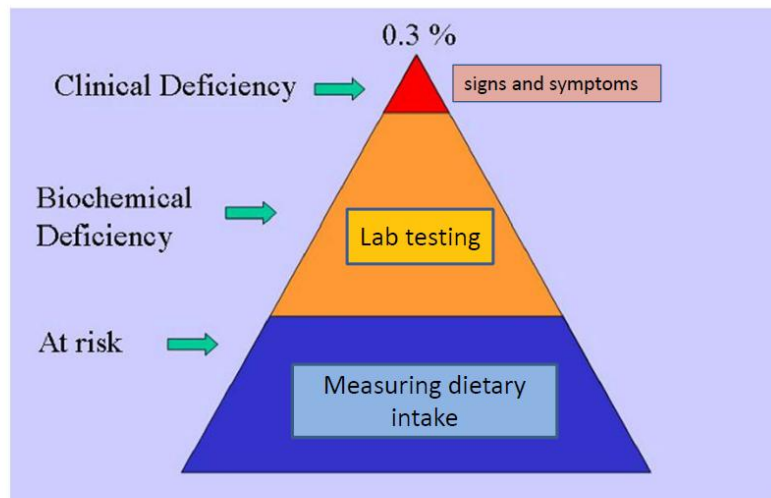
## Determinants of Stunting – A Conceptual Framework, REACH



Ushqyerja mbetet një prioritet relativisht i ulët në axhendat e zhvillimit të vendeve të ndryshme, pavarësisht provave të qarta të pasojave. Shkaqet lidhen më së shumti me faktin që duke mos kuptuar seriozitetin e situatës, politikbërësit mund të mos kuptojnë lidhjen ndërmjet përmirësimit të gjendjes së ushqyerjes dhe arritjes së objektivave ekonomike dhe sociale në shkallë kombëtare. Në shumë vende përgjegjësia për ushqyerjen është multiinstitucionale, në vende të tjera me nivele të larta të kequshqyerjes qeveritë mund të kenë dhe prioritete të tjera po aq të rëndësishme dhe që konkurojnë për burime. Përmirësimi i kequshqyerjes kërkon investim afatgjat dhe mund të mos japë rezultate të shpejta. (5)

Problemet me ushqyerjen janë relativisht të padukshme deri sa arrijnë një stad të avancuar. Siç tregohet në grafikun më poshtë, vetëm 0,3% e rasteve paraqesin shenja të deficiteve klinike dhe lehtësisht të dukshme të lidhura me kequshqyerjen.

## Population micro-nutrient deficiency pyramid



5

### 1.3. Koncepte të gabuara që lidhen me kequshqyerjen/mite që lidhen me kequshqyerjen

Sipas Bankës Botërore, (16) tre nga konceptet e gabuara më të përhapura në lidhje me ushqyerjen janë: 1) Kequshyerja lidhet më shumë me mungesën e ushqimit; 2) përmirësimi i gjendjes së ushqyerjes vjen automatikisht me reduktimin e varfërisë dhe përparimin ekonomik; 3) duke patur parasysh burimet e kufizuara në vendet ku haset më shumë kequshqyerja, ndërhyrje intensive dhe me bazë të gjerë nuk janë të realizueshme.

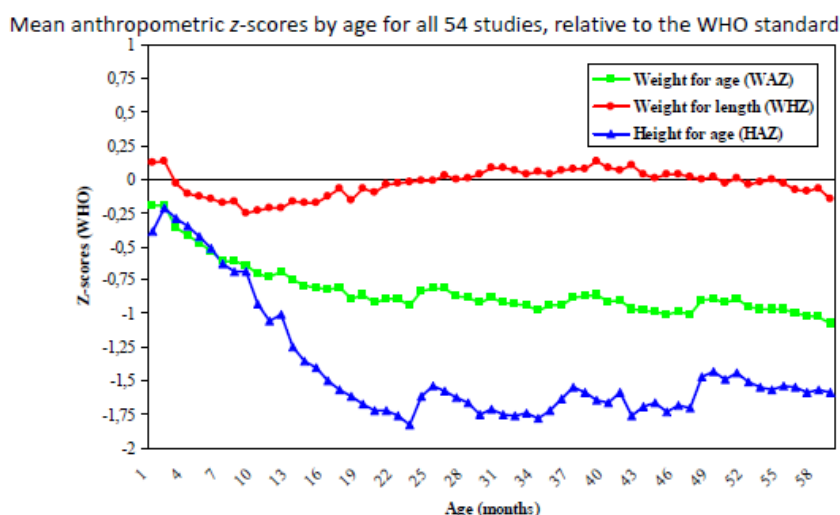
Banka Botërore në vitin 2006 dhe UNICEF në vitin 2009 shpjegojnë shkaqet për një vëmendje të pamjaftueshme ndaj problemeve që lidhen me ushqyerjen. Kequshqyerja është shpesh e padukshme deri në stadet e thella të saj, nuk është kuptuar kostoja e lartë e dëmeve nga kequshyerja, dhe përgjegjësia për gjendjen e ushqyerjes së popullatës shpërndahet në shumë institucione. Vëmendja e munguar ndaj ushqyerjes u korrigjua me themelimin e lëvizjes për zgjerimin e ndërhyrjeve për ushqyerjen SUN (Scaling Up Nutrition) në vitin 2010. Mbi 40 vende kanë aderuar në këtë lëvizje, dhe janë organizuar takime të përvitshme të nivelit të lartë në Asamblenë e Kombeve të Bashkuara në New York. Qëllimi është të rritet vëmendja e politikës ndaj problemit të kequshqyerjes, dhe të shtohet suporti ndaj këtyre vendeve në përpjekjet e tyre për reduktimin e kequshqyerjes. Me grumbullimin e evidencës gjithmonë e më të plotë, rritjen e pranimet nga komuniteti ndërkombëtar i nutricionistëve i gjetjeve kryesore të kohëve të fundit që lidhen me pasojat e kequshqyerjes dhe mundësitë reale për zgjidhjen e këtij problemi, vërehet një vëmendje më e madhe dhe zgjerim i partneritetit në shkallë globale për ushqyerjen e fëmijëve. Në mënyrë specifike përmes iniciativave globale si SUN (<http://scalingupnutrition.org>), REACH (Renewed Efforts Against Child Hunger; <http://www.reachpartnership.org>) dhe Thousand Days

(1000 Days Partnership;<http://www.thousanddays.org/>), komuniteti ndërkombëtar i ekspertëve të nutricionit kanë arritur në një axhendë të përbashkët, strategji dhe ndërhyrje për të reduktuar nënushqyerjen. Këto iniciativa globale janë ndërtuar mbi programe të mëparshme vertikale si lufta kundër deficiencave në mikroelemente, dhe promovimi i ushqyerjes me gji dhe asaj plotësuese, për të arritur në ndërhyrje më koherente dhe sinergjike. Elementete bazë të kësaj axhende të përbashkët përfshijnë fokusin në 1000 ditët e para si periudha më vulnerabël e jetës së fëmijës, fokusimin tek stunting si problem qëndror dhe indikator i zgjedhur për të zëvendësuar nënpeshën që nënvlerëson nënushqyerjen në rastet ku mbipesha ose obeziteti janë prezent, promovimi i një qasjeje të ciklit të jetës dhe fokusi në një kombinim të ndërhyrjeve specifike dhe sensitive ndaj ushqyerjes, për të adresuar bazën e gjerë të shkaqeve të kequshqyerjes, si dhe për të kombinuar ndërhyrjet në shëndetin publik me ndërhyrje nga sektorët e tjerë.

#### 1.4. Qasja e ciklit të jetës

Sipas UNICEF, (5) bazuar në qasjen e ciklit të jetës, koha më e rëndësishme për të plotësuar kërkesat e fëmijës për lëndë ushqyese është në 1000 ditët e para të jetës, duke filluar nga konceptimi dhe duke vazhduar deri në vitin e dytë. Kjo periudhë është shumë e rëndësishme për faktin që fëmija ka nevojë të shtuara për lëndë ushqyese për të mbështetur rritjen e shpejtë dhe zhvillimin, është më i prekshëm prej sëmundjeve, ka një ndjeshmëri të shtuar ndaj “programimit biologjik”, dhe është krejtësisht i varur prej të tjerëve për ushqyerjen, kujdesjen dhe ndërveprimet sociale. (22)

#### Damage done in the early period of life is irreversible Window of opportunity: pregnancy to 2 years



Source: Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions using the World Health Organization growth standards. *Pediatrics* (In press - March 2010)

Qasja e ciklit të jetës është thelbësore për të kuptuar pasojat e kequshqyerjes dhe përfitimet e ndërhyrjeve. Mbipesha dhe obeziteti tek nënat në kohën e shtatzënisë mund të shtojnë rrezikun për obezitet në fëmijëri, që vazhdon në adoleshencë dhe më pas në moshën e të rriturit, duke ushqyer ciklin vicioz të transmetimit të obezitetit ndërmjet brezave. (23) Niveli i lartë i arsimit të nënës shoqërohet me përmirësim të praktikave të kujdesjes për fëmijët lidhur me shëndetin dhe ushqyerjen dhe redukton gjasat e prapambetjes në rritje, në të njëjtën kohë aftësi më të mirë për të patur akses dhe përfituar nga ndërhyrjet dhe shërbimet që ofrohen në popullatë. Prapambetja në rritje ndodh në 1000 ditët e para pas konceptimit. Studime të randomizuara të promovimit të ushqyerjes me gji, që përfshijnë dhe matje të indikatorëve të gjendjes së ushqyerjes, nuk treguan ndonjë efekt në gjatësinë apo peshën e foshnjëve, përkundrazi ka evidencë të fortë që promovimi i praktikave të përshtatshme të ushqyerjes shtesë redukton incidencën e prapambetjes në rritje. (21)

## **1.5. Lidhja ndërmjet varfërisë, kequshqyerjes dhe rritjes ekonomike**

Lidhja ndërmjet varfërisë dhe ushqyerjes është e dyanshme. Rritja ekonomike që kontribuon në uljen e varfërisë dhe rritjen e aksesit ndaj ushqimit, mund të çojë edhe në ulje të kequshqyerjes por me ritme shumë të ngadalta. Nutricioni është një nga elementet kryesore të formimit të kapitalit njerëzor që është nga forcat shtytëse të rritjes ekonomike. Por rritja ekonomike nuk përkthehet automatikisht në rezultate më të mira dhe të barabarta për të gjithë individët, dhe gjendja e ushqyerjes së popullatës nuk varet gjithmonë nga rritja ekonomike.(5) Megjithëse adresimi i problemeve që lidhen me pabarazitë dhe varfërinë mund të rezultojë në reduktim të kequshqyerjes, reduktime rrënjësore ndodhin kur këto kombinohen me ndërhyrje të drejtpërdrejta programatike në fushën e shëndetit dhe ushqyerjes. (24)

Në procesin e analizës dhe formulimit të politikave është me rëndësi të dihet se në çfarë shkalle është rritja ekonomike, e lidhur direkt ose indirekt me përmirësimin e rezultateve të gjendjes së ushqyerjes. Kjo do të ndihmonte për të vendosur çfarë mase ndërhyrjesh direkte në fushën e shëndetit dhe nutricionit duhet të ndërmerren, përveç politikave që hartohen për të stimuluar rritjen ekonomike. Vendet me pabarazi të theksuara sociale kanë reduktim më të ngadaltë në shkallën e kequshqyerjes, për arsye se vetëm një pjesë e vogël e përfitimeve nga rritja ekonomike shkojnë tek të varfërit.

Rritja ekonomike shpesh shoqërohet me reduktim të kequshqyerjes tek fëmijët. Lidhja është sinjifikante nga ana statistikore por e një shkalle mjaft të vogël. Përveç përpjekjeve të përgjithshme për të mbështetur rritjen ekonomike, kërkohen edhe ndërhyrje shtesë që synojnë në mënyrë direkte përmirësimin e gjendjes shëndetësore dhe të ushqyerjes tek fëmijë. ( 25)

Autorë të ndryshëm, (26,27,28,29,30) diskutojnë efektet afatgjata të kequshqyerjes që lidhen me arsimin dhe ekonominë, dhe sëmundjet kronike në moshën e adultit, ndërkohë që vendet po kalojnë tranzicionet demografike, epidemiologjike dhe nutricionale.

Ka një konsensus të gjerë tashmë në lidhje me faktin që reduktimi i kequshqyerjes mund të kontribuojë në formimin e kapitalit njerëzor, mund të ndihmojë në thyerjen e ciklit vicioz të përçimit/transferimit të varfërisë ndër breza, deprivimit dhe pabarazive, dhe që ndërhyrje kostoefektive për të adresuar këtë problem tashmë ekzistojnë. (16,31,32)

## 1.6. Cilat janë pasojat? Evolucion i evidencës që tregon pasojat e kequshqyerjes

Tashmë është krijuar një bazë e gjerë shkencore që mbështet gjetjet mbi pasojat afatshkurtra dhe afatgjata të kequshqyerjes në shëndetin dhe zhvillimin e fëmijëve. (10,33,34)

Fëmijët që janë të nënushqyer para moshës 2 vjeç, mund të vuajnë dëme fizike dhe konjitive të parikthyeshme. Pasojat vazhdojnë dhe në moshën e të rriturit duke rezultuar në produktivitet të ulur, prapambetje në zhvillimin social në komunitetet më të prekura, dhe më pas i kalohen brezit tjetër kur vajzat dhe gratë e nënushqyera lindin fëmijët e tyre.

Periudha me rritje dhe zhvillim më të shpejtë në jetën e fëmijës është edhe periudha e vulnerabilitetit më të lartë. Gjendja e ushqyerjes në fëmijërinë e hershme ka një ndikim afatgjat në shëndetin dhe mirëqenien në moshën e të rriturit. Fëmijët me prapambetje në rritje para moshës 2 vjeç, janë në rrezik të shtuar për sëmundje kronike më vonë në jetë nëse, ata shtojnë shumë shpejt në peshë në moshën e fëmijërisë. (35)

### 1.6.1. Kequshqyerja dhe infeksionet (pasojat afatshkurtra)

Kequshqyerja dhe infeksionet e shpeshta ndërveprojnë midis tyre duke çuar në një “cikël vicioz”, (36,37,38) që mund të përshkruhet si një spirale e keqësimit të gjendjes së ushqyerjes dhe rritjes së ndjeshmërisë ndaj infeksioneve. Në terma afatshkurtra, infeksioni dëmton gjendjen e ushqyerjes përmes pakësimit të oreksit të fëmijës, keqësimit të absorbimit intestinal, katabolizmit të shtuar, dhe devijimit të lëndëve ushqyese në funksion të rritjes së përgjigjes imunitare. Nga ana tjetër, kequshqyerja shton rrezikun e infeksionit nëpërmjet ndikimit negativ në funksionin e barrierës epiteliale, dhe alterim të përgjigjes imunitare. (37)

Sipas **Black et al** (10) kequshqyerja e nënës dhe fëmijës është shkaku bazë për rreth 3,5 milionë vdekje, 35% të barrës së sëmundshmërisë në fëmijët nën 5 vjeç, dhe 11% të totalit të DALY-ve. (disability-adjusted life year vite të jetës së përshtatur për paaftësi) që janë një matës i barrës së përgjithshme të sëmundshmërisë shprehur në vite jetë të humbura për shkak të sëmundjes, paaftësisë apo humbjes së parakohshme të jetës. Numri global i vdekjeve dhe DALY-ve në fëmijët nën 5 vjeç atribuar stunting, wasting dhe vonës në rritje intrauterine, përbën përqindjen më të madhe nga çdo faktor risku në këtë grupmoshe. Ushqyerja nenoptimale me gjë dhe

veçanërisht ushqyerja joekskluzive me gji në 6 muajt e parë të jetës rezulton në 1,4 milionë vdekje dhe 10% të barrës së sëmundshmërisë në fëmijët nën 5 vjeç.

Pasojat e anemisë tek fëmijët, që në rreth gjysmën e rasteve i atribuohen mungesës së hekurit, përfshijnë rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, probleme me mbarëvajtjen në shkollë, prapambetje në zhvillimin konjitiv dhe apati. (39)

Prapambetja në rritje (stunting) dhe forma të tjera të nënushqyerjes janë faktorë kontribues me rëndësi të veçantë në sëmundshmërinë, paaftësinë dhe vdekshmërinë feminare. Një fëmijë që ka prapambetje të rëndë në rritje, rrezikon 4 herë më shumë të vdesë, dhe një fëmijë me wasting të rëndë është nëntë herë më shumë i rrezikuar. (10) Për disa rezultate, veçanërisht ato që lidhen me shëndetin riprodhues të grave, stunting është faktor i drejtpërdrejtë risku. Për rezultate të tjera si ndjeshmëria ndaj infeksioneve, vështirësi në shkollim, performancë e reduktuar intelektuale dhe produktivitet i ulët ekonomik, prapambetja në rritje është një faktor indirekt rreziku që ndërlidhet me procese të tjera biologjike, dhe ka të ngjarë të veprojnë në mënyrë më direkte në këtë model shkakësor. (20)

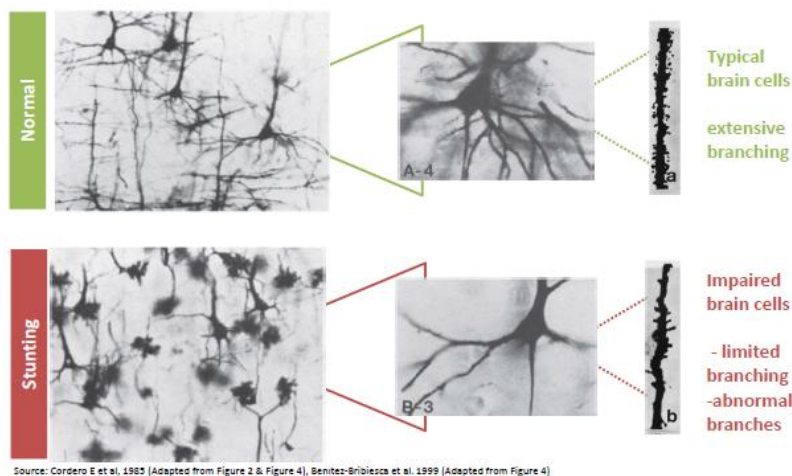
Ushqyerja suboptimale me gji lidhet me një rrezik të shtuar për vdekshmëri në periudhën neonatale, dhe më pas gjatë dy viteve të para të jetës. Kështu, në vitin 2011 rreth 11,6% e vdekjeve feminare i atribuoheshin ushqyerjes nënoptimale me gji. (21,40)

### **1.6.2. Kequshqyerja dhe zhvillimi**

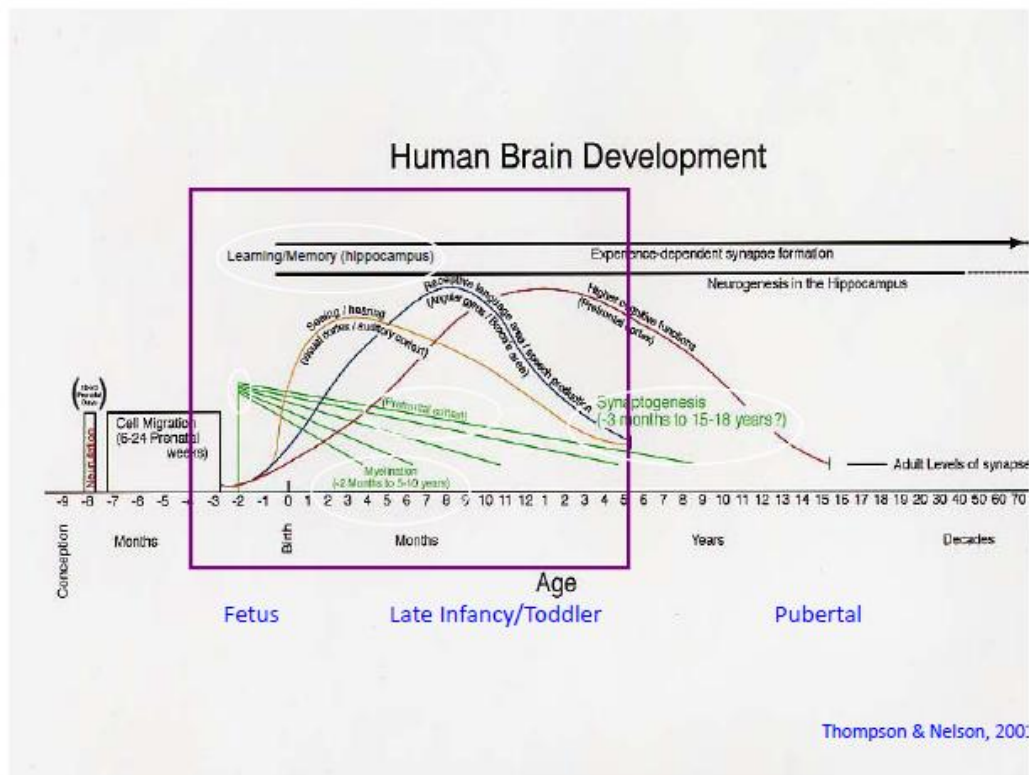
Ushqyerja ka ndikim të rëndësishëm në shëndet gjatë gjithë ciklit të jetës, dhe lidhet ngushtë me zhvillimin kognitiv dhe social veçanërisht në fëmijërinë e hershme.

Megjithëse prapambetja në rritje është përshkruar si faktor risku për zhvillimin e fëmijëve, (41) të dy gjendjet janë në fakt rezultat i deprivimeve të ngjashme të natyrës biologjike dhe psiko-sociale me pasoja afatgjata në rritjen fizike dhe kapacitetin strukturor dhe funksional të trurit. (30) Efektet e prapambetjes në rritje në zhvillimin e trurit janë përshkruar më poshtë nga Cordero dhe Bribleca, ku pamja e trurit të një fëmije me prapambetje në rritje apo stunting, paraqet më pak sinapse dhe dëmtim të qelizave të trurit në krahasim me normën.

## Effects of stunting on brain development



Pengesa në zhvillim shoqëruar me prapambetjen në rritje janë vënë re mjaft herët në jetën e fëmijës duke filluar që në moshën 7 muajsh, (42) dhe kanë persistuar në fëmijërinë e vonshme dhe në adoleshencë. (43) Mungesat nutricionalë mund të prekin neuroanatominë, neurokiminë dhe neurofiziologjinë, me ndryshime potencialisht afatgjata në formë dhe funksion, nëse deficiti ndryshon trajektoren e zhvillimit të trurit përtej një periudhe që mund të akomodojë riparim dhe rikthim në gjendjen e mëparshme. (44) Në figurën më poshtë nga Thompson dhe Nelson tregohen periudhat e zhvillimit të trurit gjatë jetës së njeriut.

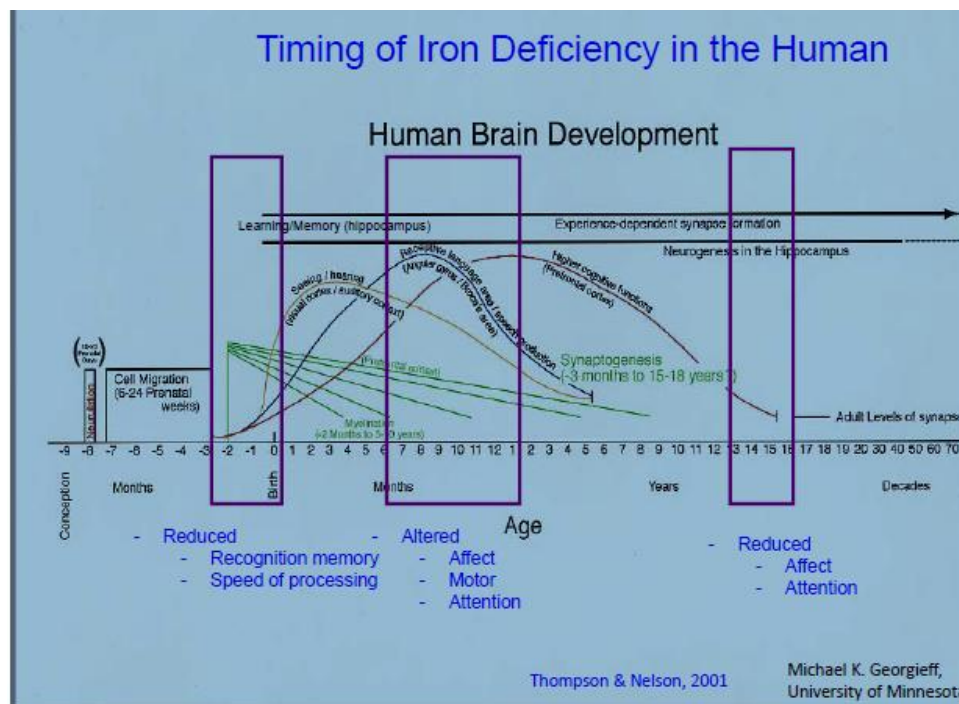
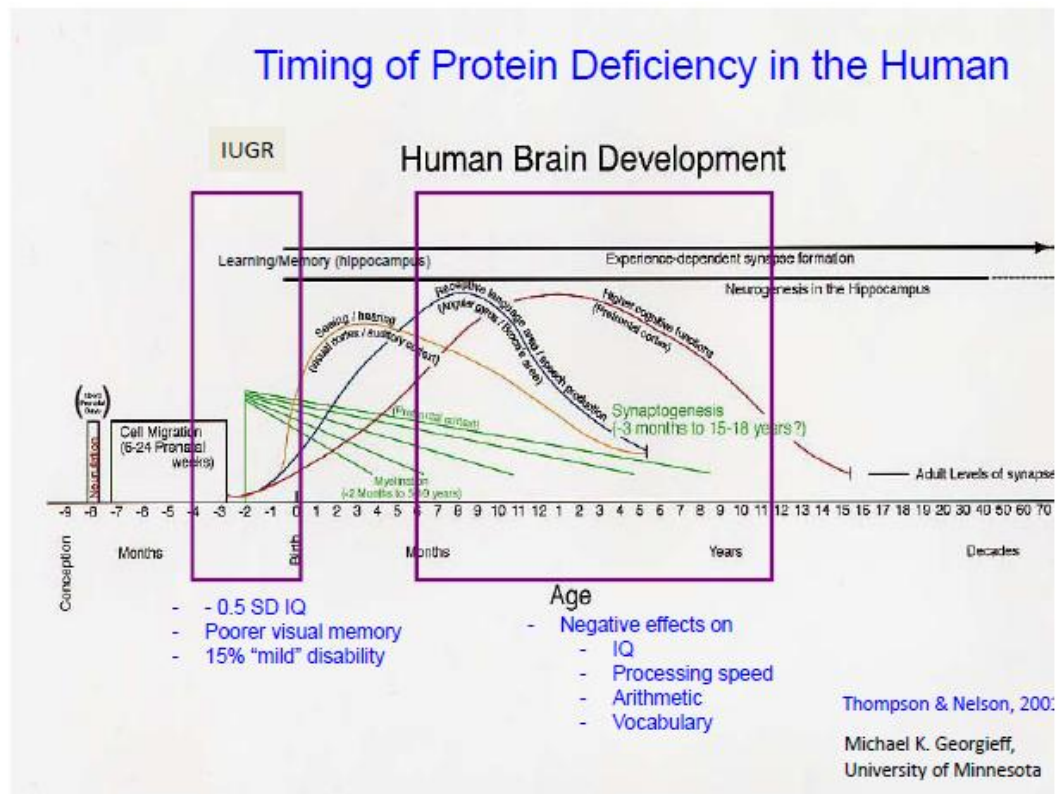


Shoqërimi i problemeve të zhvillimit të fëmijës me infeksionet dhe sëmundshmërinë e shtuar, të dyja si pasojë e kequshqyerjes, çojnë në prapambetje të zhvillimit mendor dhe psikomotor. (42,45)

Literatura (46,47) vë në dukje se, prapambetja në rritje dhe anemia nga mungesa e hekurit mund të reduktojnë koeficientin intelektual të fëmijës me respektivisht 5-11 pikë dhe 8 pikë.

Po bëhet gjithnjë e më e qartë që pasojat negative të prapambetjes në rritje dhe formave të tjera të nënushqyerjes në zhvillimin e fëmijës, ndodhin më herët dhe janë më serioze nga çfarë mendohej më parë. Zhvillimi i trurit dhe sistemit nervor të fëmijës fillon në fazat e hershme të shtatzënisë, dhe pothuajse plotësohet në moshën 2 vjeçare. Koha e ndodhjes, ashpërsia dhe kohëzgjatja e deficiencave nutricionalë gjatë kësaj periudhe prekin zhvillimin e trurit në mënyra të ndryshme, në varësi të nevojave specifike të trurit për nutrientë të caktuar në periudha të caktuara kohore.(48) Përmirësimet në gjendjen e ushqyerjes së fëmijës pas moshës 2 vjeçare, zakonisht nuk çojnë në rifitimin e potencialit të humbur.

Georgieff tregon në mënyrë grafike ndikimin e deficiencës proteinike dhe mungesës së hekurit në fazat e ndryshme të zhvillimit të trurit, dhe pasojat që shkakton kjo mungesë në çdo etapë.



Ka evidencë që anemia nga mungesa e hekurit prek zhvillimin motor tek fëmijët nën 4 vjeç, por nuk ka evidencë për ndikim në zhvillimin mendor. (21)

### 1.6.3. Pasoja afatgjata

Rritja optimal në 1000 ditët e para është e rëndësishme për parandalimin e mbipeshës. Shtimi në peshë gjatë fëmijërisë lidhet në mënyrë pozitive me indeksin e lartë të masës trupore në moshën e të rriturit. (49,50) Në mënyrë të veçantë literatura shkencore tregon që fëmijët me prapambetje në rritje në fëmijërinë e hershme, dhe që shtojnë në peshë me ritme të shpejta më vonë gjatë fëmijërisë, mund të jenë në risk të shtuar për sëmundje jo të transmetueshme (NCDs). (35)

Ndërkohë që fëmijët me prapambetje në rritje kalojnë në moshën e adultit me rrezik më të lartë për të zhvilluar mbipeshë, obezitet dhe sëmundje të tjera kronike, shtohen mundësitë për shpalosjen e një epidemie të sëmundjeve kronike, veçanërisht në vendet në tranzicion që përballen me urbanizimin e shpejtë, dhe ndryshimet në dietë dhe stilin e jetesës. Ky tranzicion epidemiologjik dhe nutricional mund të krijojë sfida të reja ekonomike dhe sociale për shumë vende me të ardhura të mesme e të pakta, ku prapambetja në rritje bashkëekziston në të njëjtën kohë me mbipeshën, dhe kjo më e shpeshtë në grupet e varfëra të popullsisë.

Mbipesha në moshën e fëmijërisë rezulton me pasoja imediate dhe afatgjata për shëndetin. Risqet imediate përfshijnë çrregullimet metabolike përfshirë vlera të rritura të kolesterolit, triglicerideve dhe diabet të tipit 2.

Mbipesha po bëhet gjithnjë e më shumë një faktor i rëndësishëm risku për obezitetin në moshën e adultit, diabetin dhe sëmundje të tjera kronike.

Vlerat në rritje të prevalencës së mbipeshës tek fëmijët, lidhen me ndryshime në dietë dhe stilin e jetës. Këto ndryshime të sjelljes ndikohen nga faktorë socialë dhe të mjedisit përfshirë ato ndërpersonale, komunitetin dhe gjithë shoqërisë. Periudhat intrauterine, foshnjëria dhe periudha parashkollore konsiderohen si periudha kyç për programimin e rregullimeve afatgjata të balancës së energjisë. (21) Individët që kanë prapambetje në rritje deri në moshën 2 vjeç, ka gjasa që kur të rriten të kenë shtat të shkurtër. Ekzistojnë disa mundësi për kapërcimin e prapambetjes në rritje gjatë fëmijërisë, qoftë nëpërmjet përmirësimit të ushqyerjes apo një vonese në maturimin skeletik dhe pikun e rritjes pubertale që mund të çojnë në zgjatje të periudhës së rritjes në gjatësi. (51,52) Duke përdorur të dhëna nga 5 kohorta fëmijësh nga Brazili, Guatemala, India, Filipinet, Afrika e Jugut, Adair *et al.* u gjet që 1DS (deviacion standard) nënnormë për raportin gjatësi moshë në 2 vjeç shoqërohej me reduktim të gjatësisë prej 3,2 cm në moshën e adultit, ndërsa 1 DS nënnormë për raportin gjatësi moshë në fëmijërinë e mesme shoqërohej vetëm me një reduktim prej 1,9 cm në moshën e të rriturit. (49) Stunting ka ndikim në shëndetin e adultit dhe në riskun për sëmundje kronike sipas Uaury. (53) Studime në foshnjat me peshë të ulët në lindje treguan lidhje të qëndrueshme me rritje të presionit arterial, disfunkcion renal dhe çrregullim të metabolizmit të glukozës. (54,55) Evidenca që lidh stunting me riskun e obezitetit ose alterim të mekanizmit të harxhimit të energjisë është e përzier. (56,57)

Ndërsa nuk është shumë e qartë nëse stunting mund të jetë një faktor i drejtpërdrejtë rreziku për obezitetin, rritja e shpejtë e peshës, veçanërisht pas moshës 2-3 vjeç në individët që kanë lindur nënpeshë, mendohet të çojë në risk veçanërisht të lartë për sëmundje kronike më vonë në jetë. (58)

Mendohet që fëmijët me prapambetje në rritje kanë alterim të mekanizmave metabolike që i predisponon ata për obezitet dhe sëmundje kronike. (59) Në popullata me prevalencë të lartë të stunting dhe peshë të ulët në lindje mund të ketë një risk të shtuar të obezitetit dhe sëmundjeve kronike, të lidhura me të më vonë në moshën e adultit. (21)

Mbipesha dhe obeziteti si manifestime të mbiushqyerjes më parë shiheshin të lidhuara më shumë me vendet e zhvilluara, por aktualisht incidenca e tyre është në rritje edhe në vendet me të ardhura të pakta dhe të mesme. Ato kontribuojnë në mënyrë të dukshme në diabetin dhe sëmundjet e tjera jo të komunikueshme (NCD) në moshën e të rriturit. Të dyja, si nën dhe mbiushqyerja, kanë pasoja serioze në mbijetesën e fëmijëve, zhvillimin, jetën e shëndetshme në moshën e të rriturit, dhe produktivitetin ekonomik të individëve, komuniteteve dhe kombeve. (10)

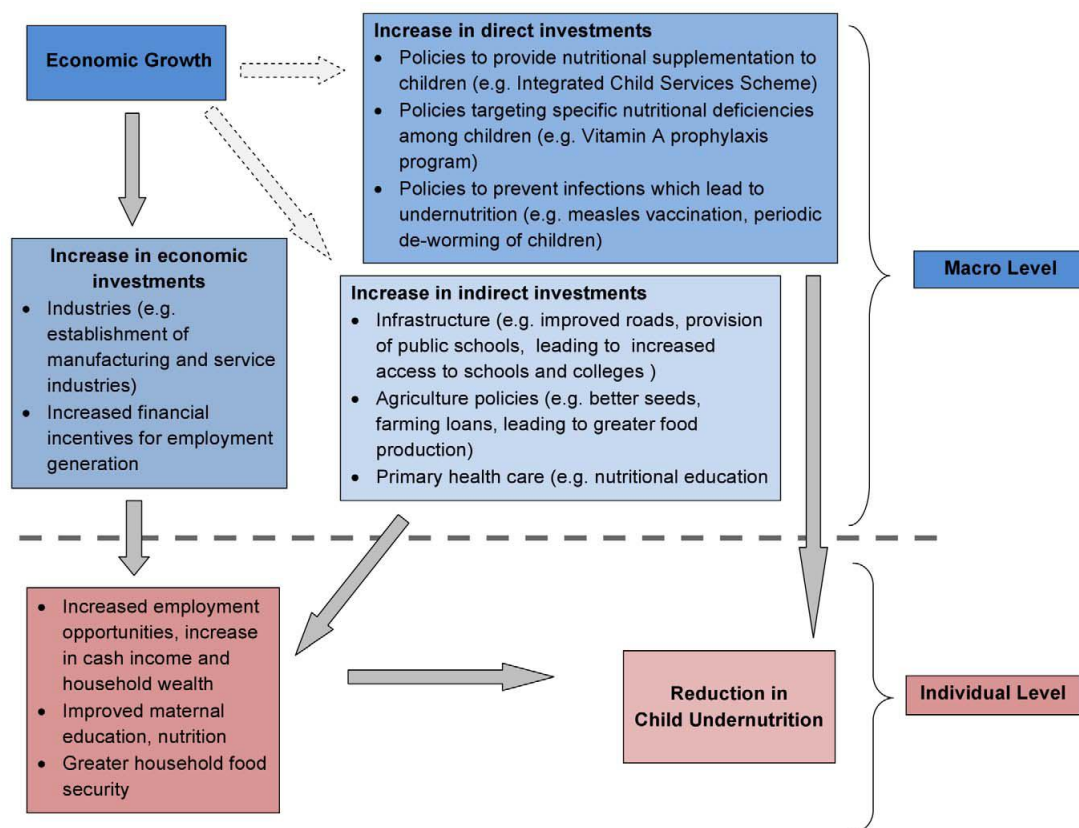
Një pasojë që po del në pah gjithnjë e më qartë është impakti i prapambetjes në rritje, fillimisht ndjekur nga një rritje e shpejtë dhe jo proporcionale në peshë, në gjendjen shëndetësore më vonë në jetë. Këto efekte afatgjata përkufizohen si koncepti i programimit fetal: prapambetje në zhvillimin fetal, peshë e vogël në lindje dhe vazhdim i prapambetjes në rritje në vitet e para të jetës, ndjekur më pas nga shtim i shpejtë në peshë më vonë në periudhën e fëmijërisë, gjë që shton rreziqet e sëmundjeve koronare, hipertensionit dhe diabetit të tipit II. (60,61,62) Preferohet realizimi i një rritjeje normale të fëmijës në 24 muajt e parë, krahasuar fillimisht me një prapambetje në rritje që më pas kalon në shtim të shpejtë në peshë pas 24 muajve, për arsye të gjasave për të rritur rrezikun e mbipeshës dhe problemeve të tjera shëndetësore më vonë në jetë. (50,63)

#### **1.6.4. Pasojat ekonomike**

Ndërkohë që pasojat ekonomike lidhen me shpenzimet për shërbime shëndetësore dhe kostot indirekte lidhur me kujdesin për fëmijën e sëmurë, stunting ka një lidhje të drejtpërdrejtë me sëmundjet infektive që shtojnë shpenzimet e familjes për fëmijën e sëmurë. Megjithatë të dhënat në këtë drejtim janë relativisht sporadike, një studim nga Nepali vlerëson që këto shpenzime mund të arrijnë deri 4% të shpenzimeve vjetore për person në nivel familjeje. (64)

Shumë studime vënë në dukje se varfëria në të ardhura dhe nënushqyerja janë të ndërthurura në një cikël vicioz të të ardhurave më të pakta ekonomike që çojnë në kequshqyerje e cila nëse persiston gjatë, thellon varfërinë aktuale dhe të ardhme duke penguar procesin e të nxënies në shkollë dhe reduktuar produktivitetin në punë. (65,66,67)

## Rrugët që lidhin rritjen ekonomike me kequshqyerjen



Burimi: **Banka Botërore**

Literatura e kohëve të fundit (35,67,69) ka konfirmuar dhe zgjeruar më tej bazën e njohurive për ndikimin e prapambetjes në rritje dhe formave të tjera të nënushqyerjes në zhvillimin ekonomik dhe krijimin e kapitalit njerëzor. Nënushqyrja që shfaqet herët në moshën fëmijore, ka pasoja të dukshme në rezultatet e shkollimit, të ardhurave dhe produktivitetit. Prapambetja në rritje shoqërohet me rezultate të dobëta të të nxënit dhe mbarëvatjes në shkollë. (30,34) Studime longitudinale të kohëve të fundit në kohorta të fëmijëve nga Brazili, Guatemala, India, Filipinet dhe Afrika e Jugut, konfirmojnë lidhjen ndërmjet prapambetjes në rritje dhe rezultateve të dobëta të shkollimit, duke treguar edhe lidhje ndërmjet prapambetjes në rritje dhe përsëritjes së klasës. (70) Një studim i vitit 2007 vlerësoi se fëmijët e nënushyer kishin një humbje mesatare prej 22% të të ardhurave vjetore në moshën e adultit. (30)

Gjendja e ushqyerjes ka ndikim të thellë në shëndet gjatë gjithë ciklit të jetës, dhe lidhet shumë ngushtë me zhvillimin konjitiv dhe social, veçanërisht në vitet e para të jetës. Në mjedise me burime të pamjaftueshme materiale dhe sociale, fëmijët nuk janë në gjendje të arrijnë potencialin e tyre të plotë. Konsekuencat variojnë nga vlera të

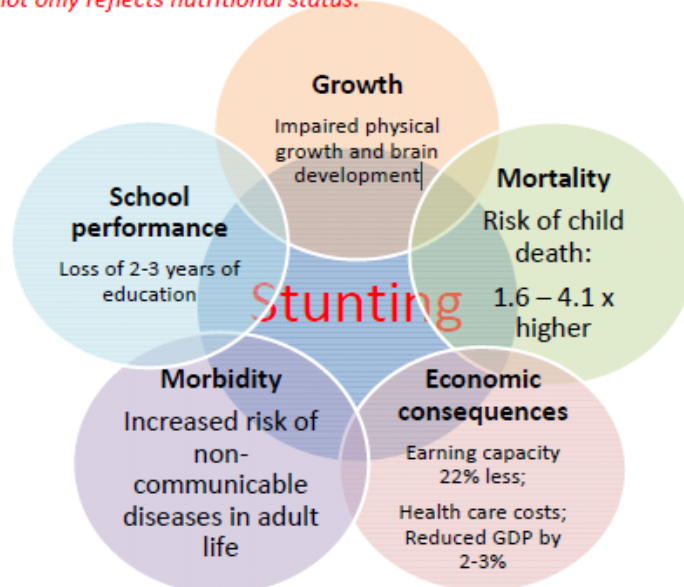
shtuara të vdekshmërisë nga sëmundjet infektive, dhe reduktim të aftësisë së të nxënit në rritje të riskut për NCDs më vonë në jetë.

Bazuar në të dhënat e Bankës Botërore, kequshqyerja ngadalëson rritjen ekonomike dhe përsërit ciklin e varfërisë nëpërmjet: humbjeve direkte në produktivitet nga gjendja e kompromentuar fizike, humbje indirekte për shkak të deficiteve konjitive dhe mbarëvajtjes në shkollë, dhe humbje për arye të barrës mbi shërbimet shëndetësore. Vlerësohet që në rang global, humbjet në PBB e një vendi mund të shkojnë deri në 2-3%. (16)

Siç tregohet në grafikun më poshtë, prapambetja në rritje është një tregues kompleks që nuk reflekton vetëm probleme me gjendjen e ushqyerjes, por në të njëjtën kohë edhe mungesa të shumëfishta që përfshijnë rrezikun e shtuar për vdekshmëri, sëmundshmëri të shtuar, probleme me mbarëvajtjen në shkollë, dhe pasoja ekonomike si për individin ashtu edhe për shoqërinë.

## Why young child stunting matters? It reflects multiple deprivations

*Stunting not only reflects nutritional status:*



Stunting ka pasoja serioze ekonomike në nivel individit, familjeje dhe komuniteti. (71) Banka Botërore vlerëson që 1% reduktim i gjatësisë në moshën e adultit si rezultat i prapambetjes në rritje në fëmijëri, i korrespondon 1,4 % humbje të produktivitetit ekonomik. (16) Prapambetje zhvillimi për shkak të mungesave në mikroelemente të caktuar si jodi apo hekuri, kanë efekte afatgjata dhe të parikthyeshme në zhvillimin konjitiv dhe të neuroneve (44,72,73,74,75) edhe nëse procesi i rritjes nuk preket. Hekuri dhe jodi konsiderohen si nutrientë të tipit të parë, që janë esenciale dhe të rëndësishëm për shumë funksione biologjike por që nuk ndikojnë direkt në prapambetje në rritje, përveç rasteve kur këto deficite janë të rënda. (76)

## 1.7. Monitorimi i gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve

Fusha e shëndetit publik ka një traditë afatgjatë, duke filluar që nga vitet 50, për matjen e gjendjes së ushqyerjes dhe shëndetit të fëmijës duke përdorur indikatorë që bazohen në gjatësi, peshë, moshë dhe gjini. (77)

Vlefshmëria e popullatës globale të referencës për përdorim, në vende të ndryshme, mbetet një çështje thelbësore për diskutim. Përdorimi i popullatës globale të referencës është debatuar prej kohësh, por duket se të paktën për stunting pranohet tashmë gjerësisht nga ekspertët. (11,78,79)

Gjendja e ushqyerjes së fëmijës vlerësohet nëpërmjet matjes së gjatësisë, peshës dhe depistimit për shenja klinike dhe duke përdorur biomarkera. Indikatorët që bazohen në gjatësinë, peshën dhe moshën të krahasuar me standardet ndërkombëtare, përdoren më shpesh për të vlerësuar gjendjen e ushqyerjes së popullsisë. Stunting, prapambetja në rritje, tregon praninë e nënushqyerjes kronike, „wasting flet për nënushqyerje akute, dhe nënpesha është një indikator më kompleks që përfshin elemente të stunting dhe wasting.

### ***Përkufizimi i indikatorëve antropometrikë sipas OBSH (80)***

**Stunting**, pasqyron një nënushqyerje kronike gjatë periudhave më kritike të rritjes dhe zhvillimit në vitet e para të jetës. Përkufizohet si përqindja e fëmijëve 0-59 muajsh, që kanë gjatësinë për moshë nën 2 ( DS) deviacione standarde ( stunting i moderuar) dhe nën 3 DS (stunting i rëndë), nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Nënpesha** është një indikator kompleks që përfshin elemente të stunting dhe wasting. Përcaktohet si përqindja e fëmijëve 0-59 muajsh, që kanë peshë për moshë nën 2 DS për format e moderuara dhe nën 3 DS për format e rënda , nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Wasting**, pasqyron nënushqyerje akute. Përkufizohet si përqindja e fëmijëve 0-59 muajsh, që kanë peshë për gjatësi nën 2 DS për format e moderuara dhe nën 3 DS për format e rënda , nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Mbipesha** përkufizohet si përqindja e fëmijëve 0-59 muajsh, që kanë peshë për gjatësi mbi 2 DS (mbipeshë) dhe mbi 3 DS (obezitet) , nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

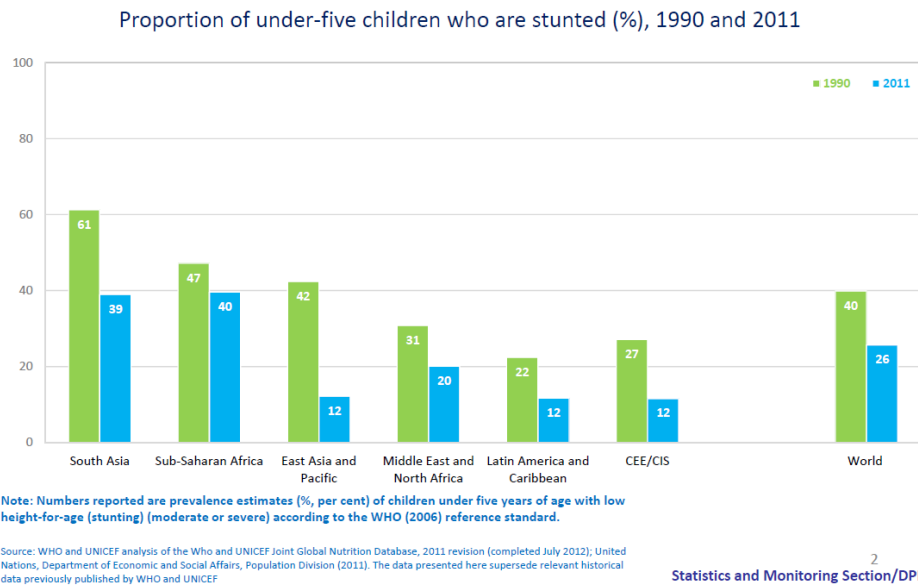
Ka evidencë që çrregullimi i rritjes ( growth faltering) fillon që gjatë shtatzënisë dhe vazhdon deri në vitin e dytë të jetës. Kjo humbje në rritjen lineare të fëmijës nuk mund të recuperohet, dhe kapja e ritmeve normale të rritjes më pas në moshën e fëmijërisë është minimale. (22) Stunting mbetet një problem i përmasave më të mëdha se nënpesha apo wasting, dhe reflekton në mënyrë më të saktë deficiencat nutricionalë dhe sëmundjet që ndodhin në periudhat më kritike për rritjen dhe zhvillimin në fëmijërinë e hershme.

Kohët e fundit po i kushtohet një vëmendje gjithmonë e më e madhe përdorimit të stunting si indikator i zgjedhur për monitorimin e gjendjes së ushqyerjes. (81) Arsyet për preferencën e përdorimit të stunting përfshijnë: a) bazuar në të dhënat e raportit të përbashkët të UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore të vitit 2102, (82) prek një numër të konsiderueshëm të fëmijëve në rang global; b) mbart pasoja serioze afatshkurtëra dhe afatgjata; (35) stunting në vitet e para të jetës ka pasoja negative që lidhen me zhvillim të varfër konjitiv dhe mbarëvajtjen në shkollë, paga të ulëta në moshën e të rriturit dhe humbje të produktivitetit, dhe kur shoqërohet me shtim të theksuar në peshë më vonë gjatë fëmijërisë, kjo sjell risk për NCDs; c) ekziston një standard ndërkombëtar për matjen e këtij indikator që i referohet një standardi reference robust që mund të aplikohet për çdo vend të botës; (83) d) Ka një pranim të gjerë koncepti i dritares së mundësisë së ndërhyrjeve brenda dy viteve të para të jetës, në të cilën rritja lineare është e ndjeshme ndaj faktorëve që lidhen me ushqimin, infeksionet dhe kujdesin psiko-social; (21) e) është një problem që kërkon ndërhyrje ndërsektoriale.

## **1.8. Cila është situata në botë dhe cilat janë tendencat?**

Bazuar në analizën e përbashkët të UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore, (82) prevalenca e prapambetjes në rritje në fëmijët nën 5 vjeç është reduktuar në dy dekadat e fundit, por vazhdon të prekë rreth 165 milionë fëmijë. Wasting prek 52 milionë fëmijë. Grafiku më poshtë paraqet tendencat në prevalencën e stunting për periudhën kohore 1990-2011, dhe vë në dukje mesataren e stunting në rajonin evropian të UNICEF dhe mesataren globale, përkatësisht në vlerat 12% dhe 26% të fëmijëve nën 5 vjeç. Grafiku tregon tendencën pozitive të reduktimit të stunting në të gjitha rajonet, në mënyrë specifike një reduktim prej 57 % në këtë periudhë kohore për rajonin evropian ku bën pjesë dhe Shqipëria, si dhe një reduktim mesatar në shkallë globale prej 36%.

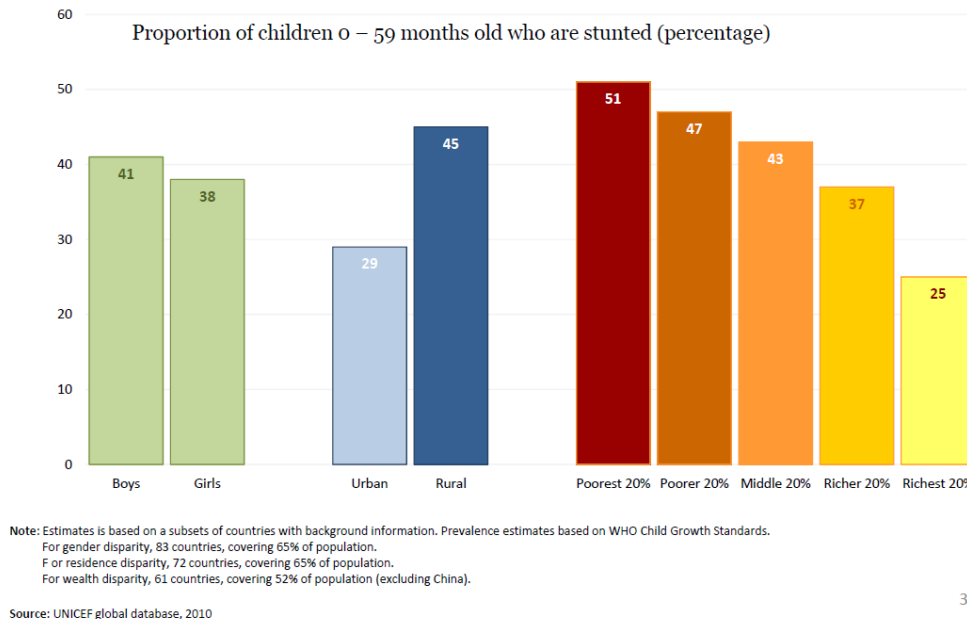
## Reducing stunting prevalence: progress in all regions



*Burimi : UNICEF 2013, Improving child nutrition : the achievable imperative for global progress. Geneva 2013*

Duke pranuar rolin e rëndësishëm që kanë determinatët social-ekonomikë në rezultatet e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve, grafiku më poshte ilustron diferencat në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve, prevalencën e stunting, sipas vendbanimit urban/rural dhe indeksit të pasurisë së familjes.

## Stunting prevalence by economic quintile, gender & residence



*Burimi : UNICEF 2013, Improving child nutrition : the achievable imperative for global progress. Geneva 2013*

Prevalencë e mbipeshës në shkallë globale bazohet në analizën e përbashkët të UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore (2011), dhe vlerësohet të jetë rreth 43 milionë fëmijë apo 7% të fëmijëve (raporti peshë/gjatësi mbi 2 Z score mbi medianën e standardit të OBSH) bazuar në standardet e rritjes së OBSH. Diferenca në prevalencën e mbipeshës në fëmijëri, ndërmjet quintileve më të pasura dhe më të varfëra, është e vogël në shumicën e vendeve dhe në përgjithësi, prevalenca tenton të jetë më e lartë në familjet në kuartilin më të lartë të pasurisë. Mbipesha është e njëjtë ndërmjet sekseve dhe lehtësisht më prevalente në zonat urbane. (21)

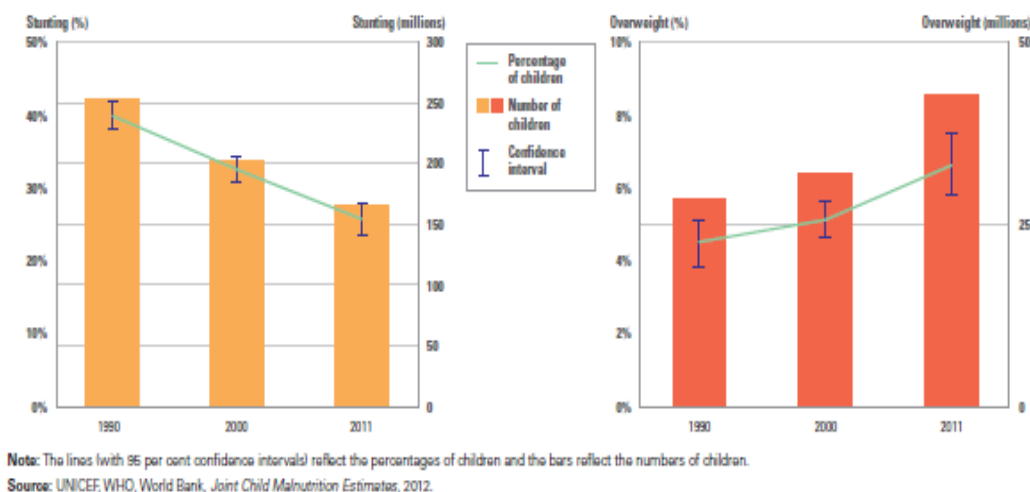
Prevalenca e fëmijëve me anemi ( $Hb < 110 \text{ g/dl}$ ) dhe anemi të rëndë ( $Hb < 70 \text{ g/dl}$ ) është repektivisht 18,1% dhe 1,5 %. (82)

Vlerësohet që nënushqyerja me gjithë kompleksitetin e saj, përfshirë kufizimet në rritjen fetale, prapambetje në rritje, wasting, deficitet në vitaminat A dhe Zn, dhe ushqyerja nënoptimale me gji, është shkak për 3.1 milionë vdekje në vit, ose në masën 45% të vdekjeve të fëmijëve në 2011. (21)

Raporte të kohëve të fundit tregojnë që stunting dhe mbipesha bashkëekzistojnë në vendet me të ardhura të pakta dhe të mesme, duke vënë në dukje praninë e barrës së dyfishtë të kequshqyerjes në këto vende, dhe sfidën që kjo situatë paraqet për sistemet shëndetësore mjaft të brishta duke rritur barrën shëndetësore dhe ekonomike. Bazuar në raportet e UNICEF dhe OBSH (5,84) në vitin 2011 në botë kishte rreth 101 milionë fëmijë nën 5 vjeç nënpeshë, dhe 165 milionë me prapambetje në rritje. Në të njëjtën kohë 43 milionë fëmijë nën 5 vjeç ishin mbipeshë dhe obezë. Tendencia në vite për stunting dhe mbipeshën ka lëvizur në drejtime të ndryshme dhe, siç shihet në grafikun

më poshtë, ndërkohë që stunting në shkallë globale është reduktuar me 36%, mbipeshë është rritur me 54%.

**FIGURE 10** Contrasting global trends in child stunting and overweight  
Percentage and number of children under age 5 who are moderately or severely stunted and who are overweight



Barra e dyfishtë e kequshqyerjes është pjesë e procesit të tranzicionit të ushqyerjes me të cilin po përballen vendet me të ardhura të pakta dhe të mesme, në stade më të hershme të zhvillimit të tyre ekonomik dhe social krahasuar me vendet e industrializuara. (59,85) Sipas Popkin (86) globalizimi i shpejtë mbetet shkaku bazë i tranzicionit të ushqyerjes. Faktorë të tjerë që ndodhin njëkohësisht dhe lidhen me tranzicionin e ushqyerjes përfshijnë: tranzicionin demografik, zhvillimin e pabarabartë ekonomik, urbanizimin, ndryshime të sjelljes dhe disa faktorë biologjikë. (59,87,88)

Tranzicioni i ushqyerjes po ndodh në kuadrin e tranzicionit demografik, epidemiologjik dhe ekonomik në këto vende.

## 1.9. Si është situata në Shqipëri dhe cilat janë tendencat?

Megjithëse rritja ekonomike e vendit ka kontribuar në përmirësimin e gjendjes së sigurimit të ushqimit në nivel familjeje dhe në përmirësime të përgjithshme të gjendjes shëndetësore të popullatës, kequshqyerja vazhdon të mbetet problem i shëndetit publik. Shkaqet, ashtu si në vende të tjera përfshijnë një kombinim të kushteve social-ekonomike, praktikave të papërshtashme të ushqyerjes dhe kujdesit për fëmijët në nivel familjeje, si dhe akses të pamjaftueshëm ndaj shërbimeve shëndetësore cilësore.

Në Shqipëri, një në pesë fëmijë paraqet prapambetje në rritje (89) dhe kequshqyerja kontribuon në rreth 30% të vdekshmërisë feminare. Bazuar në analizën e 5 treguesve të kequshqyerjes, tabela më poshtë paraqet vdekshmërinë që i atribuohet kequshqyerjes. Nga 798 vdekje në këtë grupmoshë, 5 treguesit e kequshqyerjes mund

të përfaqësojnë 262 raste, ose rreth 1/3 e vdekshmërisë foshnjore. Shumica e tyre janë të parandalueshme me ndërhyrje të efektshme dhe jo të kushtueshme.

| Vlerësimi total i Vdekjeve atribuuar 5 Indikatorëve të Kequshqyerjes |                  |            |                                       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|------------|---------------------------------------|
|                                                                      | Vdekjet Fëmijëve | Vjetore të | % e Vdekjeve të lidhura me Ushqyerjen |
| Vdekshmëria Perinatale                                               | 44               |            | 5%                                    |
| Ushqyerja me gji nën optimalen                                       | 146              |            | 18%                                   |
| Nënpesha/PEM                                                         | 23               |            | 3%                                    |
| Pesha e Vogël në Lindje                                              | 32               |            | 4%                                    |
| Defektet e Tubit Neural                                              | 19               |            | 2%                                    |
| Totali                                                               | 264              |            | 33%                                   |
| Vdekjet vjetore totale të fëmijëve(<5vjeç)                           | 798              |            |                                       |

Rezultatet e mësipërme bazohen në analizën e kostopërfitimeve të ndërhyrjeve në fushën e ushqyerjes së fëmijëve, <sup>(90)</sup> e cila përveç peshës së kequshqyerjes në vdekshmërinë fëmijore përcakton edhe peshën e kequshqyerjes në ekonominë kombëtare, që vlerësohet të arrijë në rreth 100 milionë dollarë në vit ose 0,7% të PBB. Tabela 1.1.më poshtë paraqet në detaje humbjet ekonomike si pasojë e kequshqyerjes.

**Tabela 1.1: Vlerat e dëmtimit në Ekonominë Kombëtare në Indikatorët e kequshqyerjes në Shqipëri**

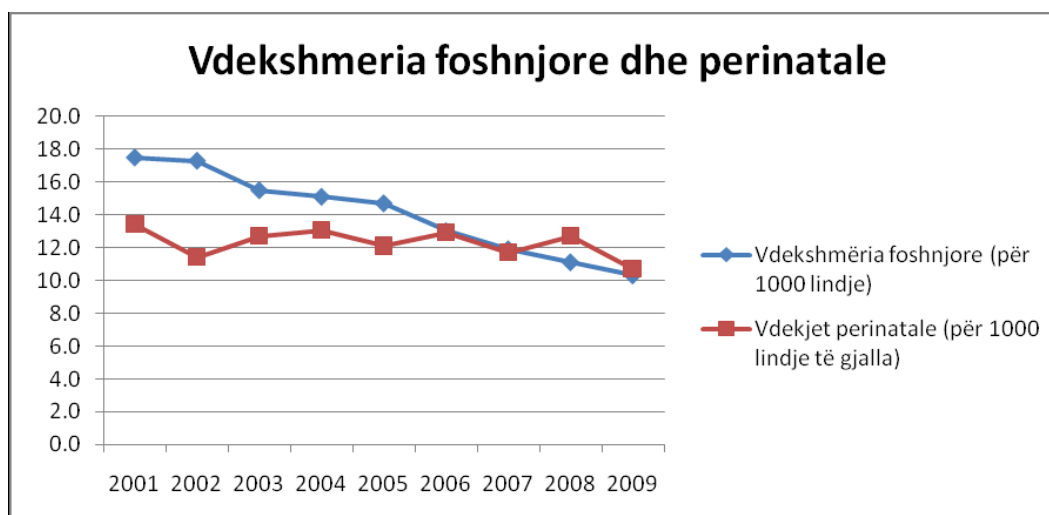
| Përmbledhje e Vlerës se Dëmtimit në Ekonominë Kombëtare Bazuar në Indikatorët e Kequshqyerjes në Shqipëri |                                       |                                           |                                                 |                                                   |                                  |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                                                                           | Fuqia punëtore e humbur në të ardhmen | Potenciali i humbur i punës në të ardhmen | Humbja e produktivitetit aktual tek të rriturit | Tejkalimet e shpenzimeve për kujdesin shëndetësor | Total duke përfshirë vetëm (IDA) | Total duke përfshirë Të gjitha llojet e Anemive |
|                                                                                                           | NPV USD 000,000                       |                                           | USD 000,000                                     |                                                   |                                  |                                                 |
| Vdekshmëria perinatale                                                                                    | \$1.38                                |                                           |                                                 |                                                   | \$1.29                           |                                                 |
| Prapambetje në rritje                                                                                     |                                       | \$57.66                                   |                                                 |                                                   | \$57.66                          |                                                 |
| Nënpeshtë                                                                                                 | \$0.79                                |                                           |                                                 |                                                   | \$0.79                           |                                                 |
| Ushqyerja me gji nën optimalen                                                                            | \$4.58                                |                                           |                                                 | \$0.258883                                        | \$4.84                           |                                                 |
| Anemia 0-5 vjeç                                                                                           |                                       | \$5.25                                    |                                                 |                                                   | \$5.25                           | \$7.19                                          |
| Pesha e vogël në lindje                                                                                   | \$1.01                                |                                           |                                                 | \$2.33                                            | \$3.34                           |                                                 |
| Defektet e Tubit Neural                                                                                   | \$0.59                                | \$0.44979                                 |                                                 | \$4.12                                            | \$5.157                          |                                                 |
| Anemia tek të rriturit                                                                                    |                                       |                                           | \$19.29                                         |                                                   | \$19.29                          | \$26.4                                          |
| <b>Totali</b>                                                                                             |                                       |                                           |                                                 |                                                   | <b>\$97.7</b>                    | <b>\$107.3</b>                                  |

Për çdo dollar të investuar në parandalimin e kequshqyerjes së fëmijëve, vendi mund të përfitojë deri në 4 dollarë në kthim. Investimet aktuale në Shqipëri në fushën e ushqyerjes në përgjithësi dhe në mënyrë të veçantë në ushqyerjen e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, janë në një masë shumë të vogël krahasuar me përmasat e problemit dhe ndikimin potencial në shëndet dhe kapital njerëzor.

Shqipëria ka një nga normat më të larta të vdekshmërisë foshnjore në Evropë. Vdekjet e foshnjave janë rreth tri herë më të larta sesa objektivi i përcaktuar nga Bashkimi Evropian, me një vdekshmëri foshnjore prej 15 vdekjesh për 1000 krahasuar me një objektiv prej 5.4, (91) dhe një synim për arritje në vitin 2015 të OZHM prej 10 vdekje për 1000 lindje .

Ndër shkaqet e vdekshmërisë foshnjore, sipas të dhënave të raportuara nga INSTAT, në raportin e tij periodik vjetor mbi shkaqet e vdekjeve për vitet 2004-2008, vendin e parë e zënë sëmundjet e aparatit respirator me rreth 20% të totalit të vdekjeve, shkaku i dytë janë shkaqet perinatale me rreth 19%, pasuar nga anomalitë kongenitale rreth 10%, një përqindje e konsiderueshme mbeten shkaqe të papërcaktuara me 10%, ndërsa sëmundjet e aparatit gastrointestinal dhe ato infektive kanë një ulje të ndjeshme.

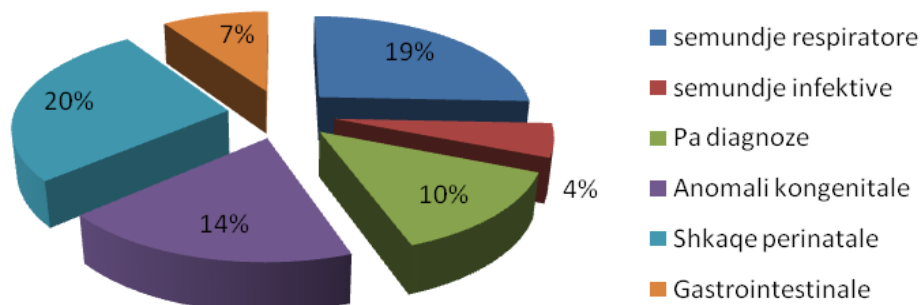
Duhet theksuar se gjatë viteve të fundit, vdekshmëria foshnjore nga sëmundjet respiratore akute është ulur rreth 40% krahasuar me vitin 1990, sipas të dhënave të Ministrisë së Shëndetësisë (grafiku 1.1 dhe 1.2). (92)



*Grafiku 1.1: Vdekshmëria foshnjore dhe perinatale*

*Burimi: Ministria e Shëndetësisë*

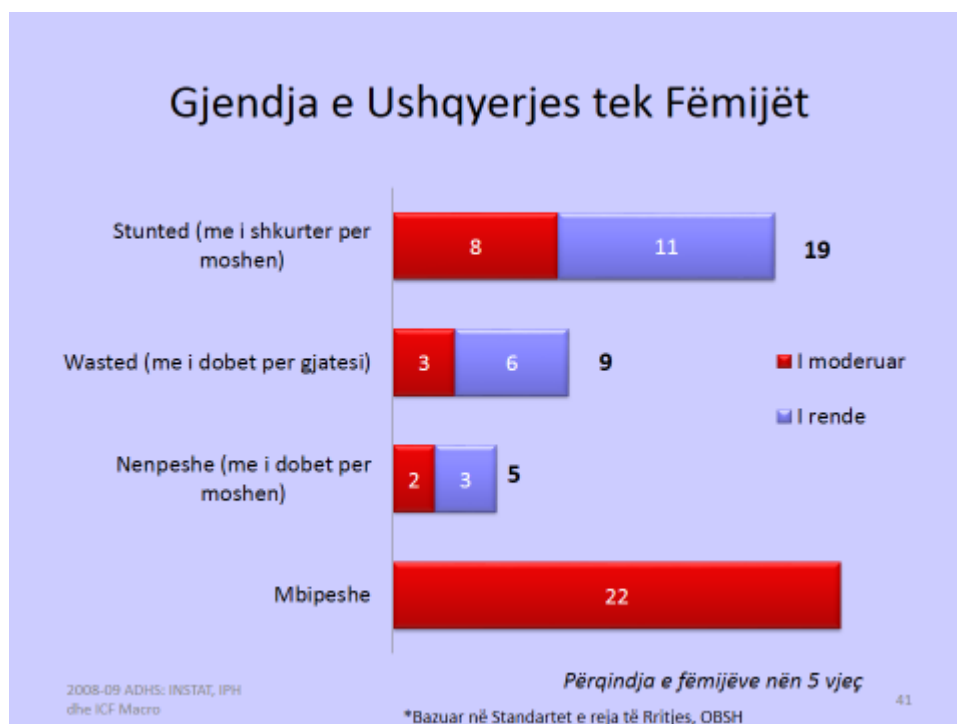
## Shkaqet e vdekjeve per femijet 0-1 vjec per vitet 2004-2008



Grafiku 1.2: Shkaqet e vdekjeve për fëmijët 0-1 vjeç për vitet 2004-2008

Burimi - INSTAT

Barra e dyfishtë e kequshqyerjes tek fëmijët nën 5 vjeç, vërtetohet nga prania e prapambetjes në rritje në masën 19 % dhe mbipeshës në 22%, sipas të dhënave të SDSHSH të vitit 2008-9. Prapambetja në rritje në fëmijët nën 5 vjeç është nga më të lartat në rajonin evropian të OBSH dhe UNICEF, dhe për më tepër ndodh shumë herët në moshën e fëmijës. Më shumë se një në tre fëmijë kanë prapambetje në rritje para se të arrijnë muajin e gjashtë të jetës, (grafiku 1.3). (89)



Grafiku 1.3: Gjendja e ushqyerjes tek fëmijët

Dekadën e fundit Shqipëria po përballët me tranzicionin epidemiologjik, ku ndërsa sëmundjet infektive janë ende të pranishme si shkaqe të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, ka një rritje të konsiderueshme të NCDs dhe të peshës së tyre në sëmundshmëri dhe vdekshmëri në përgjithësi. Tek fëmijët pesha e vdekshmërisë ka kaluar nga vdekjet nga sëmundjet akute respiratore dhe diarreike, në anomalitë kongjenitale dhe sëmundjet e të porsalindurit, siç tregohet në grafikun më sipër nga INSTAT.

Pavarësisht nga tendecat pozitive në përmirësimin e treguesve të vdekshmërisë, sëmundshmërisë dhe gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve në shkallë kombëtare, pabarazitë ndërmjet rajoneve dhe grupeve të caktuara të popullatës janë evidente. Kequshyerja me të dy ekstremet e saj, nën dhe mbiushqyerje, vazhdon të mbetet një problem i shëndetit publik që kërkon ndërhyrje komplekse ndërsektoriale, veçanërisht në drejtim të pabarazive që vërehen në lidhje me statusin socio-ekonomik, rajonin gjeografik, dhe vendbanimin rural apo urban.

### **1.9.1. Studime të kryera para vitit 2000**

Një raport i Ministrisë së Shëndetësisë (93) përmend studimin e parë kombëtar për kequshqyerjen në Shqipëri, realizuar nga Spitali Pediatrik Universitar i Qendrës Spitalore Universitare Tiranë në vitin 1990. Ky studim u bazua në standardet antropometrike të OBSH dhe tregoi se, 1/3 e 6720 fëmijëve të moshës 0-3 vjeç të përfshirë në studim nga 11 rajone të vendit ishin nëneshë dhe 2% vuanin nga kequshqyerje e rëndë. Mosha 1-2 vjeç kishte përqindjen më të lartë të kequshqyerjes me 42%, fëmijët e zonave malore ishin të kequshqyer në masën 32% krahasuar me 24% në zonat e ulëta, dhe 35 % e fëmijëve në zonat rurale ishin të kequshqyer në krahasim me 17% në zonat urbane.

Në vitin 1993 Kryqi i Kuq shqiptar realizoi një studim në 58,622 fëmijë të moshës 0-3 vjeç, ku u vu re se 28% e fëmijëve vuanin nga kequshqyerja.

Në një studim të realizuar në vitin 1993 nga Komuniteti i “Sant’Egidio” në veri të Shqipërisë, u vu re se kequshqyerja ishte shkaku kryesor i vdekjeve në 17-29% të rasteve. (94)

Një studim tjetër u realizua nga Buonomo et al, në vitin 1997 në 8 rajone të Shqipërisë veriore dhe të mesme. Në studim u përfshinë 1135 fëmijë nga 0-3 vjeç ku 17,6% prej tyre ishin nëneshë, 22,7% me prapambetje në rritje, dhe 7,4% me dobësi ose wasting. (95)

### **1.9.2. Studime pas vitit 2000 bazuar në popullatë**

Duke filluar nga viti 2000 studimet për ushqyerjen zgjerohen në drejtim të madhësisë së mostrës, shkallës së përfaqësimit dhe kombinimit të komponentëve të antropometrisë së fëmijëve nën 5 vjeç, me tregues të gjendjes socio-ekonomike dhe të praktikave të ushqyerjes së fëmijëve.

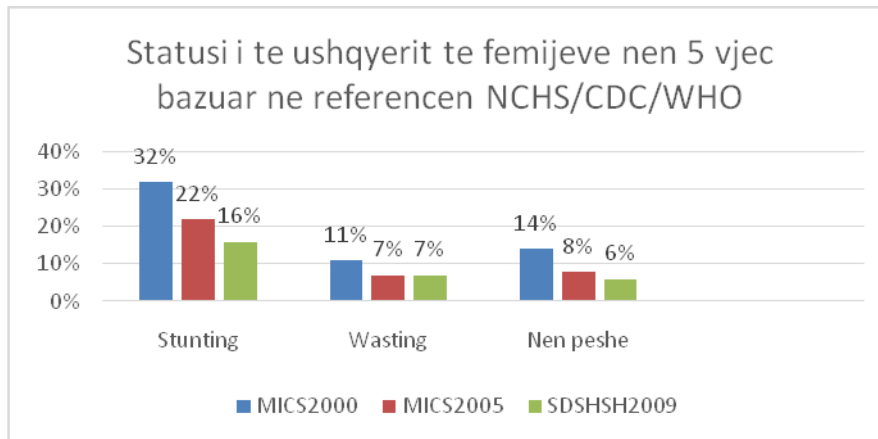
Studime të tilla me metodologji të ngjashme në matjen e statusit të ushqyrjes së fëmijëve u realizuan në vitin 2000 dhe 2005 ( Studimi me Klastera të Shumëfishtë apo MICS), dhe në vitin 2008-9 u realizua studimi i parë demografik shëndetësor( SDSHSH). Në periudhë të ngjashme kohore u implementuan edhe studimet për matjet e standardit të jetesës ( LSMS 2002 dhe 2005) me rezultate të ngjashme me MICS.

Në studimin e vitit 2000 <sup>(96)</sup> u vu re që thuajse një në shtatë fëmijë (14%) nën 5 vjeç në Shqipëri paraqiste nënpeshë të formës së mesme, dhe 4,4% nënpeshë të formës së rëndë. Thuajse një në tre fëmijë ( 31,7%) kishte prapambetje në rritje të formës së mesme, dhe 17,3% klasifikoheshin me prapambetje në rritje të formës së rëndë. Një në nëntë fëmijë (11,1%) të moshës nën 5 vjeç ishin të dobët/të hollë ( wasted), dhe 3,6% kishin wasting të formës së rëndë. Vërehen dallime të fëmijëve që jetojnë në zonat urbane dhe rurale përsa i përket treguesit të prapambetjes në rritje, respektivisht 24 % dhe 37%. Dallimet në lidhje me nivelin arsimor të nënës janë të dukshme përmes të gjithë treguesve të kequshqyerjes; nënpesha 9.3% në fëmijët e nënave me arsim të lartë kundrejt 16,9 % në fëmijët e nënave me arsim të ulët, stunting 19,2% kundrejt 38,3%, dhe për wasting 6,7% kundrejt 12,1%. Djemtë duket të kenë më shumë të ngjarë të jenë me prapambetje në rritje krahasuar me vajzat, 34% kundrejt 29%.

Të dhënat e mësipërme janë të ngjashme me rezultatet e studimit LSMS të vitit 2002. Sipas këtij studimi një në tre fëmijë paraqiste prapambetje në rritje, ndërsa një në pesë fëmijë nën 5 vjeç prapambetje të rëndë në rritje. Rreth 8 % e fëmijëve të kësaj grupmoshe ishin të dobët (wasted), dhe 13 % dhe 3 % kishin përkatësisht nënpeshë të formës së mesme dhe të rëndë.

Ndërkohë që në të njëjtin studim të përsëritur në vitin 2005 <sup>(97)</sup> vërehet se 22% e fëmijëve kishin prapambetje në rritje, 7% ishin të dobët/të hollë (wasted) dhe 8 % nënpeshë. Edhe në këtë studim vërehen dallime me vendbanimin e fëmijës urban /rural për fëmijët nënpeshë ( 4,9% kundrejt 9%), dallime në vlerat e prapambetjes në rritje për fëmijët që kanë nënat me nivele të ndryshme arsimore; 21,7% për nënat me arsim të lartë kundrejt 28,2% për fëmijët e nënave me arsim të ulët. Edhe të dhënat e këtij studimi treguan që kequshqyerja lidhet me nivelin socio-ekonomik të familjes. Kështu fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra kanë 30% prapambetje në rritje, kundrejt 14% për fëmijët që jetojnë në familjet e pasura.

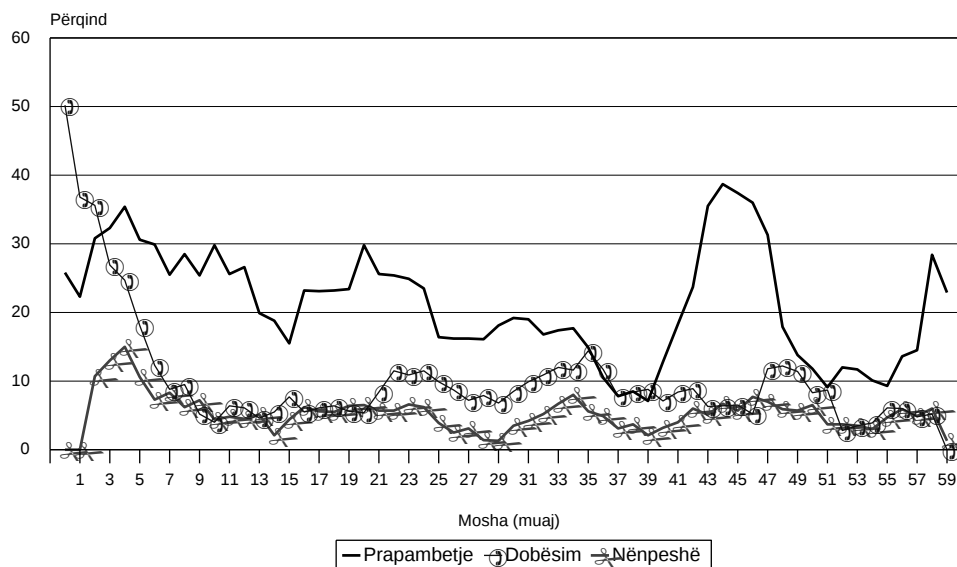
Krahasimi i të dhënave, që rezultojnë nga tre studimet e fundit kombëtare MICS 2000, MICS 2005 dhe SDSHSH 2008-9 në grafikun më poshtë, tregon tendencën në rënie të vlerave të stunting me ritëm më të shpejtë. Kjo rënie është më e ngadaltë për vlerat e treguesit të nënpeshës, dhe ka një farë qëndrimi në vend për fëmijët e dobët ose të hollë (wasted).



Grafiku 1.4: Statusi i të ushqyerit tek fëmijët nën 5 vjeç në vite

Shpërndarja e treguesve të kequshqyerjes sipas grupmoshave paraqitet në figurën 11.3, ku duket qartë që prapambetja në rritje shfaqet mjaft herët në moshën e fëmijës edhe para muajit të gjashtë.

**Figura 11.3 Statusi i të Ushqyerit të Fëmijëve Sipas Moshës**



Shënim: Prapambetja në gjatësi pasqyron kequshqyerje kronike; Dobësimi pasqyron kequshqyerje akute; nën-peshë pasqyron kequshqyerje kronike apo akute ose një kombinim të të dyjave. Vlerat e shënuara janë rumbullakosur me një mesatare lëvizjeje prej pesë muajsh.

ADHS 2008-09

### 1.9.3. Deficite në mikronutrientë - Anemia

Raporti i OBSH i vitit 2005 (98) vlerësoi që rreth 31% e fëmijëve të moshës parashkollore në Shqipëri vuanin nga Anemia. Studime të vogla janë realizuar dhe më

parë me një numër të kufizuar fëmijësh. Në një studim të vitit 2000 në një grup prej 112 fëmijësh 6-59 muajsh në rrethin e Lezhës, u pa se 69 % fëmijëve vuanin nga anemia dhe 47% paraqisnin anemi nga mungesa e hekurit, shumica e rasteve të verejtura në vitin e parë të jetës ( 51%). (99)

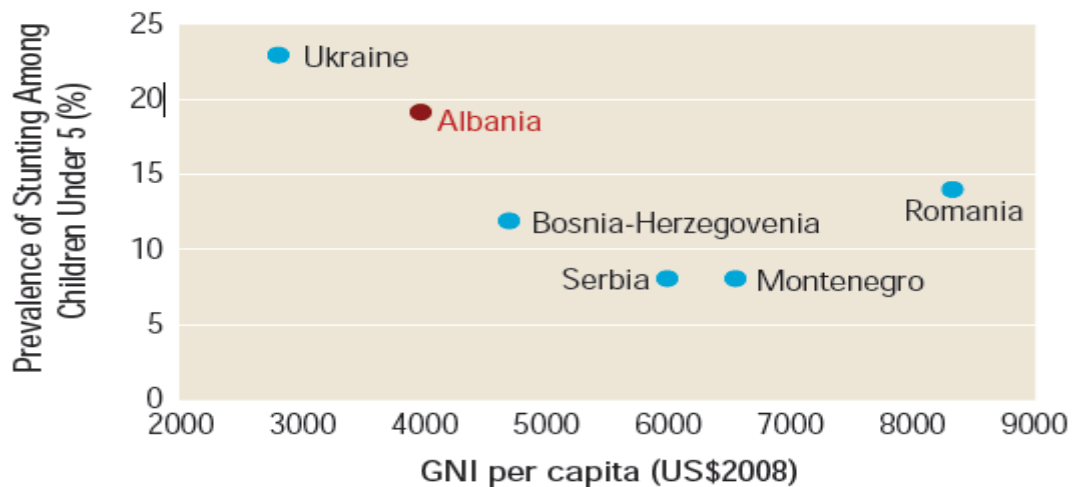
Studimi Demografik Shëndetësor i vitit 2009, ishte i pari studim kombëtar që raportoi prevalencën e anemisë në fëmijët e vegjël në Shqipëri. (89) Sipas këtij studimi, 17% e fëmijëve nën 5 vjeç vuajnë nga anemia, 11% vuajnë nga anemia e shkallës së lehtë (Hb 10.0-11.9 g/dl) dhe 6 % vuajnë nga anemia e shkallës së moderuar (Hb7.0-9.9 g/dl).

Studimi i realizuar në vitin 2010 në rrethet e Kukësit dhe Shkodrës, si dhe zonën periurbane të Tiranës tregoi të dhëna të ngjashme, dhe vuri në dukje prevalencën e anemisë nga mungesa e hekurit. Bazuar në të dhënat e këtij studimi, 20% e fëmijëve nën 5 vjeç të përfshirë në studim ishin anemikë. Mungesa e hekurit ishte shkaku i anemisë për rreth 40 % të fëmijëve nën 5 vjeç që vuanin nga anemia. (100)

#### **1.9.4. Si krahasohet Shqipëria me vendet e tjera ?**

Siç mund të shikohet në figurën 1.1, pavarësisht tendencës në rënie të vlerave të kequshqyerjes në vite, Shqipëria mbetet një nga vendet me vlerat më të larta të prapambetjes në rritje. Grafiku gjithashtu tregon lidhjen ndërmjet zhvillimit ekonomik të një vendi dhe gjendjes së ushqyerjes të popullatës, në këtë rast një nga segmentet me vulnerabël siç janë fëmijët nën 5 vjeç. Vendet me tregues më të lartë të GNI kanë vlera më të ulëta të stunting. Grafiku tregon sesi krahasohet Shqipëria me vendet e tjera të rajonit duke marrë parasysh edhe vlerat e GNI.

**FIGURE 1 Albania has Higher Rates of Stunting than Most of its Neighbors**

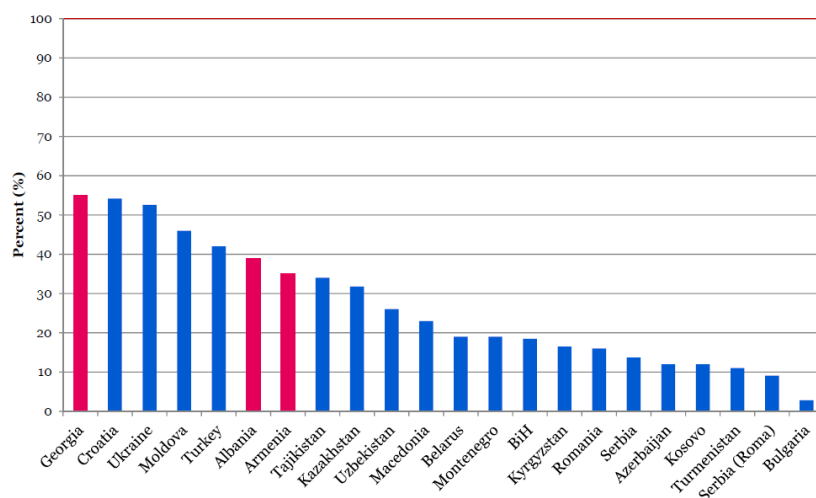


*Source:* Stunting rates for Albania were obtained from DHS 2010, and other countries' stunting rates were obtained from the WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition (figures based on WHO child growth standards). GNI data were obtained from the World Bank's World Development Indicators.

*Figura 1.1: Burimi : Banka Botërore Nutrition at a glance – Albania 2011*

Ushqyerja me gji është një faktor i rëndësishëm përcaktues i gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve, dhe grafiku i mëposhtëm, marrë nga një raport i zyrës Rajonale të UNICEF në Gjenevë, paraqet gjendjen në rajon dhe pozicionimin e Shqipërisë në raport me vendet e tjera të rajonit, ku duket të ketë një pozicion më të favorshëm se shumë vende të tjera (grafiku 1.5).

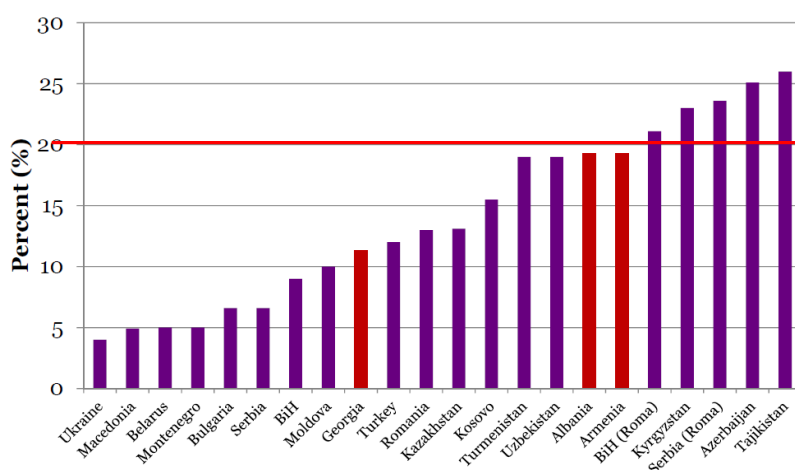
## Prevalence of Exclusive Breastfeeding (up to 6 months)



*Grafiku 1.5: Prevalenca e ushqyerjes ekskluzive me gji*

Krahasimisht, gjendja në lidhje me stunting nuk është aq pozitive sa të dhënat e ushqyerjes ekskluzive me gji, pasi këtu Shqipëria renditet në vendet me prevalencë të lartë të prapambetjes në rritje së bashku me Armeninë, Kirgistanin, Azerbaixhanin dhe Taxhikistanin (grafiku 1.6).

## Prevalence of Stunting among Children <5 Years Old

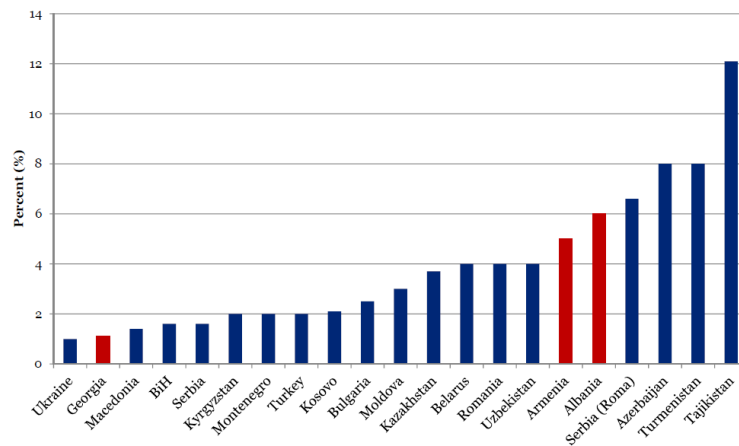


*Grafiku 1.6: Prevalenca e stunting midis fëmijëve < 5 vjeç*

*Burimi: Zyra Rajonale e UNICEF në Gjenevë*

Megjithë vlerat dukshëm më të ulëta të nënpeshës në krahasim me stunting, Shqipëria përsëri bën pjesë në grupin me vlera më të larta në krahasim me vendet e tjera të rajonit (grafiku 1.7).

## Prevalence of Underweight Among Children <5 Years Old

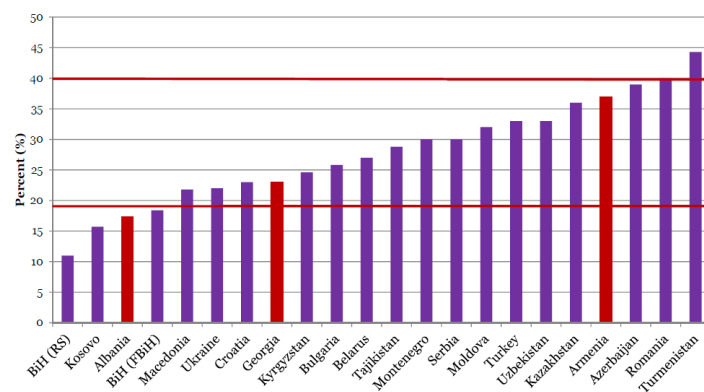


*Grafiku 1.7: Prevalenca e nënpeshës tek fëmijët < 5 vjeç*

*Burimi: Zyra Rajonale e UNICEF në Gjenevë*

Grafiku 1.8 paraqet vlerat e anemisë në fëmijët nën 5 vjeç në vendet e rajonit evropian të UNICEF. Siç shihet, Shqipëria bën pjesë në grupin e vendeve ku anemia përbën një problem të moderuar të shëndetit publik (kufiri në 20 %).

## Anaemia among Children <5 Years Old

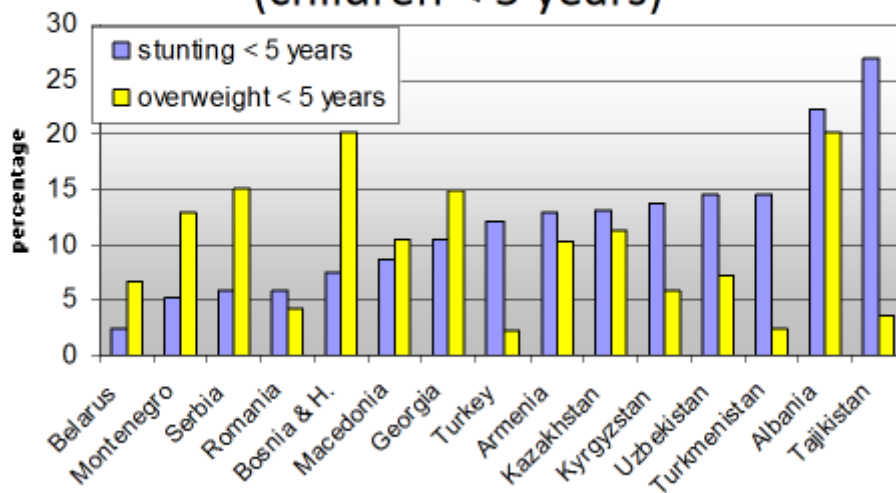


*Grafiku 1.8: Anemia tek fëmijët < 5 vjeç*

*Burimi: Zyra Rajonale e UNICEF në Gjenevë*

Siç shihet në grafikun 1.9, vendet e këtij rajoni përballen me peshën e dyfishtë të kequshqyerjes në shkallë të ndryshme.

## Double burden – overweight and stunting (children < 5 years)



Grafiku 1.9: Pesha e dyfishtë: mbipesha dhe stunting (fëmijë < 5 vjeç)

Burimi: Zyra Rajonale e UNICEF në Gjenevë

### 1.9.5. Evolucion i praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël

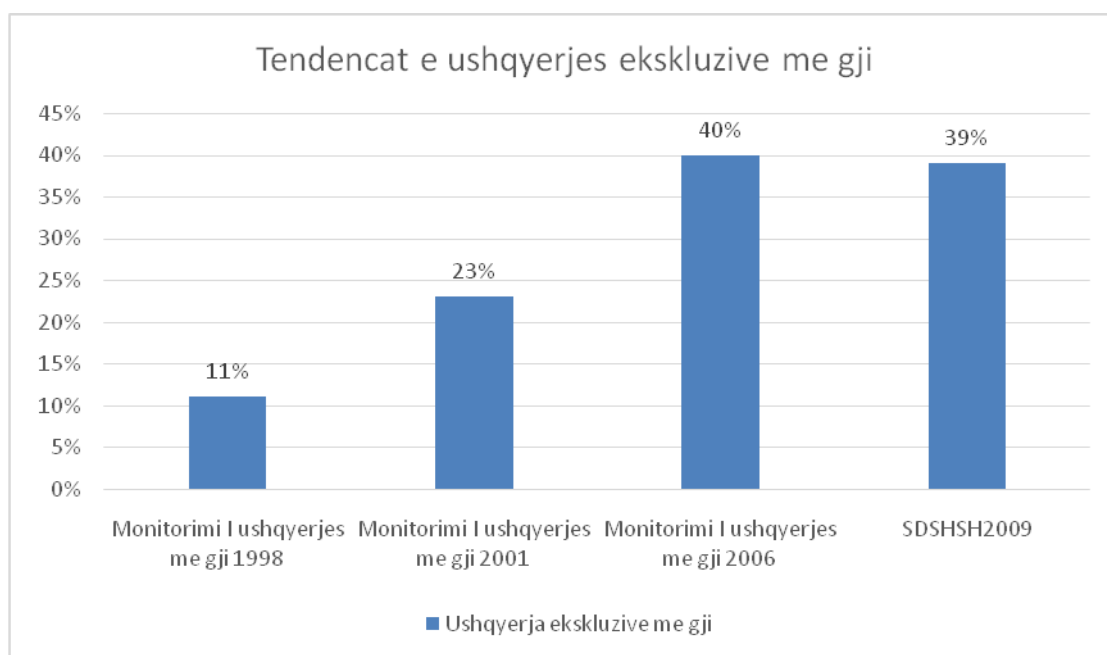
Praktikat e papërshtatshme të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, përfshirë ushqyerjen me gji dhe atë plotësuese, kontribuojnë në kequshqyerjen dhe deficiencat në vitamina dhe mikronutrientë tek fëmijët.

Ushqyerja me gji konsiderohet si një nga treguesit kryesorë të shëndetit dhe mirërritjes së fëmijëve, dhe praktikat e ushqyerjes me gji ndikojnë në shëndetin e nënës dhe fëmijës.

Në vendin tonë ushqyerja me gji ka qenë traditë, por mbas viteve 1990 si rrjedhojë e medikalizimit të lindjeve në maternitete, hapjes së vendit drejt ekonomisë së tregut dhe ndryshimeve në stilin e jetesës, filloi të futej edhe qumështi industrial si zëvendësues i qumështit të gjirit. Në vitin 1998, për të njohur situatën e ushqyerjes me gji në vendin tonë, u krye studimi për “Monitorimin e ushqyerjes me gji” nga Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me UNICEF dhe Shoqatën Shqiptare për Mbrojtjen e Ushqyerjes me Gji në 7 rrethe të vendit. Rezultatet treguan se megjithëse 94 % e nënave fillonin ushqyerjen ekskluzive me gji në maternitetet mbas muajit të parë, deri në muajin e gjashtë të jetës incidenca e ushqyerjes me gji ulej përkatësisht nga 70% në 11%. Ky tregues fliste për mbështetjen e pakët që gjenin nënat tek personeli shëndetësor lidhur me të ushqyerit me gji, njohuritë dhe aftësitë jo të mira të personelit shëndetësor në këshillimin për përparësitë e përfitimet e ushqyerjes me gji, si dhe me aktivitetin agresiv promociional nga kompanitë e formulave foshnjore.

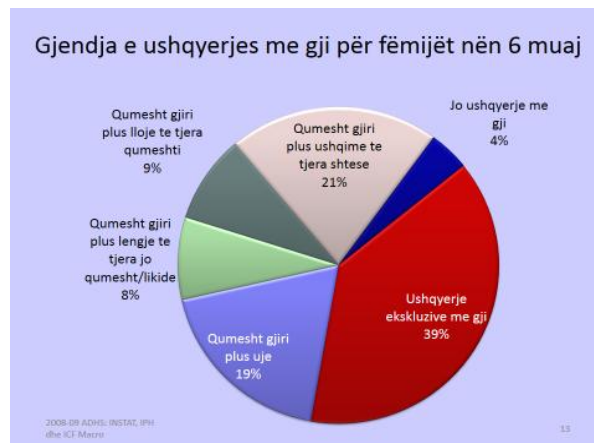
Në vitin 2001 nga Ministria e Shëndetësisë, UNICEF dhe Shoqata Shqiptare për Mbrojtjen e Ushqyerjes me Gji u krye përsëri një monitorim i situatës lidhur me ushqyerjen me gji, për të parë ndryshimet e arritura nga ndërhyrjet e mësipërme, si dhe për të monitoruar zbatimin e ligjit shqiptar për ushqyerjen me gji miratuar në vitin 1999. Rezultatet treguan se kishte një përmirësim të ndjeshëm të situatës. Kështu përqindja e ushqyerjes vetëm me gji në muajin e gjashtë ishte 43.6 %, dhe vazhdimi i ushqyerjes me gji në vitin e parë të jetës 54%.

Bazuar në të dhënat e SDSHSH 2008-9, në Shqipëri, 96% e fëmijëve janë ushqyer të paktën një herë me gji, dhe 39% e fëmijëve 0-6 muajsh ushqehen vetëm me gji. Grafiku 1.10 tregon tendencën e ushqyerjes vetëm me gji bazuar në studimet e monitorimit të ushqyerjes me gji të viteve 1998, 2001, 2006, dhe SDSHSH të vitit 2009.



*Grafiku 1.10: Tendencat e ushqyerjes ekskluzive me gji*

Sruktura e ushqyerjes me gji tek fëmijët në 6 muaj, bazuar në të dhënat e studimit demografik shëndetësor, paraqitet në grafikun 1.11.



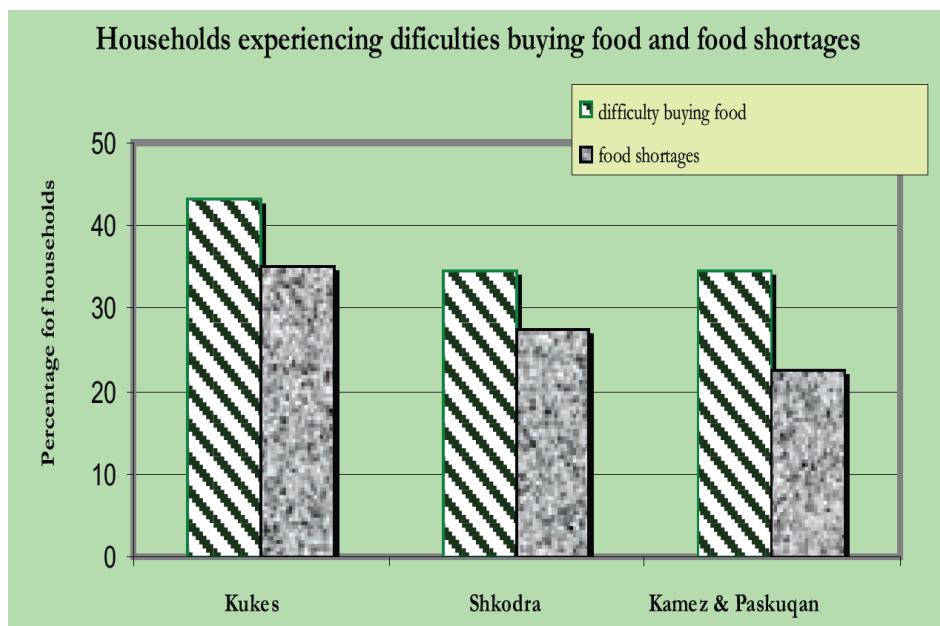
*Grafiku 1.11: Struktura e ushqyerjes me gji tek fëmijët < 6 muaj*

Fillimi në kohë i ushqyerjes plotësuese duke patur parasysh rekomandimet për shpeshësinë e vakteve, shumëllojshmërinë e ushqimeve dhe dendësinë e duhur në lëndë ushqyese krahas vazhdimet të ushqyerjes me gji, përbëjnë bazën e rekomandimeve të OBSH dhe UNICEF për një ushqyerje korrekte të foshnjave dhe fëmijëve. Fillimi në kohë i ushqyerjes plotësuese ka patur rritje nga 24% të fëmijëve 6-8 muajsh në studimin MICS të vitit 2000, në 55% në studimin demografik shëndetësor të vitit 2009. Bazuar në të dhënat e studimit demografik shëndetësor, fëmijët marrin qumësht gjiri për mesatarisht 15 muaj dhe ushqehen vetëm me gji për mesatarisht 2 muaj. Gjithsej 25% e fëmijëve që ushqehen me gji (6-23 muajsh) janë ushqyer sipas praktikave të rekomanduara të Ushqyerjes së Fëmijëve dhe Foshnjave (UFF) krahasuar me 11% të fëmijëve që nuk ushqehen me gji.

#### 1.9.6. Gjendja e sigurimit të ushqimit në nivel familjeje

Sigurimi i një ushqimi të mjaftueshëm dhe me përbërjen e duhur në lëndë ushqyese, së bashku me përmirësimin e praktikave të ushqyerjes dhe aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore cilësore, përbëjnë tre elementët bazë që kontribuojnë në përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve. Pavarësisht progresit të evidentuar, gjendja e ushqyerjes së popullsisë, veçanërisht në rajone të caktuara të vendit, mbetet një problem i shëndetit publik. Varfëria vazhdon të prekë një segment të konsiderueshëm të popullatës, veçanërisht në zonat rurale dhe zonat e reja të urbanizuara, duke krijuar probleme me aksesin e shërbimeve shëndetësore dhe shërbimeve të tjera publike, si dhe në aksesin ndaj ushqimit të mjaftueshëm dhe dietave të shëndetshme. Shumë banorë të këtyre zonave mbeten të rrezikuar nga pasiguria e ushqimit, duke patur një ndikim negativ në shëndet dhe gjendjen e ushqyerjes. Bazuar në një studim të vitit 2010, realizuar nga ISHP dhe INSTAT, rreth 2/5 e familjeve në Kukës ( 43%) dhe 1/3 e familjeve në Shkodër, Kamëz dhe Paskuqan ( 34% për secilin rajon) referuan që kishin vështirësi të blinin ushqim në 6 muajt e fundit para kryerjes së studimit. Për më tepër, në Kukës mbi 1/3 e familjeve ( 35%) referuan se kishin patur mungesa në ushqim ( food shortages) në 12 muajt e fundit para studimit, ndërsa rreth 1/4 e familjeve në Shkodër (27%) dhe 1/5 e familjeve në Kamëz dhe Paskuqan ( 22%) ishin përballur me situatën e mësipërme. (100)

Bazuar në studimin e mësipërm, pasiguria në ushqim është më e shpeshtë në zonat rurale, krahasuar me ato urbane si për Kukësin ashtu dhe Shkodrën (grafiku 1.12).



*Grafiku 1.12: Niveli i pasigurisë në ushqim në nivel familje*

## 1.10. Ndërhyrjet për reduktimin e kequshqyerjes

### 1.10.1.Rekomandimet globale

OBSH ,UNICEF, Banka Botërore dhe partnerë të tjerë rekomandojnë ndërhyrje ndërsektoriale sipas qasjes së ciklit të jetës.Kequshqyerja, siç u diskutua më herët, shkaktohet nga faktorë të shumëfishtë. Për të mbrojtur shëndetin dhe gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve dhe për të parandaluar kequshqyerjen, kërkohet një kombinim i ndërhyrjeve specifike që ofrohen nëpërmjet sektorit të shëndetësisë me programe sensitive për ushqyerjen, që përfshijnë ndërhyrje nga sektorët e tjerë duke përdorur një qasje të integruar ndërsektoriale. (84,101) Krahasuar me periudhat e tjera të jetës, gratë dhe fëmijët kanë më shumë gjasa që të kontaktojnë shërbimin shëndetësor më shumë në dy vitet e para të jetës së fëmijës, 1000 ditët e para përfshirë dhe periudhën shtatzënisë, krahasuar me periudha të tjera. Shërbimi shëndetësor ofron shërbime këshillimi gjatë periudhës së shtatzënisë, si dhe shërbim shëndetësor kryesisht në dy vitet e para të jetës, ku edhe episodet e sëmundjes së fëmijëve, por jo vetëm, janë shkak të kontaktimit më të shpeshtë me këto shërbime. Vizitat e konsultorit dhe vaksinimi janë disa nga shërbimet që shtojnë shumë kontaktet e nënave dhe fëmijëve me kujdesin shëndetësor gjatë dy viteve të para të jetës.

Seritë e artikujve për ushqyerjen, botuar në revistën prestigjioze “The Lancet” në vitin 2008 dhe 2013, (102,103) tregojnë se integrimi në shërbimet shëndetësore i komunikimit për ndryshimin e sjelljes ka sjellë ndryshime pozitive në praktikat e ushqyerjes së

foshjave dhe fëmijëve të vegjël, duke ndikuar në reduktimin e prapambetjes në rritje. Ndërhyrje që lidhen me higjienën kanë patur gjithashtu ndikim pozitiv në reduktimin e prapambetjes në rritje, nëpërmjet efektit pozitiv në reduktimin e sëmundjeve diarreike.

Me gjithë shembujt e shumtë të programeve për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes, ka më pak shembuj pozitivë të programeve të tilla të zgjeruara në shkallë kombëtare. Sipas Lutter dhe Bhutta, (103,104) shkaqet e mbulesës së ulët dhe shtrirjes në shkallë të gjerë të programeve të ushqyerjes lidhen ndërmjet të tjerash me nivelin e ulët të njohurive për ushqyerjen dhe nivelin e pamjaftueshëm të aftësive të këshillimit nga ana e personelit shëndetësor, mungesën e mjeteve të thjeshta për këshillimin për ushqyerjen, që mund të integrohen në qasjet standarde të menaxhimit të sëmundjeve si MISF.

Figura 1.2 pasqyron në mënyrë të përmbledhur ndërhyrjet kryesore sipas ciklit të jetës për 1000 ditët e para, që mund të ofrohen nëpërmjet sektorit të shëndetësisë. Kategoritë e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë ngritje të kapaciteteve të personelit shëndetësor për këshillim për ushqyerjen dhe trajtim të standardizuar të sëmundjeve të fëmijërisë, ndryshim të praktikave në institucionet shëndetësore për mbështetjen e ushqyerjes me gji, përmirësim të praktikave të ushqyerjes së fëmijëve dhe praktikave të higjienës në nivel familjeje. Përveç tyre ka edhe një grup ndërhyrjesh që kërkojnë bashkëpunim me sektorë të tjerë dhe këto aktivitete përfshijnë : fortifikimin e miellit me hekur për parandalimin e anemisë, zbatimin e kuadrit ligjor për praktikat e tregtimit të formulave foshnjore, mbrojtjen e mëmësisë etj.

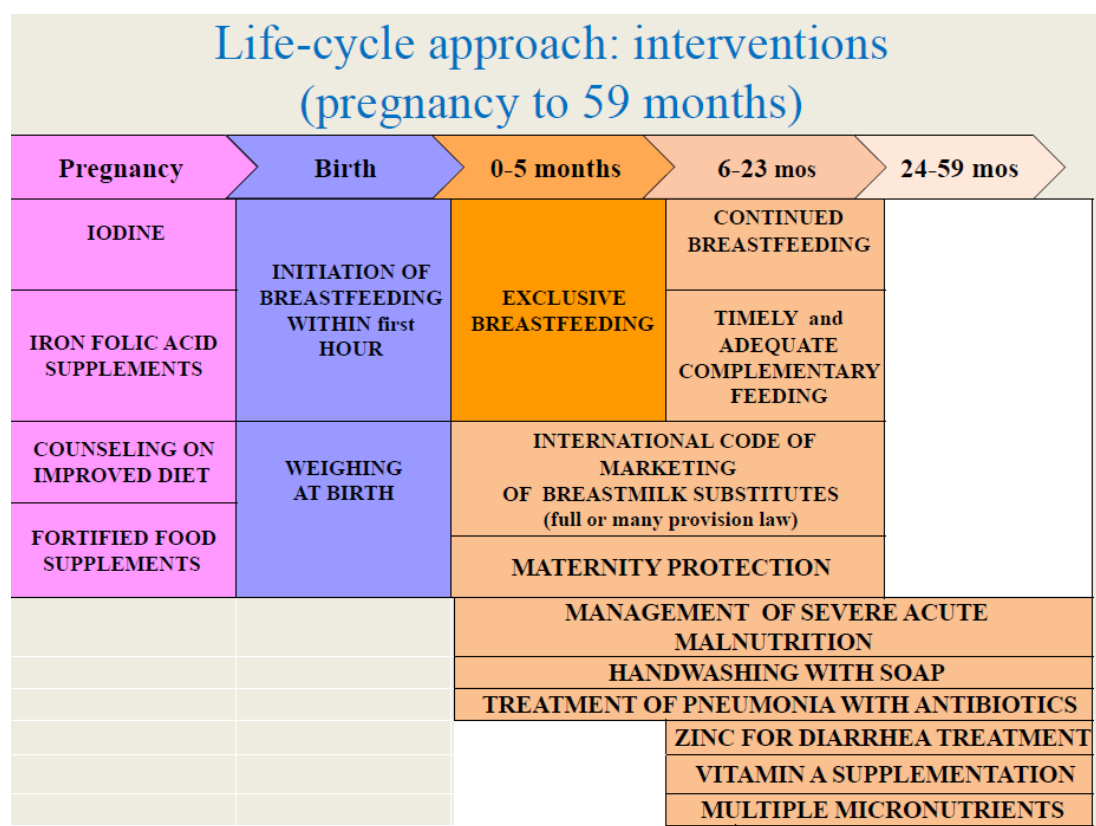


Figura 1.2: Qasja e ciklit të jetës për 1000 ditët e para

## **Ndërhyrjet sensitive ndaj ushqyerjes përmes sektorëve të tjerë**

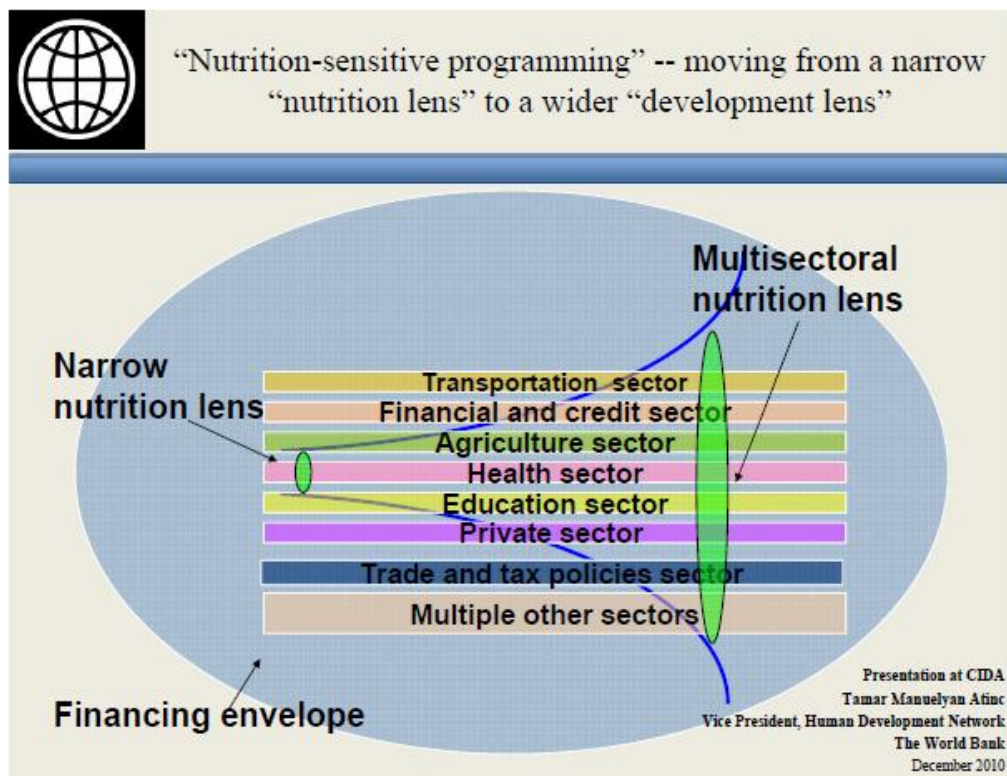
Bazuar në natyrën shumëfaktorëshe të shkaqeve të kequshqyerjes, ndërhyrjet përmes sektorëve të tjerë synojnë të adresojnë shkaqet bazë të kequshqyerjes. Megjithatë ka më pak evidencë për impaktin e ndërhyrjeve sensitive ndaj ushqyerjes, krahasuar me ndërhyrjet specifike që realizohen përmes sektorit të shëndetësisë, politikave dhe ndërhyrjet në sektorët e bujqësisë, arsimit, mbrojtjes sociale dhe reduktimit të varfërisë janë të rëndësishme për realizimin e objektivave të lidhura me nutricionin.

Në literaturën ndërkombëtare, kohët e fundit po i kushtohet rëndësi e veçantë lidhjeve mes bujqësisë, nutricionit dhe shëndetit, në hartimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve dhe kërkimit shkencor.<sup>(105)</sup> Sfidat aktuale krahas prodhimit në sasi të produkteve bujqësore qëndron në aksesin ndaj ushqimeve të përshtatshme, të përballueshme nga ana ekonomike dhe të pasura në lëndë ushqimore. Prodhimi i ushqimeve të pasura në lëndë ushqyese realizuar përmes biofortifikimit, përmirësimi i magazinimit dhe ruajtjes së ushqimeve për të siguruar disponibilitetin e ushqimeve gjatë gjithë vitit, edukimi i komunitetit për të rritur shkallën e shumëllojshërisë së dietës dhe praktikave të kultivimit të produkteve bujqësore dhe blegtorale, janë disa nga elementet e ndërhyrjes përmes sektorit të bujqësisë.

Nga ana tjetër, ndërhyrjet përmes sektorit të mbrojtjes sociale synojnë të mbrojnë familjet dhe individët nga vulnerabiliteti, të zbusin impaktin e krizave dhe përmirësojnë qëndrueshmërinë e familjeve që janë në kushte të vështira për të përballuar jetesën. Transferrat e kushtëzuara të parave dhe skemat për përmirësimin e aksesit ndaj ushqimit përmes kombinimit të transfertave të parave ( të ngjashme me sistemin e ndihmës ekonomike në Shqipëri ) me kupona ose pako ushqimore, janë ndër kategoritë kryesore të ndërhyrjeve për familjet më të rrezikuara nga varfëria dhe kequshqyerja.

Ndërsa ndërhyrjet lidhur me rrjetin e mbrojtjes sociale janë në zbatim në shumë vende, evidenca për impaktin e tyre në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve është ende e kufizuar. <sup>(106)</sup>

Qasja ndërsektoriale nënkupton, siç pasqyrohet në figurën 1.3, një këndvështrim të gjerë të ndërhyrjeve për përmirësimin e ushqyerjes, krahasuar me një fokus të ngushtë që merr parasysh vetëm ndërhyrjet përmes sektorit të shëndetësisë.

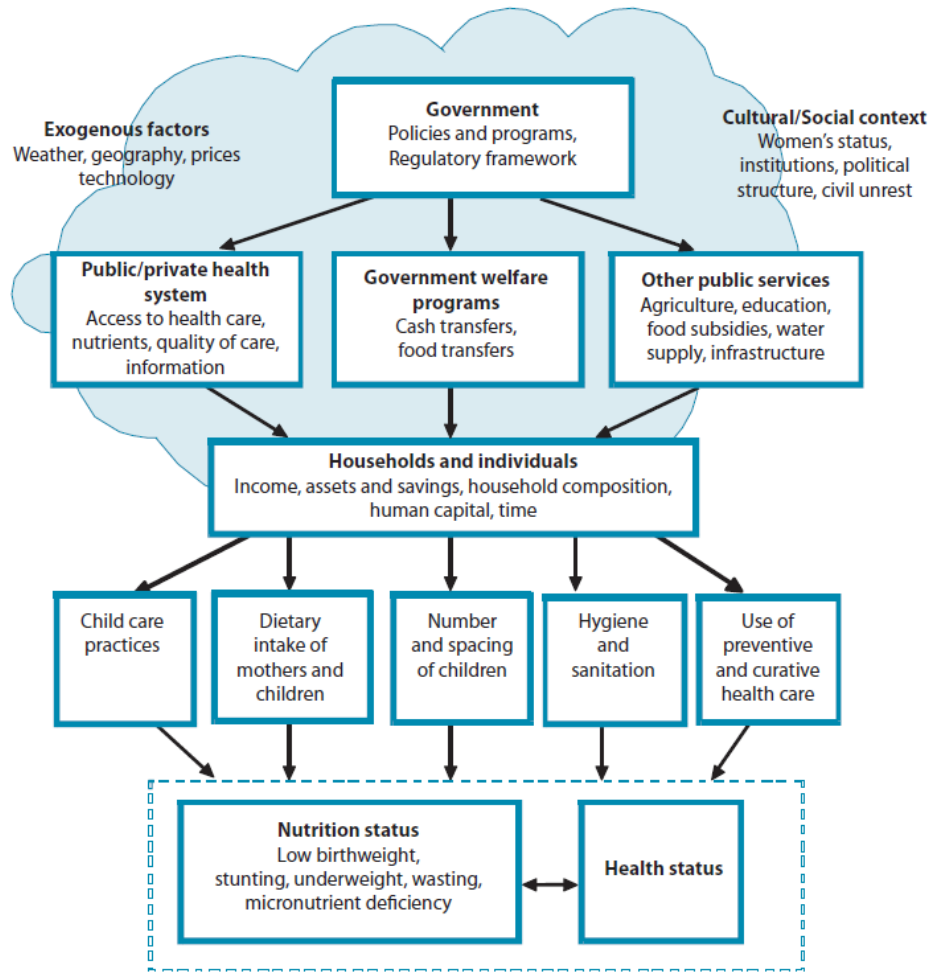


*Figura 1.3: Modeli i këndvështrimit të gjerë të ndërhyrjeve për përmirësimin e ushqyerjes*

*Burimi: Banka Botërore, viti 2010*

Skema e rrugëve që lidhin politikat publike me gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve paraqitur më poshtë, pasqyron në pjesën e poshtme faktorët e ndërmjetëm dhe bazë që ndikojnë në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve duke përfshirë aksesin ndaj ushqimit, praktikat e kujdesjes dhe ushqyerjes, si dhe aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore, në ngjashmëri me kornizat konceptuale të kequshqyerjes të paraqitura në hyrje të këtij kapitulli. Ndërsa pjesa e sipërme e figurës 1.4 tregon që politikat publike mund të ndikojnë përmes metodave të financimit dhe funksionit rregulator në shërbimet shëndetësore, të mbrojtjes sociale, arsimit, bujqësisë, sigurimit të ujit të pijshëm etj.

**FIGURE 1.2 Pathways from Public Policy to Child Nutrition Outcomes**



Sources: Authors' construction, adapted from Black and others 2008, Ruel and Hoddinott 2008, Smith and Haddad 2002, and UNICEF 1990.

*Figura 1.4: Rrugët që lidhin politikat publike me gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve*  
*Burimi: Banka Botërore*

### 1.10.2. Panorama e ndërhyrjeve në Shqipëri

Qeveria Shqiptare, mbështetur nga UNICEF, OBSH dhe partnerë të tjerë, kohët e fundit ka intensifikuar përpjekjet për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve. Ndërhyrjet përfshijnë përmirësimin e kuadrit ligjor dhe krijimin e mekanizmave të zbatimit për mbrojtjen e ushqyerjes me gji dhe jodizimin universal të kripës, ngritjen e kapaciteteve të personelit shëndetësor për monitorimin e rritjes së fëmijëve të vegjël dhe këshillimin për ushqyerjen, dhe fushatën e komunikimit për ndryshimin e sjelljes me qëllim përmirësimin e praktikave të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël.

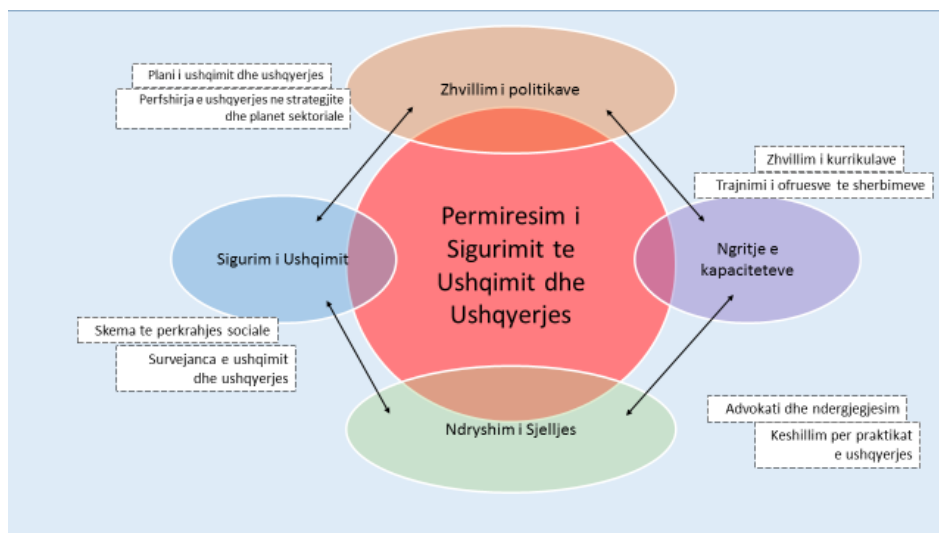
Ndërhyrjet kanë filluar që në vitin 1997 për mbështetjen, mbrojtjen dhe promovimin e ushqyerjes me gji. Ngritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor për zbatimin e 10 hapave për ushqyerjen e suksesshme me gji në institucionet shëndetësore dhe këshillimi për ushqyerjen me gji, u kombinua me ndërhyrjet në nivel komuniteti për këshillimin dhe ndryshimin e praktikave të nënave nëpërmjet grupeve të mbrojtjes së ushqyerjes me gji. Ky proces u mështet nga një kuadër legjislativ me aprovimin e ligjit për mbrojtjen e ushqyerjes me gji në vitin 1999. Zgjerimi i rrjetit të spitaleve miq të fëmijëve, sipas modelit global të BFHI promovuar nga OBSH dhe UNICEF, synon krijimin e një mjedisi mbështetës për fillimin e hershëm të ushqyerjes me gji që në maternitet.

Një tjetër drejtim i ndërhyrjeve ishte dhe lufta kundër pamjaftueshmërisë jodike duke integruar një kuadër të përshtatshëm ligjor për jodizimin universal të kripës, ngritjen e kapaciteteve për monitorimin e kripës së jodizuar në doganë, treg dhe vendin e prodhimit, dhe komunikim për rëndësinë e përdorimit të kripës së jodizuar në familje por edhe në industrinë ushqimore.

### **Modeli i ndërhyrjeve të integruara ndërsektoriale për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes së grave dhe fëmijëve në Shqipëri gjatë periudhës 2010-2013**

Gjatë kësaj periudhe u hartua dhe zbatua një program kombëtar për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve, me ndërhyrje që kombinonin nivelet lokale dhe kombëtare dhe sektorë si shëndetësia , arsimi, bujqësia, përkrahja sociale, mbështetur nga 3 organizata të kombeve të bashkuara ( UNICEF, OBSH, FAO).

Korniza konceptuale e ndërhyrjeve për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes gjatë viteve 2010-2013 (figura 1.5) pasqyron strategjitë e përdorura duke përfshirë zhvillimin e politikave dhe planeve të veprimit, ngritjen e kapacitetete të personelit shëndetësor për monitorimin e rritjes së fëmijëve dhe këshillim për ushqyerjen, komunikim për ndryshimin e sjelljes përmes fushatës “ Mënyrat e reja dhe më të mira të ushqyerjes së fëmijëve”, dhe ndërhyrjet për sigurimin e ushqimit në nivel familjeje, me krijimin e modeleve që promovojnë praktika inovative përmes sektorit të bujqësisë për sigurimin e ushqimit dhe shumëllojshmërinë e dietës. Vlerësimi i mundësisë së reformimit të sistemit të ndihmës ekonomike, për të shtuar elemente të ushqyerjes në skemën e re, është një kontribut për përmirësim të mundshëm në të ardhmen e afërt të politikave të mbrojtjes sociale.



*Figura 1.5: Korniza konceptuale e ndërhyrjeve për përmirësimin e gjendjes së ushqyerjes gjatë viteve 2010-2013*

Në planin e ri të ushqimit dhe ushqyerjes 2013 – 2020, hartuar nga 5 ministri ( e shëndetësisë, arsimit, bujqësisë, mirëqenies sociale dhe financës) u konceptuan ndërhyrjet sipas parimeve të qasjes ndërsektoriale dhe ciklit të jetës. Një ilustrim i aktiviteteve të përfshira në çdo segment të ciklit të jetës, paraqitet në figurën 1.6.

*Figura 1.6: Ndërhyrjet e integruara sipas Ciklit të jetës*



- *Segmenti 1 : Shtatzënia.* Ofrimi i shërbimeve të përmirësuara mbi ushqyerjen dhe informimi i grave shtatzëna gjatë vizitave antenatale. Transfera mujore ushqimore për gratë shtatzëna me të ardhura të pakta të ofruara nga NE.

- *Segmenti 2: Lindja.* Rritja e informacionit dhe konsultimeve gjatë qëndrimit në maternitetet përmes BFHI të vazhdueshëm.
- *Segmenti 3: Foshnjat 0 – 6 Muajshe.* Suplementë, promovime informuese dhe mbi ushqyerjen me gji të fokusuar mbi gratë që kanë fëmijë në gji. Transferta mujore ushqimore për gratë shtatzëna me të ardhura të pakta të ofruara nga NE.
- *Segmenti 4: Foshnjat/Fëmijët e Vegjël.* Informacione mbi ushqyerjen dhe përkujdesin e fëmijës përmes pluhurave të shumëfishtë mikroushqyes (Sprinkles ose MMPs) *Foshnjat 6-24 muajshe.* Proteina, kalori dhe ushqime shitesë të përbëra prej mikroushqyesve për fëmijët që i përkasin familjeve me të ardhura të pakta.
- *Segmenti 5:* Përmes Ministrisë së Arsimit t’u ofrohet nxënëseve 10-15 vjeçarë, kur rritet niveli i mungesës së hekurit dhe anemisë, tableta me acid folik dhe hekur, si dhe informacion mbi ushqyerjen dhe mëmësinë.
- *Segmenti 6:* Përmes Ministrisë së Bujqësisë të rregullohet tregu për produktet e miellit të prodhuar në fabrika, për t’u siguruar që mbarë popullata të ketë qasje ndaj produkteve të miellit dhe bukës, të cilat janë pasuruar me hekur dhe acid folik. Suplementimi me hekur dhe acid folik bëhet për gratë e zonave rurale që mund të mos kenë akses ndaj miellit të pasuruar me hekur. Së fundi, fushata promovionale propozohen për të mbështetur gjithë ndërhyrjet për ndryshimin e sjelljes në lidhje me shëndetin dhe ushqyerjen.

## 2. Qëllimi dhe objektivat e Studimit

### 2.1.Qëllimi i studimit

**Qëllimi** i këtij punimi është evidentimi i barrës së kequshqyerjes dhe ndikimit të faktorëve socio-ekonomikë në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve të moshës 0-59 muaj në Shqipëri, me qëllim identifikimin e grupeve më të rrezikuara dhe hartimin e politikave përkatëse ndërhyrëse, veçanërisht parandaluese.

Ky studim pritet të kontribuojë në ofrimin e informacionit të nevojshëm për kequshqyerjen e fëmijëve nën 5 vjeç në Shqipëri, me qëllim përmirësimin e planifikimit dhe zbatimit të ndërhyrjeve të synuara, si dhe monitorimin dhe vlerësimin e përmbushjes së objektivave të mijëvjeçarit (OZHM).

Gjithashtu, ky studim ka për qëllim përfitim të informacionit të nevojshëm mbi faktorët socio-ekonomikë, si edhe eksplorimin e faktorëve të tjerë që lidhen me ushqyerjen e fëmijëve, dhe që kanë ndikim në gjendjen shëndetësore dhe mirëritjen e tyre. Informacioni i marrë në lidhje me faktorët e mësipërm do të ndihmojë identifikimin e grupeve dhe përcaktimin e kategorive më të riskuara, si dhe hartimin e politikave ndërhyrëse parandaluese. Rezultatet e këtij punimi do të ndihmojnë mjekun e familjes në identifikimin e fëmijëve të kequshqyer, dhe prandalimin në kohë të barrës së sëmundshmërisë dhe paaftësisë që vijnë nga kequshqyerja e fëmijëve.

### 2.2.Objektivat e studimit

**Objektivat e përgjithshëm** përfshijnë:

- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes në fëmijët 0-59 muajsh sipas faktorëve socio-ekonomikë.
- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes në fëmijët 0-59 muajsh sipas faktorëve demografikë.
- Vlerësimin e ndikimit të të gjithë faktorëve të identifikuar socio-ekonomikë në kequshqyerjen e fëmijëve 0-59 muajsh.

**Objektivat specifike** përfshijnë:

- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes tek fëmijët 0-59 muajsh në vendin tonë përfshi prapambetjen në rritje, dobësinë, nënpeshën, mbipeshën, si dhe aneminë.
- Përcaktimi i tendencave të ndryshimit të kequshqyerjes tek fëmijët në vendin tonë për periudhën kohore 2000-2009.
- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes tek fëmijët 0-59 muajsh sipas gjinisë.
- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes tek fëmijët 0-59 muajsh sipas moshës së tyre.

- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes tek fëmijët 0-59 muajsh sipas nivelit të arsimimit të nënave respektive.
- Vlerësimin e prevalencës së kequshqyerjes tek fëmijët 0-59 muajsh sipas indeksit të pasurisë të familjeve përkatëse.

### 2.3.Hipotezat e studimit

Ky studim u parapri nga një sërë hipotezash të formuluar « a priori » (d.m.th. para mbledhjes së të dhënave në terren). Hipotezat kryesore të këtij studimi paraqiten më poshtë :

- Ekziston një lidhje pozitive mes nivelit të ulët arsimor të nënave dhe gjendjes së kequshqyerjes të fëmijëve të tyre nën 5 vjeç (përfshi prapambetjen në rritje, dobësinë, nënpeshën, mbipeshën, si dhe aneminë).
- Ekziston një lidhje pozitive mes nivelit të ulët ekonomik dhe gjendjes së kequshqyerjes të fëmijëve nën 5 vjeç (përfshi prapambetjen në rritje, dobësinë, nënpeshën, mbipeshën, si dhe aneminë).
- Prevalenca e nënushqyerjes ka pësuar një rënie graduale në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit.
- Prevalenca e mbiushqyerjes (mbipeshë dhe obezitet) ka pësuar një rritje graduale në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit.
- Bazuar në tendencat kohore, Shqipëria manifeston një barrë të dyfishtë të kequshqyerjes tek fëmijët nën 5 vjeç (prapambetje dhe dobësi në njërën anë, përkundrajt mbipeshës dhe obezitetit në anën tjetër).

### 3. Metodologjia

Siç përmendet më sipër, qëllimi i studimit është marrja e informacionit të nevojshëm mbi faktorët socio- ekonomikë, si dhe eksplorimi i faktorëve të tjerë që lidhen me ushqyerjen e fëmijëve dhe që kanë ndikim mbi gjendjen shëndetësore, rritjen dhe zhvillimin e fëmijëve.

- Rishikim sistematik i literaturës shkencore, përfshi studimet mbi gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve në Shqipëri dhe raporte globale të UNICEF, OBSH, Bankës Botërore për ushqyerjen, si dhe botime të tjera seriale të revistës së njohur mjekësore The Lancet.
- Kërkim në Medline/PubMed duke përdorur si fjalë kyç: “determinants of child nutrition”, “nutrition status of children”, “anemia”, “infant and young child feeding”, “nutrition transition”, “Albania”, “child malnutrition”, “double burden of malnutrition”.
- Analizë krahasuese e studimeve në popullatë – studimi me klastera të shumëfishtë (MICS 2000, 2005) dhe studimi demografik shëndetësor (SDSHSH 2008-9)
- Analizë e avancuar/dytësore mbi të dhënat e SDSHSH, bazuar në një kampion kombëtar prej 8,994 familjesh dhe 1,616 fëmijë të moshës 0-59 muajsh.

#### 3.1. Popullata në studim

Përfshirja në këtë studim e grupmoshës 0-59 muajsh është bazuar në evidencën globale mbi kohën e shfaqjes së problemeve të ushqyerjes në ciklin e jetës, dhe rëndësinë e identifikimit dhe adresimit të problemeve të kequshqyerjes sa më herët në jetën e fëmijëve. Kjo për të arritur që pasojat mbi shëndetin dhe zhvillimin e fëmijëve të jenë të rikthyeshme dhe të realizohen kurse të karakterit human, social dhe ekonomik që vijnë nga identifikimi dhe adresimi i hershëm i problemeve të kequshqyerjes.

- Për analizë dytësore janë përdorur të dhënat e SDSHSH (viti 2008-9)
- Në SDSHSH u përdor një praktikë kampionimi në dy faza; kampioni i njësive primare të kampionimit (PSU) u realizua gjatë fazes së parë- 450 PSU ; në fazën e dytë u zgjodhën familjet.
- Analiza dytësore bazohet në një kampion prej 1,616 fëmijësh të moshës 0-59 muajsh.
- Treguesit antropometrikë (raportet gjatësi/moshë, peshë/gjatësi dhe peshë/moshë) u kombinuan me përcaktimin e gjendjes së anemisë nëpërmjet biomarkerave.

#### **Popullata e marrë në studim për bazën primare të të dhënave**

- Kampioni përfaqësues kombëtar i SDSHSH - 8,994 familje.
- Të gjitha gratë e moshës 15-49 vjeç në familjet e përzgjedhura u kualifikuan për intervista individuale.
- U mbledhën kampione gjaku kapilar tek të gjithë fëmijët e moshës 6-59 muajsh.

- Të gjithë fëmijët nën pesë vjeç u peshuan dhe u matën.
- Kampioni u përzgjedh në një mënyrë të tillë, që të lejonte përlllogaritje në nivel urban dhe rural, si edhe të nivelit rajonal për treguesit kyç të popullsisë dhe shëndetit.
- Për mbledhjen e bazës primare të të dhënave, SDSHS viti 2008-9, u përdorën tre pyetësorë: Pyetësori i Familjes, Pyetësori i Femrave, dhe Pyetësori i Meshkujve. Përmbajtja e këtyre pyetësorëve u bazua në pyetësorë model të ndërtuar nga programi MEASURE DHS.
- Ndihmësit Personalë Dixhitalë (PDA) u përdorën për grumbullimin e të dhënave nga 12 ekipe intervistuesish në terren.
- ISHP dhe INSTAT mbikqyrën të gjitha aspektet e veprimtarive të punës në terren përmes katër ekipeve të kontrollit të cilësisë. Një tjetër nivel monitorimi u realizua nga MACRO Intl dhe partnerët.
- Përpunimi operativ i të dhënave në bazë javore lejonte kontrollin e cilësisë së studimit, identifikimin dhe zgjidhjen në kohë të problemeve me të dhënat.
- Baza primare e të dhënave të studimit u analizua paralelisht nga INSTAT dhe nga MACRO Intl.

#### **Të dhënat e marra në studim**

- Variablat tregues ose të varur: anemia, prapambetja në rritje (stunting), dobësia (wasting), mbipesha dhe nënpesha.
- Variablat e pavarur u klasifikuan në 4 grupe:
  - Karakteristika të fëmijës: mosha, gjinia, rrada e lindjes
  - Karakteristika të nënës: mosha, niveli i arsimimit
  - Karakteristika të familjes: indeksi i pasurisë dhe numri i fëmijëve në familje
  - Karakteristika të komunitetit: rajoni dhe vendbanimi urban/rural.

#### **Definicionet e variableve të varura**

• **Prapambetja në rritje** (Stunting-raporti gjatësi/moshë)- rritja fizike e fëmijëve u mat në bazë të peshës dhe gjatësisë. Një fëmijë u konsiderua me prapambetje në rritje nëse gjatësia në raport me moshën ishte më pak, ose baraz me dy devijime standarde nën medianën e përcaktuar nga standardet e rritjes të OBSH.

• **Dobësia** (Wasting-raporti gjatësi/peshë)—një fëmijë u konsiderua i dobët për moshën nëse pesha në raport me gjatësinë ishte më e vogël, ose baraz me dy devijime standarde nën medianën e përcaktuar nga standardet e rritjes të OBSH.

- **Nënpesha** ( raporti peshë/moshë)—një fëmijë u konsiderua nën

peshë nëse pesha në raport me moshën ishte më e vogël, ose e barabartë me dy devijime standarde nën medianën e përcaktuar nga standardet e rritjes të OBSH.

- **Mbipesha** (raporti peshë/moshë)–një fëmijë u konsiderua mbi

peshë nëse pesha në raport me moshën ishte më e madhe, ose e barabartë me dy devijime standarde mbi medianën e përcaktuar nga standardet e rritjes të OBSH.

- **Anemi** e lehtë–nivel i hemoglobinës 10.0-11.9 g/dl; Anemi mesatare – niveli i hemoglobinës 7.0-9.9 g/dl.

### 3.2.Mbledhja e të dhënave

Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë (SDSHSH) viti 2008-9 është studimi i parë që kryhet ndonjëherë në vend mbi demografinë dhe shëndetin. Ai u vu në zbatim nga Instituti i Statistikës (INSTAT) dhe Instituti i Shëndetit Publik (ISHP). ICF Macro ofroi ndihmë teknike për SDSHSH, ndërsa kostot vendore të studimit u mbështetën nga USAID, Zyra Zviceriane për Bashkëpunim në Shqipëri (SCO-A), UNICEF, Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë (UNFPA), Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH).

Autori i këtij punimi ka qenë pjesë e grupit teknik koordinues të studimit të SDSHSH, dhe ka patur një përfshirje direkte në të gjitha fazat e përgatitjes dhe zbatimit të SDSHSH, duke përfshirë kontributin në shkrimin e kapitullit të Ushqyerjes në raportin final të SDSHSH.

Grumbullimi i të dhënave u krye nga 28 Tetori 2008 deri më 26 Prill 2009, duke përdorur një kampion përfaqësues kombëtar prej thajse 9,000 familjesh. Të gjitha femrat e moshës 15-49 vjeç në këto familje, dhe të gjithë meshkujt e moshës 15-49 vjeç në gjysmën e familjeve, u kualifikuan për t'u intervistuar individualisht. Përpos të dhënave të grumbulluara me anë të intervistave të kryera me këta meshkuj dhe femra, u mblodhën edhe kampionë gjaku kapilar nga të gjithë fëmijët në moshën 6-59 muaj, dhe të gjithë femrat dhe meshkujt moshën 15-49 vjeç për analiza të anemisë. Të gjithë fëmijët nën moshën pesë vjeç, dhe të gjithë meshkujt dhe femrat në moshën 15-49 vjeç u peshuan dhe matën për të vlerësuar statusin e tyre të të ushqyerit.

Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë viti 2008-9 bazohet mbi një kampion përfaqësues probabilistik prej afërsisht 9,000 familjesh. Ky kampion u përzgjedh në një mënyrë të tillë, që të lejonte përlllogaritje në nivel urban dhe rural, si edhe shtresëzimin sipas rajonit gjeografik për treguesit kyç të popullsisë dhe shëndetit, p.sh. lindshmëria, përdorimi i kontraktivëve, vdekshmëria feminare për fëmijët nën pesë vjeç, gjendja e ushqyerjes së fëmijeve etj.

SDSHSH viti 2008-9 përdori një dizënjim të kampionit me dy faza. Faza e parë kishte të bënte me përzgjedhjen e një kampioni të njëjësive parësore të kampionimit (PSU) nga PSU-të e përdorura për studimin e matjes së standardeve të jetesës (LSMS) të vitit 2008. Në total u përzgjedhën 450 PSU për kampionin e SDSHSHS, përfshi 245 PSU urbane dhe 205 rurale, që mbulojnë katër zona gjeografike malore, qendrore, bregdetare dhe Tiranën urbane. Për përgatitjen e LSMS, u krye një përditësim i secilës prej PSU-ve të përzgjedhura. Studimi SDSHSH përzgjedhi në secilën PSU 20 familje

nga lista e përditësuar e familjeve, duke përjashtuar familjet e përzgjedhura për LSMS. Pas përzgjedhjes së familjeve, u printuan formularët e përzgjedhjes së kampionit, dhe lista e familjeve të përzgjedhura u përshtat për përdorimin në një ndihmës digital personal (PDA).

Për SDSHSH viti 2008-9 u përdorën tre pyetësorë: Pyetësori i Familjes, Pyetësori i Femrave dhe Pyetësori i Meshkujve. Përmbajtja e këtyre pyetësorëve u bazua në pyetësorë model të ndërtuar nga programi MEASURE DHS.

Konsultime u zhvilluan me partnerët lokalë, dhe ekspertët kombëtarë dhe ndërkombëtarë për një gamë të gjerë çështjesh. Bazuar mbi këto konsultime, pyetësorët model të DHS u modifikuan për të pasqyruar çështjet përkatëse në Shqipëri lidhur me popullsinë, shëndetin e gruas dhe fëmijës, ushqyerjen dhe çështje të tjera të shëndetit. Pas miratimit të përmbajtjes përfundimtare nga Komiteti Drejtues dhe ai Teknik, pyetësorët u përkthyen nga anglishtja në shqip.

Një risi në SDSHSH viti 2008-9 ishte përdorimi i Ndihmësve Personalë Dixhitalë (PDA) për grumbullimin e të dhënave, në vend të pyetësorëve në letër. Studimi përdori PDA Hewlett Packard iPAQ 212 me sistem operimi Windows Mobile 6. Familja e plotë, Pyetësori i Femrave dhe i Meshkujve u programuan në PDA duke përdorur paketën software CPro (Përpunim Regjistrimi dhe Studimi). Brenda sistemit të hedhjes së të dhënave ishin të ndërtuara menaxhimi i studimit të plotë të të dhënave duke përfshirë intevalet, filtrat dhe kontrollin e konsistencës. Të dhënat ruheshin me back up në një sistem dytësor ruajtjeje në PDA sapo intervista përfundonte, dhe kopjoheshin në PDA të mbikëqyrësit në fund të çdo dite. Të dhënat dërgoheshin më pas elektronikisht në zyrën qendrore të INSTAT në mënyrë të rregullt. Intervistuesit kishin në dispozicion pyetësorë në letër në rast mosfunksionimi të pajisjeve.

Të gjitha aspektet e grumbullimit të të dhënave për SDSHSH ishin paratestuar në periudhën qershor-korrik 2008. Një total prej 19 individë të trajnuar, marrë nga personeli i INSTAT dhe ISHP u trajnuar për dy javë nga personeli i ICF Macro. Të trajnuarit më pas u dërguan në terren për të kryer paratestin e SDSHSH. Paratesti krijoi mundësinë për të rishikuar përmbajtjen dhe gjuhën e pyetësorit, logjistikën, nevojat për pajisje, software të PDA, si dhe protokollet e përgjithshme për studimin. Në total, u intervistuan afërsisht 120 familje në zonat urbane dhe rurale me 100 intervista të femrave dhe 30 intervista të meshkujve. Mësimet e nxjerra nga paratesti u përdorën për të finalizuar instrumentet e studimit dhe përgatitjet logjistike.

SDSHSH viti 2008-9 u bazua në tre lloje testesh me biomarkera: (1) matjet antropometrike; (2) kampionë gjaku kapilar për testim për aneminë; dhe (3) matjet e tensionit të gjakut. Çdo intervistues dhe mbikëqyrës ekipi u trajnua për të kryer të tri llojet e matjeve.

### **Matjet antropometrike**

Matjet e peshës dhe gjatësisë u kryen për të gjithë fëmijët e regjistruar në Pyetësorin e Familjes që nga janari 2003. Të dhënat për peshën u përfatuan duke përdorur peshoret Seca 881 me ekrane dixhitale, sipas rekomandimit të UNICEF, dhe ishin në gjendje të mbilidhnin matjet nënë-fëmijë përpos matjeve individuale. Për matjen e gjatësisë u përdorën dy pajisje të veçanta. Infantometrati Seca 416 u përdorën për të matur

gjatësinë shtrirë të foshnjeve dhe fëmijëve më pak se 24 muajsh. Për fëmijët 24 muajsh ose më shumë u përdorën Stadiometra Seca 214.

### **Analiza e hemoglobinës**

Analiza e hemoglobinës është metoda parësore e diagnostikimit të anemisë. Matje të besueshme kryhen duke përdorur sistemin HemoCue. Në të gjitha familjet e përzgjedhura për studimin SDSHSH viti 2008-9, fëmijët në moshën 6 deri 59 muaj bënë analiza për anemi. Të intervistuarit që kualifikohej, apo prindit ose të rriturit përgjegjës për fëmijët, si dhe meshkujve e femrave të pamartuara të moshës 15-17 iu lexohej një deklaratë pëlqimi. Deklarata shpjegonte qëllimin e analizës, i informonte që rezultatet do t'i vihehin në dispozicion sapo të përfundonin analizat, dhe kërkohej leje për kryerjen e analizës.

Përpara se të merrej gjak, gishti fshihej me pambuk me alkool dhe lihej të thahej në ajër. Më pas, shpohej ana e brendshme e fundit të gishtit të tretë ose të katërt me një age sterile, me një përdorim dhe vetëtërheqëse. Një pikë gjak mblidhej në një mikrokuvetë HemoCue e cila shërbente si pajisje matjeje, dhe vendosej në një fotometër HemoCue ku shfaqeshin rezultatet. Secilës familje i jepej një broshurë informuese që shpjegonte çfarë është anemia, simptomat e saj dhe masat e parandalimit. Secilit person, të cilit i ishte matur niveli i hemoglobinës, i jepeshin rezultatet. Gjithashtu, secilit person me nivel hemoglobine më të ulët se normat e rekomanduara, i jepej një referencë me shkrim që rekomandonte ndjekje të menjëhershme nga një profesionist shëndeti.

### **Trajnimi dhe puna në terren**

Trajnimi për punën në terren u krye në datat 1-24 tetor 2008 në qytetin e Durrësit. Gjithsej 82 kursantë (47 femra dhe 35 meshkuj) morën pjesë në trajnimin kryesor për studimin. ISHP dhe INSTAT i përzgjedhën kursantët nga një grup i madh prej afërsisht 200 kandidatësh. Kursantët u përzgjedhën mbi bazën e arsimit, përvojës së mëparshme si intervistues apo mbikqyrës në studime të tjera me familje, interesit dhe aftësisë për të punuar me PDA, përvojës tjetër lidhur me subjektin, si dhe nivelit të paraqitjes gjatë intervistës përzgjedhëse. Trajnimi për intervistuesit u zhvillua kryesisht në shqip nga një ekip trajnerësh. Ekipi trajnues përbëhej nga dy konsulentë nga ICF Macro, personel i INSTAT dhe ISHP. Disa lektorë të ftuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe ISHP bënë prezantime mbi planifikimin familjar, shëndetin e nënës dhe fëmijës, si dhe programet për HIV/AIDS në Shqipëri. Të gjithë pjesëmarrësit u trajnuan mbi teknikat e intervistimit dhe përmbajtjen e pyetësorëve të SDSHSH. Gjithashtu, pjesëmarrësit u trajnuan edhe për të kryer matje antropometrike dhe të hemoglobinës.

Trajnimi u krye duke ndjekur procedurat standarde të trajnimit të DHS, përfshi prezantimet në klasë, intervistat e improvizuara dhe testet me shkrim. Të gjithë pjesëmarrësit u trajnuan sesi të plotësonin Pyetësin e Familjes, Pyetësin e Femrave dhe atë të Meshkujve. Trajnimi në fillim u përqendrua te një modul i posaçëm i pyetësit, duke përdorur pyetësin në letër, i cili mbulonte hollësitë e çështjeve të lëndës dhe mbledhjes së të dhënave, si dhe shpjegonte sesi të plotësohej

pyetësoni në letër. Kjo u pasua nga trajnimi për të njëjtin modul, duke përdorur PDA, me intervista të improvizuara, intervista ballë për ballë, si dhe praktika në grupe të vogla.

Përpos trajnimit në kushte klase, pjesëmarrësit praktikuan matjet antropometrike dhe kryerjen e testeve të anemisë te fëmijët në kopshte. Kursantët gjithashtu kryen tre raunde praktike në terren për të përfituar më shumë përvojë në intervistim, matje antropometrike, anemie, dhe të tensionit të gjakut, si dhe logjistikë të punës në terren dhe dinamikën e punës në ekip. Ndërkohë që, si intervistuesit edhe intervistueset kryen intervista me personat për Pyetësonin e Familjes, vetëm intervistueset kryen intervista me femrat e kualifikuara për Pyetësonin e Femrave, dhe vetëm intervistuesit kryen intervista me meshkujt e kualifikuar për Pyetësonin për Meshkujve. Pjesëmarrësit të përzgjedhur si mbikëqyrës të punës në terren, u trajnuan edhe dy ditë më shumë për mënyrën e mbikëqyrjes së punës në terren dhe sigurimin me cilësi të të dhënave.

Për punën në terren u ngritën dymbëdhjetë ekipe. Secili ekip përbëhej nga një mbikëqyrës, tri intervistuese femra, dy intervistues meshkuj dhe një shofer. Intervistuesit dhe mbikëqyrësit u përzgjedhën mbi bazën e pjesëmarrjes në sesionet e trajnimit, praktikën në terren, dhe tetë teste vlerësimi teorik. Kursantët me më shumë përvojë, ata që kishin marrë pjesë në paratest, si dhe ata që dolën shumë mirë në praktikë dhe teste, u përzgjedhën si mbikëqyrës.

ISHP dhe INSTAT mbikëqyrën të gjitha aspektet e veprimtarive të punës në terren. Për këtë qëllim u formuan katër ekipe të kontrollit të cilësisë (KC), me një person nga secili institucion në secilin ekip. Ekipet e kontrollit të cilësisë ishin përgjegjëse për nga dy deri në katër ekipe intervistimi (në varësi të vendndodhjes dhe vështirësisë për të patur akses ndaj ekipeve). Përzgjedhja e ekipeve të kontrollit të cilësisë u bazua mbi pjesëmarrjen e plotë në trajnimin para testit apo trajnimin kryesor për studimin dhe praktikën, përvojën e gjithanshme me pyetësonin e plotë të SDSHSH, si dhe aftësinë për të përdorur dhe zgjidhur problemet me PDA. ICF Macro ndoqi përparimin e punës në terren duke marrë afërsisht çdo dy javë një paketë standarde tabelash të kontrollit të cilësisë, të bazuar në të dhënat e grumbulluara më së fundi. Gjithashtu, stafi i ICF Macro vizitoi 6 nga 12 ekipet intervistuese dhe, së bashku me anëtarët e ekipeve të KC vëzhguan punën në terren, ripanë përparimin, si dhe kontrolluan cilësinë e punës në terren.

Grumbullimi i të dhënave u zhvillua gjatë gjashtë muajve, nga fundi i tetorit 2008 deri në prill 2009. Mesatarisht, çdo ekipi iu deshën rreth tri ditë për të plotësuar një PSU, duke shfrytëzuar mëngjesin herët dhe mbrëmjen vonë për të gjetur të intervistuarit në shtëpi.

Ngaqë SDSHSH viti 2008-9 përdori PDA-të për grumbullimin e të dhënave, veprimtaritë e përpunimit të të dhënave ishin një pjesë integrale e të gjitha veprimtarive të studimit. Gjatë gjithë mbledhjes së të dhënave, u kryen kontrole për gamën dhe konsistencën mbi të dhënat e grumbulluara, dhe intervistuesit ripanë dhe korrigjuan të dhënat sipas nevojës. Në fund të çdo interviste, të dhënat e mbledhura ruheshin në një sistem dytësor ruajtjeje në PDA. Sapo përfundonte grumbullimi i të dhënave për ditën, të dhënat për intervistat e përfunduara transferoheshin me anë të Bluetooth nga PDA e intervistuesit tek PDA e mbikëqyrësit, dhe pyetësonët e familjeve, femrave dhe meshkujve përputheshin dhe kontrolloheshin automatikisht kundrejt listës së familjeve të përzgjedhura.

Pasi ishte përfunduar i gjithë intervistimi për PSU dhe mbikëqyrësi kishte marrë të gjitha të dhënat për atë PSU, të gjithë pyetësorët kontrolloheshin për plotshmërinë e tyre përpara se të përgatiteshin për t'u përcjellë pranë zyrës qendrore tek INSTAT në Tiranë. Të dhënat e regjistruara në PDA nga PSU-të e përfunduara, shkarkoheshin në kompjutera tavoline (desktop) dhe dërgoheshin nga terreni drejt qendrës së INSTAT në Tiranë në mënyrë të rregullt, në mënyrë periodike çdo një deri dy javë. Të dhënat e marra në INSTAT, kontrolloheshin sa të plota ishin dhe redaktoheshin nga personeli i përpunimit të të dhënave, të cilët ishin trajnuar enkas për këtë detyrë. Të gjitha programet për përpunimin e SDSHSH u përgatitën duke përdorur Sistemin e Përpunimit të Regjistrimeve dhe Studimeve (CSPro). Mbi bazë javore, përgatitej një paketë tabelash për cilësinë e të dhënave mbi të dhënat e marra; këto përdoreshin për t'iu dhënë komente ekipeve intervistuese mbi punën e kryer prej tyre, dhe për t'i këshilluar lidhur me ndonjë problem të pikasur.

Pas përfundimit të punës në terren, u krye përpunim i mëtejshëm i të dhënave për të nxjerrë agregate të të gjitha të dhënave, për të përfunduar redaktimin dytësor të të dhënave dhe kontrollin e tyre, për të përllogaritur ndikimet e kampionit dhe për të përgatitur dosje të dhënash për analizë. Kjo fazë e studimit u përfundua në fund të majit 2009.

### 3.3. Analiza statistikore

- ▶ Anemia, prapambetja në rritje, dobësia, nënpesha dhe mbipesha u regjistruan si variabla treguese që marrin vlerën “1” nëse fëmija është anemik, dhe “0” nëse nuk është anemik.
- ▶ Vendbanimi është konsideruar si variabël kategorik. Krahina u mat me anë të katër treguesve dikotom që tregojnë nëse familja ndodhet në zonë malore , bregdetare, qendrore apo në Tiranën urbane.
- ▶ Niveli i arsimit të nënës kategorizohet sipas nivelit të studimeve ( shkolla nëntëvjeçare ose më pak, arsim i mesëm dhe i lartë).
- ▶ Mosha e nënës është një variabël kategorik me grupe ( 15-24, 25-34, 35-49 vjeç).
- ▶ Nga të dhënat e vazhdueshme si mosha, edukimi, pesha, gjatësia, niveli i hemoglobinës në gjak, u llogarit mesatarja dhe deviacioni standart, si dhe mediana dhe largësia interkuartile.
- ▶ Të dhënat e vazhdueshme në analizën e mëtejshme u shndërruan në të dhëna kategorike (ordinale) dhe u analizuan me testin e  $\chi^2$  (hi-katror).
- ▶ Të dhënat u analizuan nëpërmjet statistikave përshkruese, testit të pavarësisë  $\chi^2$  -(niveli i sinjifikancës i përcaktuar në  $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ; dhe  $p<0.1$ ).
- ▶ Regresioni logjistik u përdor për të përcaktuar lidhjet (associations) ndërmjet variablave tregues dhe atyre të pavarur.
- ▶ U përdorën:
  - Regresion logjistik binary (dikotomik) për stunting, aneminë dhe mbipeshën.

- Regresion logjistik multinomial për “wasting” dhe mbipeshën.
- U përdor paketa software statistikore SPSS versioni 19.0(Chicago, Illinois) për analizën statistikore.

### **Ky punim doktorature përfshin analizën sekondare të të dhënave të Studimit për Demografinë dhe Shëndetin në Shqipëri (SDSHSH viti 2008-9).**

Studimi i literaturës botërore tregon që shumica e studimeve dytësore mbi të dhënat e DHS, për të përcaktuar determinantë të gjendjeve të caktuara shëndetësore dhe sjelljeve që lidhen me ushqyrjen, kanë përdorur analizë regresioni bi dhe multivariate. Fillimisht u përdor analiza bivariate për të parë lidhjen e çifteve të variablave të varur dhe atyre të pavarur, dhe më pas u përdor analiza multivariate kur më shumë se dy variabla futen në model.

Metoda e analizës së përdorur ishte regresioni për arsye se me këtë metodë analize bëhet e mundur: (107)

- Vlerësimi i magnitudës së efektit, psh mund të thuhet se fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra kanë xx herë më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje, krahasuar me fëmijët që jetojnë në familjet e pasura etj.
- Të tregohet nëse rezultati është sinjifikant nga ana statistikore.
- Të përfshihen variabla të shumëfishta

Në vijim, u përdor regresioni logjistik për arsye se variablat e varura janë dikotomike/binare, në kontrast me regresionin linear ku këto variabla janë të vazhdueshme.

Nga ana tjetër u përdor analiza multivariate, pasi bën të mundur analizën e lidhjeve statistikore kur kemi të bëjmë me tre apo më shumë variabla.

Siç u përmend dhe më sipër, për analizë janë përdorur të dhëna nga Studimi për Demografinë dhe Shëndetin në Shqipëri viti 2008-2009. SDSHS është një anketim në nivel kombëtar me një kampion prej 8,994 familjesh dhe një normë përgjigjesh prej 98 përqind.

Kjo analizë bazohet në të dhënat e një studimi kros seksional të mbledhura nga një kampion prej 1,616 fëmijë të moshës 0-59 muajsh. Variablat e përzgjedhura të rezultateve ishin anemia, stunting (raporti gjatësi/moshë), wasting (raporti peshë/gjatësi), mbipesha (raporti peshë/moshë) dhe nënpesha (raporti peshë/moshë), të cilat u shqyrtuan kundrejt një sërë faktorësh kontrolli, për të vlerësuar ndikimin e tyre dhe domethënien statistikore. Rritja fizike e fëmijëve u mat në bazë të peshës dhe gjatësisë.

Përkufizimet e mëposhtme të variablave të varura janë bazuar në përkufizimet e OBSH për monitorimin e rritjes së fëmijëve:

**Stunting** (raporti gjatësi /moshë)—rritja fizike e fëmijëve u mat në bazë të peshës dhe gjatësisë. Një fëmijë u konsiderua me prapambetje në rritje nëse gjatësia në raport me moshën ishte më pak, ose baraz me dy devijime standarde nga medianja e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Wasting**(raporti peshë/gjatësi)—një fëmijë u konsiderua i dobët për moshën nëse pesha në raport me gjatësinë ishte më e vogël, ose baraz me dy devijime standarde nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Nënpesha** (raporti peshë/moshë)—një fëmijë u konsiderua si fëmijë nënpeshë nëse pesha në raport me moshën ishte më e vogël, ose e barabartë me dy devijime standarde nga mediana e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

**Mbipesha** ( raporti peshë /gjatësi)—një fëmijë u konsiderua si fëmijë mbipeshë nëse pesha në raport me gjatësinë ishte më e madhe, ose e barabartë me dy devijime standarde mbi medianën e përcaktuar në standardet e rritjes të OBSH.

Siç u përmend më sipër, për të vlerësuar gjendjen e anemisë te fëmijët dhe nënat e tyre, u matën nivelet e hemoglobinës në gjak duke përdorur sistemin e HemoCue. Matjet u realizuan në fëmijët gjashtë muajsh ose më të mëdhenj, kështu që numri i fëmijëve që u morën në konsideratë për analizat e anemisë ishte më i vogël se numri i fëmijëve që u peshuan dhe u matën.

Anemia, stunting, wasting, mbipesha dhe nënpesha u regjistruan si variabla treguese që marrin vlerën "1" nëse fëmija është anemik dhe "0" nëse nuk është anemik, dhe po njësoj "1" nëse fëmija është me prapambetje në rritje dhe "0" nëse nuk është, etj.

Variablat e pavarura që u morën në konsideratë u klasifikuan në katër grupe. **Karakteristikat e fëmijëve**—ku përfshihet mosha, seksi, dhe radha e lindjes; **karakteristikat e nënës**—mosha dhe niveli i arsimit; **karakteristikat e familjes**—indeksi i pasurisë dhe numri i fëmijëve në familje; ndërsa krahinat dhe statusi rural/urban u përfshinë te **karakteristikat në nivel komuniteti**.

Vendbanimi është konsideruar si variabël kategorik. Krahina u mat me anë të katër treguesve dikotom që tregojnë nëse familja ndodhet në zonë Malore, Bregdetare, Qendrore apo në Tiranën urbane.

Niveli i arsimit të nënës kategorizohet sipas nivelit të studimeve (shkolla nëntë-vjeçare ose më pak, arsim i mesëm dhe i lartë). Mosha e nënës është një variabël kategorik me tre grupe (15-24, 25-34 dhe 35-49 vjeç).

Nga të dhënat e vazhdueshme si mosha, edukimi, pesha gjatësia dhe niveli i hemoglobinës në gjak, u llogarit mesatarja dhe deviacioni standart.

Të dhënat janë analizuar nëpërmjet statistikave përshkruese, testit të pavarësisë  $\chi^2$  (chi-square) (niveli domethënës, i përcaktuar në  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$  dhe  $p < 0.1$ ). Regresioni logjistik u përdor për të përcaktuar lidhjet ndërmjet variablave treguese dhe atyre të pavarura.

Për stunting, aneminë dhe nënpeshën është përdorur regresioni logjistik dytësor, ndërsa për wasting dhe mbipeshën është përdorur regresioni logjistik multinominal për të matur rrezikun relativ të gjithë faktorëve konfondues (raportet e gjasave).

Të gjitha analizat janë kryer duke përdorur paketën software statistikore SPSS. Për të gjitha analizat e kryera në këtë studim janë përdorur të dhëna të peshuara për të rikuperuar përfaqësimin e kampionit.

## 4. Rezultatet

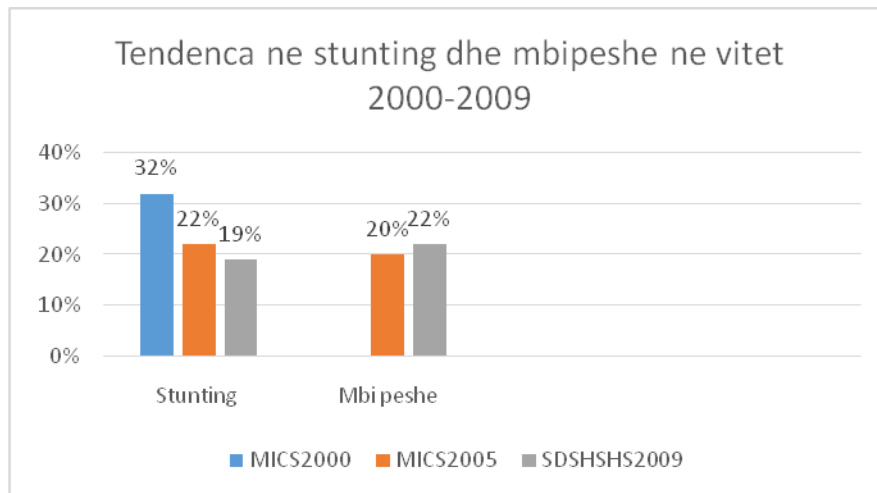
Në këtë seksion prezantohen të dhëna të analizës krahasuese për tre studimet e bazuara në popullatë ( MICS2000 viti 2005 dhe SDSHSH viti 2009), dhe analizës sekondare të studimit demografik shëndetësor viti 2009.

### 4.1. Rezultate të analizës krahasuese të të dhënave të gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve

Të dhënat e studimeve në popullatë: studimi me klastera të shumëfishtë ( viti 2000 dhe 2005) dhe studimi demografik shëndetësor viti 2008-9, u përdorën për të analizuar tendencat e kequshqyerjes (nën dhe mbi ushqyerjes) klasifikuar sipas determinantëve socialë.

Bazuar në studimet në popullatë në periudhën ndërmjet viteve 2000 dhe 2009, prevalenca e prapambetjes në rritje në fëmijët nën 5 vjeç në Shqipëri është reduktuar nga 32% në 19%. Në të njëjtën periudhë kohore dhe bazuar në të dhënat e studimeve të mësipërme, prevalenca e mbipeshës në këtë grupmoshë është rritur nga 20% në 22%, me ndryshime të dukshme në shpërndarjen sipas grupeve të ndryshme të popullsisë. Tendencat në prevalencën e prapambetjes në rritje dhe mbipeshës pasqyrohen permbljedhtazi në grafikun 4.1. Krahas me reduktimin e vlerave të prapambetjes në rritje vërehet një shtim i rasteve të fëmijëve mbipeshë, duke patur të pranishëm tek grupmosha në studim të dy ekstremet e kequshqyerjes ( nën dhe mbiushqyerjen).

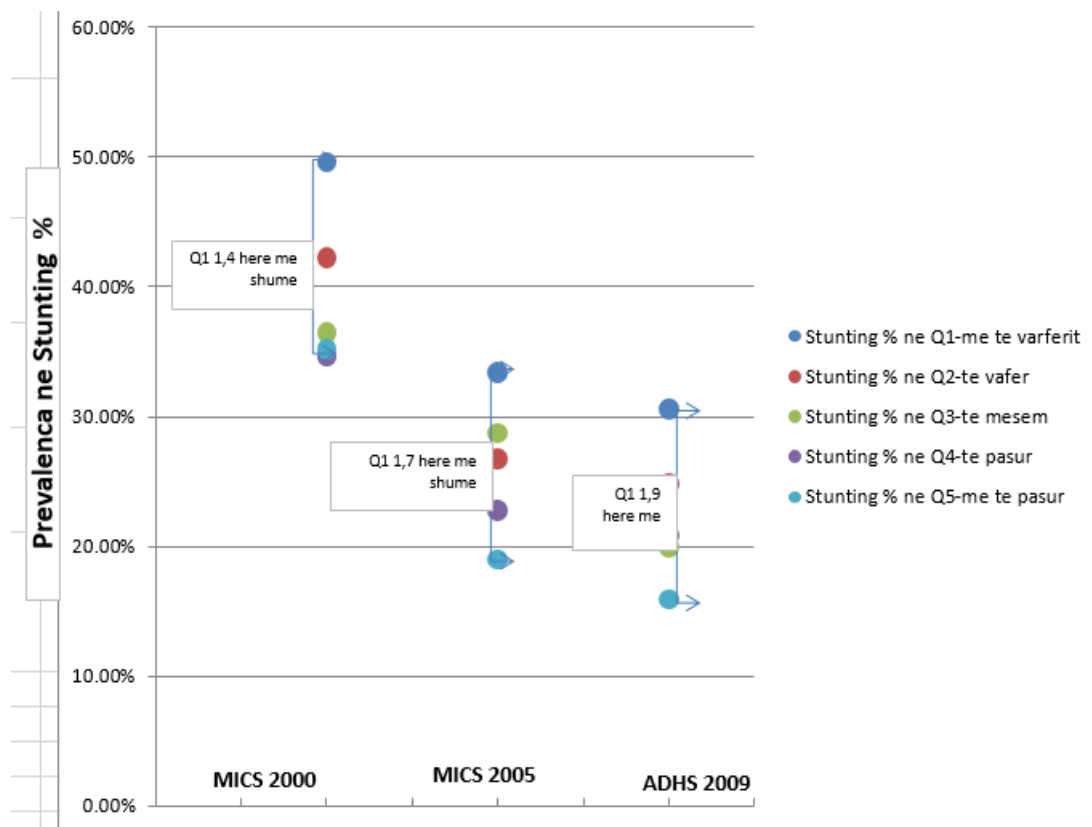
Dy indikatorët e mësipërm janë përdorur për të analizuar tendencat e nën dhe mbiushqyerjes së fëmijëve nën 5 vjeç në Shqipëri, pasi ato konsiderohen si treguesit më të përdorur në shkallë globale për të ndjekur tendencat përkatësisht stunting për nënushqyerjen, dhe mbipesha për mbiushqyerjen. Argumenti i preferencës së stunting kundrejt nënpeshës për ndjekjen e nënushqyerjes është trajtuar më hollësisht në seksionin e hyrjes të këtij punimi.



*Grafiku 4.1. Tendencat në stunting dhe mbipeshë në vitet 2000-09*

Determinatët socialë, përfshirë dhe indeksin e pasurisë së familjes në të cilën jeton fëmija, janë të rëndësishëm për të përcaktuar gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve, si faktorë të rëndësishëm bazë në kuadrin e kornizës konceptuale të kequshqyerjes.

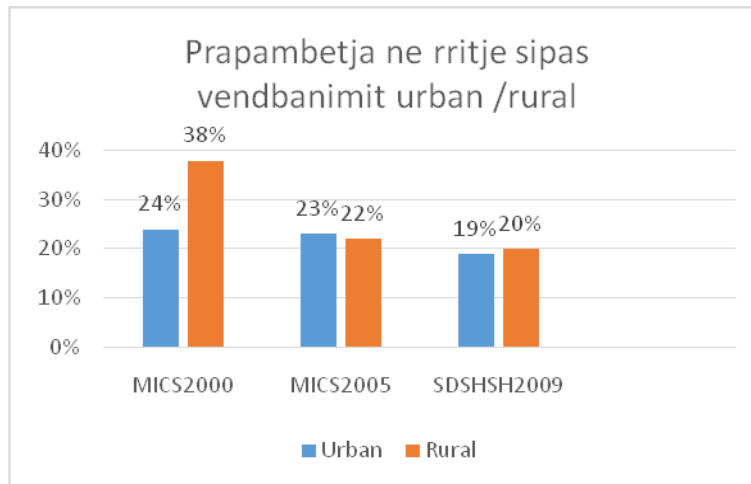
Bazuar në analizën e prevalencës së prapambetjes në rritje në vite, përmes quintileve të pasurisë/indeksit të pasurisë, pasqyruar në studimet MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHS viti 2009, ka evidencë që njëkohësisht me tendencën e reduktimit të shpeshtësisë së prapambetjes në rritje, ka thellim të pabarazive ndërmjet grupeve të caktuara të popullatës. Siç tregohet në grafikun 4.2, në vitin 2000 fëmijët që jetonin në familjet më të varfëra (Q1) kishin 1,4 herë më shumë gjasa të shfaqnin prapambetje në rritje, krahasuar me grupin që jetonte në familjet më të pasura (Q5). Kjo pabarazi u rrit në 1,7 në vitin 2005, dhe më pas arriti në 1,9 në vitin 2009.



*Grafiku 4.2. Tendenca e pabarazive në stunting*

#### 4.1.1. Tendencat që vihen re në prapambetjen në rritje të fëmijëve nën 5 vjeç, sipas studimeve të MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9.

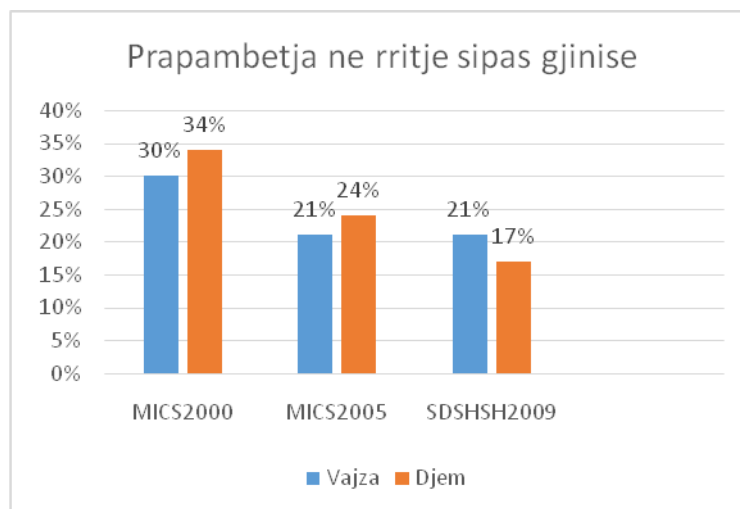
Në grafikun 4.3 më poshtë, diferencat në shpërndarjen e prapambetjes në rritje sipas vendbanimit janë të pranishme në studimin e vitit 2000 ( 24 % në zonat urbane kundrejt 38% në zonat rurale), por në vitin 2005 dhe më pas në studimin e vitit 2009 nuk vërehen ndryshime të dukshme.



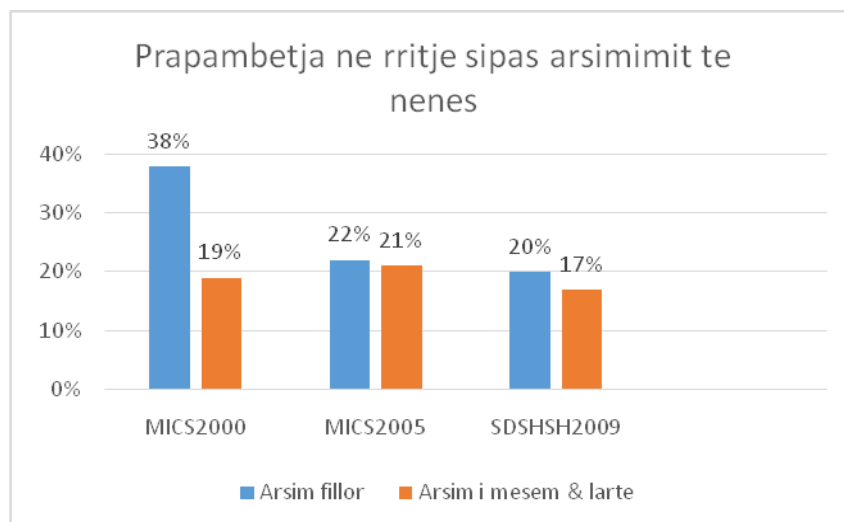
*Grafiku 4.3: Prapambetja në rritje sipas vendbanimit urban apo rural*

Ndërsa në studimet e viteve 2000 dhe 2005, sipas grafikut 4.4, prevalojnë djemtë me prapambetje në rritje kundrejt vajzave me një diferencë të vogël, në studimin e vitit 2009 ky raport përmbysset dhe vajzat janë prekur në masën 21% kundrejt 17% për djemtë.

Sipas grafikut 4.5, në studimin e vitit 2000 prapambetja në rritje është dukshëm më e shpeshtë tek fëmijët e nënave me nivel më të ulët arsimimi ( 38% e fëmijëve të nënave me nivel më të ulët arsimit kundrejt 19 % për fëmijët e nënave me nivel më të lartë arsimor), ndërkohë që kjo diferencë në studimin e SDSHSH të vitit 2009 nuk është sinjifikative nga ana statistikore, siç do ta shohim më pas në analizën bivariabël të të dhënave të SDSHSH.



*Grafiku 4.4: Prapambetje në rritje sipas gjinisë*



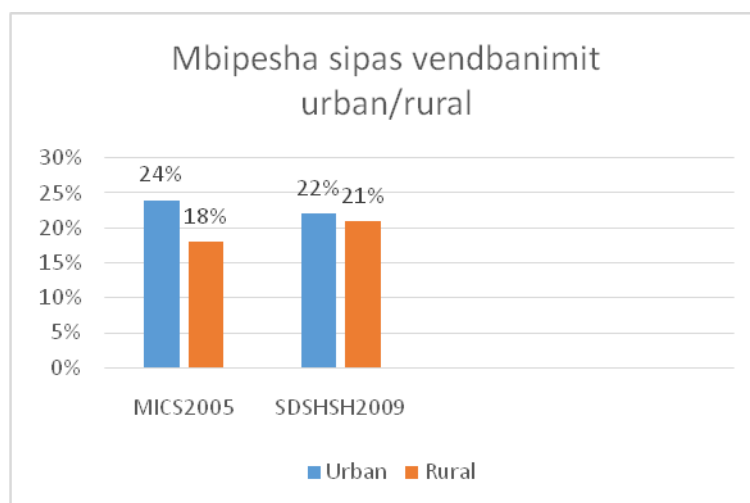
*Grafiku 4.5. Prapambetja në rritje sipas arsimit të nënës*

#### **4.1.2. Tendencat që vihen re në mbipeshën e fëmijëve nën 5 vjeç, sipas studimeve të MICS viti 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9.**

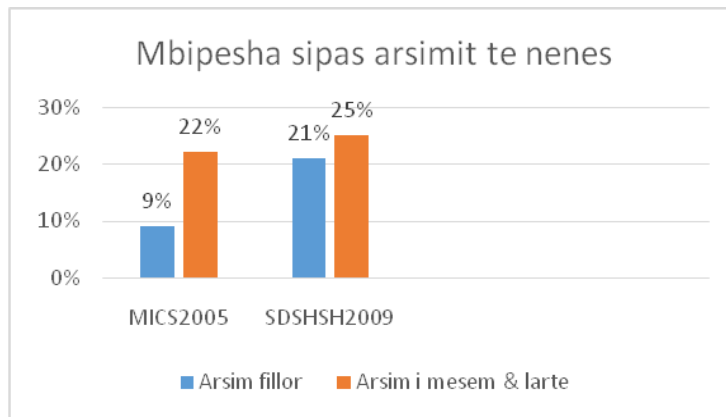
Të dhënat janë analizuar vetëm për vitet 2005 dhe 2009, pasi në studimin e vitit 2000 të dhënat e mbipeshës nuk janë të pranishme.

Në studimin e vitit 2005, fëmijët që jetojnë në zonat urbane janë më të rrezikuar nga mbipeshja kundrejt atyre që jetojnë në zonat rurale ( 24% kundrejt 18%), por ky dallim nuk ekziston më në studimin e vitit 2009 ( grafiku 4.6).

Grafiku 4.7 vë në dukje se në vitin 2005, fëmijët e nënave me arsim të lartë kishin një prevalencë të rritur të mbipeshës kundrejt fëmijëve të nënave me nivel më të ulët arsimor ( 22% për fëmijët e nënave me arsim të lartë krahasuar me 9 % të fëmijëve të nënave me arsim më të ulët). Gjithsesi, niveli i arsimit të nënës ashtu si dhe vendbanimi nuk duket të kenë një rol përcaktues në mbipeshën e fëmijëve sipas studimit të vitit 2009 ( SDSHSH viti 2008-9).

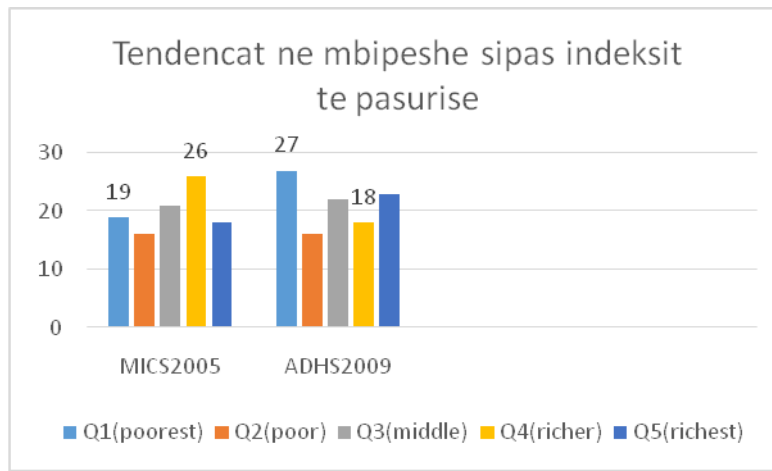


*Grafiku 4.6: Mbipesha sipas vendbanimit (urban/rural)*



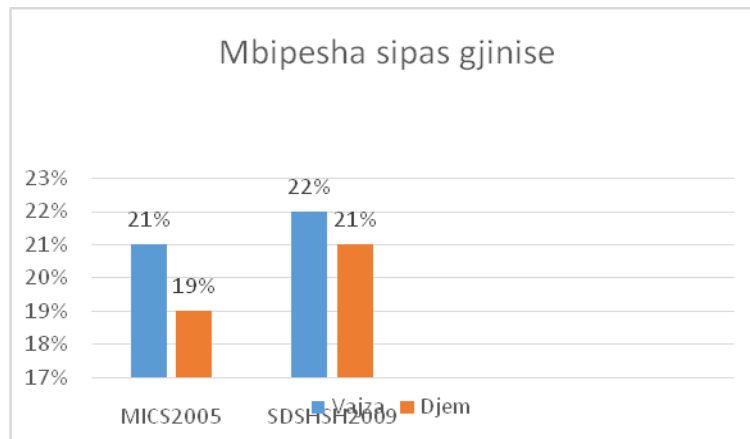
*Grafiku 4.7: Mbipesha sipas arsimit të nënës*

Në vitin 2009 krahasuar me vitin 2005, vërehet një rritje në prevalencën e mbipeshës në fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra nga 19 % në 27%, dhe mbipesha ishte më pak e shpeshtë në fëmijët e familjeve të pasura në vitin 2009 krahasuar me vitin 2005 nga 26% në 18% (grafiku 4.8).



*Grafiku 4.8: tendencat në mbipeshë sipas indeksit të pasurisë*

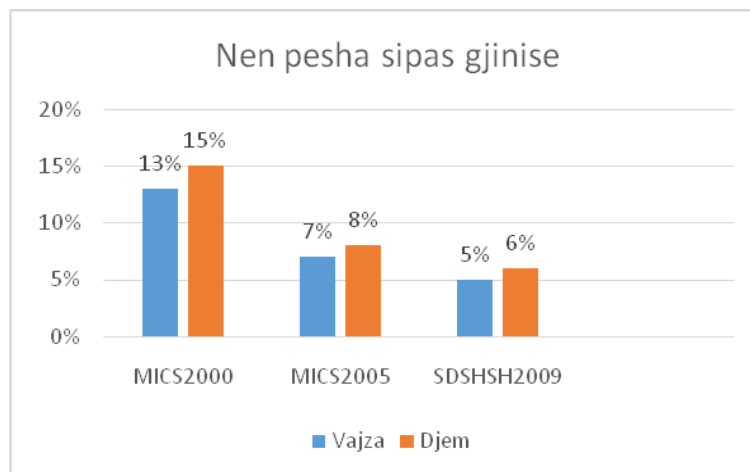
Dallimet gjinore në mbipeshën e fëmijëve, sipas grafikut 4.9, janë më të shprehura në studimin e vitit 2005, dhe më pas prevalenca e mbipeshës është pothuajse e njëjtë si në vajzat dhe djemtë.



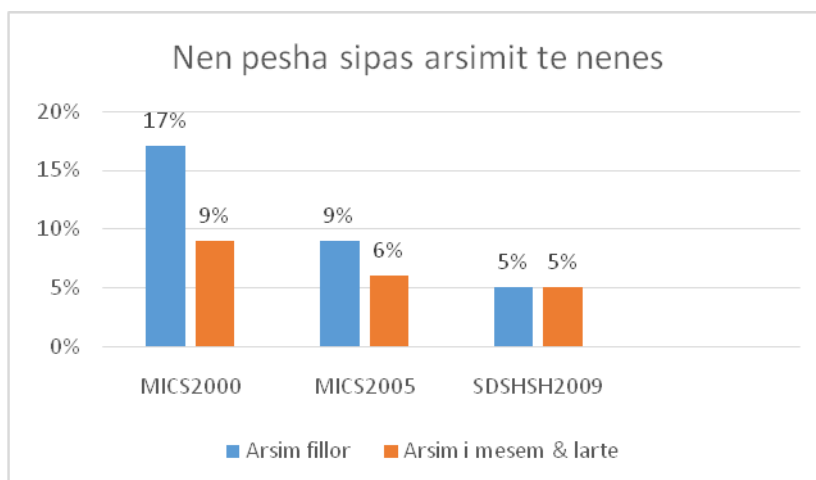
*Grafiku 4.9: Mbipesha sipas gjinisë*

#### 4.1.3. Tendencat që vihen re në nënpeshën e fëmijëve nën 5 vjeç, sipas studimeve të MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9.

Më poshtë (grafiku 4.10) shihet që nuk ka dallime të dukshme në fëmijët nënpeshë sipas gjinisë, ndërsa në grafikun 4.11 dallimet e vërejtura në vitin 2000 në prevalencën e nënpeshës sipas shkallës së arsimit të nënës (17% në fëmijët e nënave me arsim të ulët krahasuar me 9% në fëmijët e nënave me arsim të lartë) nuk janë më të dukshme në studimet e viteve 2005 dhe 2009.

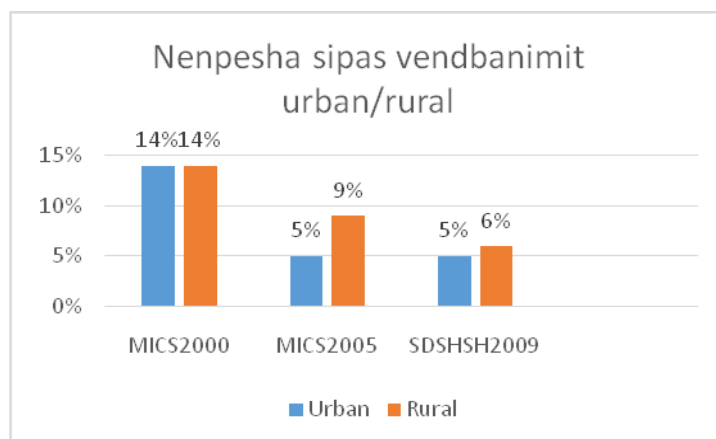


*Grafiku 4.10. Nën pesha sipas gjinisë*



*Grafiku 4.11: Nënpesha sipas arsimit të nënës*

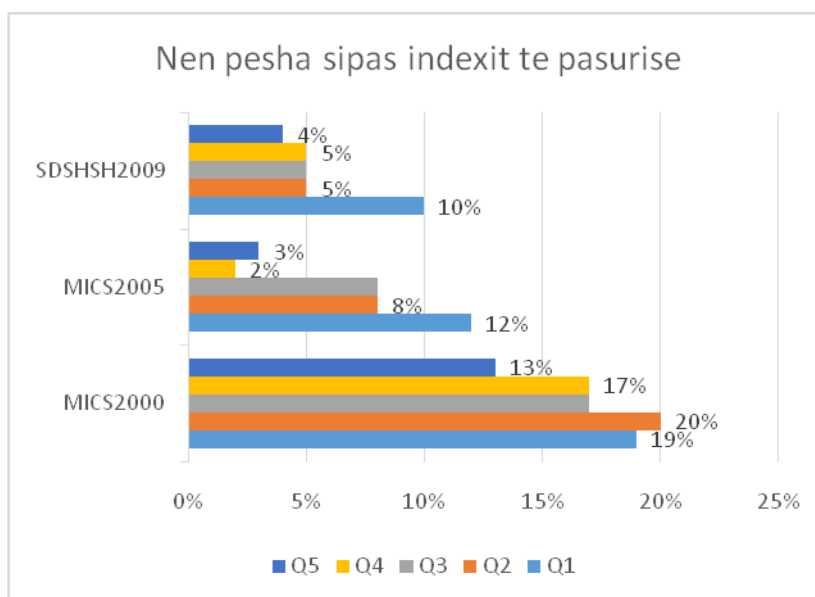
Nënpesha është një tregues kompleks që kombinon kequshqyerjen akute dhe kronike, dhe relativisht i komplikuar për t'u shpjeguar. Ndërsa në studimin e vitit 2000 nuk ka dallime ndërmjet fëmijëve që jetojnë në zonat rurale dhe urbane, dallimi bëhet më i dukshëm në vitin 2005, për t'u rikthyer drejt barazisë në vitin 2009 (grafiku 4.12).



*Grafiku 4.12: Nënpesha sipas vendbanimit urban/rural*

Siç vërehet në grafikun 4.13 në vitin 2000 fëmijët që jetonin në familjet e varfëra kishin 1,4 herë më shumë gjasa të ishin nëneshë krahasuar me ato të familjeve më të pasura, dhe kjo diferencë rritet në 4,4 në studimin e vitit 2005 dhe më pas shkon drejt reduktimit në 3 herë në studimin e vitit 2009. Në dallim nga hendeku ndërmjet të pasurve dhe të varfërve që po thellohet për kequshqyerjen kronike ky dallim për treguesin më kompleks të nënushqyerjes që përfshin edhe nënushqyerjen akute duket të jetë në rënie për arsye dhe të reduktimit të numrit të fëmijëve që vuajnë nga

kequshqyerja akute, ndërkohë që kequshqyerja kronike kërkon më shumë kohë të kontrollohet.

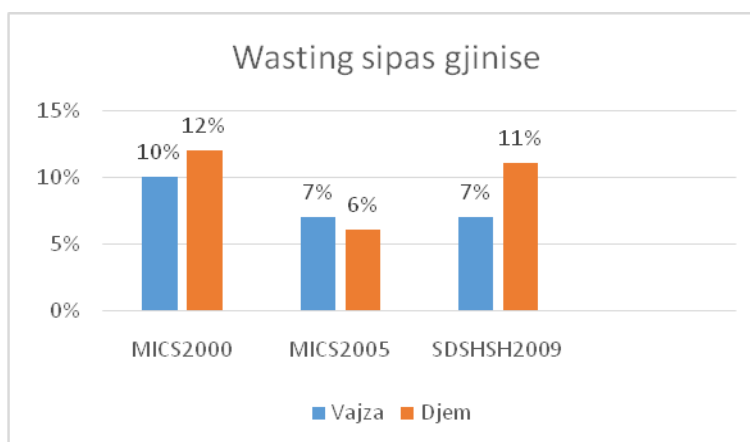


*Grafiku 4.13: Nënpesha sipas indeksit të pasurisë*

#### 4.1.4. Tendencat që vihen re në Wasting tek fëmijët nën 5 vjeç, sipas studimeve të MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9.

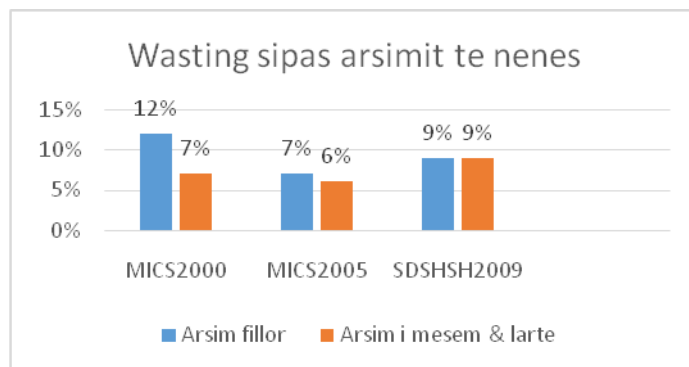
Të dhënat e tre studimeve kombëtare tregojnë qartë tendencën në rënie për këtë tregues të kequshqyerjes akute të fëmijëve (grafiku 4.14).

Dallimet në dobësinë tek fëmijët (wasting) sipas gjinisë bëhen më të dukshme në studimin e vitit 2009, ku prevalenca e këtij treguesi të kequshqyerjes akute është më e shprehur tek djemtë. Kjo diferencë është sinjifikante nga ana statistikore, siç do të tregohet më pas në këtë kapitull kur të prezantohen të dhënat e analizës bivariabël të SDSHSH.



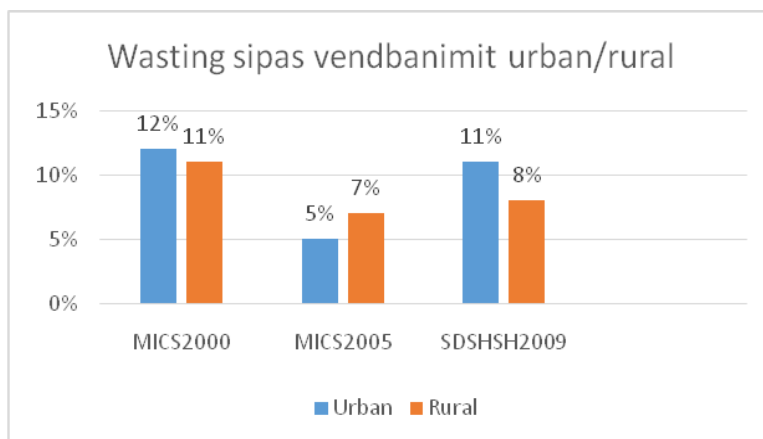
*Grafiku 4.14. Wasting sipas gjinisë*

Ndërsa rastet e fëmijëve me kequshqyerje akute (wasting) janë më të shpeshta në nënat me nivel më të ulët arsimit, në vitin 2000 e më pas këto diferenca nuk janë më të pranishme (grafiku 4.15).



*Grafiku 4.15. Wasting sipas arsimit të nënës*

Në dallim nga tendenca e vënë re në grafikun e mësipërm, në grafikun 4.16 tendenca në kahje të kundërta vërehen respektivisht në vitet 2005 dhe 2009. Në SDSHSH të vitit 2009 duket që fëmijët që jetojnë në zonat urbane janë më të rrezikuar ndaj wasting krahasuar me fëmijët e zonave rurale, dhe kjo e dhënë mbështetet nga të dhënat e analizës sekondare paraqitur më poshtë në këtë kapitull. Prania e kësaj difference në treguesin e kequshqyerjes akute flet për vulnerabilitetin në rritje të fëmijëve që jetojnë në zonat urbane në kombinim dhe me faktorë të tjerë rreziku.



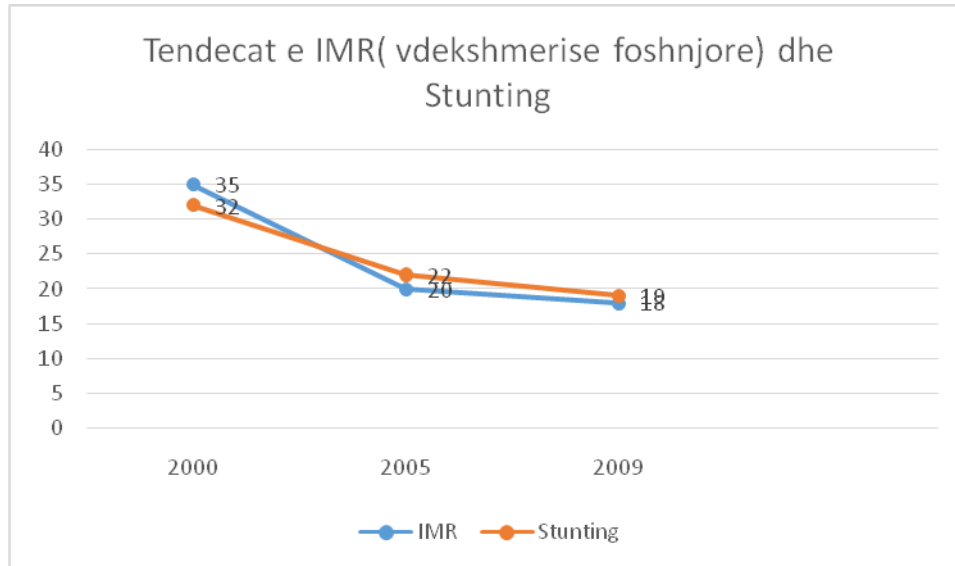
*Grafiku 4.16. Wasting sipas vendbanimit*

#### **4.1.5. Analiza e kontekstit demografik dhe ekonomik të kequshqyerjes tek fëmijët.**

Tendencat në kequshqyerjen e fëmijëve nën 5 vjeç krahasuar me tranzicionin demografik, epidemiologjik dhe atë ekonomik.

Bazuar në të dhënat e SDSHSH, vërehet një tendencë në rënie e nivelit total të lindshmërisë (TFR) nga 2,3 në vitin 2001 në 1,6 në vitin 2009, me një reduktim prej rreth 69% gjatë këtij dhjetë vjeçari (2000-2009). Reduktimi i nivelit total të lindshmërisë reflektohet në reduktimin e lindjeve nga rreth 70,000 në fillim të viteve

90 në 35,000 në vitin 2009, dhe ka lidhje të drejtpërdrejtë në modelet e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël. Siç tregohet në grafikun 4.17, reduktimi i prapambetjes në rritje ka ndjekur trendin e vdekshmërisë foshnjore në periudhën 2000-2009 me një reduktim respektivisht 59% dhe 50%.



*Grafiku 4.17: Tendencat e IMR-së (vdekshmërisë foshnjore) dhe stunting*

Bazuar në të dhënat e Bankës Botërore në figuren 4.1, prodhimi kombëtar bruto për kokë (GNI) nga 1090 US\$ në vitin 2000 është katërfishuar në vitin 2009 në 4030 US\$. Këto të dhëna janë një indikacion i qartë që rritja ekonomike e vendit, me gjithë rolin e rëndësishëm që luan në zhvillimin e ekonomisë dhe kapitalit njerëzor, nuk sjell automatikisht përmirësimin me të njëjtat ritme të treguesve të shëndetit dhe ushqyerjes së fëmijëve në të gjitha shtresat e popullsisë.

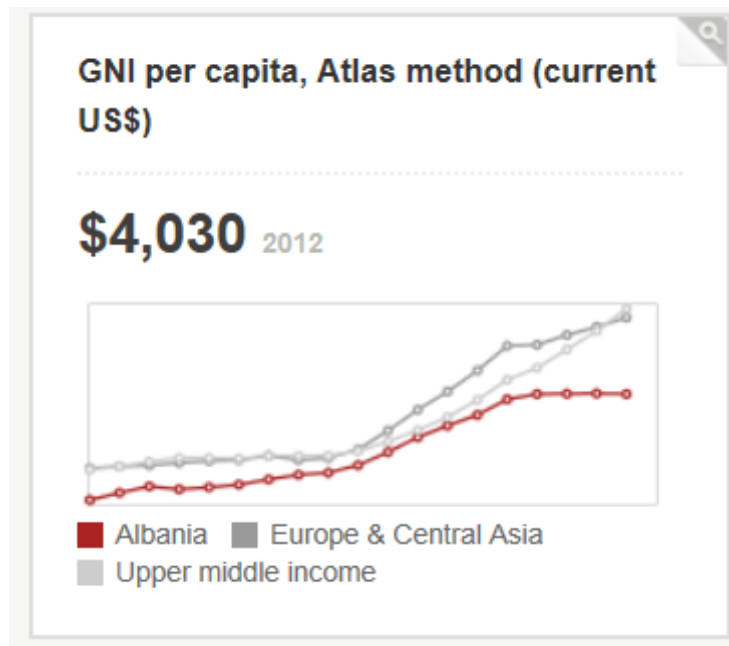


Figura 4.1: GNI për capita

Burimi : Banka Botërore të dhënat për Shqipërinë

## 4.2. Analiza dytësore e të dhënave të studimit demografik shëndetësor viti 2008-9

Kjo analizë u përdor për të kuptuar ndikimin e determinantëve socialë në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve nën 5 vjeç në Shqipëri.

### Të dhënat e analizës bivariabël

Tabela 4.1 bën një përmbledhje të mënyrës sesi variablat përfundimtare të përzgjedhura, anemia, prapambetja në rritje, wasting, nënpesha dhe mbipesha, variojnë sipas grupit të variablave të pavarura. Këto variabla janë klasifikuar sipas grupeve të mëposhtme:

- karakteristikave individuale: mosha e fëmijës, gjinia, rrada e lindjes;
- karakteristika të familjes : indexi i pasurisë, numri i fëmijëve në familje;
- karakteristika të nënës: mosha dhe niveli arsimor i nënës
- karakteristika të komunitetit: rajoni dhe banimi në zonat rurale apo urbane

Tabela 4.1: Përhapja e anemisë, stunting, wasting, mbipeshës dhe nënpeshës sipas karakteristikave gjeografike, demografike dhe social-ekonomikë të fëmijëve të moshës 0-59 muajsh, Shqipëri viti 2008 (n=1576 të peshuar)

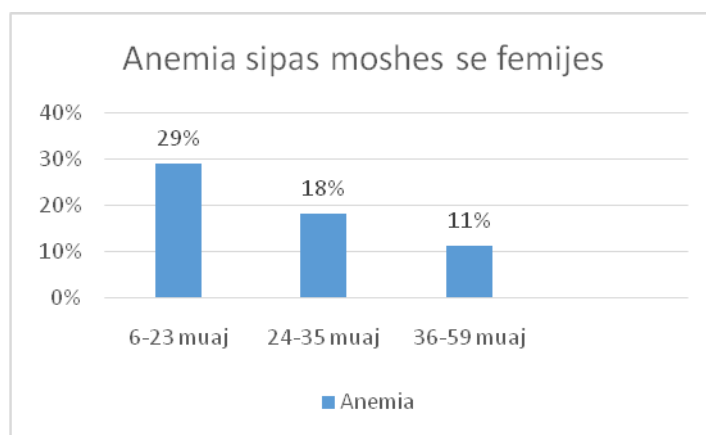
|  |  | Anemia* | Gjatësia për moshën | Pesha për gjatësinë | Pesha moshën për |
|--|--|---------|---------------------|---------------------|------------------|
|--|--|---------|---------------------|---------------------|------------------|

|                                    | Nr.   | %      | %      | P     | Nën -2 SD | p     | Nën -2 SD | p     | Mbi +2 SD | p     | Nën -2 SD | p     |
|------------------------------------|-------|--------|--------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| <b>Karakteristika e fëmijës</b>    |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| <b>Grupmoshat</b>                  |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 0-5                                | 152   | 9.70%  |        | 0.000 | 32.60%    | 0.000 | 26.70%    | 0.000 | 24.60%    | 0.478 | 11.30%    | 0.026 |
| 6-23                               | 388   | 24.60% | 28.90% |       | 24.70%    |       | 6.70%     |       | 23.30%    |       | 5.70%     |       |
| 24-35                              | 320   | 20.30% | 18.20% |       | 17.80%    |       | 9.40%     |       | 18.50%    |       | 4.00%     |       |
| 36-59                              | 716   | 45.40% | 11.50% |       | 14.90%    |       | 7.40%     |       | 21.60%    |       | 4.40%     |       |
| <b>Seksi i fëmijës</b>             |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| Femër                              | 775   | 49.20% | 17.10% | 0.629 | 21.00%    | 0.105 | 7.10%     | 0.013 | 22.50%    | 0.467 | 4.40%     | 0.236 |
| Mashkull                           | 801   | 50.80% | 18.10% |       | 17.50%    |       | 11.00%    |       | 20.80%    |       | 5.90%     |       |
| <b>Radha e lindjes</b>             |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 1                                  | 525   | 33.30% | 17.60% | 0.300 | 14.30%    | 0.003 | 9.90%     | 0.129 | 19.60%    | 0.085 | 5.40%     | 0.985 |
| 2                                  | 523   | 33.20% | 19.70% |       | 20.80%    |       | 7.00%     |       | 25.70%    |       | 4.70%     |       |
| 3                                  | 334   | 21.20% | 16.50% |       | 20.00%    |       | 8.50%     |       | 20.80%    |       | 5.20%     |       |
| 4+                                 | 194   | 12.30% | 13.50% |       | 27.40%    |       | 13.10%    |       | 17.90%    |       | 5.40%     |       |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>     |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| <b>Mosha e nënës</b>               |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 15-24                              | 327   | 20.80% | 17.80% | 0.054 | 18.90%    | 0.567 | 9.20%     | 0.154 | 20.80%    | 0.222 | 6.40%     | 0.285 |
| 25-34                              | 957   | 60.70% | 19.10% |       | 18.60%    |       | 8.00%     |       | 20.70%    |       | 4.30%     |       |
| 35+                                | 292   | 18.50% | 12.60% |       | 21.70%    |       | 12.10%    |       | 25.70%    |       | 6.40%     |       |
| <b>Niveli më i lartë i arsimit</b> |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| Shkolla fillore ose aspak          | 1,042 | 66.10% | 20.00% | 0.005 | 20.50%    | 0.299 | 8.70%     | 0.510 | 21.60%    | 0.540 | 5.30%     | 0.923 |
| Arsim i mesëm                      | 372   | 23.60% | 13.50% |       | 17.10%    |       | 8.90%     |       | 20.20%    |       | 4.70%     |       |
| Arsim i lartë                      | 163   | 10.30% | 11.00% |       | 16.30%    |       | 11.60%    |       | 25.20%    |       | 5.10%     |       |
| <b>Numri i fëmijëve</b>            |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| 1                                  | 370   | 23.50% | 18.70% | 0.399 | 16.00%    | 0.063 | 11.20%    | 0.140 | 19.50%    | 0.060 | 5.70%     | 0.751 |
| 2                                  | 607   | 38.50% | 18.80% |       | 18.60%    |       | 7.00%     |       | 25.60%    |       | 4.50%     |       |
| 3                                  | 364   | 23.10% | 17.10% |       | 19.60%    |       | 8.70%     |       | 19.40%    |       | 4.90%     |       |
| 4+                                 | 236   | 15.00% | 13.50% |       | 25.80%    |       | 11.20%    |       | 18.50%    |       | 6.30%     |       |
| <b>Karakteristikat e familjes</b>  |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| <b>Indeksi i pasurisë</b>          |       |        |        |       |           |       |           |       |           |       |           |       |
| Më i varfri                        | 353   | 22.40% | 20.30% | 0.013 | 26.70%    | 0.001 | 6.60%     | 0.190 | 27.10%    | 0.037 | 8.00%     | 0.062 |
| I varfër                           | 322   | 20.40% | 21.60% |       | 15.60%    |       | 10.50%    |       | 16.40%    |       | 2.70%     |       |
| Mesatar                            | 351   | 22.30% | 17.80% |       | 19.60%    |       | 9.50%     |       | 22.40%    |       | 6.00%     |       |
| I pasur                            | 298   | 18.90% | 15.70% |       | 20.00%    |       | 7.00%     |       | 18.60%    |       | 4.80%     |       |
| Më i pasuri                        | 252   | 16.00% | 10.60% |       | 12.90%    |       | 12.00%    |       | 23.10%    |       | 3.60%     |       |

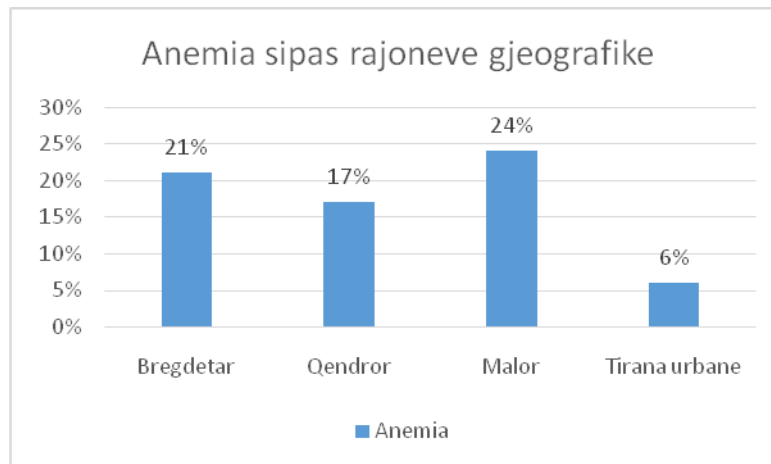
| Karakteristikat gjeografike |     |        |        |       |        |       |        |       |        |       |       |       |
|-----------------------------|-----|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|
| <b>Krahina</b>              |     |        |        |       |        |       |        |       |        |       |       |       |
| <b>Bregdetare</b>           | 435 | 27.60% | 21.00% | 0.000 | 18.20% | 0.058 | 7.90%  | 0.295 | 15.40% | 0.004 | 6.10% | 0.060 |
| <b>Qendrore</b>             | 741 | 47.00% | 17.10% |       | 18.30% |       | 8.60%  |       | 25.20% |       | 4.10% |       |
| <b>Malore</b>               | 193 | 12.20% | 23.70% |       | 27.70% |       | 9.40%  |       | 22.10% |       | 8.90% |       |
| <b>Tirana urbane</b>        | 207 | 13.10% | 6.50%  |       | 17.80% |       | 12.80% |       | 23.10% |       | 3.50% |       |
| <b>Lloji i vendbanimit</b>  |     |        |        |       |        |       |        |       |        |       |       |       |
| <b>Urban</b>                | 609 | 38.60% | 12.80% | 0.000 | 18.90% | 0.732 | 10.70% | 0.079 | 22.10% | 0.745 | 4.70% | 0.520 |
| <b>Rural</b>                | 967 | 61.40% | 20.80% |       | 19.80% |       | 7.90%  |       | 21.40% |       | 5.50% |       |

\* Anemia e matur vetëm për fëmijët gjashtë muajsh e lart.

**Normat e anemisë** (anemi e lehtë – niveli i hemoglobinës 10.0-11.9g/dl; anemi mesatare 7.0-9.9 g/dl) janë më të larta te fëmijët e moshës 6-23 muajsh (29%) në krahasim me fëmijët 36-59 muajsh (11%), fëmijët që kanë nëna me nivelin më të ulët të arsimit (20%) krahasuar me nënat me arsim të lartë ( 11%), fëmijët që jetojnë në familjet më të varfëra (20%) krahasuar me ata që jetojnë në familjet e pasura (10%), fëmijët që jetojnë në zonat malore (24%) krahasuar me fëmijët që jetojnë në Tiranë (6.5%), dhe ata në zonat rurale (21%) krahasuar me (11%) të zonave urbane (grafiku 4.18 dhe 4.19).



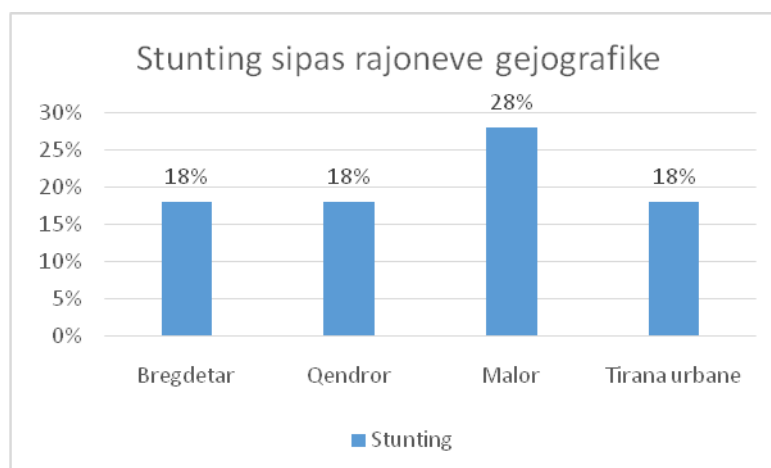
*Grafiku 4.18: Anemia sipas moshës së fëmijës*



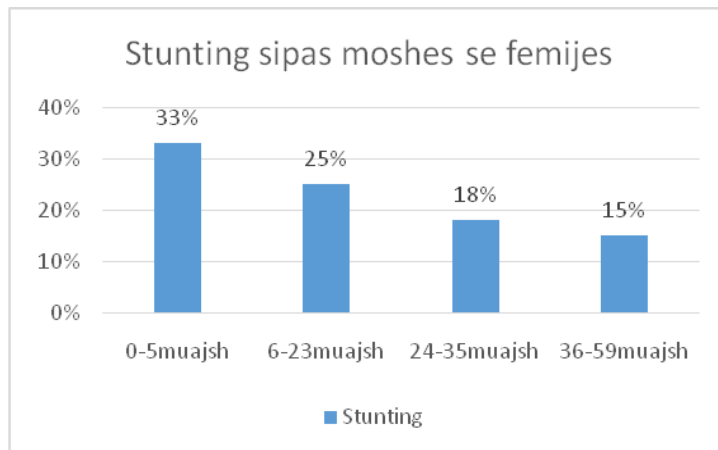
*Grafiku 4.19: Anemia sipas rajoneve gjeografike*

Ndërkohë, analiza bivariabël tregon se mosha e fëmijës ( $p < 0.001$ ), mosha e nënës ( $p = 0.054$ ), niveli i arsimit të nënës ( $p = 0.005$ ), indeksi i pasurisë së familjes ( $p = 0.013$ ), krahina ( $p < 0.001$ ) dhe vendbanimi urban/rural ( $p < 0.001$ ) lidhen ngushtë me aneminë.

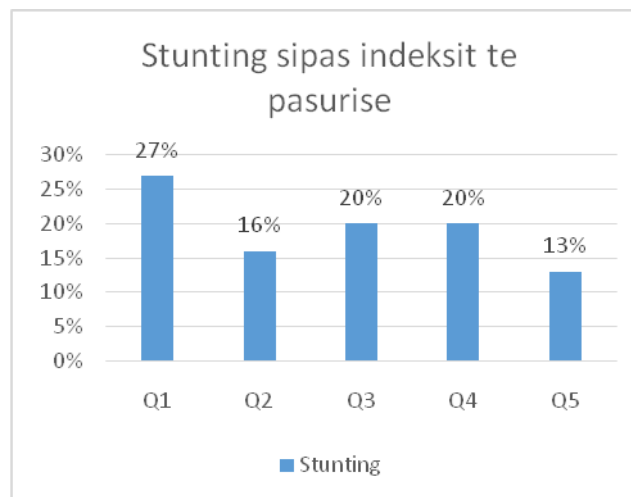
**Treguesi i stunting/prapambetjes në rritje** (gjatësia për moshë nën 2DS) është më i lartë te fëmijët nën 6 muajsh 33 % krahasuar me 15% në fëmijët e moshës 36-59 muajsh, vajzat 21 % krahasuar me djemtë 15%; në fëmijët me nivel më të lartë të radhës së lindjes 27 % për fëmijën e katërt në radhë krahasuar me 14 % për fëmijën e parë; fëmijët që jetojnë në familjet më të varfëra 27 % krahasuar me 13 % për fëmijët që jetojnë në familjet e pasura/familjet që janë në grupin me index të lartë pasurie; dhe te fëmijët që jetojnë në zona malore 28 % krahasuar me 18% në fëmijët që jetojnë në Tiranë dhe në zonat Bregdetare e Qendrore (grafiku 4.20, 4.21 dhe 4.22).



*Grafiku 4.20: Stunting sipas rajoneve gjeografike*



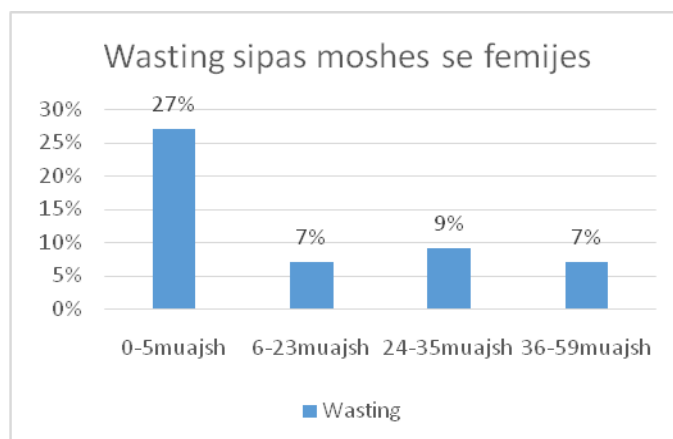
*Grafiku 4.21: Stunting sipas moshes së fëmijës*



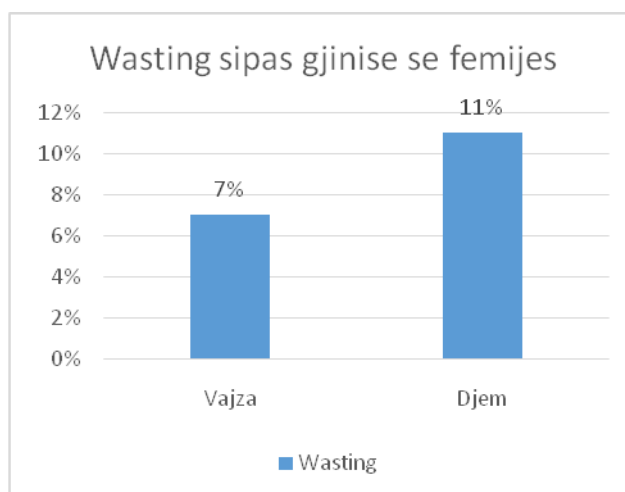
*Grafiku 4.22: Stunting sipas indeksit të pasurisë*

Stunting në analizën bivariabël, lidhet ngushtë me moshën e fëmijës ( $p < 0.001$ ), radhën e lindjes ( $p = 0.003$ ), indeksin e pasurisë ( $p = 0.001$ ) dhe krahinën ( $p = 0.058$ ).

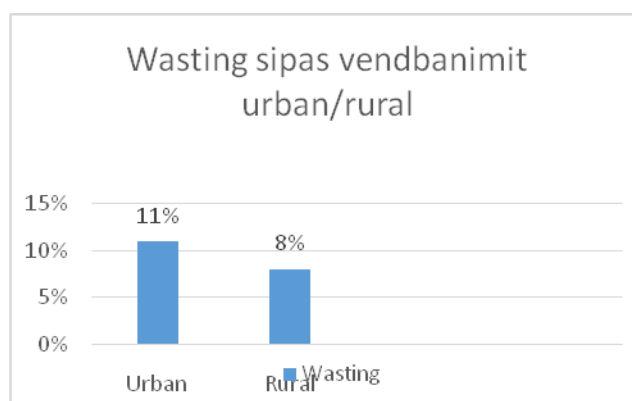
Treguesi i **wasting** (pesha për gjatësi nën 2DS) është më i lartë te fëmijët e vegjël nën 6 muajsh 27 % krahasuar me fëmijët e moshës 6-23 muajsh 7%, djemtë 11 % krahasuar me vajzat 7%, dhe fëmijët në zonat urbane 11 % krahasuar me 8 % të fëmijëve në zonat rurale (grafiku 4.23, 4.24 dhe 4.25).



*Grafiku 4.23: Wasting sipas moshës së fëmijës*



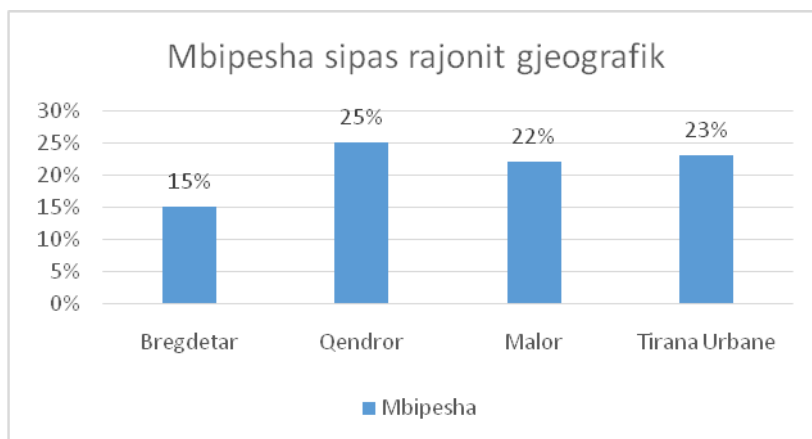
*Grafiku 4.24: Wasting sipas gjinisë së fëmijës*



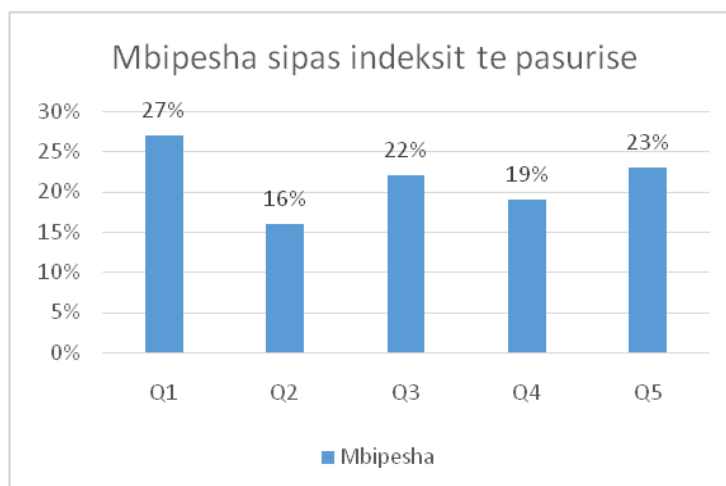
*Grafiku 4.25: Wasting sipas vendbanimit urban/rural*

Wasting në analizën bivariabël lidhet ngushtë me moshën e fëmijës ( $p < 0.001$ ), seksin e fëmijës ( $p = 0.013$ ) dhe vendbanimin urban/rural ( $p = 0.079$ ).

Sipas SDSHSH, 22% e fëmijëve ishin **mbipeshë** (pesha për gjatësi mbi 2 DS). Normat më të larta të mbipeshës u vëzhguan te fëmijët e familjeve me indeksin më të ulët të pasurisë 27% krahasuar me fëmijët që jetojnë në familjet e pasura 19%, fëmijët që jetojnë në zonat qendrore 25 % krahasuar me fëmijët e zonave bregdetare, dhe fëmijët që kanë lindur të dytët në radhën e lindjes 26 % (grafiku 4.26 dhe 4.27).



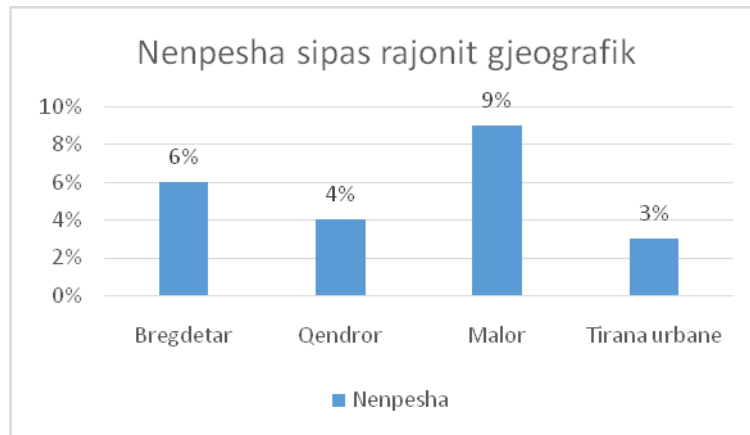
*Grafiku 4.26: Mbipesha sipas rajonit gjeografik*



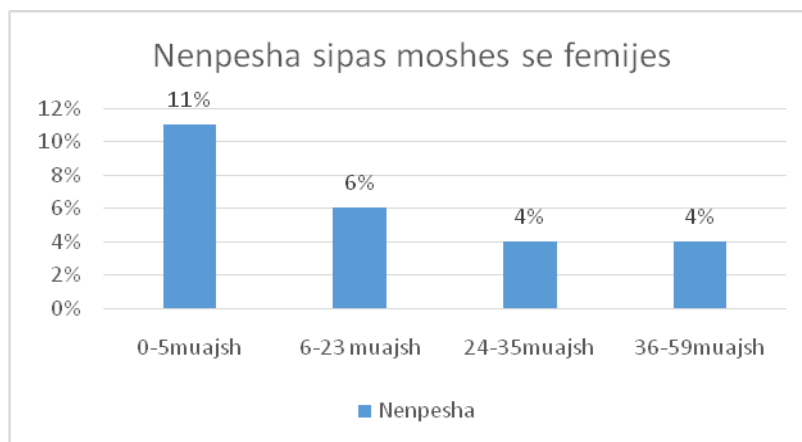
*Grafiku 4.27: Mbipesha sipas indeksit të pasurisë*

Radha e lindjes ( $p=0.085$ ), indeksi i pasurisë ( $p=0.037$ ) dhe krahina ( $p=0.004$ ) lidhen ngushtë me mbipeshën me analizën bivariabël.

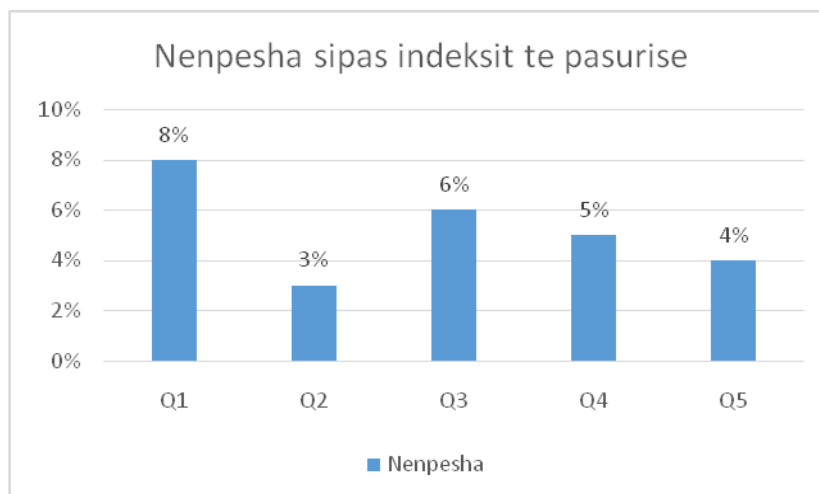
Rezultatet e SDSHSH së vitit 2008-9 tregojnë se 5 përqind e fëmijëve nën 5 vjeç ishin nënpeshë. Treguesi i nënpeshës (pesha për moshën nën 2DS) ishte më i lartë te fëmijët nën 6 muajsh 11 % krahasuar me 4% në fëmijët e moshës 24-35 muajsh, fëmijët që jetojnë në zonat malore 9 % krahasuar me fëmijët që jetojnë në Tiranë 3.5%, dhe fëmijët në familjet me indeksin më të ulët të pasurisë 8 % krahasuar me fëmijët që jetojnë në familjet me indexin më të lartë të pasurisë (grafiku 4.28, 4.29 dhe 4.30).



*Grafiku 4.28: Nënpesha sipas rajonit të banimit*



*Grafiku 4.29: Nënpesha sipas moshës së fëmijës*



*Grafiku 4.30: Nënpesha sipas indeksit të pasurisë*

Analiza bivariabël tregon se mosha e fëmijës ( $p=0.026$ ), indeksi i pasurisë ( $p=0.062$ ) dhe krahina ( $p=0.060$ ) lidhen ngushtë me nënpeshën.

### 4.3. Të dhënat e analizës shumëvariabël

#### 4.3.1. Anemia

Duke krahasuar kategoritë e variablave të pavarura në tabelën 2, fëmijët e moshës më të re (6-23 muajsh) kanë 3.5 herë ( $p < 0.001$ ) më shumë gjasa të jenë anemikë, në krahasim me fëmijët 36-59 muajsh të cilët janë përdorur si kategoria e referencës.

Pas kontrollit për faktorë të tjerë, u pa që nuk kishte ndryshim midis djemve apo vajzave për këtë variabël (mosha e fëmijës). Megjithatë, brenda grupmoshës 6-23 muajsh, fëmijët që jetojnë në zonat urbane kanë 5 herë ( $p < 0.001$ ) më shumë gjasa të jenë anemikë se fëmijët nga 36-59 muajsh.

Fëmijët që jetojnë në zonat malore kanë 1.6 herë më shumë gjasa ( $p < 0.05$ ) të jenë anemikë, sesa fëmijët që jetojnë në zonat qendrore që janë përdorur si kategoria e referencës. Vajzat që jetojnë në zonat bregdetare kanë 1.6 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të jenë anemike. Djemtë që jetojnë në zonat malore kanë 1.8 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të jenë anemikë, krahasuar me zonën qendrore që është marrë si kategori reference.

Fëmijët që jetojnë në Tiranë kanë 45 përqind më pak gjasa të jenë anemikë ( $p < 0.05$ ). Fëmijët që jetojnë në pjesët rurale të zonave malore kanë 1.6 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të jenë anemikë, në krahasim me fëmijët që jetojnë në pjesët rurale të zonave qendrore që janë marrë si kategori reference (tabela 4.2).

*Tabela 4.2: Rezultatet e modelit të përcaktuesve të anemisë – totali, vajza, djem, rural, urban \**

|                                 | Totali   | Vajza    | Djem     | Rural    | Urban    |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Karakteristika e fëmijës</b> |          |          |          |          |          |
| <b>Mosha e fëmijës në muaj</b>  |          |          |          |          |          |
| 6-23                            | 3.491*** | 3.542*** | 3.643*** | 2.898*** | 5.017*** |
| 24-35                           | 1.652*   | 1.618+   | 1.539    | 1.580+   | 1.826    |
| 36-59                           | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    |
| <b>Seksi i fëmijës</b>          |          |          |          |          |          |
| Femër                           | 0.987    |          | 1.000    | 0.944    | 0.996    |
| Mashkull                        | 1.000    | 1.000    |          | 1.000    | 1.000    |
| <b>Radha e lindjes</b>          |          |          |          |          |          |
| I pari                          | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    |
| 2                               | 0.970    | 0.849    | 1.127    | 1.221    | 0.650    |
| 3                               | 0.690    | 0.341**  | 1.166    | 0.726    | 0.648    |
| 4+                              | 0.506*   | 0.650    | 0.359*   | 0.557    | 0.341    |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>  |          |          |          |          |          |
| <b>Mosha e nënës</b>            |          |          |          |          |          |
| 15-24                           | 0.602    | 0.710    | 0.460+   | 0.581    | 0.607    |
| 25-34                           | 1.028    | 1.261    | 0.842    | 0.877    | 1.267    |
| 35-49                           | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    |
| <b>Niveli i arsimit</b>         |          |          |          |          |          |
| Shkollë fillore                 | 1.593    | 1.527    | 1.803    | 1.397    | 1.711    |
| Arsim i mesëm                   | 1.199    | 0.921    | 1.669    | 0.899    | 1.488    |
| Arsim i lartë                   | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    | 1.000    |

| Karakteristikat e familjes  |        |        |        |        |        |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Kuintili i pasurisë         |        |        |        |        |        |
| I varfër                    | 0.944  | 1.153  | 0.775  | 0.910  | 0.717  |
| Mesatar                     | 0.878  | 0.982  | 0.746  | 0.801  | 1.019  |
| I pasur                     | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  |
| Karakteristikat gjeografike |        |        |        |        |        |
| Krahina                     |        |        |        |        |        |
| Bregdetare                  | 1.333+ | 1.589+ | 1.139  | 1.346  | 1.293  |
| Malore                      | 1.600* | 1.353  | 1.854+ | 1.632+ | 1.330  |
| Tirana urbane               | 0.449* | 0.312* | 0.552  |        | 0.434* |
| Qendrore                    | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  |
| Vendbanimi                  |        |        |        |        |        |
| Rural                       | 1.430  | 1.146  | 1.824+ |        | 1.000  |
| Urban                       | 1.000  | 1.000  | 1.000  | 1.000  |        |

\*regresioni logjistik dytësor, rastet e vlefshme = 1304 fëmijë

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, +p<0,10

#### 4.3.2. Stunting

Rezultatet e modelit të përcaktuesve të prapambetjes në rritje janë paraqitur në tabelën 4.3. Fëmijët e moshës nën 6 muajsh kanë 3.2 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje, në krahasim me fëmijët nga 36-59 muajsh që janë marrë si kategori reference. Brenda grupmoshës më të re, fëmijët që jetojnë në zonat urbane kanë 4.1 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje, ndërsa vajzat kanë 4 herë më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje, krahasuar respektivisht me fëmijët e moshës 35-59 muajsh që jetojnë në zonat urbane dhe vajzat e moshës 35-59 muajsh.

Vajzat kanë 1.3 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje në krahasim me djemtë (kategoria e referencës).

Edhe fëmijët e grupmoshës 6-23 muajsh paraqiten të rrezikuar nga prapambetja në rritje, duke patur 2 ( $p<0,001$ ) herë më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje në krahasim me kategorinë e referencës. Gjithashtu, brenda kësaj grupmoshe, vajzat janë 2,4 herë më të rrezikuara ( $p<0.01$ ), dhe fëmijët që jetojnë në zonat urbane 3,6 herë më shumë ( $p<0.001$ ).

Fëmijët që janë të katërt në radhën e lindjes kanë 2 herë më shumë gjasa ( $p<0.05$ ) të kenë prapambetje në rritje, krahasuar me kategorinë e referencës – fëmijët e parë në radhën e lindjes. Tek fëmija i katërt ose në radhë më të lartë lindjeje, janë vajzat dhe ato që jetojnë në zonat rurale që kanë përkatësisht 2.3 ( $p<0.05$ ) dhe 2.4 ( $p<0.05$ ) herë më shumë gjasa të kenë stunting.

Përsa i përket nivelit të arsimit të nënës, fëmijët që kanë nëna me shkollë fillore dhe që jetojnë në zonat urbane kanë 2 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të kenë stunting.

Fëmijët që jetojnë në familjet më të varfëra kanë 1.7 herë ( $p<0.05$ ) më shumë gjasa të kenë stunting, në krahasim me fëmijët që jetojnë në kategorinë e familjeve më të pasura. Fëmijët e familjeve më të varfëra që jetojnë në zonat urbane kanë 2.2 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të kenë stunting;

Fëmijët që jetojnë në zonat malore kanë 1.5 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të kenë stunting, në krahasim me fëmijët e zonave qendrore (kategoria e referencës); fëmijët me vendbanim urban në zonat malore kanë 2.3 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të kenë stunting; djemtë që jetojnë në zonat malore kanë 1.9 herë ( $p < 0.10$ ) më shumë gjasa të kenë stunting.

*Tabela 4.3: Rezultatet e modelit për përcaktuesit e stunting – totali, djem, vajza, urban, rural\**

|                                     |  | Totali   | Vajza   | Djem   | Rural   | Urban    |
|-------------------------------------|--|----------|---------|--------|---------|----------|
| <b>Karakteristika e fëmijës</b>     |  |          |         |        |         |          |
| <b>Mosha e fëmijës në muaj</b>      |  |          |         |        |         |          |
| 0-5                                 |  | 3.199*** | 3.857** | 2.92** | 2.563** | 4.146**  |
| 6-23                                |  | 2.116*** | 2.391** | 2.019* | 1.521+  | 3.618*** |
| 24-35                               |  | 1.341    | 1.222   | 1.543  | 1.346   | 1.382    |
| 36-59                               |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Seksi i fëmijës</b>              |  |          |         |        |         |          |
| Femër                               |  | 1.306+   | 1.000   | 1.000  | 1.100   | 1.723    |
| Mashkull                            |  | 1.000    |         |        | 1.000   | 1.000    |
| <b>Radha e lindjes</b>              |  |          |         |        |         |          |
| 2                                   |  | 1.592*   | 1.792*  | 1.377  | 1.382   | 2.000*   |
| 3                                   |  | 1.519+   | 1.690   | 1.339  | 1.442   | 1.829    |
| 4+                                  |  | 1.994*   | 2.339*  | 1.665  | 2.423*  | 1.544    |
| I pari                              |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>      |  |          |         |        |         |          |
| <b>Mosha e nënës</b>                |  |          |         |        |         |          |
| 15-24                               |  | 0.805    | 0.420*  | 1.542  | 1.144   | 0.484    |
| 25-34                               |  | 0.783    | 0.587+  | 1.012  | 0.918   | 0.648    |
| 35-49                               |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Niveli i arsimit</b>             |  |          |         |        |         |          |
| Shkollë fillore                     |  | 1.309    | 1.298   | 1.546  | 0.267*  | 2.026+   |
| Arsim i mesëm                       |  | 0.995    | 0.931   | 1.099  | 0.144** | 1.596    |
| Arsim i lartë                       |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Karakteristikat e familjës</b>   |  |          |         |        |         |          |
| <b>Kuintili i pasurisë</b>          |  |          |         |        |         |          |
| I varfër                            |  | 1.757*   | 1.674   | 1.728  | 1.844   | 2.180+   |
| Mesatar                             |  | 1.491    | 1.945*  | 1.015  | 1.663   | 1.299    |
| Më i pasur                          |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Karakteristikat gjeografikes</b> |  |          |         |        |         |          |
| <b>Krahina</b>                      |  |          |         |        |         |          |
| Bregdetare                          |  | 0.994    | 0.881   | 1.104  | 0.726   | 1.614    |
| Malore                              |  | 1.556+   | 1.325   | 1.871+ | 1.383   | 2.256+   |
| Tirana urbane                       |  | 1.131    | 0.947   | 1.512  |         | 1.625    |
| Qendrore                            |  | 1.000    | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000    |
| <b>Vendbanimi</b>                   |  |          |         |        |         |          |

|              |  |         |       |       |       |       |
|--------------|--|---------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Rural</b> |  | 0.555** | 0.464 | 0.667 |       | 1.000 |
| <b>Urban</b> |  | 1.000   | 1.000 | 1.000 | 1.000 |       |

\*regresioni logjistik dysor, rastet e vlefshme = 1254 fëmijë

\*\*\*p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, +p<0,10

### 4.3.3. Nënvesha

Bazuar në tabelën 4.4, fëmijët nga 0-5 muajsh kanë 2.9 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të jenë nënveshë në krahasim me fëmijët nga 36-59 muajsh; brenda kësaj grupmoshe, vajzat dhe fëmijët që jetojnë në zonat rurale kanë më shumë gjasa të jenë nënveshë, përkatësisht 4.2 ( $p<0.05$ ) dhe 3.2 herë ( $p<0.05$ ).

Fëmijët që jetojnë në zonat malore kanë 2.5 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të jenë nënveshë në krahasim me fëmijët e zonave qendrore (kategoria e referencës); brenda të njëjtës kategorie, vajzat dhe fëmijët që jetojnë në zonat rurale kanë përkatësisht 3 herë ( $p<0.10$ ) dhe 2.6 herë ( $p<0.05$ ) më shumë gjasa të jenë nënveshë.

*Tabela 4.4: Rezultatet e modelit për përcaktuesit e nënveshës – totali, djem, vajza, urban, rural\**

|                                   | Totali  | Vajza  | Djem  | Rural  | Urban |
|-----------------------------------|---------|--------|-------|--------|-------|
| <b>Karakteristikat e fëmijës</b>  |         |        |       |        |       |
| <b>Mosha e fëmijës in muajsh</b>  |         |        |       |        |       |
| <b>0-5</b>                        | 2.931** | 4.230* | 2.324 | 3.187* | 1.963 |
| <b>6-23</b>                       | 1.359   | 1.520  | 1.146 | 1.410  | 1.164 |
| <b>24-35</b>                      | 0.897   | 1.305  | 0.652 | 0.835  | 0.968 |
| <b>36-59</b>                      | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| <b>Seksi i fëmijës</b>            |         |        |       |        |       |
| <b>Femër</b>                      | 0.723   |        |       | 0.164  | 0.828 |
| <b>Mashkull</b>                   | 1.000   |        |       |        | 1.000 |
| <b>Radha e lindjes</b>            |         |        |       |        |       |
| <b>I pari</b>                     | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| <b>2</b>                          | 0.851   | 0.338+ | 1.653 | 1.158  | 0.509 |
| <b>3</b>                          | 0.868   | 0.336  | 1.638 | 1.065  | 0.598 |
| <b>4+</b>                         | 0.687   | 0.767  | 0.518 | 0.656  | 0.827 |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>    |         |        |       |        |       |
| <b>Mosha e nënës</b>              |         |        |       |        |       |
| <b>15-24</b>                      | 0.668   | 0.409  | 0.868 | 0.589  | 0.490 |
| <b>25-34</b>                      | 0.553   | 0.530  | 0.538 | 0.315* | 1.388 |
| <b>35-49</b>                      | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| <b>Niveli i arsimit</b>           |         |        |       |        |       |
| <b>Shkollë fillore</b>            | 0.935   | 1.254  | 0.731 | 0.325  | 2.270 |
| <b>Arsim i mesëm</b>              | 0.877   | 0.835  | 0.868 | 0.228+ | 2.188 |
| <b>Arsim i lartë</b>              | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| <b>Karakteristikat e familjes</b> |         |        |       |        |       |

| Kuintili i pasurisë                |         |        |       |        |       |
|------------------------------------|---------|--------|-------|--------|-------|
| I varfër                           | 1.223   | 0.505  | 2.435 | 3.086  | 1.189 |
| Mesatar                            | 1.472   | 0.626  | 2.829 | 4.222  | 0.593 |
| Më i pasur                         | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| <b>Karakteristikat gjeografike</b> |         |        |       |        |       |
| Rajone                             |         |        |       |        |       |
| Bregdetare                         | 1.625   | 2.491+ | 1.097 | 1.764  | 1.033 |
| Malore                             | 2.503** | 3.055+ | 2.056 | 2.634* | 2.032 |
| Tirana urbane                      | 0.972   | 0.676  | 1.244 | -      | 0.719 |
| Qendrore                           | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  | 1.000 |
| Vendbanimi                         |         |        |       |        |       |
| Rural                              | 0.943   | 1.151  | 0.824 |        | 1.000 |
| Urban                              | 1.000   | 1.000  | 1.000 | 1.000  |       |

\* Regresioni logjistik dysor, rastet e vlefshme= 1277 fëmijë

\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.10

#### 4.3.4. Wasting

Fëmijët nga 0-5 muajsh kanë 6.8 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të kenë wasting në krahasim me fëmijët më të mëdhenj, të moshës 36-59 muajsh. Brenda kesaj grup moshe, djemtë dhe fëmijët e zonave rurale duket të kenë më shumë gjasa për Wasting, përkatësisht 9 herë më shumë dhe 8 herë më shumë.

Vajzat që jetojnë në zonat urbane kanë 38 përqind më pak gjasa ( $p<0.10$ ) të kenë wasting në krahasim me djemtë.

Midis fëmijëve të lindur të dytët, vajzat dhe ata që jetojnë në zonat urbane kanë përkatësisht 27 përqind ( $p<0.005$ ) dhe 38 përqind ( $p<0.001$ ) më pak gjasa të kenë wasting.

Fëmijët e varfër dhe ata që bëjnë pjesë në kuintilin mesatar të pasurisë kanë 2 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të kenë wasting në krahasim me fëmijët në kuintilin më të pasur. Fëmijët e familjeve të varfëra që jetojnë në zonat rurale dhe vajzat që jetojnë në familje të varfëra kanë përkatësisht 3 ( $p<0.10$ ) dhe 5.2 herë ( $p<0.001$ ) më shumë gjasa të kenë wasting (tabela 4.5).

**Tabela 4.5: Rezultatet e modelit multivariabël për përcaktuesit e wasting ( $<-2SD$ ) – totali, meshkuj, femra, urban, rural**

|                                 | Totali   | Vajza  | Djem     | Rural    | Urban    |
|---------------------------------|----------|--------|----------|----------|----------|
| <b>Karakteristika e fëmijës</b> |          |        |          |          |          |
| <b>Mosha e fëmijës në muaj</b>  |          |        |          |          |          |
| 0-5                             | 6.860*** | 4.037* | 9.570*** | 7.811*** | 6.302*** |
| 6-23                            | 1.064    | 0.724  | 1.254    | 1.200    | 0.975    |
| 24-35                           | 1.495    | 2.183  | 0.894    | 0.875    | 2.872*   |
| 36-59                           | 1.000    | 1.000  | 1.000    | 1.000    | 1.000    |
| <b>Seksi i fëmijës</b>          |          |        |          |          |          |

|                                    |         |          |        |        |         |
|------------------------------------|---------|----------|--------|--------|---------|
| <b>Femër</b>                       | 0.643+  | 1.000    | 1.000  | 1.017  | 0.383** |
| <b>Mashkull</b>                    | 1.000   |          |        | 1.000  | 1.000   |
| <b>Radha e lindjes</b>             |         |          |        |        |         |
| <b>I pari</b>                      | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  | 1.000   |
| <b>2</b>                           | 0.645   | 0.276*   | 1.226  | 0.820  | 0.383** |
| <b>3</b>                           | 0.772   | 0.633    | 1.048  | 0.948  | 0.713   |
| <b>4+</b>                          | 0.914   | 0.502    | 1.537  | 0.373  | 2.609   |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>     |         |          |        |        |         |
| <b>Mosha e nënës</b>               |         |          |        |        |         |
| <b>15-24</b>                       | 0.453+  | 1.248    | 0.283* | 0.612  | 0.304*  |
| <b>25-34</b>                       | 0.526*  | 1.164    | 0.476* | 0.703  | 0.420+  |
| <b>35-49</b>                       | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  | 1.000   |
| <b>Niveli i arsimit</b>            |         |          |        |        |         |
| <b>Shkollë fillore</b>             | 1.038   | 0.504    | 1.424  | 1.887  | 0.663   |
| <b>Arsim i mesëm</b>               | 0.953   | 0.491    | 1.236  | 0.830  | 0.918   |
| <b>Arsim i lartë</b>               | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  | 1.000   |
| <b>Karakteristikat e familjes</b>  |         |          |        |        |         |
| <b>Kuintili i pasurisë</b>         |         |          |        |        |         |
| <b>I varfër</b>                    | 1.978*  | 5.212*** | 1.210  | 3.077+ | 0.632   |
| <b>Mesatar</b>                     | 2.026*  | 2.839*   | 2.113  | 2.631  | 2.316   |
| <b>Më i pasur</b>                  | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  | 1.000   |
| <b>Karakteristikat gjeografike</b> |         |          |        |        |         |
| <b>Rajonet</b>                     |         |          |        |        |         |
| <b>Bregdetare</b>                  | 0.789** | 1.353    | 0.461* | 0.797  | 0.598   |
| <b>Malore</b>                      | 1.007   | 1.205    | 0.933  | 1.194  | 0.548   |
| <b>Tirana urbane</b>               | 1.544   | 0.733    | 1.640  |        | 1.065   |
| <b>Qendrore</b>                    | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  | 1.000   |
| <b>Vendbanimi</b>                  |         |          |        |        |         |
| <b>Rural</b>                       | 0.502   | 0.470+   | 0.456* |        | 1.000   |
| <b>Urban</b>                       | 1.000   | 1.000    | 1.000  | 1.000  |         |

\*Regresioni logjistik multinominal, rastet e vlefshme = 1277 fëmijë

\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.10

#### 4.3.5. Mbipesha

Fëmijët nga 0-5 muajsh kanë 1.8 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të jenë mbipeshë në krahasim me fëmijët nga 36-59 muajsh. Brenda kësaj kategorie, fëmijët që jetojnë në zonat rurale dhe vajzat kanë përkatësisht 2.5 ( $p<0.05$ ) dhe 2 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të jenë mbipeshë.

Fëmijët e familjeve në kuintilin mesatar të pasurisë kanë 1.4 herë ( $p<0.10$ ) më shumë gjasa të jenë mbipeshë në krahasim me ata që jetojnë në familjet e kuintilive më të pasura të pasurisë. Tek fëmijët në kuintilin mesatar të pasurisë, fëmijët e zonave rurale dhe djemtë kanë 1.8 herë ( $p<0.05$ ) më shumë gjasa të jenë mbipeshë. Ndërsa në

fëmijët e familjeve në kuintilin e varfër të pasurisë fëmijët që jetojnë në zonat rurale janë 2 herë më të riskuar ( $p < 0.05$ ) krahasuar me fëmijët e zonave rurale që jetojnë në familjet më të pasura.

Fëmijët që jetojnë në zonat bregdetare kanë 53 përqind më pak gjasa ( $p < 0.01$ ) të jenë mbipeshë në krahasim me ata që jetojnë në zonat qendrore.

**Tabela 4.6: Rezultatet e modelit multivariabël për përcaktuesit e mbipeshës (pesha për gjatësinë  $> +2SD$ ) – totali, djem, vajza, urban, rural**

|                                    | Totali  | Vajza  | Djem    | Rural   | Urban  |
|------------------------------------|---------|--------|---------|---------|--------|
| <b>Karakteristika e fëmijës</b>    |         |        |         |         |        |
| <b>Mosha e fëmijës në muajsh</b>   |         |        |         |         |        |
| 0-5                                | 1.820+  | 2.075+ | 1.698   | 2.548*  | 1.160  |
| 6-23                               | 1.200   | 1.339  | 1.047   | 1.672   | 0.773  |
| 24-35                              | 0.901   | 1.041  | 0.763   | 0.923   | 0.976  |
| 36-59                              | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| <b>Seksi i fëmijës</b>             |         |        |         |         |        |
| Femër                              | 1.058+  | 1.000  | 1.000   | 1.049   | 1.096  |
| Mashkull                           | 1.000   |        |         | 1.000   | 1.000  |
| <b>Radha e lindjes</b>             |         |        |         |         |        |
| I pari                             | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| 2                                  | 1.289   | 1.124  | 1.520   | 1.117   | 1.500  |
| 3                                  | 0.934   | 0.952  | 0.904   | 0.813   | 1.156  |
| 4+                                 | 0.663   | 0.622  | 0.711   | 0.506   | 0.983  |
| <b>Karakteristikat e nënës</b>     |         |        |         |         |        |
| <b>Mosha e nënës</b>               |         |        |         |         |        |
| 15-24                              | 0.537+  | 0.515+ | 0.525   | 0.370+  | 0.927  |
| 25-34                              | 0.579*  | 0.537* | 0.620   | 0.517+  | 0.662+ |
| 35-49                              | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| <b>Niveli i arsimit</b>            |         |        |         |         |        |
| Shkollë fillore                    | 0.904   | 1.085  | 0.742   | 0.846   | 0.796  |
| Arsim i mesëm                      | 0.788   | 0.869  | 0.726   | 0.682   | 0.703  |
| Arsim i lartë                      | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| <b>Karakteristikat e familjes</b>  |         |        |         |         |        |
| <b>Kuintili i pasurisë</b>         |         |        |         |         |        |
| I varfër                           | 1.560   | 1.305  | 1.854   | 1.992*  | 1.255  |
| Mesatar                            | 1.492+  | 1.281  | 1.860+  | 1.837*  | 1.268  |
| Më i pasur                         | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| <b>Karakteristikat gjeografike</b> |         |        |         |         |        |
| <b>Rajone</b>                      |         |        |         |         |        |
| Bregdetare                         | 0.529** | 0.550* | 0.501** | 0.426** | 0.765  |
| Malore                             | 0.860   | 0.739  | 1.022   | 0.773   | 1.075  |
| Tirana urbane                      | 0.972   | 0.933  | 1.021   |         | 1.054  |
| Qendrore                           | 1.000   | 1.000  | 1.000   | 1.000   | 1.000  |
| Vendbanimi                         |         |        |         |         |        |

|              |       |       |       |       |       |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Rural</b> | 0.746 | 0.753 | 0.769 |       | 1.000 |
| <b>Urban</b> | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |       |

\* Regresioni logjistik multinominal, rastet e vlefshme = 1254 fëmijë

\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.10

#### 4.3.6. Analiza të tjera

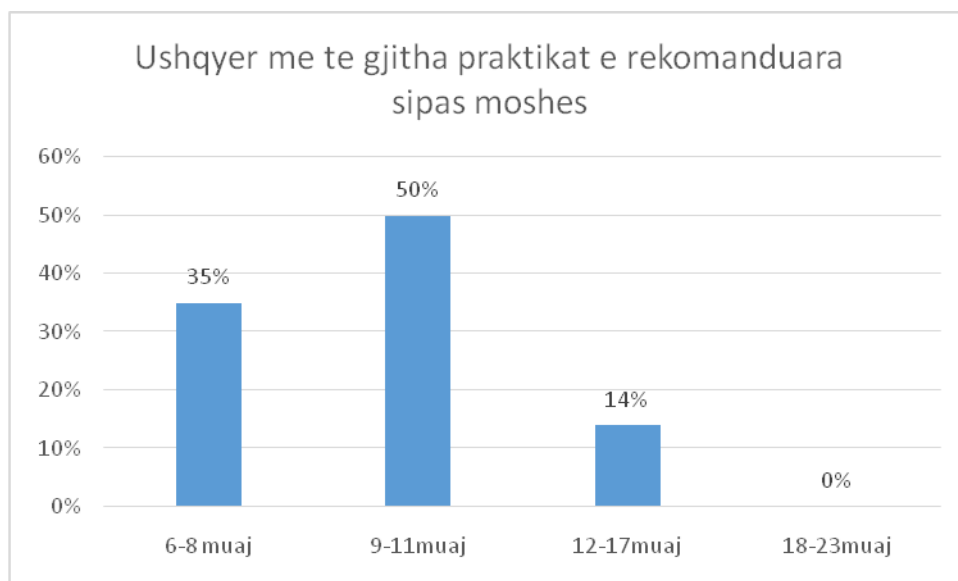
Natyrë e korrelacionit të variablave të pavarura dhe variablave të varura që përcaktojnë gjendjen e ushqyerjes së fëmijës (anemia, stunting, wasting, nënpesha, mbipesha), të përshkruara në modelet e mësipërme, u kërkua edhe për variablat që lidhen me praktikën e ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, por analiza nuk tregoi lidhje sinjifikante të praktikave të ushqyerjes me grupin e variablave të pavarura si rajoni, indeksi i pasurisë, vendbanimi urban/rural etj. Ky është një kufizim i modelit që mund të shpjegohet me numrat e vegjël të fëmijëve në nëngrupet specifike si rrjedhojë e nivelit të ulët të lindshmërisë, dhe numrit të ulët të fëmijëve për çdo grup (TFR 1,6). Nga ana tjetër, në krahasim me fëmijët e përfshirë në studim për pjesën e antropometrisë (0-59 muaj), fëmijët e marrë në studim për praktikën e ushqyerjes (6-23 muaj) janë pothuajse sa 1/3 e grupit të parë. Kjo rezulton në numër të vogël fëmijësh në nëngrupet e marra në studim sipas karakteristikave të variablave të pavarura. Krahasimisht kishte 1,289 fëmijë të moshës 0-59 muajsh kundrejt 366 fëmijëve të moshës 6-23 muajsh, që është grupmosha e përfshirë në studimin e praktikave të ushqyerjes sipas indikatorit standart të Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

Indikatori standart dhe i kompozuar i përdorur në këtë analizë është ushqyerja e fëmijës sipas të gjitha praktikave të rekomanduara, dhe ky indikator përdoret pikërisht për të shprehur kompleksitetin dhe dimensionet e shumëfishta të ushqyerjes së fëmijëve.

Ky indikator sipas përkufizimit të OBSH përcaktohet si përqindja e fëmijëve 6-23 muajsh që marrin një minimum të pranueshëm diete përveç ushqyerjes me gjë edhe shumëllojshmërinë e ushqimit sipas grupmoshave dhe shpeshtësinë e ushqyerjes sipas moshës. Pra, ky indikator i përbërë kombinon standardet e shumëllojshmërisë së dietës dhe shpeshtësisë së vakteve sipas statusit të ushqyerjes me gjë të fëmijës, duke ndihmuar në monitorimin e përmirësimit të praktikave të ushqyerjes, si në aspektet sasiore ashtu dhe cilësore të ushqyerjes.

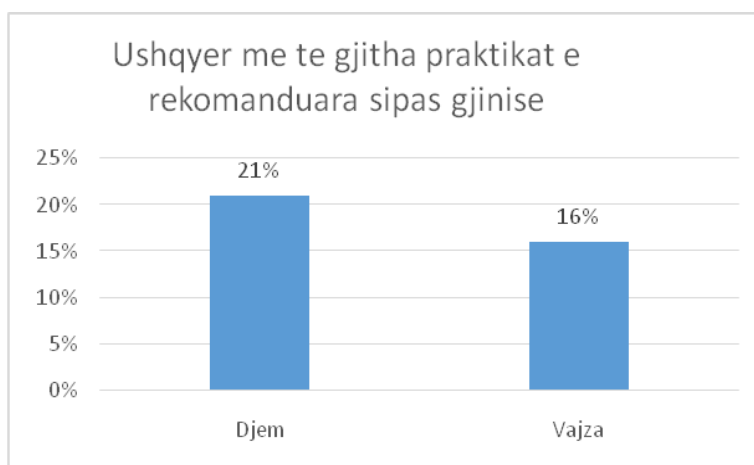
Në grupin prej 366 fëmijësh të moshës 6-23 muajsh, përfshirë në studim, shpërndarja e indikatorit të ushqyerjes me gjë me të gjitha praktikën e rekomanduara sipas variablave të pavarura që lidhen me karakteristika të fëmijës, të nënës, të familjes dhe të komunitetit pasqyrohet në grafikët më poshtë.

Në grafikun 4.31 shihet se mosha 6-8 muaj kur duhet të fillohet ushqyerja plotësuese dhe që është periudha kur fëmija ekspozohet ndaj rreziqeve të kequshqyerjes, vazhdon të mbetet mjaft delikate për arsye se vetëm 35% e fëmijëve ushqehen sipas praktikave të rekomanduara. Ndërkohë që kjo vlerë rritet në 50 % në grupmoshën 9-11 muaj, për të rënë përsëri pas moshës 12 muaj (grafiku 4.31).

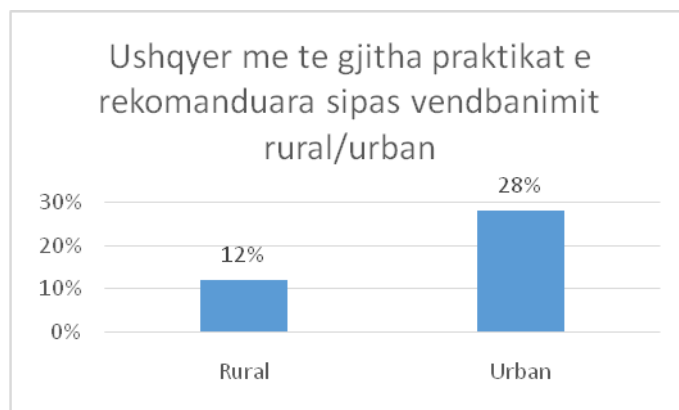


*Grafiku 4.31: Ushqyer me të gjitha praktikat e rekomanduara sipas moshës*

Vajzat duket të kenë me pak gjasa të ushqehen me të gjitha praktikat e rekomanduara krahasuar me djemtë, 16 % kundrejt 21%, dhe vetëm 12 % e fëmijëve të zonave rurale ushqehen me të gjitha praktikat e rekomanduara, krahasuar me 28% të fëmijëve të zonave urbane (grafikët 4.32, 4.33).

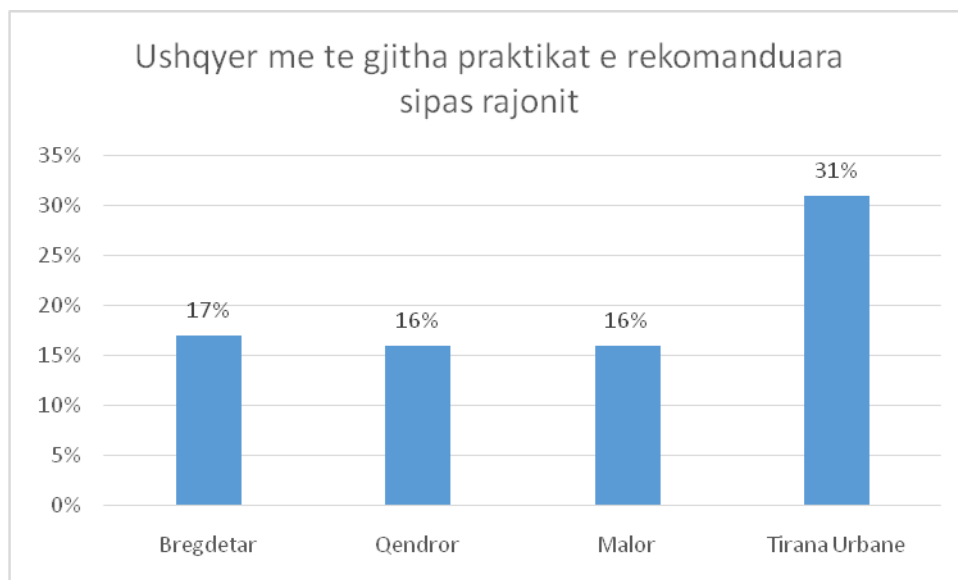


*Grafiku 4.32: Ushqyer me të gjitha praktikat e rekomanduara sipas gjinisë*



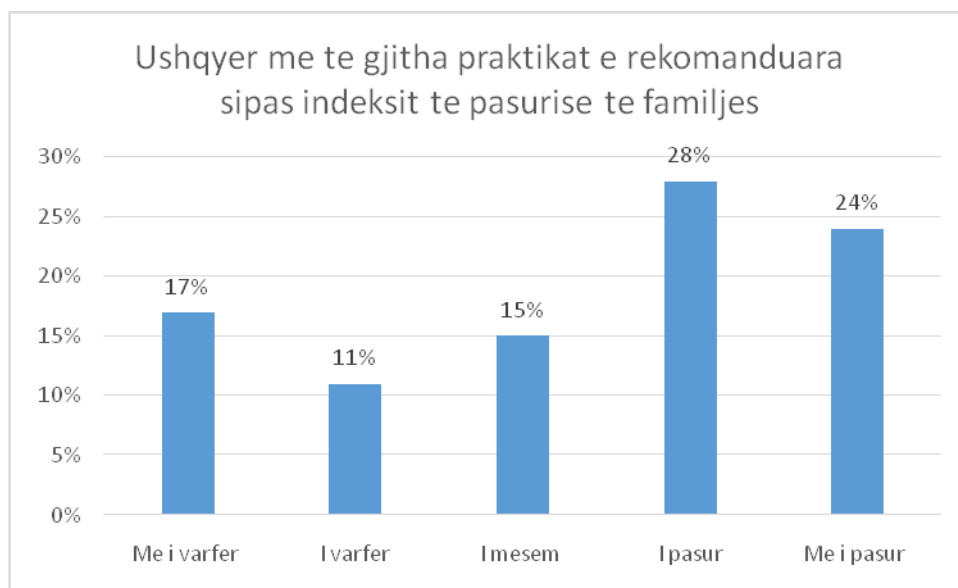
*Grafiku 4.33: Ushqyer me të gjitha praktikat e rekomanduara sipas vendbanimit rural/urban*

Në shpërndarjen e treguesit të praktikave të ushqyerjes, të gjitha rajonet paraqesin vlera të ulëta përveç Tiranës urbane, ku rreth 1/3 e fëmijëve ushqehen sipas të gjitha praktikave krahasuar me 1/6 e fëmijëve në zonat e tjera (grafiku 4.34).



*Grafiku 4.34: Ushqyer me të gjitha praktikat e rekomanduara sipas rajonit*

Diferenca në praktikat e ushqyerjes vërehen edhe në fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra krahasuar me ato të pasura, 11% në familjet e varfëra kundrejt 28% e fëmijëve në familjet e pasura ushqehen sipas të gjitha praktikave të rekomanduara (grafiku 4.35).



*Grafiku 4.35: Ushqyer me të gjitha praktikat e rekomanduara sipas indeksit të pasurisë së familjes*

Tabela 4.7 paraqet lidhjen e praktikave të ushqyerjes së fëmijëve 6-23 muajsh me grupin e variablave të pavarura: rajonin gjeografik, vendbanimin urban/rural, indeksin e pasurisë, moshën dhe nivelin e arsimit të nënës, gjinisë së fëmijëve, numrin e fëmijëve në familje dhe radhën e lindjes. Në tabelë tregohet lidhja mes fëmijëve që nuk ushqehen sipas praktikave të rekomanduara dhe variablave të pavarura. Treguesi i ushqyerjes fillimisht është ndarë sipas faktit nëse këta fëmijë ushqehen ose jo me gji, e më pas është dhënë treguesi i agreguar për të gjithë fëmijët. Nga rezultatet e regresionit logjistik shumëvaribël vërehet që rajoni paraqet lidhje sinjifikante me praktikën e ushqyerjes, përkatësisht  $p < 0,01$  për fëmijët që nuk ushqehen me gji dhe  $p < 0,10$  për të gjithë fëmijët. Ndërkohë, përveç rajonit, edhe vajzat duket të jenë në mënyrë sinjifikante më të rrezikuara të mos ushqehen në mënyrën e duhur  $p < 0,05$ .

*Tabela 4.7: Praktikë negative të ushqyerjes për fëmijët 6-23 muaj (nuk plotësohen praktikat e rekomanduara të ushqyerjes) sipas variablave të pavarura (n=388 të peshuar)*

|                      | Nuk plotëson praktikën e rekomanduar të ushqyerjes, fëmijë që nuk ushqehen me gji |       | Nuk plotëson praktikën e rekomanduar të ushqyerjes, fëmijë që nuk ushqehen me gji |       | Nuk plotëson praktikën e rekomanduar të ushqyerjes, të gjithë fëmijët |       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|-------|
|                      | %                                                                                 | p     | %                                                                                 | p     | %                                                                     | p     |
| <b>Rajoni</b>        |                                                                                   |       |                                                                                   |       |                                                                       |       |
| <b>Bregdetar</b>     | 51.9%                                                                             | 0.003 | 47.0%                                                                             | 0.683 | 49.7%                                                                 | 0.063 |
| <b>Qendror</b>       | 25.9%                                                                             |       | 47.2%                                                                             |       | 36.6%                                                                 |       |
| <b>Malor</b>         | 38.3%                                                                             |       | 58.6%                                                                             |       | 48.5%                                                                 |       |
| <b>Tirana urbane</b> | 18.7%                                                                             |       | 45.0%                                                                             |       | 32.3%                                                                 |       |
| <b>Vendbanimi</b>    |                                                                                   |       |                                                                                   |       |                                                                       |       |
| <b>Urban</b>         | 34.4%                                                                             | 0.956 | 47.4%                                                                             | 0.735 | 41.2%                                                                 | 0.954 |

|                                  |       |       |       |       |       |       |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Rural</b>                     | 34.1% |       | 49.2% |       | 41.1% |       |
| <b>Ineksi i pasurise</b>         |       |       |       |       |       |       |
| <b>Më i varfër</b>               | 42.1% | 0.445 | 55.7% | 0.693 | 49.5% | 0.571 |
| <b>I varfer</b>                  | 37.6% |       | 39.7% |       | 38.5% |       |
| <b>Mesatar</b>                   | 36.9% |       | 47.0% |       | 41.1% |       |
| <b>I pasur</b>                   | 25.7% |       | 52.2% |       | 37.3% |       |
| <b>Më i pasur</b>                | 25.8% |       | 45.8% |       | 38.4% |       |
| <b>Mosha e nënës</b>             |       |       |       |       |       |       |
| <b>15-24</b>                     | 37.3% | 0.226 | 45.0% | 0.722 | 41.4% | 0.395 |
| <b>25-34</b>                     | 30.8% |       | 49.3% |       | 39.4% |       |
| <b>35+</b>                       | 49.1% |       | 54.0% |       | 51.6% |       |
| <b>Niveli i arsimit të nënës</b> |       |       |       |       |       |       |
| <b>Arsim fillor</b>              | 36.0% | 0.445 | 53.6% | 0.228 | 44.1% | 0.233 |
| <b>Arsim i mesëm</b>             | 34.5% |       | 40.4% |       | 37.7% |       |
| <b>Arsim i lartë</b>             | 21.1% |       | 40.2% |       | 31.4% |       |
| <b>Gjinia e fëmijës</b>          |       |       |       |       |       |       |
| <b>Vajza</b>                     | 38.3% | 0.325 | 53.3% | 0.164 | 46.6% | 0.047 |
| <b>Djem</b>                      | 31.6% |       | 43.2% |       | 36.7% |       |
| <b>Numri i fëmijëve</b>          |       |       |       |       |       |       |
| <b>1</b>                         | 35.6% | 0.184 | 42.3% | 0.277 | 38.7% | 0.174 |
| <b>2</b>                         | 31.6% |       | 46.7% |       | 39.3% |       |
| <b>3</b>                         | 23.8% |       | 52.7% |       | 39.8% |       |
| <b>4+</b>                        | 49.2% |       | 66.2% |       | 55.8% |       |
| <b>Radha e lindjes</b>           |       |       |       |       |       |       |
| <b>1</b>                         | 35.6% | 0.254 | 50.0% | 0.389 | 42.9% | 0.32  |
| <b>2</b>                         | 31.6% |       | 40.7% |       | 36.0% |       |
| <b>3</b>                         | 25.7% |       | 55.0% |       | 42.1% |       |
| <b>4+</b>                        | 47.7% |       | 56.2% |       | 50.5% |       |

## 5. Diskutimi

### **Kontributi i këtij punimi shkencor në nivelin aktual të njohurive për gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve nën 5 vjeç në Shqipëri, dhe adresimi i objektivave të kërimit shkencor**

Të dhënat e këtij punimi kontribuojnë në identifikimin e profilit të fëmijëve më në rrezik për kequshqyerje akute dhe kronike. Njëkohësisht, ofrohet evidencë që Shqipëria po kalon “tranzicionin e ushqyerjes” me karakteristika që percaktohen nga literatura dhe eksperiencia botërore: ndryshime të shpejta të gjendjes së ushqyerjes, bashkekzistencën e nënushqyerjes dhe obezitetit, dhe përfshirje e individëve nga të gjitha grupet social-ekonomike. Të dhënat e këtij punimi krijojnë një bazë modeste të dhënash për të monitoruar progresin ndaj arritjes së objektivave kombëtare dhe ndërkombëtare lidhur me shëndetin dhe ushqyerjen e fëmijës. Njëkohësisht, këto të dhëna ndihmojnë për planifikimin e ndërhyrjeve të bazuara në evidencë për të adresuar barrën e dyfishtë të kequshqyerjes, të përshtatura sipas karakteristikave të grupeve më të riskuara.

Të dhënat e punimit ofrojnë përgjigje edhe ndaj hipotezës dhe objektivave të përcaktuara për këtë punim shkencor. Tendencat e ndryshimeve në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve janë realizuar nëpërmjet analizës krahasuese të tre studimeve të bazuara në popullatë: MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHS viti 2008-9. Evidentimi i faktorëve socio-ekonomikë që ndikojnë në gjendjen e ushqyerjes, dhe lidhja me treguesit kyesorë të gjendjes së ushqyerjes, realizohen nëpërmjet analizës dytësore të të dhënave të SDSHS viti 2008-9. Ndërsa analiza bivariate përshkruan lidhjen ndërmjet çifteve të faktorëve socio-ekonomikë dhe treguesve të ushqyerjes, analiza multivariate jep vlerën e magnitudës së efektit dhe sinjifikancën statistikore.

### **5.1.Përmbledhje e gjetjeve kryesore të studimit**

#### Rezultatet/analiza krahasuese

- Prapambetja në rritje është reduktuar nga 32 % në 19%, dhe mbipesha është rritur nga 20% në 22%
- Vendbanimi urban/rural dhe niveli i arsimit të nënës për prapambetjen në rritje dhe mbipeshën paraqesin diferenca në studimet e mëparshme ( viti 2000 dhe 2005), por këto dallime nuk janë sinjifikante në SDSHS.
- Dallimi sipas indeksit të pasurisë për prapambetjen në rritje vazhdon të mbetet i dukshëm, me thellim të pabarazive në studimin e vitit 2009 krahasuar me studimet e mëparshme.
- Vërehet një rritje e prevalencës së mbipeshës në fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra në vitin 2009 krahasuar me studimin e vitit 2005, ku prevalenca e mbipeshës ishte më e lartë në fëmijët që jetonin në familjet e pasura.

#### Rezultatet /analiza bivariate

Mosha e fëmijës ( $p<0.001$ ), mosha e nënës ( $p=0.054$ ), niveli i arsimit të nënës ( $p=0.005$ ), indeksi i pasurisë së familjes ( $p=0.013$ ), rajoni ( $p<0.001$ ) dhe vendbanimi urban/rural ( $p<0.001$ ) lidhen ngushtë me **aneminë**.

**Stunting** lidhet ngushtë me moshën e fëmijës ( $p<0.001$ ), radhën e lindjes ( $p=0.003$ ), indeksin e pasurisë ( $p=0.001$ ) dhe rajonin ( $p=0.058$ ).

**Wasting** lidhet ngushtë me moshën e fëmijës ( $p<0.001$ ), gjininë e fëmijës ( $p=0.013$ ) dhe vendbanimin urban/rural ( $p=0.079$ ).

Radha e lindjes ( $p=0.085$ ), indeksi i pasurisë ( $p=0.037$ ) dhe krahina ( $p=0.004$ ) lidhen ngushtë me **mbipeshën**.

Analiza bivariabël tregon se mosha e fëmijës ( $p=0.026$ ), indeksi i pasurisë ( $p=0.062$ ) dhe krahina ( $p=0.060$ ) lidhen ngushtë me **nënpeshën**.

#### Rezultatet /analiza multivariate

- **Anemia**
  - Fëmijët e vegjël 6-23 muajsh–3,5 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
  - Fëmijët e vegjël 6-23 muajsh që jetojnë në zonat urbane–5 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
  - Vajzat që jetojnë në zonat bregdetare–1.6 herë më të rrezikuara ( $p<0.10$ )
  - Djemtë në zonat malore–1.8 herë më të rrezikuar ( $p<0.10$ )
- **Prapambetja në rritje (Stunting)**
  - Fëmijët e vegjël 0-5 dhe 6-23 muajsh–përkatësisht 3.2 herë ( $p<0.001$ ) dhe 2 herë ( $p<0.001$ ) më të rrezikuar
  - Vajzat– 1.3 herë më të rrezikuara ( $p<0.10$ )
  - Fëmijët që jetojnë në zonat malore– 1.5 herë më të rrezikuar ( $p<0.10$ )
  - Fëmijët që kanë nëna me nivelin më të ulët të arsimit dhe jetojnë në zonat urbane–2 herë më të rrezikuar ( $p<0.10$ )
  - Ndër fëmijët e moshës 6-23 muaj, vajzat dhe fëmijët që jetojnë në zonat urbane janë përkatësisht 2.4 herë ( $p<0.01$ ) dhe 3.6 herë ( $p<0.001$ ) më të rrezikuar
- **Dobësia (Wasting)**
  - Fëmijët e vegjël 0-5 muajsh–6.8 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
  - Fëmijët që jetojnë në familjet me të ardhura të pakta–2 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
  - Fëmijët e familjeve të varfëra që jetojnë në zonat rurale dhe vajzat që jetojnë në familje të varfëra kanë përkatësisht 3 ( $p<0.10$ ) dhe 5.2 ( $p<0.001$ ) herë më shumë gjasa të jenë të dobët
- **Mbipesha**
  - Fëmijët e familjeve në kuintilin mesatar të pasurisë–1.4 herë më të rrezikuar ( $p<0.10$ )

- Në grupin e fëmijëve që jetojnë në familje në kuintilin e varfër të pasurisë, fëmijët që jetojnë në zonat rurale–2 herë më të rrezikuar ( $p<0.05$ )
- **Nënpesha**
  - Fëmijët e vegjël 0-5 muajsh–2.9 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
  - Ndër fëmijët e moshës 0-5 muaj, vajzat dhe fëmijët që jetojnë në zonat rurale janë përkatësisht 4.2 herë ( $p<0.05$ ) dhe 3.2 herë ( $p<0.05$ ) më të rrezikuar
  - Fëmijët që jetojnë në zonat malore–2.5 herë më të rrezikuar ( $p<0.001$ )
- Në **analizën krahasuese** të të dhënave të studimeve të viteve 2000, 2005 dhe 2009 vërehet që disa nga variablat e pavarura si indeksi i pasurisë ndikojnë në mënyrë të vazhdueshme gjatë gjithë periudhës së marrë në studim, dhe në të gjithë indikatorët e gjendjes së ushqyerjes së fëmijës.
- Variabla të tjera të pavarura si gjinia ndikojnë më shumë në nënushqyerjen e fëmijës, ndërsa gjendja e arsimit të nënës apo vendbanimi urban/rural nuk duket të kenë të njëjtën peshë në përcaktimin e gjendjes së ushqyerjes së fëmijës në fillim dhe në fund të periudhës së analizës. Efekti i gjinisë dhe arsimit të nënës nuk kushtëzon ndryshime në gjendjen e ushqyerjes së fëmijës në fund të periudhës së marrë në studim ( vitet 2000-2009).

Në analizën sekondare:

- **Mosha e fëmijës** është një variabël i pavarur që vazhdon të jetë i lidhur ngushtë me të gjitha variablat e analizuar në këtë studim. Arsytet mund të lidhen me ushqimin nënoptimal me gji, dhe me një përcjellje ndërbrezash të kequshqyerjes për shkak të efekteve të vazhdueshme të ushqyerjes së varfër të akumuluar në kohë.
- **Diferencat gjinore.** Vajzat kanë më tepër tendencë për stunting, anemi dhe nënpeshtë. Djemtë në zonat malore janë më të rrezik për anemi dhe stunting, kurse ata që jetojnë në familjet me të ardhura mesatare kanë më shumë gjasa të jenë mbipeshë.
- **Gjendja socio-ekonomike.** Statusi ekonomik i familjes së një fëmije është një përcaktues i fortë i gjendjes së ushqyerjes së tij. Familjet dhe individët e varfër kanë akses të paktë në ushqim. Ata gjithashtu mund të kenë burime të pamjaftueshme kujdesi, dhe akses të kufizuar ndaj shërbimeve shëndetësore e sociale.
- Ritmet e përshpejtuara të urbanizimit kanë sjellë ndryshim të raporteve të kequshqyerjes në fëmijët që jetojnë në zonat **urbane dhe rurale**. Fillimisht të privilegjuar, tani si rezultat i ndryshimeve sjellë nga urbanizimi, fëmijët që jetojnë në zonat urbane kanë vulnerabilitet të shtuar ndaj kequshqyerjes.
- Në kuadrin e **tranzicionit të ushqyerjes**, barra e mbipeshës po zhvendoset gradualisht nga fëmijët që jetojnë në zonat urbane dhe që i përkasin nënave me nivel të lartë arsimit dhe të ardhura të larta, drejt fëmijëve që jetojnë në familjet

e varfëra dhe zonat rurale. Kjo kushtëzon edhe nevojën për përshtatjen e natyrës së ndërhyrjeve sipas grupeve të popullsisë më të rrezikuar.

Në përmbledhje:

- Kequshqyerja ndodh shumë herët në jetën e fëmijëve shqiptarë.
- Vendi po përballlet me barrën e dyfishtë të kequshqyerjes.
- Shqipëria paraqet karakteristikat e një vendi në tranzicion nutricional.
- Determinantët më të shpeshtë që përcaktojnë diferencat në rezultatet e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve përfshijnë moshën e fëmijës, indeksin e pasurisë së familjes, vendbanimin rural/urban dhe rajonin gjeografik.
- Ka evidencë të diferencave gjinore në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve 0-59 muajsh.
- Vërehet vulnerabilitet i shtuar i fëmijëve të varfër që jetojnë në zonat urbane.
- Barra e mbipeshës po kalon te grupet e varfëra të popullatës dhe ato që jetojnë në zonat rurale.
- Pabarazitë gjinore në rezultatet e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve janë të një shkalle më të ulët, krahasuar me pabarazitë sipas gjendjes ekonomike të familjes.
- Variablat më të shpeshta që përcaktojnë gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve janë dallimet sipas moshës dhe statusit socio-ekonomik; prej tyre diferencat në gjendjen e ushqyerjes sipas moshës janë më të shprehura.

## **5.2.Krahasimi i rezultateve me raportimet e literaturës**

Të dhënat e SDSHSH përbëjnë një bazë të dhënash kombëtare të besueshme, që mund të përdoren për të analizuar modelet e kequshqyerjes në Shqipëri. Në të njëjtën kohë, analizat e prezantuara këtu tregojnë se nënushqyerja dhe mbipesha bashkekzistojnë në Shqipëri, çfarë tregon një barrë dyfishtë kequshqyerje në një vend që përballlet me tranzicion në gjendjen e ushqyerjes. Rezultatet tregojnë se mosha e fëmijës është një përcaktues i rëndësishëm, dhe se kequshqyerja fillon herët në jetë për fëmijët shqiptarë.

Kufizimi kryesor i kësaj analize është modeli kros seksional. Në këtë rast, nuk mund të përcaktohen lidhje shkakësore. Megjithatë, korrelacionet e vëzhguara mund të na ndihmojnë si të drejtojmë zhvillimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve të synuara për të përmirësuar rezultatet e ushqyerjes së fëmijëve në Shqipëri. Numri i vogël i fëmijëve në disa nëngrupe ndikojnë ndonjëherë te analiza.

### **5.2.1. Mangësitë e mikroelementeve/Anemia**

Anemia është një problem i përhapur i shëndetit publik që shoqërohet me një risk të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie, veçanërisht te gratë shtatzëna dhe te fëmijët e vegjël.

Foshnjat dhe fëmijët e vegjël janë më të riskuar për anemi ferrodeficitare për arsye të kërkesave të shtuara për hekur për të përballuar rritjen e shpejtë, dhe njëkohësisht për shkak të dietave të varfëra në hekur lehtësisht të absorbueshëm. (108,109) Studime të mëparshme kanë treguar një lidhje midis anemisë dhe riskut të vdekshmërisë së nënës dhe efekteve të anemisë në zhvillimin e fëmijëve. (110) Deficienca e hekurit, me apo pa anemi, mund të ketë pasoja shëndetësore serioze për fëmijët e vegjël duke përfshirë mortalitet të shtuar perinatal, zhvillim të vonuar fizik dhe mendor, pasoja negative në sjelljen e fëmijëve, si dhe reduktim të funksionit të pamjes dhe dëgjimit. (111) Disa prej efekteve negative të deficiencës në hekur gjatë fëmijërisë së hershme janë të parikthyeshme dhe mund të çojnë në rezultate të dobëta në shkollë, reduktim të kapacitetit për punë fizike, dhe produktivitet të reduktuar më vonë në jetë. (112,113,114,115)

Sipas një studimi krahasues të OBSH-së bazuar në anketime në nivel kombëtar, nga viti 1993 deri në 2005, 42% e grave shtatzëna dhe 47% e fëmijëve parashkollorë në botë janë me anemi. (116) Prevalenca e fëmijëve me anemi ( $Hb < 110g/dl$ ) dhe anemi të rëndë ( $Hb < 70g/dl$ ) është respektivisht 18,1% dhe 1,5%. (82) Një tjetër studim i ushqyerjes së fëmijës në Komonuelthin e Shteteve të Pavarura /ish republikat sovjetike, tregon norma anemie nga 20-40%. (117)

Shkaku kryesor i mungesës së hekurit është konsumimi i ulët i mishit, peshkut apo shpendëve, veçanërisht të varfërit. Për më tepër, sëmundjet infektive dhe malaria, veçanërisht kur janë endemike, janë faktorë të rëndësishëm rreziku të anemisë.

Fëmijët rrezikohen nga anemia duke filluar nga muaji i katërt i jetës. (116) Shpeshtësia më e lartë e anemisë nga mungesa e hekurit vërehet kur fëmija është rreth 18 muajsh, dhe pastaj fillon të bjerë sepse kërkesat e hekurit ulen dhe rritet sasia që merret me anë të ushqimeve plotësuese. (10)

Të dhënat e SDSHS tregojnë se 17% e fëmijëve të moshës 6-59 muajsh në Shqipëri vuajnë nga anemia e shkallëve të ndryshme.

**Analiza Bivariabël** tregon se mosha e fëmijës, mosha e nënës, niveli i arsimit të nënës, indeksi i pasurisë së familjes, krahina dhe vendbanimi urban/rural lidhen ngushtë me aneminë. Faktorë të ngjashëm rreziku për anemi, përfshirë moshën e fëmijës, nivelin e arsimit të nënës, vendbanimin urban/rural, janë identifikuar edhe në studime të tjera. (117,118) Niveli i arsimit të prindërve mund të konsiderohet si një faktor i rëndësishëm social-ekonomik për aneminë. Një nivel më i lartë tregon se ka më shumë mundësi për punë dhe të ardhura, dhe si rezultat më shumë akses te ushqimet e pasura me hekur. Shumë studime tregojnë se përqindja e fëmijëve me anemi është më e lartë te familjet me të ardhura të ulëta. (119)

Nga ana tjetër, rajoni dhe vendbanimi urban/rural me sa duket kushtëzojnë një nivel më të ulët socio-ekonomik dhe mungesë akses ndaj ushqimit, duke përbërë një faktor të rëndësishëm përcaktues për shfaqjen e anemisë nga mungesat ushqimore.

Megjithëse mund të mendohet se zonat rurale kanë akses më të mirë ndaj ushqimit, në fakt prania e pasigurimit të ushqimit në nivel familjeje dhe praktikat e papërshtatshme të ushqyerjes, mbeten një faktor përcaktues për aneminë.

Sipas studimit bazë të ushqyerjes të vitit 2010, në Kukës dhe Shkodër vërehen dallime sinjifikante nga ana statistikore ndërmjet zonave rurale dhe urbane, si për mospasigurimin e ushqimit të shkallës së lehtë, ashtu dhe të mesëm e të rëndë. Kështu, në zonat urbane të Shkodrës mospasigurimi i shkallës së lehtë ishte në masën 9,3 % krahasuar me 17,2 % në zonat rurale, ndërkohë që i njëjti dallim për mospasigurimin e

shkallës së mesme dhe të rëndë për zonat urbane dhe rurale ishte përkatësisht 7,9% dhe 12,4%. (100) I njëjti studim vë në dukje praktikën e ushqyerjes së fëmijëve që janë të papërshtatshme, ku vetëm 36% e fëmijëve 6-8 muajsh konsumojnë ushqime të pasura në hekur, krahasuar me 64% dhe 73% të fëmijëve repektivisht për grupmoshat 9-11muajsh dhe 12-17 muajsh. Ndërkohë që studimi SDSHSH viti 2009 në shkallë kombëtare tregoi vlera të njëjta të konsumimit të ushqimeve të pasura në hekur për fëmijët e moshës 6-8 muajsh ( 36%), por për dy grupmoshat e tjera janë përkatësisht 73% dhe 89%. Ky përmirësim i vërejtur në konsumimin e ushqimeve të pasura me hekur mbase lidhet me faktin që, zonat ku u krye studimi i vitit 2010 janë nga zonat më të disavantazuara të vendit, ndërkohë që SDSHSH përfaqëson të dhëna në shkallë kombëtare.

Analiza **multivariabël** e të dhënave të SDSHSH viti 2008-9, tregon se anemia lidhej pozitivisht me moshën e fëmijës dhe krahinën, dhe kishte lidhje të anasjelltë me radhën e lindjes. Një disagregim i mëtejshëm i variablave të pavarura sipas gjinisë dhe vendbanimit urban/rural ndihmoi për të identifikuar grupet më vulnerabël, që mund të merren në konsideratë si grup i synuar për ndërhyrjet e integruara të ushqyerjes. Grupet specifike në rrezik përfshijnë fëmijët e vegjël (6-23 muajsh) që jetojnë në zona urbane, vajzat që jetojnë në zonat bregdetare dhe djemtë në zonat malore.

Brenda grupit të fëmijëve më të vegjël, 6-23 muajsh, më në risk janë fëmijët e zonave urbane, çka flet për një vulnerabilitet më të shtuar në zonat urbane që dikur kishin tregues më të mirë të ushqyerjes dhe shëndetit të fëmijëve.

### 5.2.2. Stunting

Stunting mbetet problem më i madh se nënpesha apo wasting, dhe reflekton më saktë mangësitë në ushqyerje, dhe sëmundjet që shfaqen gjatë periudhave më kritike të rritjes dhe zhvillimit, në fillimet e jetës së fëmijës. Shumica e vendeve kanë norma të stunting më të larta se normat e nënpeshës, dhe në disa vende më shumë se gjysma e fëmijëve nën pesë vjeç kanë prapambetje në rritje. (5)

Analiza e përbashkët e UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore vë në dukje se 26% e fëmijëve nën 5 vjeç ose 165 milionë fëmijë kanë prapambetje në rritje. (82) Kjo shifër duket të ketë pësuar ulje nga 32% në 26 %, krahasuar me një studim të mëparshëm krahasues të OBSH për periudhën e vitit 1993-2005. (10) Stunting njihet tashmë si masa më e mirë e përafërt për pabarazitë në shëndetin e fëmijës. (120)

Kjo ndodh sepse stunting prek dimensione të shumfishta të shëndetit të fëmijës, të zhvillimit të tyre dhe mjedisit ku jetojnë, ka prevalencë të lartë në vendet në zhvillim dhe mbart pasojat serioze për shëndetin dhe zhvillimin e fëmijëve.

Prapambetja në rritje shpesh fillon shumë herët në jetën e fëmijës, in utero dhe zakonisht vazhdon në dy vitet e para të jetës. Pjesa më e madhe e prapambetjes në rritje mendohej që ndodh me fillimin dhe gjatë gjithë periudhës së ushqyerjes plotësuese të fëmijës , 6-24 muajsh, por përdorimi i kurbave të reja të rritjes sipas OBSH tregon se, fëmijët nga vendet me të ardhura të mesme e të ulëta mund të lindin me peshë dhe gjatësi nën standardet e rritjes të OBSH, pra prapambetja në rritje ndodh më herët nga sa mendohej. (22)

Sipas SDSHSH, 19% e fëmijëve nën pesë vjeç në Shqipëri janë me prapambetje në rritje. Në ngjashmëri me tendencat globale, (5) në Shqipëri tendencat për stunting dhe mbipeshën në fëmijët nën 5 vjeç lëvizin në kahje të kundërta. Siç tregohet në

seksionin e rezultateve, ndërkohë që stunting po shkon në rënie në dekadën e fundit, mbipësia është në rritje.

Analiza e të dhënave të MICS viti 2000, 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9, flasin për një rënie të vlerave të stunting me një hendek persistent dhe në rritje të pabarazisë ndërmjet të pasurve dhe të varfërve.

Ndërsa indeksi i pasurisë mbetet një parashikues i rëndësishëm për stunting bashkë me moshën e fëmijës, gjininë dhe rajonin e banimit, vendbanimi rural apo urban, duke filluar nga viti 2005, nuk është më i lidhur në mënyrë të dukshme me stunting.

Kjo mendohet se mund të jetë e lidhur me urbanizmin e shpejtë dhe lëvizjet e brendshme të popullsisë nga zonat rurale në zonat urbane dhe periurbane, duke rezultuar kohët e fundit në vlera të ngjashme të stunting ndërmjet zonave urbane dhe rurale. Ka gjithashtu mundësi që kjo të lidhet me një rritje të vulnerabilitetit të fëmijëve që jetojnë në zonat urbane.

Pabarazitë me gjendjen e ushqyerjes së fëmijës sipas indeksit të pasurisë së familjes janë në rritje pavarësisht reduktimit të vlerave të stunting në nivel kombëtar, dhe flasin për shkallën e pabarazisë në zhvillimin ekonomik, ku jo të gjitha familjet përfitojnë njëloj nga zhvillimi ekonomik i vendit.

Nga ana tjetër, sipas UNICEF <sup>(121)</sup> shkalla e pabarazisë brenda grupit të fëmijëve që jetojnë në zonat urbane është një fenomen shqetësues. Bazuar në të dhënat e SDSHSH, fëmijët e familjeve të varfëra në zonat urbane kanë 2 herë më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje krahasuar me fëmijët që jetojnë në familjet e pasura të zonave urbane ( $p < 0.10$ ), ndërkohë që hendeku ndërmjet të pasurve dhe të varfërve nuk është shumë domethënës në zonat rurale.

**Analiza bivariabël** tregon se mosha e fëmijës, radha e lindjes, indeksi i pasurisë dhe krahina lidhen ngushtë me stunting.

Në analizën multivariate bazuar në të dhënat e SDSHSH të vitit 2008-9, stunting duket të jetë i lidhur pozitivisht me moshën e fëmijës, gjininë, radhën e lindjes dhe rajonin e banimit. Sipas kësaj analize, grupet më të rrezikuara duket se janë foshnjat nën 6 muajsh, ndjekur nga fëmijët 6-23 muajsh, vajzat, fëmijët e nënave me nivel të ulët arsimimi që jetojnë në zonat urbane, si dhe fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra dhe në zonat malore.

Faktorët e identifikuar të rrezikut për stunting janë të krahasueshëm me ato që përmenden në studime të tjera të rajonit evropian, Nepal, Sri Lanka, India, DRC, dhe përfshijnë nivel të ulët të ardhurash të familjes, moshën e fëmijës dhe gjininë. <sup>(117,122,123,124)</sup>

### 5.2.3. Nënësia

Edhe pse nënësia është tregues i nënushqyerjes së fëmijës, që përdoret zyrtarisht për të matur progresin drejt OZHM-ve, duke përfshirë edhe OZHM 1, stunting dhe wasting janë ato që reflektojnë më mirë situatën që ka lidhje me nënushqyerjen.

Analiza e përbashkët e UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore vë në dukje se 16% e fëmijëve nën 5 vjeç ose rreth 101 milionë fëmijë janë nënësia. <sup>(82)</sup> Ndërsa shihet një progres në shkallë globale në drejtim të reduktimit të nënësia, kjo tendencë mund të jetë shfaqje e tranzicionit kundrejt një prevalence më të lartë të mbipësia,

shoqëruar me nivele të qëndrueshme të prapambetjes në rritje. Prevalenca e ulur e nënpeshës mund të maskojë vazhdimin e pranisë së nënushqyerjes në 1000 ditët e para të jetës së fëmijës, si një periudhë shumë e rëndësishme për të identifikuar problemet dhe realizuar ndërhyrje efikase.

Sipas rezultateve të SDSHSH, 5% e fëmijëve shqiptarë nën pesë vjeç janë nënpeshë.

Sipas analizës bivariate, mosha e fëmijës, krahina dhe indeksi i pasurisë lidheshin ngushtë me nënpeshën. Rezultatet e analizës së regresionit logjistik tregojnë se mosha e fëmijës dhe krahina kishin lidhje pozitive me nënpeshën.

Mosha e fëmijës, arsimi i lartë, radha e lindjes dhe indeksi i ulët i pasurisë së familjes ishin parashikues të mirë të nënpeshës edhe në studime të tjera. (122,125,126)

Në Shqipëri, grupet më të rrezikuara për të qenë nënpeshë ishin fëmijët që jetojnë në zonat malore dhe fëmijët nën 5 muaj, ndërsa nga grupi i fëmijëve më të vegjël në rrezik për nënpeshë, ishin vajzat dhe fëmijët që jetojnë zonat rurale.

#### 5.2.4. Wasting

Analiza e përbashkët e UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore ve në dukje se rreth 81 milionë fëmijë nën 5 vjeç janë të dobët për peshën - wasting. (82)

Sipas SDSHSH, 9% e fëmijëve nën pesë vjeç në Shqipëri kishin wasting.

Mosha e fëmijës, gjinia dhe vendbanimi urban/rural ishin të lidhura ngushtë me wasting në analizën bivariate.

Ndërsa në analizën multivariate wasting kishte lidhje pozitive me moshën e fëmijës, kuintilin e pasurisë, dhe lidhje të anasjelltë me seksin e fëmijës, moshën e nënës dhe vendbanimin. Fëmijët e vegjël kanë tendencë më lartë rreziku të wasting; mosha vazhdon të jetë e lidhur me shumicën e rezultateve të ushqyerjes në këtë studim. Nga ana tjetër, fëmijët që jetojnë në familje me të ardhura të pakta dhe mesatare kanë më shumë gjasa të kenë wasting, dhe vajzat që jetojnë në familje të varfëra kanë nivel më të lartë rreziku për wasting.

Ndërkohë që diferencat urbane/rurale dhe sipas gjinisë nuk janë të dukshme, në rastin e prapambetjes në rritje – kequshqyerje kronike- këto dallime janë më të dukshme në rastin e wasting, që është kequshqyerje akute.

Gjendja ekonomike e familjes ka lidhje të ngushtë dhe pozitive si me stunting dhe me wasting, e cila mund të ketë lidhje me pabarazitë në gjendjen social-ekonomike. (127)

#### 5.2.5. Mbipesha

Edhe pse mbipesha është një problem që shpesh lidhet me vendet e industrializuara, në disa vende në zhvillim dhe vende në tranzicion ka mbizotërim të mbipeshës te fëmijët. Disa vende po përjetojnë një "barrë të dyfishtë" kequshqyerje duke pasur norma të larta si të stunting edhe të mbipeshës. Analiza e përbashkët e UNICEF, OBSH dhe Bankës Botërore ve në dukje se rreth 7% e fëmijëve në 5 vjeç ose 43 milionë fëmijë janë mbipeshë. Ndërsa mbipesha shihej më shpesh në vendet me të ardhura të larta, sot rreth 69% e barrës globale të mbipeshës është në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. (82) Problemet psikologjike, diabeti mellitus dhe sëmundjet kardiovaskulare lidhen me obezitetin. (128)

Analiza e të dhënave të MICS viti 2005 dhe SDSHSH viti 2008-9, dëshmojnë për një rritje të shifrave të mbipeshës në fëmijët nën 5 vjeç, me barrën që gradualisht po kalon tek shtresat më të varfëra të popullsisë.

Ndërsa në vitin 2005, fëmijët nën 5 vjeç që jetonin në zonat urbane kishin 1,3 herë më shumë gjasa të ishin mbipeshë krahasuar me ata që jetonin në zonat rurale ( 24% kundrejt 18%), në vitin 2009 nuk ka dallim të dukshëm. Rezultatet janë të ngjashme me gjetjet e literaturës. (129,130,131)

Niveli i arsimimit të nënës është një faktor i rëndësishëm përcaktues i mbipeshës në fazat e hershme të tranzicionit të ushqyerjes. Bazuar në të dhënat e MICS viti 2005, fëmijët e nënave me arsim të mesëm ose më të lartë kishin 2,4 herë më shumë gjasa të ishin mbipeshë, krahasuar me fëmijët e nënave me arsim më të ulët ose pa arsim (21% kundrejt 9%).

Nëse merret në konsideratë që shkalla më e lartë e arsimimit të nënës është një parakusht për mundësi më të mira punësimi të nënës dhe një parashikues i kushteve më të mira ekonomike për familjen, situata në Shqipëri është e krahasueshme me gjetjet e literaturës, ku fillimisht barra e mbipeshës është në shtresat e pasura të shoqërisë, por më pas kalon në shtresat më të varfëra në procesin e tranzicionit të ushqyerjes. (86,129,131)

Sipas SDSHSH, 22% e fëmijëve shqiptarë nën pesë vjeç janë mbipeshë. Analiza bivariate tregon se radha e lindjes, indeksi i pasurisë dhe krahina lidhen ngushtë me mbipeshën.

Studimet me fëmijët brazilianë tregojnë se mbipesha mbizotëron te fëmijët në familje me status më të privilegjuar social-ekonomik, (132) ndërsa studime të tjera kanë zbuluar një lidhje midis statusit të ulët social-ekonomik dhe mbipeshës te fëmijët, duke marrë parasysh faktorë të tillë si nënat me nivel të ulët arsimi, profesionin, edukimin dhe të ardhurat. (133,134,135)

Në analizën multivariate bazuar në të dhënat e SDSHSH viti 2008-9, mosha e fëmijës dhe indeksi i pasurisë janë të lidhura në mënyrë pozitive me mbipeshën, ndërkohë që mosha e nënës dhe rajoni lidhen në përpjestim të zhdrejtë.

Ndërmjet grupit të fëmijëve më të vegjël, fëmijët që jetojnë në zonat rurale dhe vajzat kanë një probabilitet të shtuar për mbipeshë, ndërsa ndërmjet fëmijëve që jetojnë në familjet e varfëra, fëmijët e zonave rurale janë më në rrezik për mbipeshë. Ky është një tregues i qartë që barra e mbipeshës po kalon drejt të varfërve dhe grupeve të popullatës që jetojnë në zonat rurale.

### **5.3.Problemet e përbashkëta për fëmijët e kequshqyer**

Në përgjithësi, kur bëhet krahasimi i variablave që përcaktojnë statusin e ushqyerjes të një fëmije, rezultatet e analizës tregojnë se mosha e fëmijës, pasuria e familjes dhe krahina lidhen më shpesh ngushtë me variablat përfundimtare.

#### **5.3.1. Gjinia**

Analiza dytësore e të dhënave të SDSHSH tregon se ndërsa vajzat kanë më tepër tendencë të kenë stunting, ato janë edhe pjesë e nëngrupeve në rrezik zhvillimi pasojash të tjera të kequshqyerjes (anemi dhe nënpeshë), edhe pse kanë më pak gjasa

se djemtë të kenë wasting. Vajzat që jetojnë në familjet e varfëra kanë më shumë gjasa se djemtë të kenë wasting apo dobësi, por kjo duket se lidhet më shumë me statusin ekonomik të familjes sesa me diferencat me bazë gjinore.

Djemtë që jetojnë në zonat malore janë në rrezik të lartë anemie dhe stunting, ndërsa ata që jetojnë në familjet e kuintilit mesatar të pasurisë kanë më shumë gjasa për të qenë mbipeshë.

Përveç studimeve në Azi që tregojnë vulnerabilitet më të lartë të vajzave (136) shumë studime në vende me të ardhura të ulëta kanë treguar se djemtë kanë më shumë gjasa të kenë prapambetje në rritje në krahasim me vajzat, shumë prej tyre të kryera në jug të Saharasë në Afrikë, dhe se diferenca në bazë gjinie ishte më e dallueshme në grupet me nivel më të ulët social-ekonomik. (125,137,138)

### 5.3.2. Statusi social-ekonomik

Statusi ekonomik i familjes së një fëmije është një përcaktues i fortë i statusit të ushqyerjes së fëmijës. Familjet dhe individët e varfër kanë akses të paktë në ushqim. Nga ana tjetër, fëmijët nga familjet e varfëra kanë më shumë gjasa të ekspozohen ndaj agjentëve patogjenë dhe të sëmuren. Ata kanë rezistencë më të ulët ndaj sëmundjeve, dhe nuk janë të mbuluar siç duhet nga ndërhyrjet parandaluese të ofruara nga sistemi shëndetësor. Ndërsa sëmuren, niveli i kujdesjes në familje dhe aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore cilësore është më i reduktuar, krahasuar me fëmijët e familjeve më të pasura. Si pasojë fëmijët futen në ciklin vicioz të sëmundjes dhe kequshyerjes.

Në një analizë të studimeve nga 79 vende botuar në revistën Lancet në vitin 2013 Black et al vë në dukje se prapambetja në rritje në fëmijët nën 5 vjeç ishte 2,47 herë më e lartë tek fëmijët që jetonin në familje në kuintilin më të varfër të pasurisë, krahasuar me ata që jetonin në familjet më të pasura. Në të njëjtin studim, diferencat si në obezitet dhe mbipeshë sipas statusit të pasurisë së familjes ishin në një shkallë më të vogël se në rastin e prapambetjes në rritje. (21) Niveli i pasurisë së familjes ishte një përcaktues i rëndësishëm i gjendjes së ushqyerjes edhe në studime të tjera, duke vënë në dukje se ndërsa përfitimet e rritjes ekonomike mund të arrijnë tek të gjithë, fëmijët e familjeve më të pasura dhe me nëna me nivel më të lartë arsimi duket të përfitojnë në një shkallë më të madhe se fëmijët më të disavantazhuar. (123,139,140) Një studim tjetër identifikon grupin e faktorëve mbrojtës ndaj kequshqyerjes së fëmijëve ku përfshihen niveli i pasurisë së familjes, gjendja e ushqyerjes dhe niveli arsimor i nënës. (141) Në analizën tonë, pasuria kishte lidhje të ngushtë pozitive me të dy treguesit e nënushqyerjes dhe mbipeshës të një fëmijë. Fëmijët në kuintilin mesatar të pasurisë janë më të rrezikuar nga mbipeshja; fëmijët në familjet që janë pjesë e kuintilit mesatar dhe të ulët të pasurisë janë më të rrezikuar nga wasting; ndërsa fëmijët në kuintilin më të varfër janë më të rrezikuar nga stunting. Indeksi i pasurisë nuk ishte përcaktues i anemisë dhe nënpeshës në analizën e regresionit logjistik.

### 5.3.3. Diferencat Urbane /Rurale

Ka literaturë të konsiderueshme që dokumenton pabarazinë rurale/urbane të pasojave të ushqyerjes së fëmijëve në vendet në zhvillim. Kjo literaturë tregon se mesatarisht fëmijët urban janë të ushqyer më mirë, dhe kanë më pak gjasa të vuajnë nga kequshqyerja kronike e të jenë shumë nënpeshë. (142,143,144,145) Megjithatë, të dhëna

më të fundit nga 47 vende tregojnë pabarazi më të lartë social-ekonomike të stunting në zonat urbane, dhe se në një numër të konsiderueshëm vendesh, të varfërit në zonat urbane kanë norma më të larta stunting dhe vdekshmërie sesa homologët e tyre në zonat rurale. (146) Edhe pse kequshqyerja në fëmijëri ka qenë një problem më pak i rëndë në zonat urbane sesa ato rurale, normat e shpejta të urbanizimit të vëzhguara në vendet në zhvillim ngrenë shqetësime të reja në lidhje me normat në rritje të kequshqyerjes urbane. Faktorët që ndikojnë kequshqyerjen në zonat urbane përfshijnë: varësi më të lartë nga të ardhurat cash dhe mbështetje më të ulët në bujqësi dhe burimet natyrore, përqindje më të lartë të familjeve të drejtuara nga femrat, përfshirje më të madhe të grave në aktivitete fitimprurëse jashtë shtëpisë, familje më të vogla dhe rrjete më të dobëta sociale dhe familjare, si dhe disponueshmëri të kufizuar mundësie për kujdes alternativ për fëmijët. (127)

Diferencat urbane/rurale rezultuan të rëndësishme vetëm për aneminë dhe wasting. Megjithatë, kur zhvillohen modelet e regresionit dhe bëhet disagregimi i mëtejshëm i të ardhurave, diferencat urbane/rurale janë të pranishme te të gjitha rezultatet e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve ( stunting, nënpeshë, mbipeshë) të shqyrtuara në këtë analizë, duke përfshirë grupmoshat më të reja, më të varfërit, fëmijët që jetojnë në zonat malore dhe nënat me nivel më të ulët arsimit.

**5.3.4. Arsimi i nënës** nuk rezultoi të kishte lidhje domethënëse me rezultatet e ushqyerjes përveç se me aneminë. Kjo mund të shpjegohet potencialisht nga normat e larta të arsimit në Shqipëri dhe nga diferencat e vogla në nivelet e arsimit midis grupeve të popullsisë.

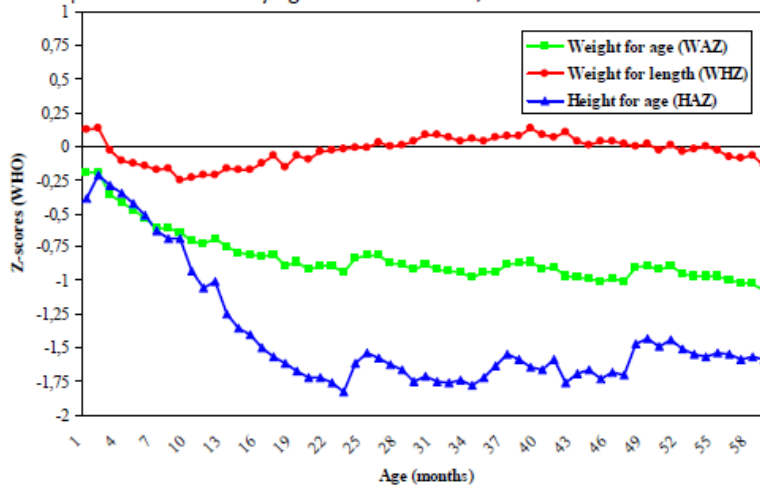
#### **5.3.5. Mosha e fëmijës**

Mosha e fëmijës është një variabël i pavarur që vazhdon të jetë i lidhur ngushtë me të gjitha variablat përfundimtare të analizuara në këtë punim. Fëmijët e vegjël të moshës 0-5 muajsh të ndjekur nga fëmijët 6-23 muajsh, vazhdojnë të kenë rrezik të lartë kequshqyerje akute dhe kronike, duke përfshirë edhe mangësitë në mikroelemente (anemia).

Në studimin nga Victora et al, (22) vërehet se treguesi i peshës për gjatësi (weight for length në tabelën më poshtë) fillon tek fëmijët 1-2muajsh pak më lart se standardi, më pas bie lehtësisht në vlera deri në moshën 9 muajsh, e më pas arrin vlerat normale dhe qëndron në këto nivele pas kësaj periudhe. Treguesi i peshës për moshë ( weight for age në tabelë) në fillim të jetës së fëmijës është afër standartit, bie në mënyrë të moderuar deri sa arrin 1 z score me moshën 24 muajsh, dhe më pas mbetet i qëndrueshëm. Ndërsa gjatësia për moshë (height for age në tabelë) gjithashtu fillon afër standartit dhe bie në mënyrë dramatike deri në moshën 24 muajsh, duke treguar vlera maksimale në muajt 24, 36, dhe 48.

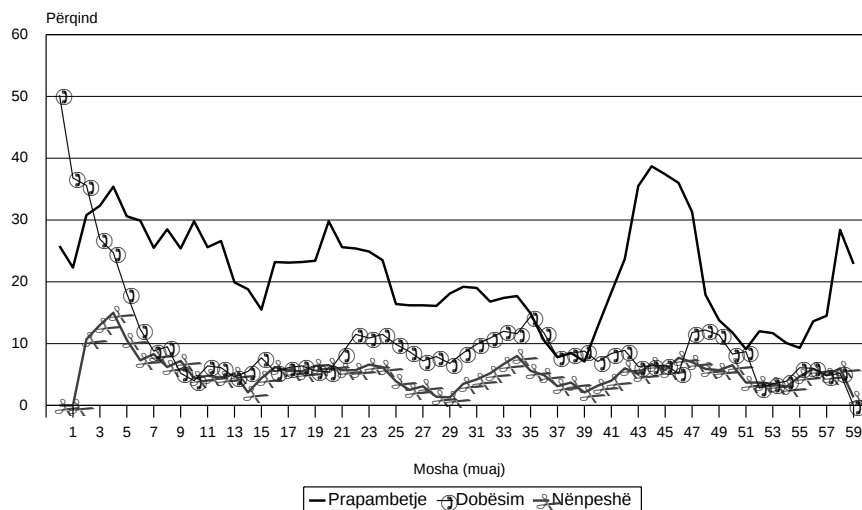
## Damage done in the early period of life is irreversible Window of opportunity: pregnancy to 2 years

Mean anthropometric z-scores by age for all 54 studies, relative to the WHO standard



Source: Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions using the World Health Organization growth standards. *Pediatrics* (In press - March 2010)

**Figura 11.3 Statusi i të Ushqyerit të Fëmijëve Sipas Moshës**



Shënim: Prapambetja në gjatësi pasqyron kequshqyerje kronike; Dobësimi pasqyron kequshqyerje akute; nënpesha pasqyron kequshqyerje kronike apo akute ose një kombinim të të dyjave. Vlerat e shënuara janë rrumbullakosur me një mesatare lëvizjeje prej pesë muajsh.

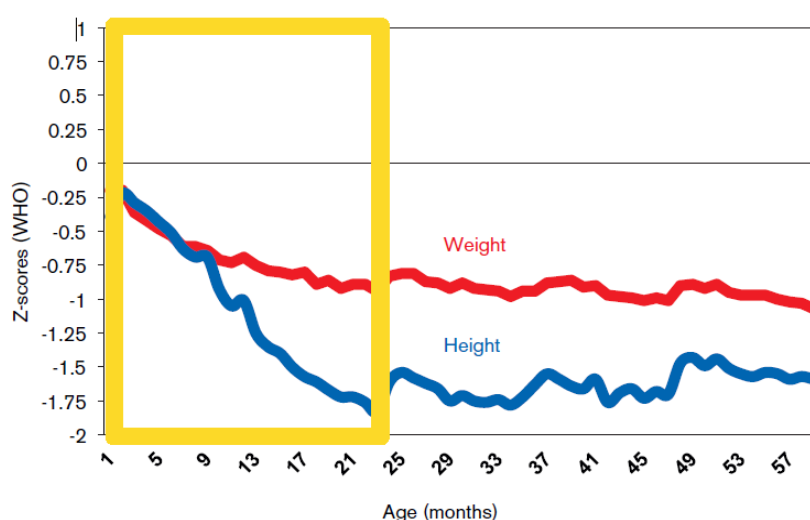
ADHS 2008-09

Konstatimet nga studime të mëparshme mbështesin faktin që vështirësitë në rritje fillojnë pas gjashtë muajve të parë, kur foshnjat nuk marrin sasi të mjaftueshme apo cilësore ushqimesh plotësuese. (123,147) Një analizë të dhënash nga 19 Studime Shëndetësore Demografike tregoi se, wasting në gjendje të rëndë ishte më i lartë te fëmijët e vegjël dhe vinte duke rënë pas 24 muajsh, ndërsa stunting rritej progresivisht

derisa arrinte një pikë kur fëmija ishte 24 muajsh. (10) Analiza e 39 anketimeve kombëtare të bazuara në bazën globale të të dhënave të OBSH-së për rritjen e fëmijës dhe ushqyerjen, tregoi se pesha mesatare fillonte të kishte probleme kur fëmija ishte tre muajsh, dhe binte dukshëm deri në moshën 12 muajsh. Problemet me rritjen në peshë dhe gjatësi kufizohen në 15 muajt e parë të jetës. (7)

Analizat e reja, duke përdorur standartet e rritjes të OBSH, (148) konfirmojnë rëndësinë e dy viteve të para të jetës si një dritare mundësie për provimin e rritjes së shëndetshme (figura 2 më poshtë). Një nga karakteristikat kryesore të stadarteve të OBSH është se, ato vënë në dukje një shkallë më të theksuar nënushqyerje gjatë gjashtë muajve të parë të jetës sesa mendohej më parë, duke lidhur frekuencën e nënushqyerjes të vënë re në foshnjët me prevalencën e shtuar të lindjeve nëneshë, dhe ndërprerje të parakohshme të ushqyerjes ekskluzive me gji. (22,84)

**Figure 2. Timing of growth faltering, data from 54 surveys, 1994–2007 (27)**



Duke marrë shkas nga studimet e mësipërme, në periudha të ndryshme kohore vërehet se në studimet e kryera përpara përdorimit të kurbave të reja të rritjes të OBSH, fëmijët në vendet me të ardhura të mesme dhe të ulëta në lindje kishin peshë dhe gjatësi afër standartit NCHS, dhe prapambetja në rritje ndodhte duke filluar nga muaji i tretë dhe vazhdonte deri në muajt 18-24. Ndërkohë pas futjes në përdorim të kurbave të reja nga OBSH, u vu re që fëmijët nga vendet me të ardhura të mesme dhe të ulëta në lindje kishin peshë dhe gjatësi nën standardet e OBSH, dhe prapambetja në rritje ishte më e shpejtë nga sa mendohej më parë.

Në Shqipëri, stunting dhe tregues të tjerë të kequshqyerjes akute janë të lartë edhe në grupmoshën më të re. Arsytet mund të lidhen me ushqimin e pamjaftueshëm ekskluziv me gji, dhe me një përcjellje ndërbrezash të kequshqyerjes për shkak të efekteve të vazhdueshme të akumuluar të ushqyerjes së varfër, e cila ka vazhduar për breza të tërë.

Periudha nga shtatzënia deri në moshën 24 muajsh është një dritare thelbësore mundësish për të ndërhyrë dhe reduktuar nënushqyerjen dhe efektet e saj negative. Programet si dhe monitorimi dhe vlerësimi duhet të fokusohen te ky segment i vazhdimësisë së kujdesit. (149) Barra e dyfishtë e kequshqyerjes/tranzicioni i gjendjes së ushqyerjes

Sipas Popkin, “tranzicioni i ushqyerjes” i referohet ndryshimeve të modeleve të përbërjes së trupit, dietës dhe aktivitetit fizik për shkak të ndërveprimeve komplekse midis faktorëve ekonomik, demografik dhe mjedisor. (88) Tranzicioni i ushqyerjes lidhet me ndryshimet në modelet e dietës dhe aktivitetit fizik për shkak të faktorëve të tillë si urbanizimi, zhvillimi ekonomik, përmirësimi i arsimit dhe i kujdesit shëndetësor, dhe globalizimi i tregut. Karakteristikat e tranzicionit të ushqyerjes përfshijnë ndryshimet e shpejta, bashkekzistencën e sëmundjeve të lidhura me nën-ushqyerjen dhe obezitetin, si dhe prekjen e individeve nga të gjitha grupet social-ekonomike. Si fillim mund të ndikojë grupet me status më të lartë social-ekonomik, duke kaluar më pas te grupet me status më të ulët social-ekonomik. (150) Stunting dhe wasting bashkekzistojnë me mbipeshën dhe obezitetin te fëmijët nën pesë vjeç në Shqipëri. Ndërsa 22 % e fëmijëve nën pesë vjeç janë mbipeshë, 19% e atyre në të njëjtën grupmoshë kanë stunting. Modelet e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në Shqipëri tregojnë një rënie të shpeshtësisë së sëmundjeve infektive. Megjithatë, ato tregojnë edhe një bashkekzistencë të kushteve akute me sëmundjet e patransmetueshme si sëmundjet e zemrës, diabeti dhe kanceri.

Stunting është më i shpeshtë te fëmijët e varfër që jetojnë në zonat urbane dhe vajzat, ndërsa fëmijët e familjeve në kuintilin mesatar të pasurisë dhe ata që jetojnë në zonat rurale janë më të rrezikuar nga mbipeshja.

Është e rëndësishme që vendi të përgatisë një përgjigje programatike specifike për të adresuar pasojat e tranzicionit të ushqyerjes, që siç vërehet në literaturë (151) përfshin rrezik më të lartë për sëmundje kronike më vonë në moshën e të rriturit, një rrezik më të shtuar të obezitetit në moshën feminare si rezultat i prevalencës së lartë të stunting, dhe një proces shumë të vështirë vendosjesh të prioriteteve për të zgjidhur problemin e dyfishtë të nën dhe mbiushqyerjes.

Duke përmbledhur karakteristikat e tranzicionit të ushqyerjes në Shqipëri, ne vërejmë që vendi po përballët me peshën e dyfishtë të kequshqyerjes, karakterizuar nga tendenca në rënie e stunting që vazhdon të mbetet problem i shëndetit publik, dhe shtim i prevalencës së mbipeshës tek fëmijët nën 5 vjeç. Barra e mbipeshës është zhvendosur nga fëmijët e nënave me arsim të mesëm ose të lartë që jetojnë në familjet e pasuara të zonave urbane, në MICS viti 2005, tek fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra dhe në zonat rurale siç konfirmohet nga SDSSH në vitin 2009.

## 6. Përfundime

- Kequshqyerja ndodh shumë herët në jetën e fëmijëve shqiptarë. Në Shqipëri, stunting dhe tregues të tjerë të kequshqyerjes akute janë të lartë edhe në grupmoshën më të re. Arsytet mund të lidhen me ushqimin e pamjaftueshëm ekskluziv me gji, dhe me një përcjellje ndërbrezash të kequshqyerjes për shkak të efekteve të vazhdueshme të akumuluar të ushqyerjes së varfër, e cila ka vazhduar për breza të tërë.
- Vendi po përballët me barrën e dyfishtë të kequshqyerjes, karakterizuar nga tendenca në rënie e stunting që vazhdon të mbetet problem i shëndetit publik, dhe shtim i prevalencës së mbipeshës tek fëmijët nën 5 vjeç. Modelet e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në Shqipëri tregojnë një rënie të shpeshtësisë së sëmundjeve infektive. Megjithatë, ato tregojnë edhe një bashkekzistencë të kushteve akute me sëmundjet e patransmetueshme si sëmundjet e zemrës, diabeti dhe kanceri.
- Shqipëria paraqet karakteristikat e një vendi në tranzicion nutricional. Karakteristikat e tranzicionit të ushqyerjes përfshijnë ndryshimet e shpejta, bashkekzistencën e sëmundjeve të lidhura me nën-ushqyerjen dhe obezitetin, si dhe prekjen e individeve nga të gjitha grupet social-ekonomike. Si fillim mund të ndikojë grupet me status më të lartë social-ekonomik, duke kaluar më pas te grupet me status më të ulët social-ekonomik.
- Determinantët më të shpeshtë që përcaktojnë diferencat në rezultatet e gjendjes së ushqyerjes së fëmijëve përfshijnë moshën e fëmijës, indeksin e pasurisë së familjes, vendbanimin rural/urban dhe rajonin e banimit.
- Ka evidencë të diferencave gjinore në gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve 0-59 muajsh.
- Vërehet vulnerabilitet i shtuar i fëmijëve të varfër që jetojnë në zonat urbane. Faktorët që ndikojnë kequshqyerjen në zonat urbane përfshijnë: varësi më të lartë nga të ardhurat cash dhe mbështetje më të ulët në bujqësi dhe burimet natyrore, përqindje më të lartë të familjeve të drejtuara nga femrat, përfshirje më të madhe të grave në aktivitete fitimprurëse jashtë shtëpisë, familje më të vogla dhe rrjete më të dobëta sociale dhe familjare, si dhe disponueshmëri të kufizuar mundësie për kujdes alternativ për fëmijët.
- Barra e mbipeshës është zhvendosur nga fëmijët e nënave me arsim të mesëm ose të lartë që jetojnë në familjet e pasuara të zonave urbane, në MICS viti 2005, tek fëmijët që jetojnë në familjet e varfëra dhe në zonat rurale siç konfirmohet nga SDSSH në vitin 2009.

## 7. Rekomandime

- ▶ Problemet me kequshqyerjen janë shumëdimensionale dhe kërkojnë ndërhyrje sistematike e multisektorale.
- ▶ Identifikimi i profileve të fëmijëve më të rrezikuar ndaj kequshqyerjes akute dhe kronike ndihmojnë në përcaktimin e strategjive më të mira, duke marrë parasysh diferencat sipas determinanteve sociale.
- ▶ Duhet përdorur një qasje e barazisë në zhvillimin e politikave dhe planeve duke disagreguar të dhënat sipas statusit social-ekonomik, gjinisë, krahinës dhe vendbanimit urban/rural, në mënyrë që të dallohen pabarazitë dhe të trajtohen në mënyrën e duhur.
- ▶ Periudha nga konceptimi deri në fund të vitit të dytë të jetës është një “dritare mundësie” për reduktimin e kequshqyerjes dhe efekteve të saj negative në shëndetin dhe zhvillimin e fëmijës. Ndërhyrjet, përfshirë dhe monitorimin e vlerësimit duhet të fokusohen në mënyrë të veçantë në këtë segment të vazhdimësisë së kujdesit.
- ▶ Ndërhyrjet prenatale dhe ato të hershme në moshën e fëmijës janë të rëndësishme për të parandaluar prapambetjen në rritje që ndodh gjatë 2 viteve të para të jetës, përfshirë dhe rëndësinë e promovimit të praktikave të përshtatshme të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël.
- ▶ Ndërhyrjet për parandalimin e anemisë kërkojnë qasje ndërsektorale, kombinim të diversifikimit të dietës dhe përmirësimit të praktikave të ushqyerjes, fortifikimin e miellit me hekur dhe vitaminës B12, si dhe ofrimin e suplementëve të hekurit në grupet më të rrezikuara.
- ▶ Shqipëria duhet të përgatitet për të përballuar pasojat e tranzicionit të ushqyerjes dhe barrës së dyfishtë të kequshqyerjes. Ndërhyrjet, ndërsa synojnë përmirësimin e praktikave të ushqyerjes që promovojnë rritjen lineare të fëmijës, duhet të parandalojnë shtimin e tepruar në peshë.
- ▶ Ndërhyrjet përmes sektorit të përkrahjes sociale, për reformimin e ndihmës ekonomike dhe përfshirjen e treguesve të ushqyerjes në skemë, do të ndihmojnë në adresimin e varfërisë dhe pasigurisë së ushqimit në nivel familjeje, që është një prej faktorëve bazë më të rëndësishëm në kequshqyerjen e fëmijëve
- ▶ Megjithëse shkaqet bazë të kequshqyerjes si për nën dhe mbiushqyerjen janë të ngjashme, strategjitë e ndryshimit të sjelljes janë të ndryshme. Këto strategji duhet të përshtaten sipas karakteristikave të grupeve të caktuara të popullsisë, pasi impakti i ndërhyrjeve të ndryshme varet nga statusi socio-ekonomik dhe niveli i arsimimit. Rritja ekonomike nuk është e mjaftueshme për të zgjidhur problemin e barrës së dyfishtë të kequshqyerjes. Një kombinim i ndërhyrjeve specifike dhe sensitive ndaj ushqyerjes me karakter ndërsektorial, kërkohet për të zgjidhur këtë problem të rëndësishëm të shëndetit publik.

## 8. Bibliografia

1. **Caulfield** LE, deOnis M, Blossner M, Black RE. Under nutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhoea, pneumonia, malaria and measles. *Am J Clin Nutr* 2004; 80:193-98
2. **Pelletier** DL, Frongillo EA Jr, Habicht JP. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition of child mortality. *Am J Public Health* 1999;83: 1130-33.
3. **Fishman** SM, Caulfield I, de Onis M. Childhood and maternal underweight. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CLH, editors. Comparative qualification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva; WHO, 2004.p.39-161.
4. Pinstrup-Andersen P. Maternal and child under nutrition: effective action at national level. *The Lancet* 2008; **371**; 510–526.
5. **UNICEF** .Tracking Progress on Child and Maternal Under nutrition. A Survival and Development Priority. New York;2009.
6. UNICEF. Improving Child Nutrition: the achievable imperative for global progress. Geneva; 2013.
7. **Shrimpton** R et al. Worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Paediatrics* 2001; 107:E75.
8. **Jones G.**, Steketee R., Black R., Bhutta Z. & Morris S. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 2003; **362**: 65–71.
9. **Engle P.L**, Black M.M, Behrman J.R, Cabral De Mello M, Gertler P.J, Kapiriri L, *et al*. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet* 2007 ; **369**:229–242.
10. **Black R.E**, Allen L.H, Bhutta Z.A, Caulfield L.E, de Onis M, Ezzati M, *et al*. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet* 2008; **371**: 243–260.
11. Eveleth PB, Tanner JM. Worldwide variations in human growth (2nd edition). Cambridge University Press: Cambridge; 1991.
12. **Dewey** KG, Mayers DR. Early child growth: how do nutrition and infection interact? *Maternal and Child Nutrition* 2011; 7(Suppl 3): 129-142.
13. **Khlangwiset** P, Shephard GS, Wu F. Aflatoxins and growth impairment: a review. *Critical Reviews in Toxicology* 2011; 41: 740-755.
14. **Prendergast** A, Kelly P. Enteropathies in the developing world: neglected effects on global health. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2012; 86:756-763.
15. **Smith L.E**, Stolfus RJ, Prendergast A. Food chain mycotoxin exposure, gut health and impaired growth: a conceptual framework. *Advances in Nutrition* 2012 (Bethesda, MD) 3; 526-531.
16. **World Bank** .*Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action*. The World Bank: Washington, DC; 2006.
17. Horton S, Alderman H, Rivera J. Copenhagen Consensus, Hunger and malnutrition ; 2008
18. UNICEF, MOH, IPH . Cost benefit analysis of nutrition interventions in Albania;Tirana; 2010.
19. WHO . Resolution WHA65.6. Maternal, infant and young child nutrition. In Sixty –fifth World Health Assembly, Geneva, 21-26 May. Resolutions and Decisions, Annexes. WHO: Geneva; 2012.
20. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF & Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition* 2013; 9(Suppl 2):27-45.

21. Black R.E, Victora C.G, Walker S.P, Bhutta Z.A., Christian P, de Onis M. *et al.* Maternal and child under nutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; **382**:427–451.
22. Victora CG, deOnis M, Blossner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions using the WHO growth standards. *Paediatrics* 2010; 125(3):473-80.
23. de Onis M, Blossner M, Vullar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52(suppl 1): S5-15.
24. Haddad H, Alderman H, Appleton S, Song L, Yisehac, reducing child malnutrition: how far does economic growth take us? *World Bank Economic Review* 2003; 17:107-31.
25. Heltberg R. Malnutrition, Poverty, and Economic Growth. *Health econ.* 2009. 18: S77-S88.
26. Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CMM *et al.* Rethinking “the diseases of affluence” paradigm : global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine* 2005; 2:e133.
27. Prentice AM, Moore SE. Early programming of adult diseases in resource poor countries. *Arch Dis Child* 2005; 90:429-32.
28. Caballero B, Popkin BE editors. *The nutrition transition: diet and disease in the developing world.* London: Academic Press; 2002.
29. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition re-examined: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and development Review* 2002; 28:205-28.
30. Grantham McGregor S, Cheung YB, Cueeto S, *et al.* Developmental potential in the first five years for children in developing countries. *Lancet* 2006; 369:60-70.
31. Horton S. *Scaling Up Nutrition. What Will It Cost.* The World Bank: Washington, DC; 2010.
32. Hoddinott J, Maluccio J.A, Behrman J.R, Flores R. & Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet* 2008; **371**: 411–416.
33. Stein A.D, Thompson A.M. & Waters A. Childhood growth and chronic disease: evidence from countries undergoing the nutrition transition. *Maternal & Child Nutrition* 2005; **1** :177–184.
34. Dewey K.G. & Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Maternal & Child Nutrition* 2011; **7** (Suppl. 3): 5–18.
35. Victora C.G, Adair L, Fall C, Hallal P.C, Martorell R, Richter L. *et al.* Maternal and child under nutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; **371**: 340–357.
36. Scrimshaw N.S, Taylor C.E. & Gordon A.J.E. *Interactions of Nutrition and Infection.* WHO monograph series no. 57. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 1968.
37. Brown K.H. Diarrhoea and malnutrition. *The Journal of Nutrition* 2003; **133**:328S–332S.
38. Solomons N.W. Malnutrition and infection: an update. *The British Journal of Nutrition* 2007; **98** (Suppl. 1), S5–10.
39. WB. *Improving Nutrition through multi sectoral approaches*; Washington; 2013.
40. Edmond Karen M, *et al.* “Delayed Breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality, *Paediatrics*, vol 117, no .3, 1 March 2006, pp. e380–e386.
41. Walker S.P, Wachs T.D., Gardner J.M, Lozoff B, Wasserman G.A, Pollitt E. *et al.* Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007; **369**: 145–157.
42. Abubakar A, Holding P, Van De Vijver F.J, Newton C. & Van Baar A. Children at risk for developmental delay can be recognised by stunting, being underweight, ill health, little maternal schooling or high gravidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2010; **51**: 652–659.
43. Walker S.P, Chang S.M, Powell C.A, Simonoff E. & Grantham-McGregor S.M. Early childhood stunting is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psychosocial stimulation. *The Journal of Nutrition* 2007; **137**:2464–2469.

44. Georgieff M.K. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2007; **85** (Suppl.):614S–620S.
45. McDonald C.M, Manji K.P, Kupka R, Bellinger D.C, Spiegelman D, Kisenge R. *et al.* Stunting and wasting are associated with poorer psychomotor and mental development in HIV-exposed Tanzanian infants. *The Journal of Nutrition* 2013;**143**: 204–214.
46. Horton, Susan, and J. Ross. “The Economics of Iron Deficiency.” *Food Policy* 28(1): 51–75; 2003.
47. Grantham-McGregor, Sally, Lia Fernald, and K. Sethuraman. “Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life.” *Food and Nutrition Bulletin* 1999;20(1): 53–99.
48. Cusick, Sarah E, and Michael K. Georgieff, ‘Nutrient Supplementation and Neurodevelopment: Timing Is the Key’, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, no. 5, May 2012, pp. 481–482.
49. Adair L S, Fall C, Osmond C, et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital I countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet* 2013; vol 382.
50. Kuzawa CW, Hallal PC, Adair L, et al .Birth weight , postnatal weight gain, and adult body composition in five low and middle income countries .*Am J Hum Biol* 2012;24:5-13.
51. Coly A.N, Milet J, Diallo A, Ndiaye T, Benefice E, Simondon F. *et al.* Preschool stunting, adolescent migration, catch-up growth, and adult height in young Senegalese men and women of rural origin. *The Journal of Nutrition* 2006 ;**136**: 2412–2420.
52. Prentice A.M,Ward K.A, Goldberg G.R, Jarjou L.M, Moore S.E, Fulford A.J. *et al.* Critical windows for nutritional interventions against stunting. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2013;**95**: 911–918.
53. Uauy R., Kain J, Mericq V, Rojas J. & Corvalan C. Nutrition, child growth, and chronic disease prevention. *Annals of Medicine* 2008; **40**:11–20.
54. Huxley R.R., Shiell A.W. & Law C.M. The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. *Journal of Hypertension* 2000;**18**: 815–831.
55. Whincup P.H, Kaye S.J, Owen C.G, Huxley R, Cook D.G, Anazawa S. *et al.* Birth weight and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2008;**300**:2886– 2897.
56. Stettler N. Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood and adulthood obesity in the first year of life. *International Journal of Obesity* 2007; **31**(7):1035–1043.
57. Wilson H.J, Dickinson F, Hoffman D.J, Griffiths P.L, Bogin B. & Varela-Silva M.I. Fat free mass explains the relationship between stunting and energy expenditure in urban Mexican Maya children. *Annals of Human Biology* 2012; **39**:432–439.
58. Gluckman P.D, Hanson M.A. & Beedle A.S. Early life events and their consequences for later disease: a life history and evolutionary perspective. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Council* 2007; **19**:1–19.
59. Popkin BM Jr. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences.Malaysian J Nutrition.2002 Mar; 8(1):109-24. Epub 2002 Mar 15
60. Uauy, Ricardo, Juliana Kain and Camila Corvalan. ‘How Can the Developmental Origin of Health and Disease [DOHaD] Hypothesis Contribute to Improving Health in Developing Countries?’ *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, no. 6 (Suppl.), 4 May 2011, p. 1759S.
61. Norris, Shane, et al, ‘Size at Birth, Weight Gain in Infancy and Childhood, and Adult Diabetes Risk in Five Low and Middle Income Country Birth Cohorts’, *Diabetes Care*, vol. 35, no. 1, 18 November 2011, pp. 72–79 .
62. Barker, David J. P, ‘Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life’, *Nutrition*, vol. 13, no. 9, September 1997, pp. 807–813.

63. Wells, Jonathan C. K., et al, 'Associations of Intrauterine and Postnatal Weight and Length Gains with Adolescent Body Composition: Prospective birth cohort study from Brazil'. *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, no. 6, December 2012;pp. S58–S64.
64. Pokhrel S. & Sauerborn R. Household decision making on child health care in developing countries: the case of Nepal. *Health Policy Plan* 2004;**19**: 218–233.
65. Dasgupta P. Nutritional status, the capacity for work, and poverty traps. *Journal of econometrics* 1997 ;77 (1):5-37.
66. Deolalikar AB. Nutrition and labour productivity in agriculture: estimates from rural south India. *Review of Economics and Statistics* 1988;70 (3): 406-413.
67. Ravallion M. Famines and Economics .*Journal of Economic Literature* 35 (3): 1205-1242.
68. Almond, Douglas, and Janet Currie. 'Human Capital Development before Age Five', *Handbook of Labor Economics*, vol. 4B, 2011, pp. 1315–1486.
69. Martorell, Reynaldo, et al. 'The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity', *Journal of Nutrition*, vol. 140, no. 2, February 2010, pp. 411–414.
70. Martorell, Reynaldo, et al. 'Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income countries. *J. Nutr.* February 2010;140 (2):348-354.
71. **Hoddinott J**, Alderman H, Behrman J.R, Haddad L. & Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal & Child Nutrition* 2013; **9** (Suppl. 2): 69–82.
72. **Lozoff B**, Beard J, Connor J, Barbara F, Georgieff M. & Schallert T. Long-lasting neural and behavioural effects of iron deficiency in infancy. *Nutrition Reviews* 2006;**64** (5 Pt 2), S34–S43; discussion S72–S91.
73. **Beard J.L.** Why iron deficiency is important in infant development. *The Journal of Nutrition* 2008;**138**:2534–2536
74. **Lukowski A.F**, Koss M, Burden M.J, Jonides J, Nelson C.A, Kaciroti N. *et al.* Iron deficiency in infancy and neurocognitive functioning at 19 years: evidence of long-term deficits in executive function and recognition memory. *Nutritional Neuroscience* 2010;**13**: 54–70.
75. **Zimmermann M.B.** The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2012;**26** (Suppl. 1):108–117.
76. **Golden M.H.** Specific deficiencies versus growth failure: type I and type II nutrients. *SCN News* 1995; **12**:10–14.
77. de Onis M. Measuring nutritional status in relation to health .*Bulletin of the World Health Organization* 2000;**78** (10): 1271-1274.
78. **Alderman H.** Anthropometry. In *Designing Household Survey questionnaire for Developing countries/;lessons from 15 years of the Living standards Measurement Study* , Grosh M, Glewwe P (editors) . World Bank: Washington DC; 2000.
79. **Gopalan C.** Under nutrition: measurement and implications. In *Osmani SR (editor) . Nutrition and Poverty. UNU-WIDER Studies in Development Economics. Oxford University Press for UNU-WIDER: Oxford; 1992.*
80. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards. Geneva Switzerland; World Health Organization; 2006.
81. **de Onis M**, Dewey KG, Borgji E, Onyango AW et al. The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Maternal and child Nutrition* 2013; **9** S2:6-26.
82. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition. Joint child malnutrition estimates. New York, NY; UNICEF; Geneva WHO; Washington DC, WBI; 2012.
83. De Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, et al, for the WHO Multicentre Growth Reference Study Group Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutrition* 2012; **15**, 1603-1610.
84. WHO Essential Nutrition actions: improving maternal, new-born, infant and young child health and nutrition;Geneva; 2013.

85. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 Nov; 28 Suppl 3:S2-9.
86. Barry M.Popkin. The nutrition transition: an overview of world patterns of change. *Nutrition Reviews* 2004 ;Vol 62, No 7, S140-S143.
87. **Maire B**, Lioret S, Gartner A, Delpuech F.Nutritional transition and non-communicable diet-related chronic diseases in developing countries. *Sante* 2002 Jan-Mar; 12(1):45-55.
88. **Popkin BM**.The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutr Rev*. 1994 Sep; 52(9):285-98.
89. INSTAT, Institute of Public Health (Albania) and ICF Macro. *Albania Demographic and Health Survey 2008-09*. Tirana, Albania: INSTAT, Institute of Public Health (Albania) and ICF Macro; 2010.
90. Ministry of Health, Ministry of Agriculture, UNICEF. Albania: Cost benefit analysis of nutrition interventions. Tirana; 2010.
91. UNICEF, WHO, World Bank, UN Population Division. Levels and trends in child mortality, UN IGME report; 2013.
92. Ministria e Shendetesise, 2009 Situata shendetesore dhe kujdesi shendetesor, arritjet dhe drejtimet per te ardhmen
93. Ministry of Health.The situation analysis for Child and Adolescent health and development.Tirana; 2007 .
94. Buonomo E, Kadarè I, PasquarellaA. The nutritional status of pediatric child population in Albania - 1994: \_ Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità 1994; 6(4-6):757-63.
95. BuonomoE, Marazzi MC, Machinelli S, Hoxha D, Cenko F,Palombi L. Infant nutritional and health status, feeding practices in rural and urban Albania. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità* 1998; 10(3):163-71.
96. INSTAT, UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey. UNICEF Tirana; 2000.
97. INSTAT, UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey. UNICEF Tirana; 2005.
98. WHO. Worldwide prevalence of anemia.1993-2005: Geneva, WHO Global Database on Anemia; 2008.
99. BuonomoE, Marazzi MC, Hoxha D, Cenko F,Palombi L A , Doro M, Godo A, Iron deficiency anaemia and feeding practices in Albanian children. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità* 2005; 17(1):27-33.
- 100.IPH, INSTAT, UNICEF, WHO, FAO. Albania: Baseline Food and Nutrition Survey. Tirana ;2010.
- 101.Casanovas M, Lutter CK, Mangasaryan, Mwadime R, et al. Multisectoral interventions for healthy growth. *Maternal and child Nutrition* 2013 ;9 (Suppl 2) : pp46-57.
- 102.Bhutta Z.A, Ahmed T, Black R.E, Cousens S, Dewey K.G, Giugliani E.R.H. *et al*. What works? Interventions for maternal and child under nutrition and survival. *Lancet* 2008;**371**: 417–440.
- 103.Bhutta Z.A, Das J.K, Rizvi A, Gaffey M.F,Walker N, Horton S. *et al*. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; **382**: 452–477.
- 104.Lutter C.K, Daelmans B, De Onis M, Kothari M, Ruel M.T, Arimond M. *et al*. Under nutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* 2011;**128**, e1–e10.
- 105.Hoddinott J, “Agriculture, health and Nutrition: Toward conceptualizing the linkages”, paper presented at the 2020 conference, New Delhi, India 10-12 February 2011.
106. Independent Evaluation Group (IEG), “What we can learn from Nutrition Impact evaluations? Lessons learned from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries”. World Bank Publications, Washington DC, July 2010.
- 107.Bohrnstedt GW, Knoke D, Statistics for Social Data Analysis, F.E. Peacock Publishers.Ins, Itaska, Illionois, USA; 1994.

108. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for Vitamin A, Vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington DC, National Academy Press; 2001.
109. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003; 24(1): 5-28.
110. Stoltzfus RJ, Mullany I, Black RE. Iron deficiency anemia. In: Ezzati m, Lopez AD, Rogers A, Murray CIJ, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004.p.163-209.
111. Algarin C et al. Iron deficiency anemia in infancy: long lasting effects on auditory and visual system functioning. *Pediatric Research* 2003; 53: 217-223.
112. WHO. Child epidemiology, published on the website of the WHO Department of maternal, Newborn, Child and Adolescent Health  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/child/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html)
113. Lozoff B, Jimenez E, Wolf AW. Long –term developmental outcome of infants with iron deficiency. *New England Journal of Medicine* 1991; 325: 687-694.
114. Lozoff B, et al. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *Pediatrics* 2000;105: E51.
115. Janotti LL et al. Iron supplementation in early childhood : health benefits and risks . *American Journal of Clinical Nutrition* 2006; 84 : 1261-1276.
116. Kraemer K, Zimmermann MB. *Nutritional Anemia*. New York: Sight and Life Press. Basel; 2007.
117. Cattaneo A, Timmer A, Bomestar T, Bua J, Kumar S, Tamburlini G. Child nutrition in countries of the Commonwealth of Independent States: time to redirect strategies. *Public Health Nutrition* 2008;11(12): 1209-1219.
118. Teta IN, Receveur O, Kuate –Defo B. Risk factors for moderate to severe anemia among children in Benin and Mali: Insights from a multilevel analysis. *Food and nutrition bulletin* 2007;28.1:76-89.
119. Monica M. Osorio. Determinant factors of anemia in children, *JPediatr (Rio J)* 2002; 78(4):269-78.
120. Pradhan M, Sahn DE, Younger D. Decomposing world health inequality. *Journal of Health Economics* 2003;22: 271-293.
121. UNICEF. The state of the world’s children – children in an urban world. UNICEF NY; 2012.
122. Singh P, Nair M, Grubestic RB, Connell FA. Factors associated with underweight and stunting among children in rural Terai of eastern Nepal. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21(2):144-52.
123. Aturupane H, Deodalikar AB, Gunewardena D. The determinants of child weight and height in Sri Lanka; Research Paper No. 2008/53; United Nations University
124. Som S, Pal M, Bharati P. Role of individual and household level factors on stunting: A comparative study in three Indian states. *Ann Hum Biol* 2007; 34:632-4.
125. Zere E, McIntyre D. Inequities in under-five child malnutrition in South Africa. *International Journal for Equity in Health* 2003;2:7: 1-10.
126. Petrou S, Kupek E. Poverty and childhood undernutrition in developing countries : A multinational cohort study, *Social Science and medicine* ( 201) , doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.038 .
127. Smith, L, Ruel, M, Ndiaye, A. Why is child malnutrition lower in urban than in rural areas? Evidence from 36 developing countries. *World development* 2005;33(8): 1285-1305.
128. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC. Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88 (9):748-752.
129. Doak CM, Adair LS, Monteiro C, Popkin BM. Overweight and underweight coexist within households in Brazil, China and Russia. *J.Nutr.* 2000;130:2965-2971.
130. Firestone R, Punpuing P, Peterson, Garcia DA, Gortmaker SL. Child overweight and under nutrition in Thailand: is there an urban effect? *Social Science & Medicine* 2011; doi: 10.1016

131. Popkin BM, Adair LS, Shu Wen Ng. Now and then: the global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr. Rev.* 2012; 70(1);3-21.doi 10.1111/j.1753-4887.
132. Menezes RC, Lira PI, Oliveira JS, Leal VS, Santana SC, Andrade SL, Batista FM. Prevalence and determinants of overweight in preschool children. *J Pediatr (Rio J)* 2011; 8 (87):231-7.
133. Thorn J, Waller M, Johansson M, Marild S. Overweight among Four-Year-Old children in relation to early growth characteristics and socioeconomic factors. *Journal of Obesity*, 2010;article ID 580642.
134. Blomquist HK, Bergstrom E. Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Paediatrica* 2007;95 (1): 113-116.
135. Maalouf-Manasseh Z, Metallinos-Katsaras E, Dewey KG. Obesity in preschool children is more prevalent and identified at a younger age when WHO growth charts are used compared with CDC charts. *Journal of Nutrition* 2011;141(6):1154-8.
136. Khatun M, Stenlund H, Hornell A. BRAC initiative towards promoting gender and social equity in health: a longitudinal study of child growth in Matlab, Bangladesh. *Public Health Nutrition* 2004;7:1071-1079.
137. Espo M, Kulmala T, Mashkullta K, Cullinan T, Salin ML, Ashorn P. Determinants of linear growth and predictors of severe stunting during infancy in rural Malawi. *Acta Paediatr* 2002;91: 1364-1370.
138. Vamani H, Astrom AN, Peterson S, Tumwine JK, Tylleskar Th. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta –analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatrics* 2007;7:17.
139. Nolutckwe JB. Social, economic, health and environmental determinants of child nutrition status in three Central Asian Republics. *Public Health Nutrition* 2009;12 (10): 1871-187.
140. Subramanyam MA, Kawachi I, Berkman LF, Subramanian SV. Socioeconomic Inequalities in Childhood Under nutrition in India: Analysing trends between 1992-2005. *PLoS ONE* 5 (6): e11392.doi: 10.1371/journal .pone.0011392; 2010
141. Joe W, Mishra US, Navaneetham K. Inequalities in child malnutrition in India: Some Evidence on Group Disparities, *Journal of Human Development and Capabilities* 2009; 10:3:417-439.
142. Fotso JC. Child health inequalities in developing countries: Differences across urban and rural areas. *International Journal for Equity in health* 2006;5:9.
143. Fotso JC. Urban-rural differentials in child malnutrition: Trend and socioeconomic correlates in sub-Saharan Africa. *Health and Place* 2007;13: 205-223.
144. Menon, P, Ruel, M, Morris S. Socio-economic differentials in child stunting: results from 11 DHS data sets. *Food and Nutrition Bulletin* 2000;21(3): 282-289.
145. Ruel, M, Garret, J, Morris, S, Maxwell, D, Oshaug, O, Engle, P, Menon, P. Urban challenges to food and nutrition security: A review of food security, Health and caregiving in the cities. *Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper* 51, International Food policy Research Institute, Washington DC; 1998.
146. Van de Poel E, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. *Social Science & Medicine* 2007;65: 1986-2003.
147. Schmidt MK, Muslimatun S, West CE, Schultnik V, Gross R. Nutritional status and linear growth of Indonesian infants in West Java are determined more by prenatal environment than by postnatal factors. *The Journal of Nutrition* 2002;132 (8): 2202-2207.
148. WHO. The WHO child growth standards, <http://who.int/childgrowth/en/>
149. Bryce J, Coitinho D, Darnton-Hill J, Pelletier D, Pinstup-Andersen P. Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* 2008;371:510-526.
150. Monteiro CA, Moura EC, Conde VL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult population of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:940-946.

- 151.**Griffiths PL, Bentley ME. The nutrition transition is underway in India. *J. Nutrition* 2001; 131:2692-2700.

## Abstrakt

**Qellimi:** Ky punim analizon lidhjet midis karakteristikave social-ekonomike dhe treguesve të kequshqyerjes së fëmijëve të moshës 0-59 muajsh në Shqipëri, me qëllim përmirësimin e ndërhyrjeve të synuara dhe për të monitoruar dhe vlerësuar arritjet drejt objektivave të zhvillimit të mijëvjeçarit.

**Metodat:** Treguesit antropometrik, raporti gjatësi/moshë, peshë/gjatësi dhe peshë/moshë, kombinohen me variablat që masin mungesat e mikroelementeve nëpërmjet biomarkerave për të përcaktuar gjendjen e anemisë. Për analizë janë përdorur të dhëna nga Studimi mbi Demografinë dhe Shëndetin në Shqipëri 2008-2009, në bazë të të dhënave të mbledhura nga një kampion prej 1,616 fëmijësh të moshës 0-59 muajsh.

Të dhënat janë analizuar nëpërmjet statistikave përshkruese, testit të pavarësisë  $\chi^2$  (chi-square) (niveli i sinjifikances i përcaktuar në  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$  dhe  $p < 0.1$ ). Për stunting (prapambetje në rritje) aneminë dhe nënpeshën është përdorur regresioni logjistik dysor, ndërsa për wasting (*i vogël për moshën*) dhe mbipeshën është përdorur regresioni logjistik multinominal për të matur rrezikun relativ të gjithë faktorëve konfondues (raportet e gjasave).

**Rezultatet:** Faktorët e riskut për **aneminë** përfshijnë moshën e fëmijës ( $p < 0.001$ ), moshën e nënës ( $p = 0.054$ ), nivelin e arsimit të nënës ( $p = 0.005$ ), indeksin e pasurisë së familjes ( $p = 0.013$ ), dhe krahinën ( $p < 0.001$ ). Mosha e fëmijës ( $p < 0.001$ ), rradha e lindjes ( $p = 0.003$ ), indeksi i pasurisë ( $p = 0.001$ ) dhe rajoni ishin përcaktues të rëndësishëm për stunting.

**Wasting** kishte lidhje të fortë me moshën e fëmijës ( $p < 0.001$ ), seksin ( $p = 0.013$ ), dhe vendbanimin urban/rural ( $p = 0.079$ ). Radha e lindjes ( $p = 0.085$ ), indeksi i pasurisë ( $p = 0.037$ ) dhe rajoni ( $p = 0.004$ ) lidhen ngushtë me **mbipeshën**.

**Konkluzione:** Shqipëria paraqet karakteristikat e një vendi në tranzicion nutricional. Problemet me ushqyerjen duket se janë të perqendruara në grupe të veçanta popullsie, janë shumëdimensionale për shkak të tranzicionit të ushqyerjes, dhe kërkojnë ndërhyrje gjithëpërfshirëse/sistematike. Identifikimi i profileve të fëmijëve me të rrezikuar ndaj kequshqyerjes akute dhe kronike, nënushqyerjes apo mbipeshës mund të ndihmojnë në përcaktimin e strategjive më të mira të kombinuara sipas diferencave kryesore të moshës së fëmijës, gjinisë, statusit social-ekonomik, vendbanimit qytet/fshat dhe qarqeve të vendit.

## Abstract

**Aim:** This paper analyses the associations between socio-economic characteristics and various measures of malnutrition among children 0-59 months of age in Albania in order to improve the targeting of interventions and to monitor and evaluate achievements towards attaining the MDGs.

**Methods:** The anthropometric indicators, height-for-age, weight-for-height, and weight-for-age, are combined with variables measuring micronutrient deficiencies through biomarkers for anaemia status. The analysis uses data from the Albanian Demographic and Health Survey 2008-2009, based on cross-sectional data collected from a sample of 1,616 children aged 0-59 months.

Data are analysed using descriptive statistics, chi-square test of independence (significance level set at  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$  and  $p < 0.1$ ). For stunting, anaemia and underweight, binary logistic regression is used and for wasting and overweight, multinomial logistic regression is used to measure the relative risk of all confounding factors (odds ratios).

**Results:** Risk factors for **anaemia** included age of the child ( $p < 0.001$ ), age of the mother ( $p = 0.054$ ), education level of the mother ( $p = 0.005$ ), household wealth index ( $p = 0.013$ ), region ( $p < 0.001$ ) and urban/rural residence ( $p < 0.001$ ). Age of the child ( $p < 0.001$ ), birth order ( $p = 0.003$ ), wealth index ( $p = 0.001$ ) and region ( $p = 0.058$ ), were strong predictors of **stunting**.

**Wasting** was significantly related to age of the child ( $p < 0.001$ ), sex of the child ( $p = 0.013$ ), and urban/rural residence ( $p = 0.079$ ). Birth order ( $p = 0.085$ ), wealth index ( $p = 0.037$ ) and region ( $p = 0.004$ ) are significantly related with **overweight**.

**Conclusions:** Albania has characteristics of a country in nutrition transition. Nutrition problems appear to be clustered in specific population groups, are multidimensional due to nutrition transition, and require comprehensive / systemic interventions. Identified profiles of children most at risk for chronic or acute malnutrition, under nutrition or overweight, could help decide the best mix of strategies according to the main differences observed in age of the child, gender, socioeconomic status, urban/rural and regions of the country.





