

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Znj. ETLEVA SMAKAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

NË SHKENCA INFERMIERORE

TEMA:

STUDIM MBI MËNYRAT E USHQYERJES DHE
SITUATËN NUTRICIONALE NË ADOLESHENTË
TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

Udhëheqës Shkencor:

Prof. Dr. NESTOR THERESKA

Tiranë, 2016

ABSTRAKT

Kuadri: Në kuadër të mungesës së të dhënave relevante rreth mënyrës së ushqyerjes dhe statusit nutricional në adoleshentë të Republikës së Shqipërisë në periudhën 2013-2015. Studimi ynë është një përpjekje për të kuptuar situatën nutricionale si dhe një pikë reference për të shërbyer si bazë në studime të tjera për ushqyerjen e adoleshentëve.

Qëllimi: Qëllimi i studimit tonë është të realizojë vlerësimin e situatës nutricionale dhe mënyrave të ushqyerjes në adoleshentë në Republikën e Shqipërisë

Metodologjia: Studim kros-seksional, kuali-kuantitativ kombëtar. Në këtë studim u përfshi një kampion prej 12,462 individësh që u përzgjedh në Shkollat 9-vjeçare, Shkollat e Mesme dhe të larta në 12 Qarqe të Republikës së Shqipërisë. Kampionimi u bazua në llogaritje të ndryshme të përfuara nga programi WIN PEPI 4.0 Metoda e kampionimit u bazua në kampionimin probabilistik me 'cluster'-a bazuar në protokollin e FANTA Guide të Roberto Magnani, WHO/FAO 2007. Mbledhja e të dhënave u mundësua nëpërmjet ekzaminimit fizik, një pyetësori gjysme të strukturuar të vetë-administrueshëm intervistave dhe fokus-grupeve. Ekzaminimi fizik përfshiu vlerësimin e peshës dhe gjatësisë.

Rezultatet: Në studim u vu re se popullata kishte një nënpeshë në nivele të larta 21.7% (CI95%:21.68%-21.72%) dhe mbipesha me obezitetin të marra së bashku 7.4% (CI95%:7.39%-7.41%) një piramidë ushqimore pjesërisht të rregullt, ku vihet re konsumi i lartë i sheqernave (pijeve të gazuara, çokolllatave, biskotave, ëmbëlsirave, etj.) 51.6% (CI95%: 51.56%-51.64%) pasuar nga konsumi i frutave dhe perimeve që është një zgjedhje ushqimore protektive 65.9% (CI95%: 65.86%-65.94%). U vu re se kishte dhe një mbipeshë dhe obezitet të lehtë (të marra së bashku rreth 7.4%). U zbulua një lidhje sinjifikante midis statusit nutricional dhe gjinisë, P=0,001.

Konkluzione: Fenomene të kequshqyerjes si nënpeshja dhe keq rritja, ishin problemet më të hasura në popullatën tonë. Adoleshentët kishin preferenca të larta në ushqime jo të shëndetshme në fast-food-e dhe preferonin shumë pak praktikën ushqimore shtëpiake. Gjithashtu shmangia e vakteve dhe cilësia e ulët e tyre përbën një problematikë të gjerë në ushqyerjen e adoleshentëve të Republikës së Shqipërisë dhe këto të dhëna duhet të shërbejnë jo vetëm si një mjet për studime në vazhdim por si një busull për hartimin e strategjive dhe reformave në fushën e shëndetësisë me fokus ushqyerjen e adoleshentëve.

Fjalët kyçe: Ushqyerje, status, adoleshentë, Shqipëri, mënyra ushqyerje.

ABSTRACT

Background: As there is no study and data for eating habits and nutritional status of adolescents in Republic of Albania, during the period 2013-2015 conducted this study. There is no relevant data on adolescents' nutrition, yet, and the aim of this study is to create a reference point for other studies and it symbolizes an effort to understand the nutritional situation among adolescents.

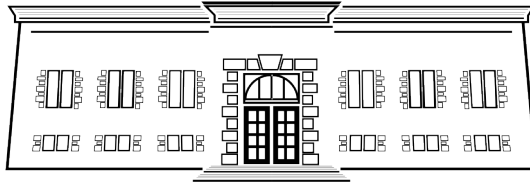
Aim: Our aim was to assess nutritional situation, including nutritional status and eating habits among adolescents in Republic of Albania.

Methodology: This is a qualitative-quantitative national, cross-sectional study. In this study were included a sample of 12,462 individuals chosen randomly from elementary schools and high schools and university from 12 Districts of Albania. Sampling was calculated with WIN PEPI 4. Sampling was done according to Sampling FANTA Guide of Roberto Magnani, WHO/FAO 2007. Data collection included physical examination, a semi-structured self-administered questionnaire, face-to-face interviews and focus groups. Physical examination included assessment of height and weight.

Results: In this study we discovered a high percentage of underweight 21.7% (CI95%:21.68%- 21.72%) and a damaged food pyramid, which had a high percentage of use of sweets and fats 51.6% (CI95%: 51.56%-51.64%) and a protective use of fruits and vegetables 65.9% (CI95%: 65.86%-65.94%). Also a modest percentage of overweight and obesity was noticed (7.4% together) which is not a considerable threat.

Conclusions: Phenomena of malnutrition such as under and overweight were the most considerable issues in our sample. Adolescents of our population have a high preference in fast-foods that are considered unhealthy and they dislike home-made-food practices, like taking home-made food at school or eating meals at home. Also meal skipping and poor quality of meals was another issue that is a warning for the future nutritional status of these individuals. These figures should serve not only as a reference for other studies, but also as a reference for policy and health reforms focusing on adolescents' health.

Keywords: Nutrition, status, adolescents, Albania, eating habits.



UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

DISERTACION

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”
NË SHKENCA INFERMIERORE

TEMA:

STUDIM MBI MËNYRAT E USHQYERJES
DHE SITUATËN NUTRICIONALE NË ADOLESHENTË
TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

Kandidati:
Etleva SMAKAJ

Udhëheqës Shkencor:
Prof. Dr. Nestor THERECKA

Tiranë, 2016



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I INFERMIERISTIKËS

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. ETLEVA SMAKAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
DOKTOR

SPECIALITETI: SHKENCAT INFERMIERORE

TEMA:

STUDIM MBI MËNYRAT E USHQYERJES
DHE SITUATËN NUTRICIONALE NË ADOLESHENTË
TË REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

MBROHET ME DATE / / 2016 PARA JURISE:

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (OPONENT)
3. _____ ANËTAR (OPONENT)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

Deklaratë

Punimi i kësaj teme është origjinal. Vetëm një pjesë e të dhënave statistikore është përdorur për të përmbushur detyrimet e doktoraturës.

Ky punim i plotë nuk është paraqitur asnjëherë si brenda dhe jashtë vendit.

© Etleva SMAKAJ 2016

Përmbajtja

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Mirënjohje..... | VI |
| Lista e ilustrimeve dhe tabelave..... | VII |
| Shkurtime..... | IX |
| Parathënie..... | X |
| Abstrakt..... | XI |
| Abstract..... | XII |

Kapitulli I

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 Hyrje | 1 |
| 1.1 Funksonet ushqyerjes tek adoleshentët | 2 |
| 1.1.1 Përbërja makro- dhe mikro-nutritive e trupit të adoleshentëve | 3 |
| 1.1.2 Kërkesat ushqimore tek adoleshentët | 4 |
| 1.2 Rritja tek adoleshentët | 9 |
| 1.3 Matja e masës trupore dhe përcaktimi i gjendjes nutriceionale..... | 13 |
| 1.4 Çrregullimet e nënushqyerjes | 14 |
| 1.5 Gjendjet e mungesës së vitaminave dhe mineraleve..... | 17 |
| 1.5.1 Mungesa e vitamins A | 18 |
| 1.5.2 Mungesa e vitamins C (Skorbuti) | 19 |
| 1.6 Çrregullimet e ushqyerjes | 19 |
| 1.7 Sëmundjet e mbiushqyerjes | 20 |
| 1.7.1 Mbipesha dhe obeziteti | 21 |
| 1.8 Diabeti..... | 23 |
| 1.9 Sëmundjet kardiovaskulare..... | 24 |
| 1.10 Kanceri | 25 |
| 1.11 Komplikacionet emocionale dhe sociale | 27 |
| 1.12 Situata nutriceionale globale e adoleshentëve | 27 |
| 1.13 Çfarë konsumojnë adoleshentët shqiptarë | 28 |

Kapitulli II

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| 2. Qëllimi dhe objektivat specifike të studimit | 31 |
| 2.1 Objektivi i përgjithshëm | 31 |

Kapitulli III

| | |
|------------------------------|----|
| 3.Hipotezat e studimit | 32 |
|------------------------------|----|

Kapitulli IV

| | |
|---------------------------------|----|
| 4. Metodologjia e studimit..... | 33 |
| 4.1 Tipi i studimit..... | 33 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2 Popullata në studim..... | 33 |
| 4.3 Mbledhja e të dhënave | 34 |
| 4.3.1 Marrja e informacionit dhe kohëzgjatja e marrjes së tij | 34 |
| 4.3.2 Përkufizimi i variablave..... | 35 |
| 4.4 Përparësitë dhe mangësitë e mbledhjes së të dhënave..... | 38 |
| 4.5 Ekipi kërkimor | 38 |
| 4.6 Analiza statistikore e të dhënave..... | 39 |

Kapitulli V

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.Rezultatet | 41 |
| 5.1 Pjesa descriptive..... | 41 |
| 5.1.1 Shpërndarja respektive sipas zërave të pyetsorit..... | 41 |
| 5.1.2 Vlerësimi dhe përcaktimi i piramidës reale ushqimore | 48 |
| 5.1.3 Vlerësimi i mënyrave të ushqyerjes sipas karakteristikave të ndryshme | 54 |
| 5.2 Pjesa analitike e studimit | 63 |
| 5.2.1 Përcaktimi dhe vlerësimi i treguesve antropometrikë, si BMI e përgjithshme dhe specifike | 63 |
| 5.2.2 Vlerësimi i lidhjes së stilit të jetesës dhe karakteristikave socio-demografike me mënyrat e ushqyerjes..... | 65 |
| 5.3 Pjesa analitike kualitative | 73 |
| 5.3.1 Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe sjedhjeve mbi ushqyerjen | 73 |
| 5.3.2 Vlerësimi i ushqyerjes lidhur me stilin e jetesës..... | 75 |

Kapitulli VI

| | |
|-----------------------------------|----|
| 6.Diskutimi dhe konkluzionet..... | 79 |
| 6.1 Diskutim..... | 79 |
| 6.2 Përfundime..... | 87 |
| 6.3. Rekomandime | 89 |

Kapitulli VII

| | |
|----------------------------------------|----|
| 7.Mangësitë dhe risitë e Studimit..... | 92 |
|----------------------------------------|----|

Kapitulli VIII

| | |
|---------------------|----|
| 8. Referencat | 93 |
|---------------------|----|

Kapitulli IX

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| 9.Shtojca..... | 103 |
| 9.1 Protokollin e mbledhjes së të dhënave të studimit | 103 |
| 9.2 Ftesë për pjesëmarrje në studim..... | 104 |
| 9.3 Informacioni mbi konsumin e 24 orëve të fundit..... | 105 |
| 9.4 Fjalorth..... | 106 |
| 9.5 Grafikë dhe tabela shtesë | 109 |

Mirënjohje

Le t'u jemi mirënjohës njerëzve që na falin lumturi; Ata janë kopshtarë të kujdesshëm falë të cilëve shpirti ynë lulëzohet.

Marcel Proust

Ky studim ishte një sfidë, një përpjekje jo pak e lodhshme, por është fryt i një rrugëtimi të nisur që herët, një pjesë jete, një histori e mrekullueshme marrëdhëniesh, protagonistët e së cilës nuk mund t'i lë pa përmendur kurrsesi. Jam e lumtur që përmes këtyre rreshtave, mund t'u shpreh mirënjohjen për gjithë mbështetjen, sugjerimet, këshillat, duke bërë të mundur realizimin e këtij punimi.

Së pari, me shumë respekt dhe mirënjohje falenderoj Prof. Dr. Petrit Barën , i cili na ka mbështetur dhe na ka inkurajuar vazhdimisht për rritjen tone akademike, pa ndihmën e të cilit nuk do të mund të realizonim një studim të këtij formati. Njëkosisht dëshiroj të falenderoj udhëheqësin shkencor të këtij studimi, Prof. Dr. Nestor Thereska, i cili drejtoi çdo hap të punimit me kërkesë shkencore dhe metodologjike. Çdo shkëmbim me të ka qenë një pasurim i vërtetë si në rrafshin shkencor, ashtu edhe atë human.

Gjithashtu falenderoj përzemërsisht Z. Erand LLANAJ për punën e bërë në lidhje me përpunimin statistikor të të dhënave të këtij studimi. Mendimet dhe sugjerimet e tij kanë qenë shumë të dobishme dhe ndihmuese për mua gjatë kryerjes së këtij procesi kërkimor.

Së dyti, një ndihmesë e çmuar kanë qenë edhe debatet profesionale me kolegët e mi, mbi problemet e hasura në hapa të caktuar të studimit .

Një falënderim i përzemërt u shkon edhe anëtarëve të komisionit, të cilët do të lexojnë e vlerësojnë këtë punim.

Kam kënaqësinë që mund të përfshij në këtë listë falenderimesh edhe familjen time, e cila më krijoi mundësinë e një pune të qetë, justifikoi mungesën e pranisë sime dhe të vëmendjes sime duke më dhënë gjithë tolerancën dhe mbështetjen e duhur për të cilën kisha nevojë. Së fundi, mund të them me bindje se ka qenë një kënaqësi e veçantë puna mbi këtë temë; e vetmja gjë për të cilën më vjen keq, është fakti që më është dashur të kufizoj kohën me fëmijët e mi, Leonidën dhe Ergin, të cilëve u premtoj se do të përpiqem të rifitoj momentet gjatë të cilave u kam munguar.

Me mirënjohje:

Etleva Smakaj

II. Lista e ilustrimeve dhe tabelave

Lista e Skemave

| | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|----|
| Skema 1.1 | – Ushqyerja e papërshtatshme tek adoleshentët dhe pasojat | 2 |
| Skema 1.2 | – Cikli i kequshqyerjes tek adoleshentët | 15 |

Lista e Tabelave

| | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1.1 | – Nevojat për mikro dhe makro nutrientë në adoleshentë | 5 |
| Tabela 1.2 | – Lëndët ushqimore bazë dhe funksionet e tyre | 6 |
| Tabela 1.3 | – Vitaminat esenciale | 8 |
| Tabela 1.4 | – Mineralet esenciale..... | 12 |
| Tabela 1.5 | – BMI dhe grada e malnutricionit kronik proteino-energjitik dhe obezitetit..... | 14 |
| Tabela 1.6 | – Sëmundshmëria nga mungesa e Vit. A..... | 18 |
| Tabela 1.7 | – Lidhja midis faktorëve dietetike dhe vendeve specifike të tumoreve..... | 26 |
| Tabela 5.1 | – Të dhëna statistikore për moshën e popullatës në studim..... | 41 |
| Tabela 5.2 | – Të dhëna statistikore për BMI–në e popullatës në studim sipas gjinisë | 41 |
| Tabela 5.3 | – Shpërndarja sipas edukimit të dy prindërve | 45 |
| Tabela 5.4 | – Shpërndarja sipas numrit të personave në familje | 46 |
| Tabela 5.5 | – Shpërndarja sipas të ardhurave në familje..... | 47 |
| Tabela 5.6 | – Të dhëna statistikore për gjatësinë (cm)..... | 63 |
| Tabela 5.7 | – Të dhëna statistikore për peshën..... | 63 |
| Tabela 5.8 | – Të dhëna statistikore për BMI–në të grupuar | 64 |
| Tabela 5.9 | – Statusi nutricional vs. Gjinia | 65 |
| Tabela 5.10 | – BMI vs. Të ardhurat familjare mujore Krostabulim..... | 67 |
| Tabela 5.11 | – Shoqërimi i statusit nutricional me numrin e personave në familje | 68 |
| Tabela 5.12 | – Statusi nutricional dhe shkolla (mesme vs. 9–vjeçare vs. e lartë) | 69 |
| Tabela 5.13 | – Nutrientët sipas nivelit të shkollës | 78 |
| Tabela 6.1 | – Kaloritë totale ditore për frymë dhe kontributi në kalorazhin e përgjithshëm i yndyrnave, proteinave, karbohidrateve dhe alkoolit në tre rajone të Europës gjatë periudhës 1961-1963 dhe 1998-2000 | 82 |
| Tabela 6.2 | – Meta–analiza e rezultateve të studimeve që kanë përdorur metoda të ngjashme me studimin tonë për të vlerësuar statusin nutricional të adoleshentëve në vendet në zhvillim..... | 88 |

Lista e hartave

| | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|----|
| Harta 5.1 | – Shpërndarja e nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit sipas qarqeve..... | 66 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|----|

Lista e grafikëve

| | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|----|
| Grafiku 1.1 | – Situata e obezitetit në adoleshentët e ShBA. gjatë viteve..... | 28 |
| Grafiku 1.2 | – Shpërndarja sipas qarqeve | 34 |
| Grafiku 5.1 | – Shpërndarja sipas moshës..... | 42 |
| Grafiku 5.2 | – Shpërndarja sipas grup moshës | 42 |
| Grafiku 5.3 | – Shpërndarja sipas gjinisë | 43 |
| Grafiku 5.4 | – Shpërndarja sipas shkollës (9–vjeçare vs. e mesme)..... | 43 |
| Grafiku 5.5 | – Shpërndarja sipas klasave..... | 44 |
| Grafiku 5.6 | – Shpërndarja sipas nivelit të edukimit të babait..... | 44 |
| Grafiku 5.7 | – Shpërndarja sipas nivelit të edukimit të nënës..... | 45 |

| | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grafiku 5.8 | – Shpërndarja sipas numrit të personave në familje | 46 |
| Grafiku 5.9 | – Shpërndarja sipas të ardhurave në familje | 46 |
| Grafiku 5.10 | – Shpërndarja sipas vendlindjes | 47 |
| Grafiku 5.11 | – Shpërndarja sipas vendbanimit | 47 |
| Grafiku 5.12 | – Piramida ushqimore bazuar ne shpeshësinë e prodhimit | 48 |
| Grafiku 5.13 | – Shpërndarja sipas konsumimit të frutave dhe perimeve | 49 |
| Grafiku 5.14 | – Shpërndarja sipas konsumimit të sheqernave dhe yndyrave | 50 |
| Grafiku 5.15 | – Shpërndarja sipas konsumimit të drithërave | 50 |
| Grafiku 5.16 | – Shpërndarja sipas konsumimit të proteinave | 51 |
| Grafiku 5.17 | – Shpërndarja sipas konsumimit të prodhimeve të qumështit | 52 |
| Grafiku 5.18 | – Shpërndarja sipas konsumimit të ushqimeve, burim të vitaminës A | 52 |
| Grafiku 5.19 | – Shpërndarja sipas konsumimit të ushqimeve, burime të vitaminës C | 53 |
| Grafiku 5.20 | – Sa shpesh hani jashtë (ne restorante, fast–foode, etj.)? | 53 |
| Grafiku 5.21 | – Stratifikimi i ngrënies jashtë sipas shkollës | 54 |
| Grafiku 5.22 | – Stratifikimi i ngrënies jashtë sipas gjinisë | 54 |
| Grafiku 5.23 | – Sa shpesh ushqeheni në shtëpi? | 55 |
| Grafiku 5.24 | – A mbani dietë? | 55 |
| Grafiku 5.25 | – A mendoni se ushqeheni në mënyrë të shëndetshme? | 56 |
| Grafiku 5.26 | – Si e klasifikoni mënyrën tuaj të ushqyerjes | 56 |
| Grafiku 5.27 | – A kryeni aktivitet fizik (këtu: A merreni me sport?) | 57 |
| Grafiku 5.28 | – Aktiviteti fizik sipas statusit nutricional | 57 |
| Grafiku 5.29 | – Aktiviteti fizik dhe statusi nutricional i dikotomizuar | 58 |
| Grafiku 5.30 | – Duhan pirja në adoleshentët në studim | 58 |
| Grafiku 5.31 | – Ndryshimet në peshë gjatë kohëve të fundit (këtu: 5 viteve të fundit) | 59 |
| Grafiku 5.32 | – Cilin vakt lini pa ngrënë nëse lini | 60 |
| Grafiku 5.33 | – Nëse lini vakt pa ngrënë pse ndodh? | 60 |
| Grafiku 5.34 | – A lini vakt pa ngrënë? | 61 |
| Grafiku 5.35 | – A merrni ushqime nga shtëpia me vete në shkollë? | 61 |
| Grafiku 5.36 | – Kur e hani vaktin tuaj të parë | 62 |
| Grafiku 5.37 | – Kur e hani vaktin tuaj të fundit | 62 |
| Grafiku 5.38 | – Sa para shpenzoni në ditë për ushqime që hani jashtë shtëpisë (fast–foode, restorante, byrektore, etj.) | 62 |
| Grafiku 5.39 | – Shpërndarja e gjatësisë në popullatën tonë në studim | 64 |
| Grafiku 5.40 | – Shpërndarja e peshës në popullatën tonë në studim | 64 |
| Grafiku 5.41 | – Shpërndarja sipas BMI–së të kategorizuar | 65 |
| Grafiku 5.42 | – Lidhja (shoqërimi statistikor) midis BMI–së dhe gjinisë | 66 |
| Grafiku 5.43 | – Lidhja statistikore midis Statusit nutricional dhe të ardhurave familjare (Të dyja gjinitë) | 67 |
| Grafiku 5.44 | – Lidhja statistikore mes statusit nutricional dhe të ardhurave familjare (femra) | 68 |
| Grafiku 5.45 | – Lidhja statistikore mes statusit nutricional & të ardhurave familjare (meshkuj) | 68 |
| Grafiku 5.46 | – Shoqërimi i statusit nutricional dhe numrit të personave në familje | 69 |
| Grafiku 5.47 | – Statusi nutricional dhe shkolla (mesme vs. 9–vjeçare vs. e lartë) | 69 |
| Grafiku 5.48 | – Statusi nutricional sipas zonave gjeografike | 70 |
| Grafiku 5.49 | – Gjatësia për moshë, meshkuj adoleshentë 10–20 vjeç | 71 |
| Grafiku 5.50 | – Gjatësia për moshë, femra adoleshente 10–20 vjeç | 71 |
| Grafiku 5.51 | – Pesha për moshë, meshkuj adoleshentë 10–20 vjeç | 71 |
| Grafiku 5.52 | – Pesha për moshë, femra adoleshente 10–20 vjeç | 72 |
| Grafiku 5.53 | – BMI–ja për moshë (meshkuj) krahasuar me standardet e OBSH–së | 72 |
| Grafiku 5.54 | – BMI–ja për moshë (femra) krahasuar me standardet e OBSH–së | 72 |
| Grafiku 6.1 | – Shpërndarja e marrjes së proteinave, yndyrave dhe karbohidrateve në popullsinë shqiptare | 81 |
| Grafiku 6.2 | – BMI–ja për femrat gjatë adoleshencës & BMI–ja për meshkujt gjatë adoleshencës | 86 |

Shkurtime

| | | |
|---------------|---|-----------------------------------------------------|
| OBSH | – | Organizata Botërore e Shëndetësisë |
| CDC | – | Qendrat për kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjes |
| UNICEF | – | Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët |
| BMI | – | Indeksi i Masës Trupore (<i>Body Mass Index</i>) |
| MRI | – | Rezonancë Magnetike |
| SD | – | Deviacioni Standart |
| FFQ | – | Pyetësor i frekuencës Ushqimore |

Parathënie

Mënyra e të ushqyerit dhe stili i jetesës janë faktorë të rëndësishëm për ruajtjen e shëndetit gjatë adoleshencës dhe gjatë gjithë jetës . Roli i tyre është i rëndësishëm në parandalimin dhe kontrollin e sëmundshmërisë dhe mortalitetit nga sëmundjet kronike, siç janë: obeziteti, nën ushqyerja, diabeti, sëmundjet e zemrës, hipertensioni arterial dhe disa tipa tumoresh. Treguesit shëndetësorë të ushqyerjes në vendin tonë kanë qenë relativisht të kënaqshëm, si para viteve 1990 ashtu edhe në 15 vitet e fundit , pavarësisht faktit se niveli socio–ekonomik në Shqipëri është mjaft modest . Një shpjegim i mundshëm për këtë “paradoks” është fakti se Shqipëria, në thelb, është një vend Mesdhetar dhe dieta Mesdhetare konsiderohet si një faktor mjaft i rëndësishëm mbrojtës, që kontribuon në mënyrë të drejtpërdrejtë në jetëgjatësinë e popullatës. Popullsia jonë mendohet, se ka një ushqyerje të mirë dhe të balancuar, me një përmbajtje të kënaqshme në fruta dhe perime. Mesatarja kalorike ditore për frymë në vitin 1999 ishte 2717 kcal, nga të cilat 73% me origjinë bimore (rreth 46% nga drithërat) . Nga burimet shtazore, 2/3 merren nga bulmetrat. Mesatarja kalorike për frymë në Shqipëri është më e ulëta në Evropë .

Gjithashtu, përqindja e yndyrave (27%) është e ulët krahasuar me vendet e tjera, si dhe rekomandimet bashkëkohore ndërkombëtare. Vendi ynë mund të personifikojë lidhjen mes një ushqyerje të shëndetshme dhe treguesve shëndetësorë të kënaqshëm. Kjo mund të vihet re nga krahasimi i vendit tonë me vendet e tjera, si dhe nga krahasimi i zonave Jugore me ato Veriore brenda vendit . Dieta në zonat Jugore të vendit tonë tradicionalisht ka qenë e pasur në vaj ulliri, fruta dhe perime, ndërkohë që në zonat Veriore ka qenë e pasur në yndyra me origjinë shtazore. Megjithatë, si në Jug ashtu edhe në Veri të vendit, vaji ka qenë produkti kryesor i përdorur dhe specifikisht ai i lulediellit. Prandaj, Shqipëria mund të ndryshojë nga prototipi klasik i dietës Mesdhetare. Pas viteve nëntëdhjetë, Shqipëria ka kaluar një proces tranzicioni, në sajë të së cilit besohet të kenë ndodhur shumë ndryshime lidhur edhe me faktorët e ushqyerjes dhe stilin e jetesës të adoleshentëve.

Zhvillimi ekonomik, urbanizimi dhe globalizimi i tregut kanë sjellë edhe një “tranzicion në ushqyerje”, gjë që karakterizohet nga ndryshime cilësore dhe sasiore të faktorëve dietetikë dhe një farë “modernizimi” i mënyrës apo stilit të jetesës. Për të vlerësuar këto ndryshime në mënyrën e ushqyerjes, si dhe lidhjen e saj me karakteristikat demografike, socio–ekonomike dhe elementë të mënyrës së jetesës kemi kryer këtë studim kuali–kuantitativ në popullsinë adoleshente në Republikën e Shqipërisë gjatë periudhës 2013-2015.

Mbledhja e të dhënave është realizuar në periudhën 2013-2015. Një pjesë e të dhënave është prezantuar në disa konferenca, por studimi vjen i plotë dhe i konsoliduar në kuadër të temës së doktoraturës për mbrojtjen e titullit “Doktor”.

ABSTRAKT

MËNYRAT E USHQYERJES DHE SITUATA NUTRICIONALE NË
ADOLESHENTËT E REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

Kuadri: Në kuadër të mungesës së të dhënave relevante rreth mënyrës së ushqyerjes dhe statusit nutricional në adoleshentë të Republikës së Shqipërisë në periudhën 2013-2015. Studimi ynë është një përpjekje për të kuptuar situatën nutricionale si dhe një pikë reference për të shërbyer si bazë në studime të tjera për ushqyerjen e adoleshentëve.

Qëllimi: Qëllimi i studimit tonë është të realizojë vlerësimin e situatës nutricionale dhe mënyrave të ushqyerjes në adoleshentë në Republikën e Shqipërisë

Metodologjia: Studim kros-seksional, kuali-kuantitativ kombëtar. Në këtë studim u përfshi një kampion prej 12,462 individësh që u përzgjedh në *Shkollat 9-vjeçare*, *Shkollat e Mesme dhe të larta* në 12 Qarqe të Republikës së Shqipërisë. Kampionimi u bazua në llogaritje të ndryshme të përfuara nga programi WIN PEPI 4.0 (*Windows Program for Epidemiologists, version 4.0*). Metoda e kampionimit u bazua në kampionimin probabilitar me 'cluster'-a bazuar në protokollin e FANTA Guide të Roberto Magnani, WHO/FAO 2007. Mbledhja e të dhënave u mundësua nëpërmjet ekzaminimit fizik, një pyetësori gjysmë të strukturuar të vetë-administrueshëm intervistave dhe fokus-grupeve. Ekzaminimi fizik përfshiu vlerësimin e peshës dhe gjatësisë.

Rezultatet: Në studim u vu re se popullata kishte një nënpeshë në nivele të larta 21.7% (CI95%:21.68%- 21.72%) dhe mbipësia me obezitetin të marra së bashku 7.4% (CI95%:7.39%-7.41%) një piramidë ushqimore pjesërisht të rregullt, ku vihet re konsumi i lartë i sheqernave (pijeve të gazuara, çokollatave, biskotave, ëmbëlsirave, etj.) 51.6% (CI95%: 51.56%-51.64%) pasuar nga konsumi i frutave dhe perimeve që është një zgjedhje ushqimore protektive 65.9% (CI95%: 65.86%-65.94%). U zbulua një lidhje sinjifikante midis statusit nutricional dhe gjinisë, $P=0,001$. Në pjesën analitike kualitative u hasën fenomene nutricionale si shmangja e vakteve, cilësi e ulët e vakteve, ngrënia e vakteve më vonë se duhet. Gjithashtu u pa se ne kemi një popullatë adoleshente me gjatësi mesatare **163.12 cm** për femrat dhe **169.46 cm** për meshkujt.

Konkluzione: Fenomene të kequshqyerjes si nënpesha dhe keq rritja, ishin problemet më të hasura në popullatën tonë. Adoleshentët kishin preferenca të larta në ushqime jo të shëndetshme në fast-food-e dhe preferonin shumë pak praktikatat ushqimore shtëpiake. Gjithashtu shmangia e vakteve dhe cilësia e ulët e tyre përbën një problematikë të gjerë në ushqyerjen e adoleshentëve të Republikës së Shqipërisë dhe këto të dhëna duhet të shërbejnë jo vetëm si një mjet për studime në vazhdim por si një busull për hartimin e strategjive dhe reformave në fushën e shëndetësisë me fokus ushqyerjen e adoleshentëve.

Fjalët kyçe: Ushqyerje, status, adoleshentë, Shqipëri, mënyra ushqyerje.

ABSTRACT

**EATING HABITS AND NUTRITIONAL SITUATION OF ADOLESCENTS IN
REPUBLIC OF ALBANIA**

Background: As there is no study and data for eating habits and nutritional status of adolescents in Republic of Albania, during the period 2013-2015 conducted this study. There is no relevant data on adolescents' nutrition, yet, and the aim of this study is to create a reference point for other studies and it symbolizes an effort to understand the nutritional situation among adolescents.

Aim: Our aim was to assess nutritional situation, including nutritional status and eating habits among adolescents in Republic of Albania.

Methodology: This is a qualitative–quantitative national, cross–sectional study. In this study were included a sample of **12,462** individuals chosen randomly from elementary schools and high schools and university from 12 Districts of Albania. Sampling was calculated with WIN PEPI 4.0 (*Windows Program for Epidemiologists, version 4.0*). Sampling was done according to Sampling FANTA Guide of Roberto Magniani, WHO/FAO 2007. Data collection included physical examination, a semi–structured self–administered questionnaire, face–to–face interviews and focus groups. Physical examination included assessment of height and weight.

Results: In this study we discovered a high percentage of underweight **21.7%** (**CI95%: 21.68%- 21.72%**) and a damaged food pyramid, which had a high percentage of use of sweets and fats **51.6%** (**CI95%: 51.56%-51.64%**) and a protective use of fruits and vegetables **65.9%** (**CI95%: 65.86%-65.94%**). Also a modest percentage of overweight and obesity was noticed (**7.4%** together) which is not a considerable threat. In the qualitative part of results we noticed issues like meal skipping, poor quality of meals and an abnormal eating schedule. We also noticed an average height of **163.12 cm** for females and **169.46 cm** for males.

Conclusions: Phenomena of malnutrition such as under and overweight were the most considerable issues in our sample. Adolescents of our population have a high preference in fast–foods that are considered unhealthy and they dislike home–made–food practices, like taking home–made food at school or eating meals at home. Also meal skipping and poor quality of meals was another issue that is a warning for the future nutritional status of these individuals. These figures should serve not only as a reference for other studies, but also as a reference for policy and health reforms focusing on adolescents' health.

Keywords: *Nutrition, status, adolescents, Albania, eating habits.*

KAPITULLI I

1. HYRJA

Nutricioni ka një efekt direkt në rritje, zhvillim dhe në gjendjen fizike dhe mendore në adoleshencë [18]. Adoleshenca është veçanërisht një moshë e brishtë, ku individi i nënshtrohet ndryshimeve të shpejta në rritje dhe në maturimin trupor [12]. Gjithashtu në adoleshencë vihen re arritje të peshës dhe gjatësisë maksimale, zhvillimit të karakteristikave sekondare (*trashja e zërit tek meshkujt dhe zhvillimi i gjinjve tek femrat*) dhe fillimi i shfaqjes së ndryshimeve socio-psiko-emocionale dhe mendore [54–55].

Fenomeni i rritjes së shpejtë që ndodh gjatë adoleshencës krijon nevoja dhe kërkesa ushqimore të larta në energji dhe në vlera ushqyese. Nevojat e sasisë dhe cilësisë së ushqyerjes janë nga më të lartat gjatë gjithë jetës në periudhën e adoleshencës. Tek kjo kategori ushqyerja dhe mirë-rritja kanë një lidhje direkte sinjifikante të vërtetuar [61], por ushqyerja në këto moshë i paraprin sëmundjeve në moshë të rritur që kanë lidhje direkte dhe indirekte me ushqyerjen, siç janë sëmundjet kardiovaskulare, kanceri, diabeti, gastritet, osteoporozë, etj. [59].

Ky studim i dedikohet ekskluzivisht nutricionit të adoleshentëve në Republikën e Shqipërisë. Nutricioni është një nga faktorët unik më të rëndësishëm për shëndetin e individit ose të komunitetit, dhe si i tillë përbën një çështje thelbësore në shëndetin publik modern. Adoleshentëve, lëndët ushqyese u nevojiten për të siguruar nxehtësi dhe energji (*karbohidrate, yndyra dhe proteina*), proceset trupore rregullatore (*ujë, mineralet, fibrat, vitaminat, proteinat dhe aminoacidet esenciale*) dhe ndërtimi e përtëritja e indeve trupore (*ujë, proteina dhe kripëra minerale*). Statusi nutricional i një individi dhe shoqërie influencohet nga rezervat, cilësia, shpërndarja, aksesit dhe kostoja e ushqimeve [57–61].

Gjithashtu, ky status influencohet nga njohuritë, qëndrimet, besimet dhe zakonet lidhur me nutricionin e balancuar [61]. Në kuadër të kësaj mungese së të dhënave për nutricionin e u ndërmor një studim kuantitativ–kualitativ, për të vlerësuar situatën nutricionale dhe mënyrat e ushqyerjes të këtij targeti. Infermieristika ndër shekuj ka luajtur një rol vendimtar në përmirësimin dhe sigurinë e ushqimeve. Përmirësimi i të ushqyerit ka dhënë një ndihmë të madhe në përmirësimin e shëndetit në shekujt e kaluar.

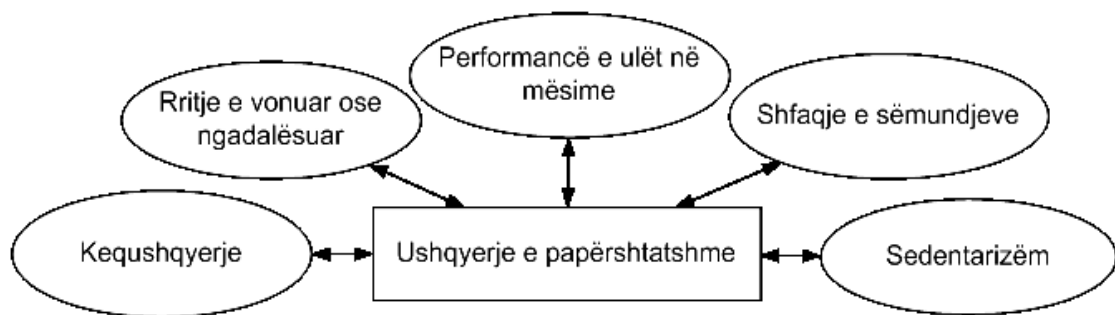
Nutricioni lindi si një shkencë bazë dhe e aplikuar në shekullin e njëzetë. Njohuritë mbi elementet e nutricionit dhe rolin e tyre në parandalimin e mungesës së vitaminave ose sëmundjeve kronike, kanë luajtur një rol të madh në zhvillimin e

shëndetit publik modern. Pavarësisht nga rritja e shpejtë e popullatës prodhimi i ushqimeve dhe konsumi mesatar ushqimor është përmirësuar vazhdimisht në mbarë botën. Sidoqoftë, fenomene të tilla si malnutricioni janë mjaft të përhapura kudo në botë.

Në vendet e zhvilluara hasen probleme të ushqyerjes së tepërt apo të papërshtatshme që mund të çojnë në sëmundje kronike, ndërsa në vendet në zhvillim hasen, krahas sëmundjeve kronike, dhe mungesa ushqimore [73]. Rritja e standardeve të jetesës në shumë vende në zhvillim ka sjellë që sëmundjet e jetës moderne të mbizotërojnë ndërsa sëmundjet kronike janë nën kontroll gjithmonë e më shumë. Popullatat e globit vuajnë nga fenomene të rënduara të nutricionit [78]. Përpjekjet e shëndetit publik synojnë që të gjitha grupet në popullatë të kenë një konsum të duhur, jo të ekzagjeruar, të lëndëve ushqimore bazë, vitaminat dhe kripërat esenciale për rritje.

Kjo përfshin rekomandime të nevojave humane ditore për ushqime dhe energji, të cilat variojnë sipas moshës, seksit, masës trupore, nivelit të aktivitetit, statusit shëndetësor individual dhe kushteve ambientale. Gjithashtu kërkohet një monitorim i statusit të popullatës dhe sub-popullatave, siç është popullata target e jona: **adoleshentët**. Adoleshentët sipas studimeve të ndryshme nuk arrijnë të ushqehen siç duhet dhe kjo ushqyerje jo adekuate sjell pasoja të ndryshme në shëndetin e tyre që kërcënojnë mirëqenien e tyre në të ardhmen, pra në moshë më të rritur. Këto mund të përmbliken në figurën më poshtë. (Skema 1.1)

Skema 1.1 Ushqyerja e papërshtatshme tek adoleshentët dhe pasojat [90]



1.1 Funksionet e ushqyerjes tek adoleshentët

Substancat ushqimore të konsumuara ofrojnë nivele të ndryshme të energjisë dhe nevojave esenciale për rritje dhe ruajtjen e funksioneve trupore tek adoleshentët, duke qenë se kjo kategori ka më shumë nevoja për energji, për të përballuar ndryshimet e vrullshme që ndodhin gjatë kësaj moshë [91]. Ushtrimet fizike dhe mënyrat e ekuilibruara të ushqyerjes ruajnë peshën trupore dhe ulin rrezikun për sëmundje kronike, si obeziteti, nën ushqyerja, diabeti, hipertensioni, sëmundjet

kardiovaskulare dhe disa lloje kanceresh, që mund të shfaqen në mosha të mëvonshme [40].

Lëndët ushqyese kanë role specifike brenda trupit, por funksionet e tyre janë të ndërvarura. Dieta e individit përcakton vlefshmërinë e tyre. Si pasojë, është i rëndësishëm identifikimi i burimeve të proteinave, karbohidrateve, yndyrave, vitaminave dhe mineraleve që gjenden në ushqimet e zakonshme në komunitetin në studim.

Gjashtë grupet e rëndësishme të lëndëve ushqimore janë uji dhe makronutrientët e tretshëm në yndyra dhe ujë (*karbohidrate, yndyra dhe proteina*) mikronutrientët (*mikrominerale dhe vitamina*) dhe uji. Makronutrientët sigurojnë energjinë dhe aminoacidet esenciale dhe të tjerë, dhe acidet yndyrorë esencialë. Mikronutrientët janë të nevojshëm për përdorimin e kësaj energjie.

Trupi i kthen ushqimet në forma më të thjeshta me qëllim absorbimin e tyre nëpërmjet një mekanizmi kimik dhe mekanik të vazhdueshëm në traktin digjektiv. Ushqimet fillimisht copëtohen me anë të përtypjes të tyre, që kërkon dhëmbë të mirë, të cilët mirëmbahen në këtë gjendje me anë të marrjes së sasive adekuate të fluorit. Përzierja e ushqimeve me salivën dhe gëlltitja çon në ushqimin pjesërisht të tretur në stomak dhe në zorrë e hollë, ku i nënshtrohet veprimit të enzimave. Këto enzima e zbërthejnë ushqimin në fragmente gjithnjë e më të vogla që mund të absorbohet nëpër paretet e zorrës së hollë për të hyrë në qarkullimin e gjakut. Sëmundje të traktit gastrointestinal dhe një kequshqyerje (*marrje nutrientësh të dëmshëm ose/dhe të papërshtatshëm*) mund të interferojnë në këtë proces. Enzimat pankreatike që çlirohen në zorrën e hollë si proteaza (*që zbërthen proteinat*) amilaza (*që zbërthen polisaharidet*), dhe lipaza (*që zbërthen yndyrat*). Karbohidratet absorbohen si sheqer dhe ruhet për të siguruar energji, në hepar si glikogjen që lëshohet në qarkullimin e gjakut për të ruajtur nivelin e sheqerit në gjak. Në hepar gjithashtu ruhen vitaminat liposolubile dhe “fabrikohen” enzimat, kolesteroli, proteina, Vit A, faktorët e koagulimit të gjakut, si dhe kripërat biliare që çlirohen në zorrën hollë për lehtësimin e absorbimit. Në pankreas “fabrikohen” insulina, jetësore për kontrollin e nivelit të gjakut.

1.1.1 Përbërja makro– dhe mikro–nutritive e trupit të adoleshentëve

Trupi adoleshentëve përbëhet sipas peshës specifike të secilës kategorie, nga afërsisht 62% ujë, 17% proteina, 13% yndyra, 6% minerale dhe 2 % karbohidrate [90–80]. Përbërja trupore mund të variojë sipas statusit nutricional dhe tensionit nervor. Deprivimi nga ushqimi, siç ndodh shpesh në këtë kategori, çon në përdorimin e rezervave trupore. Gjatë mos ngrënies, harxhimi i karbohidrateve kompensohet nga sinteza prej rezervave të yndyrave dhe proteinave. Harxhimi i më tepër se 10% të ujit trupor mund të mos sjellë rreziqe, por në fëmijë të vegjël dhe në adoleshencën e hershme (11–16 vjeç) kufiri i sigurisë është i vogël.

1.1.2 Kërkesat ushqimore tek adoleshentët

Llogaritja e sasive të duhura të lëndëve ushqimore sipas seksit dhe grupeve moshore është një detyrë komplekse. Energjia nga ushqimi konvertohet në punë mekanike (*deri 25%*) dhe rritje, harxhime, si nxehtësi, në ruajtjen e funksioneve bazë dhe temperaturën trupore. Një kalori është energjia e nevojshme për të ngritur me një 1 gradë Celsius temperaturën e 1 gram uji. Energjia ushqimore shprehet në kilokalori (*1000 kalori*). Njësia ndërkombëtare për energjinë është *Joul*, por në ushqime njësia me tepër e përdorur është kilo–kalori ose kalori (*1kcal=1 Kalori=4.1868 kilojoul, KJ*).

Nevoja për harxhimin e energjisë varet nga masa trupore dhe rritet nga aktivitete e punës dhe rindërtimin trupor. Adoleshentët me jetë sedentare dhe me madhësi trupore mesatare do të duan më pak ushqim se ata me nivele aktiviteti të lartë dhe mesatar, ose trupat e mëdhenj më shumë ushqim, për të mbajtur gjendjen ekzistuese. Si konsumimi i një diete të ekzagjeruar apo deficienca në dietë i ndonjë lëndë ushqimore mund të shkaktojë sëmundje apo vdekje në raste të veçanta. Diapazoni i konsumit të nevojitur për një funksion optimal varet nga mosha, masa trupore, gjinia, niveli i aktivitetit, po ashtu dhe nga shtatzënia, sëmundjet apo dëmtimet. Diapazoni i konsumit të nevojitur për shëndet optimal thekson që ekzistojnë faza subklinike të nën ushqyerjes dhe mbi ushqyerjes bazë. Adoleshentët kanë nevojë për më shumë kalori në mënyrë që të sigurojnë energjinë e nevojshme për rritjen. Djemtë nga mosha 11–18 vjeç kanë nevojë nga 2500–2800 kalori çdo ditë [90]. Adoleshentet femra kanë nevojë për mesatarisht rreth 2200 kalori çdo ditë. Kjo është një rritje domethënëse krahasuar me kërkesat kalorike në fëmijëri. Për të marrë këto kalori, adoleshentët duhet të zgjedhin shumëllojshmëri ushqimesh të shëndetshme, siç janë ushqimet me pak proteina, pak yndyrë, frutat, perimet dhe drithërat. Tabela e mëposhtme përmbledh nevojat e adoleshentëve për makro dhe mikronutrientët e ndryshëm, duke dhënë specifikisht, për gjini dhe moshë nevojat e veçanta për vitamina, proteina, metale, mikroelementë të tjerë, etj.

Karbohidratet. Karbohidratet janë një burim kryesor i energjisë (4 cal/gram) përdorur për proceset metabolike dhe për prodhimin e substancave qelizore përfshirë enzimmat dhe membranat qelizore.

Karbohidratet klasifikohen si monosaharide ose disaharide (*karbohidrate të thjeshta*) dhe si polisaharide (*karbohidrate të përbëra/komplekse*). Monosaharidet gjenden si glukozë ose fruktozë në fruta, perime dhe mjaltë. Këto janë sheqerna të thjeshta që mund të absorbohen në zorrë pa asnjë proces tretës. Disaharidet përbëhen nga 2 monosaharide dhe gjenden në fruta dhe perime përfshi panxharin e sheqerit dhe kallamin e sheqerit. Polisaharidet janë struktura molekulare më të mëdha se monosaharidet të lidhura së bashku.

Tabela 1.1 Nevojat për mikro dhe makro nutrientë në adoleshentë

| | 13–15 vjeç | | 16–18 vjeç | | 19–29 vjeç | |
|-------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | Mashkull | Femër | Mashkull | Femër | Mashkull | Femër |
| Energjia (cal) | 2800 | 2250 | 2840 | 2050 | 2490 | 1860 |
| Proteinat (g) | 71 | 63 | 73 | 59 | 67 | 58 |
| Vitamina A (MS RE) | 550 | 450 | 600 | 450 | 550 | 500 |
| Vitamina C (MS) | 65 | 65 | 75 | 70 | 75 | 70 |
| Vitamina D (MS) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Vitamina E (MS) | 12 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 |
| Vitamina K (MS) | 50 | 49 | 58 | 50 | 59 | 51 |
| Vitamina B ₆ (MS) | 1.3 | 1.2 | 1.3 | 1.2 | 1.3 | 1.3 |
| Vitamina B ₁₂ (MS) | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 |
| Tiamina (MS) | 1.2 | 1.0 | 1.4 | 1.1 | 1.2 | 1.1 |
| Riboflavina (MS) | 1.3 | 1.0 | 1.5 | 1.1 | 1.3 | 1.1 |
| Niacina (MS NE) | 16 | 14 | 16 | 14 | 16 | 14 |
| Folate (MS DFE) | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 |
| Kalciumi (MS) | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 750 | 750 |
| Hekuri (MS) | 20 | 21 | 14 | 27 | 12 | 27 |
| Iodinë (MS) | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 |
| Magnez (MS) | 225 | 220 | 260 | 240 | 235 | 205 |
| Fosfor (MS) | 1250 | 1250 | 1250 | 1250 | 700 | 700 |
| Zink (MS) | 9.0 | 7.9 | 8.9 | 7.0 | 6.4 | 4.5 |
| Selenium (MS) | 31 | 31 | 36 | 36 | 31 | 31 |
| Fluor (MS) | 2.5 | 2.5 | 2.9 | 2.5 | 3.0 | 2.5 |
| Mangan(MS) | 2.2 | 1.6 | 2.2 | 1.6 | 2.3 | 1.8 |

**Burimi: Marrjet Ushqimore të Rekomanduara të Energjisë & Nutrientëve. Filipine, 2002. Instituti për Kërkime Ushqimore dhe Nutricioni – Departamenti i Shkencës dhe Teknologjisë.*

Disaharidet dhe polisaharidet mund të zërthehen në monosaharide përpara së të absorbohen [83–95]. Glukoza e tepërt ruhet në hepar si glikogjen ose në indin dhjamor të trupit. Dieta e pasur në karbohidrate komplekse (*polisaharidet*) dhe fibra shoqërohet me risk të reduktuar për kancerin dhe sëmundjet kardiovaskulare.

Proteinat: proteinat janë molekula të mëdha të përbëra nga zinxhirë të aminoacideve që zërthehen gjatë proceseve digjестive në njësi përbërëse (*1-gram proteinë prodhon 4 kkalori*). Gjenden rreth 20 aminoacide të zakonshme në lëndët biologjike të nevojshme nga trupi.

Qenieve njerëzore i mungon aftësia për të sintetizuar të paktën 9 aminoacide dhe është e rëndësishme marrja e tyre prej në proteina nga burimet njerëzore ose kombinimet e ushqimeve si legumet apo drithërat që gjenden në dietë. Fëmijët dhe adoleshentët iu nevojitet proteina për rritjen e vrullshme të tyre.

Proteinat kanë funksione si komponent struktural të qelizave dhe indeve, të enzimave që veprojnë si katalizator për reaksionet kimike, si dhe hormoneve që veprojnë si transmetues kimik. Mungesa e proteinave dhe kalorive në dietë emërtohet si *malnutricioni proteino-energjetik (MPE)*.

Yndyrat dhe vajrat. Ushqimet me origjinë shtazore dhe bimore përfshijnë një llojshmëri substancash të njohura si yndyra dhe vajra (lipide) që janë të tretshëm në tretës organik por jo në ujë. Yndyrat dietetike zbërthehen në zorrë për thithje në organizëm për të siguruar energji dhe acide yndyrore të nevojitura për funksione fiziologjike. Ata sigurojnë një formë të koncentruar të energjisë (9 kkal /gram krahasuar me 4 për proteinat dhe karbohidratet dhe 7 për alkoolin) [83].

Ata sigurojnë gjithashtu acide yndyrore esenciale të nevojshme për prodhimin e hormoneve, membranave qelizore dhe substancave të tjera. Acidi linoleik është acid yndyror esencial që nuk mund të sintetizohet në trup por mund të merret nga yndyrat shtazore.

Yndyrat ose lipidet të ruajtura në indin dhjamor trupor izolojnë dhe mbrojnë organet vitale, izolojnë trupin nga humbjet e energjisë dhe sigurojnë energji gjatë periudhave të konsumit të reduktuar ose kërkesave trupore në rritje si në periudhat e rritjes, sëmundjes, ose dëmtimeve.

Yndyrat sigurojnë prodhimin e acideve biliare të nevojitura për absorbimin e vitaminave liposolubile (A, D, E dhe K).

Tabela 1.2 Lëndët ushqimore bazë dhe funksionet e tyre

| Komponentët nutritiv | Forma | Funksionet |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Karbohidratet (4kkal/g) | Sheqeri dhe amidoni | Siguron burim eficientë energji, të tretshme në ujë, lehtë të transportueshme që gjenden në lëngje trupore, duhet të përbëjë 40–85% të energjisë të konsumuar |
| Proteina (4kkal/g) | Aminoacidet esenciale | Siguron aminoacidet dhe lëndët ndërtuese për të gjithë qelizat trupore, veçanërisht muskujt dhe kockat, duhet të përbëjë rreth 10–15% të energjisë së konsumuar |
| Yndyra dhe vajra (9kkal/g) | Acide yndyrore esenciale (acidi linoleik dhe linolenik) | Burime koncentruara të energjisë, transportues të vitaminave liposolubile (A,D,E, dhe K), rrit shijen, duhet të përbëjë rreth 25 % të dietës dhe kryesisht nga burime jo shtazore |
| Vitamina | Tretshme ne ujë/ yndyra | Indet trupore të shëndetshme |
| Minerale | Kalcium, fosfor, kaliumi, Na | Balanca elektrolite dhe lëngjeve trupore |
| Mikroelementë | Kromi, kobalti, bakri, fluori, jodi, hekuri, mangani, seleniumi, zinku dhe të tjerë. | Esenciale për ndërtimin e indeve trupore të shëndetshme, gjakut dhe hormoneve |
| Fibra | Perimet | Madhësi trupore dhe parandalimi I kancerit |
| Uji | Uji | Balanca e indeve dhe lëngjeve, transportues i ushqimeve dhe vitaminave të hidrosolubile |

**Burimi: Përshtatur nga Raporti i Përgjithshëm i Kirurgëve në Nutricion dhe Shëndet, 1988*

Yndyrat në dietë përbëhen në një përzierje të yndyrave të saturuara, monosaturuara, dhe polipasaturuara, në varësi të strukturës kimike. Shkalla e saturimit

të acideve yndyrore bazohet në numrin e lidhjeve të dyfishta në zinxhirët anësorë të molekulave të përbëra nga atomet e karbonit, hidrogjenit, dhe oksigjenit.

Yndyrat me origjinë shtazore (*mish, peshk, dhe produktet e bulmetit*) janë kryesisht të saturuara (*p.sh nuk përmbajnë lidhje të dyfishta*). Yndyrat me origjinë bimore si luledielli, ulliri, kikirik janë monopasaturuara dhe janë më të preferuara se yndyrat saturuara apo polipasaturuara.

Ndërsa arra e kokosit dhe vaji i palmave janë të pasura me yndyra të saturuara, peshku është burim me vlerë për yndyrat jo të saturuara. Ushqimet me origjinë shtazore përmbajnë sasi të mëdha të yndyrave të saturuara si trigliceridet dhe kolesteroli.

Kolesteroli, që mund të sintetizohet dhe ne trupin e njeriut, nevojitet për sintezën e hormoneve seksualë, Vit D, dhe membranave qelizore. Dieta e tepruara të triglicerideve dhe kolesterolit tek adoleshentët rrisin riskun e arterosklerozës, sëmundjes kardiovaskulare, diabetit dhe disa formave të kancerit në moshat më të rritura.

Vitaminat. Vitaminat janë komponent organik thelbësor në sasi të vogla për funksionet specifike të trupit për shëndet, rritje, riprodhim, dhe rezistencë ndaj infeksionit. Ato ndryshojnë në vetitë fizike dhe kimike dhe në funksionet biologjike. Funkzioni i vitaminave është veçanërisht për proceset metabolike tek adoleshentët.

Ato nuk mund të sintetizohen në sasi të mjaftueshme vetëm nga trupi dhe duhet të merren me dietë apo me suplement ushqimor. Vitaminat klasifikohen sipas tretjes në lipide apo ujë. Vitaminat liposolubile (*A, D, E dhe K*) gjenden në përqendrime të larta në pjesët e dhjamura të ushqimit. Nxjerrja e konsumit të tepërt të kësaj tipi yndyre është minimale.

Vitamina C dhe vitaminat e grupit B janë hidrosolubile dhe duhet të merren në sasi të përshtatshme në dietën e përditshme të adoleshentëve, sepse ato ekskretohen lehtë. Ruajtja e vitaminave në trup për vitaminat hidrosolubile është e limituar, dhe kështu burimet e vazhdueshme janë madje më të rëndësishme sesa ato të vitaminave liposolubile, që ruhen në indin dhjamor të trupit dhe në hepar [83].

Mungesat e secilës në dietë çon në harxhimin e rezervave trupore, që pasohet nga simptoma jo specifike (*lodhje, konfuzion, dobësi, neurite dhe ulje të rezistencës ndaj infeksioni*) përpara se mungesat e vitaminës të dallohen klinikisht. Një gjendje mungese qoftë dhe e një vitamine mund të rrezikojë jetën. Vitaminat gjenden në ushqimet natyrale dhe një dietë e përshtatshme duhet të plotësojë gjithë nevojat për vitamina, por meqenëse e ngrëna si një dietë e balancuar është problematike, pasurimi i ushqimeve apo shtesat në ushqime janë të nevojshme, sidomos për grupet vulnerabël, p.sh fëmijët, adoleshentët dhe pacientët në institucione spitalore.

Pasurimi nënkupton zëvendësimin e lëndëve ushqimore në ushqim në nivele që gjenden në produktet natyrale përpara përpunimit. Për shembull pasurimi i miellit të bardhë duhet të zëvendësoj 22 elementet që gjenden normalisht në grurin e bardhë, por që humbasin gjatë përpunimit, përfshi vitaminat B dhe D, kalciumi dhe kripërat e hekurit.

Mineralet dhe mikroelementet. Mineralet gjenden në një llojshmëri ushqimesh, por zakonisht gjenden në sasi të pakta. Dieta duhet të përmbajë sasi dhe llojshmëri të mjaftueshme ushqimesh për të plotësuar nevojat ditore. Tetëmbëdhjetë mineralet më të njohura nevojiten për mbajtjen e trupit dhe funksionet rregullatore. Nga këta, janë përcaktuar nivelet dietetike të lejuara për shtatë minerale: kalcium, jod, hekur, magnez, fosfor, selenium dhe zink.

Mineralet e tjerë aktivë në trup janë: natriumi, klori, kaliumi, kromi, kobalti, bakri, fluori, mangani, molibdeni, sqfuri dhe vanadium. Natriumi, kaliumi, klori dhe kalciumi janë tepër të rëndësishëm për ekuilibrin elektrolitik në gjak dhe në indin trupor. Mikroelementet kryesor përfshijnë gjithashtu boronin, silikonin, nikelin, dhe arsenikun për një rritje dhe funksion membranor optimal. Nëqoftëse kërkesat metabolike nuk plotësohen atëherë shfaqen mungesat.

Çrregullimet e mungesat ndryshojnë me mineralet e përfshira, zgjatja dhe niveli i mungesë në dietën e përdorur, dhe zbrazja e depove trupore. Secili prej mineraleve dhe elementeve ka një funksion të caktuar të pazëvendësueshëm në organizëm dhe përgjigjet për sisteme organesh apo për organe të caktuara, në terma të mirëfunksionimit dhe forcimit të kapaciteteve.

Adoleshentët duhet të jenë ata që kanë më shumë nevojë për një marrje ditore adekuatë të secilit mikroelement në mënyrë që të parandalojnë shfaqjen e patologjive të ndryshme deficitare apo patologjive të tjera që kanë lidhje me këto elemente ushqimorë. Tabela 3 tregon në mënyrë të përmbledhur funksionet dhe burimet kryesore të secilit element.

Tabela 1.3 Vitaminat esenciale

Vitaminat hidrosolubile absorbohen në intestin, ekskretohen në urinë, dhe kërkohen sasi të mëdha për të shkaktuar mbidozim; trupi kërkon konsum ditor të përshtatshëm ose do të ndodhë zbrazja e indeve brenda javëve ose muajve. Ato janë esenciale për enzimat për reaksionet biokimike në prodhimin e energjisë, biosintezës, zhvillimit të sistemit nervor dhe ruajtjes.

| | | |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Vit B kompleks | Tiamina(B1) , riboflavin, niacin, pyridoksine (B6), cobolamin (B12) dhe acidi folik; burimet janë gjithë cerealet, legumet, perimet gjethore, mishi, dhe bulmeti | Humbja e memories, konfuzion mendor, sëmundje kronike alkoolizmi, kufizime e dietave |
| Tiamina Vit. B1 | Pjesë e sistemit enzimatik për çlirimin e energjisë nga karbohidratet | Beriberi, anoreksia, labilitet emocional, depresion lodhje, konstipacion, |

| | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | kardiomegali, insuficiencë kardiake, polineuriti, encefalopatia Wernicke, psikoza Korsakof |
| Riboflavin Vit. B 2 | Enzima për metabolizmin e proteinave dhe karbohidrateve | Membranat dhe lëkurë e thatë, stomatit, fotofobia, shikim i turbullt, polineurit |
| Pyridoxinë Vit. B6 | Pjesë e procesit enzimatik në proteina dhe karbohidrate | Irritabilitet, depresion, dobësi muskulore, kardiomiopati, dëmtime hepatike, parandalimi i neuropatve në terapinë me izoniazid për tuberkulozin |
| Niacin, Acidi Nikotinic | Ruajtje e normalitetit të sistemit gastrointestinal dhe nervor | Pelagra, ndryshime gastrointestinale, të lëkurës, neurologjike, si dhe depresion, psikoza, neuropati. |
| Acidi folik Folate | Formimi i eritrociteve | Anemi megablastike e shtatzënisë, defekte të tubit neural (spina bifida, dhe anencefalia) |

Vitaminat liposolubile gjenden kryesisht në përbërësit yndyror të ushqimeve, absorbohen dhe transportohen me yndyrat, kërkojnë bilë dhe yndyra diete, ruhen në yndyra trupore dhe duan me tepër kohë të zbrazen se vitaminat hidrosolubile

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vit A Retinoli | Gjenden në perimet e verdha, esenciale për qelizat epiteliale, rregullatorë të shikimit gjatë natës | Verbim i natës, humbja e shikimit të ngjyrave, thatësi, ulçeracione korneale, verbim, formimi i keq i dhëmbëve dhe kockave, sensibil ndaj infeksioneve |
| Vit D Kalciferoli | Prodohet në lëkurë nga ekspozimi në diell, gjenden në ushqimet e pasura, produktet e qumështit, rrit përdorimin e kalciumit dhe fosforit nga kockat dhe rritjen e kockave | Rakiti, vonese në rritje, zbutje të kockave, përkulje të këmbëve, kariesi dentar, osteomalacia, fraktura, dhimbje të muskujve në adult, ndikon në osteoporozë. |
| Vit E Tokoferoli | Gjendet në perimet jeshile, legumet, arrat, mbron yndyrat nga oksidimi (antioksidanti) dhe zbërthimin e qelizave të kuqe. | Peshë e ulët në lindje, hemoliza në foshnja, çrregullime degjenerative, rol mundësues në sëmundjet e zemrës |
| Vit K | Spinaqi, lakër, lulëlakër, formimi i protrombinës | Sëmundje hemorragjike të foshnjave |

***Burimi:** Përshtatur nga *Udhëzuesi Ushqimor Kanadez*; Passmore dhe Eastwood, 1986, dhe Raporti Kirurgëve të Përgjithshëm për Shëndetin dhe Ushqimin, 1988

1.2 Rritja tek adoleshentët

Rritja nuk është një proces i qëndrueshëm, por një proces ku nevojat ushqimore janë të përcaktuara nga një “orar” gjenetik, influencuar nga konsumi ushqimor dhe statusi ushqimor. Rritja optimale ndodh vetëm n.q.s. organet dhe indet marrin lëndët ushqimore të nevojshme për sintezën e proteinave dhe molekulave të tjera. Insuficienca energjetike dhe proteinike janë shkaqet më të shpeshta të dëmtimit të rritjes, por mungesa e mineraleve esenciale dhe vitaminave gjithashtu ndikojnë negativisht në rritje. Mungesat e jodit ngadalëson prodhimin e hormonit të tiroides që shkakton pasoja në zhvillim. Mungesa e vit A dhe D ose minerale si hekuri, jodi,

kalciumi, dhe fosfori ndikon negativisht në rritje dhe zhvillimin e qelizave epiteliale, kockave dhe qelizave të kuqe të gjakut (eritrocite).

Adoleshenca (nga latinishtja: *adolescere* të thotë “të rriten”) është një fazë kalimtare të zhvillimit fizik e mendor të njeriut në përgjithësi ndodhin në mes pubertetit dhe pjekurisë ligjore (mosha madhore), por karakterizohet në masë të madhe si fillim dhe duke përfunduar me fazën adoleshente. Sipas Erik Erikson fazat e zhvillimit njerëzor, për shembull, një i rritur i ri është në përgjithësi një person në mes të moshës 20 dhe 40, ndërsa një adoleshent është një person në mes të moshës 13 dhe 19 (sipas modelit amerikan ku shihen ato vite të cilat marrin prapashtesën –*teen* [ang. *Adoleshentë*, p.sh., *thirteen*, *fourteen*, ..., *nineteen*]). Dijetarët kanë gjetur atë tepër të vështirë për të rënë dakord mbi një përkufizim të saktë të adoleshencës, për shkak se ajo mund të trajtohet nga kaq shumë këndvështrime.

Kuptimi i plotë i adoleshencës në shoqërinë e sotme varet nga perspektiva të ndryshme, psikologjike, biologjike, historike, sociologjike, arsimore dhe antropologjike [103–21]. Brenda të gjitha këtyre perspektivave, një gjë është e sigurt të thuhet: adoleshenca shihet si një periudhë kalimtare gjatë së cilës qëllimi kryesor është përgatitja e fëmijëve për rolet e të rriturve.

Historikisht, puberteti ka qenë lidhur shumë me të rinj dhe fillimin e zhvillimit të adoleshentëve. Këto zhvillime të pubertetit kërkojnë vlera energjetike të ndryshme nga ato të deri moshës feminare. Në studime mbi zhvillimet në adoleshencë, kjo periudhë mund të definohet biologjikisht, si tranzicioni fizike që shënon që prej fillimit të pubertetit dhe përfundon me përfundimin e rritjes fizike, konjitive ose shoqërore, si një periudhë e përgatitjes për rolet e të rriturve. Ndryshime të mëdha pubertale dhe biologjike përfshijnë ndryshime në organet seksit, lartësisë, peshës dhe në masës muskulore, si dhe ndryshime të mëdha në strukturën e trurit dhe organizimit në përgjithësi.

Ritmi i rritjes së adoleshentëve është shumë i shpejtë (*krahasuar me etapa të tjera jetësore*) si nga pikëpamja e dinamikës që ndjek gjatësia dhe pesha gjatë pubertetit që rezultojnë nga çlirimi i hormoneve të rritjes, hormoneve të tiroide dhe estrogjenëve/androgjenëve. Meshkujt e përjetojnë rritjen rreth dy vjet më vonë, në krahasim me femrat. Në kulmin e tyre të lartësisë (*në kohën e rritjes më të shpejtë*), adoleshentët zgjaten me një normë zgjatjeje pothuajse identike me atë të një foshnjeje – rreth 10.3 cm në vit për meshkujt dhe 9 cm për femrat [80]. Përveç ndryshimeve në lartësi, adoleshentët përjetojnë gjithashtu një rritje të konsiderueshme në peshë (*Marshall, 1978*).

Pesha e fituar gjatë adoleshencës përbën pothuajse gjysmën e peshës së trupit në moshë të rritur. Meshkujt mund të vazhdojnë të fitojnë shtim natyror të muskujve edhe pas pubertetit. Rritja e përshpejtuar në pjesë të ndryshme të trupit ndodh në kohë të ndryshme, por për të gjithë adoleshentët ky fenomen ka një rend mjaft të rregullt.

Organet e para në rrite janë koka, ekstremitet e sipërme dhe të poshtme duke u ndjekur nga trangu dhe shpatullat. Kjo rritje jo-uniforme është një arsye pse një organ adoleshenti mund të duket si disproporcional.

Gjatë pubertetit, kocka bëhet më elastike dhe shtohet në masë. Në këto ndryshime skeletike ka dallime etnike; densiteti kockor rritet dukshëm më shumë tek afrikano-amerikanët në krahasim me adoleshentët e bardhë. Një tjetër ndryshim i rëndësishëm fizik që ndodh gjatë pubertetit është shpërndarja e indit adipoz dhe muskolor në trup. Ky proces është i ndryshëm për femrat dhe meshkujt.

Para pubertetit, nuk ka dallim seksi në shpërndarjen e indit adipoz dhe muskolor, gjatë pubertetit, meshkujt e djemve rriten shumë më shpejt se ato të vajzave, edhe pse të dyja sekset përjetojnë zhvillim të shpejtë të muskujve. Në të kundërt, edhe pse të dy gjinitë përjetojnë një rritje të indit adipoz trupor, rritja është më e theksuar për vajzat.

Shpesh, rritja e indit adipoz për vajzat ndodh në periudhën para pubertetit. Raporti mes indit muskolor dhe adipoz pas pubertetit për meshkujt është rreth 3:1, ndërsa për femrat është rreth 3:55 [50–51]. Kjo mund të ndihmojë për të shpjeguar ndryshimet mes sekseve në performancën sportive dhe fizike. Puberteti gjithashtu ndikon në zhvillimin e qarkullimit të gjakut dhe në sistemin e frymëmarrjes. Këto ndryshime çojnë në rritjen e fuqisë dhe tolerancës për ushtrime fizike [91].

Dallime seksi janë të dukshme si tek meshkujt që priren për të zhvilluar zemra dhe mushkëri më të mëdha se femrat, presion më të lartë sistolik të gjakut, një normë më të ulët pushimi të zemrës, një kapacitet më të madh për kapjen e oksigjenit në gjak, një fuqi më të madhe për të neutralizuar produktet kimike e ushtrimit të muskujve, nivele më të larta të hemoglobinës dhe më shumë eritrocite. Është e rëndësishme të theksohet se, përkundër disa dallimeve në dy sekset, faktorët e mjedisit luajnë një rol të madh në ndryshimet biologjike gjatë adoleshencës. Për shembull, vajzat kanë tendencë për të zvogëluar aktivitetin e tyre fizik në pre-adoleshencë dhe mund të marrin ushqime të papërshtatshme nga dietat që shpesh mungojnë nutrientë të rëndësishëm, të tillë si hekuri. Këto ndikime mjedisore nga ana tjetër ndikojnë në zhvillimin fizik tek femrat.

Menarçe, fillimi i menstruacioneve, është një zhvillim relativisht i cili pason një seri të gjatë ndryshimesh hormonale. Në përgjithësi, një vajzë nuk është plotësisht e pjellore deri disa vjet pas menarçe-s. Ndryshe nga meshkujt, femrat zakonisht shfaqen fizikisht të pjekura para se ato të jenë të afta për të ngel shtatzënë. Ndryshimet në karakteristikat seksuale sekondare përfshijnë çdo ndryshim që nuk është i lidhur direkt me riprodhimin seksual. Tek meshkujt, këto ndryshime përfshijnë paraqitjen e qimeve pubike, fytyrës, dhe trupore, trashjen e zërit, ashpërsimit e lëkurës përreth gjymtyrëve të sipërme dhe kofshëve, dhe zhvillimin e gjëndrave të djersës. Tek femrat, ndryshimet e përfshijnë rritjen dhe zhvillimin e gjinjve, zgjerimin e

këllqeve, zhvillimin e qimeve pubike dhe aksilare, zgjerimin e areolave dhe lartësisë së papilave të gjirit. Midis moshës 10 dhe 25, truri i nënshtrohet ndryshimeve që kanë implikime të rëndësishme për sjellje. Truri arrin 90% të madhësinë së tij në 6 vjeç. Kështu, truri nuk do të rritet në madhësi shumë më të madhe gjatë adoleshencës. Megjithatë, rrudhosjet në tru vazhdojnë të bëhen më komplekse deri në adoleshencën e vonët.

Ndryshimet më të mëdha në rrudhosjet e trurit gjatë kësaj kohe ndodhin në pjesët e kores që përgjigjet për proceset njohëse [konjitive] dhe emocionale. Gjatë adoleshencës, sasia e lëndës së bardhë në tru rritet në mënyrë lineare, ndërsa sasia e lëndës gri në tru ndjek një model të përmbysur – U. Disa nga ndryshimet më të rëndësishme zhvillimore në tru ndodhin në korteksin frontal, i cili përgjigjet në vendim-marrje dhe kontrollin e njohjes, si dhe funksione të tjera të larta konjitive. Adoleshenca është gjithashtu një kohë për zhvillimin e shpejtë të aspekteve njohëse. Piaget et al. përshkruan adoleshencën si fazë të jetës në të cilën mendimet e individit fillojë të marrin më shumë se një formë abstrakte dhe egocentrike. Kjo i lejon individit të mendojnë dhe të gjykojnë në një perspektivë më të gjerë.

Një kombinim i studimeve të sjelljes dhe MRI-ve kanë treguar zhvillimin e funksioneve ekzekutive, që është, aftësi njohëse të cilat mundësojnë kontrollin dhe koordinimin e mendimeve dhe sjelljeve, të cilat janë të lidhura në përgjithësi me korteksin frontal [16]. Mendimet, idetë dhe konceptet e zhvilluara në këtë periudhë të jetës në masë të madhe ndikojnë në jetën e dikujt të ardhmen, duke luajtur një rol të madh në karakterin dhe formimin e personalitetit. Ndryshimet biologjike në strukturën e trurit dhe lidhjes brenda trurit ndërveprojnë me përvojat në rritje, njohuritë, dhe kërkesat për ndryshime sociale për të prodhuar rritje të shpejtë të konjitivitetit. Në këtë moment, duke marrë shkas nga të gjitha këto ndryshime fizike, biologjike, mendore dhe sociale, në mënyrë inherite kjo të bën të konsiderosh faktin se edhe praktikrat, njohuritë dhe qëndrimet ndaj ushqyerjes janë në diversifikim, drejt konsolidimit. Kjo gjë na intrigon të mendojmë se adoleshenca është një periudhë gjatë së cilës individi “infektohet” me ‘vese’ dhe ‘qëndrime’ të caktuara në lidhje me ushqyerjen. Përveç disavantazhit ekziston edhe avantazhi: në këtë periudhë ekziston mundësia për të realizuar ndërhyrje preventive në lidhje me zakone dhe praktika të dëmshme për shëndetin.

Tabela 1.4. Mineralet esenciale

| Mineralet | Aktiviteti ne trup | Efekti i mungesës | Burimi ushqimor |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kalciumi | Ndërtimi dhe ruajtja e strukturës kockore, funksioni kardiak dhe muskolor, koagulimi i gjakut | Formimi i dobët i kockave dhe dhëmbëve, rakiti në fëmijë, osteoporoza në të moshuar | Qumështi i pasuruar, djathi, e verdha e vezës, lakra, molusqe, lulelakër, spinaqi, farat e sojës. |
| Hekuri | Ndërtimi i hemoglobinës, muskujt, dhe kockave, transporti i oksigjenit në eritrocitet | Anemi ferro deficitare, rritje lineare e dobët në foshnja, deficienca psikomotorre që prek rendimentin në shkollë. | Hepari, mishi i kuq, gjeli i detit, legumet, e verdha e vezës, pjeshka, molla, stafidhe, kumbullat dhe melasa. |

| | | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Jodi | Ndërtimi i tiroksinës, funksioni normal i tiroides nevojitet për zhvillimin mendor dhe fizik | Vonesë në rritje, prapambetje mendore, kretinizëm | Kripa e jodizuar, prodhimet e detit |
| Fosfori | Ndërtimi dhe ruajtja e kockave, dhëmbëve, qelizave dhe lëngjeve trupore | Rakiti, vonesë në rritje, dhëmbë të dobët | Qumështi, djathi, e verdha e vezës, drithëra, arra, perime |
| Klori | I nevojshëm për të ruajtur ekuilibrin acido-bazik dhe osmotik në lëngje trupore. | Humbje në diarre, me dehidrim, shok dhe vdekje nga sëmundjet diarreike | Qumështi, kripa, peshku, djathi |
| Bakri | Nevojitet për sistemin nervor central dhe formimin e hemoglobinës | Anemia, funksioni i heparit, metabolizmi i acidit askorbik | Prodhime deti, arra, gruri i bardhë, hepari, mishi, perime |
| Fluori | Forcimi i smaltit të dhëmbëve, ndërtimi i kockave | Kariesi dentar dhe osteoporoza në të moshuar | Uji i pijshëm i fluorizuar, shpëlarjet me fluor |
| Magnezi | Ndërtimi i kockave dhe dhëmbëve, enzimave, nevojitet për funksionet kardiake dhe neurologjike | Aritmia kardiake, irritabiliteti nervor | E ngjashme me dietën për kalcium dhe fosfor |
| Natriumi | Balanca e lëngjeve intra dhe ekstra-qelizore, irritabiliteti nervor dhe muskolor | Humbje e lëngjeve, kolapsi cirkulator | Kripa e gjellës, qumështi dhe mishi |
| Kaliumi | Çekuilibër elektrolitik, aritmia kardiake | Ndryshime në sistemin biokimik, kardiomiopati, kardiogjenezë, dëmtime heparit | Perime, drithëra, fruta, banane, pjepri |
| Seleniumi | Antioksidant | Ndikim në sistemin kardiovaskular në pengimin e pllakave atero-sklerotike | Mishi, prodhime të detit, drithëra, veçanërisht tek gruri |

***Burimi:** Përshtatur nga *Raporti i Kirurgëve të Përgjithshëm për Shëndetin dhe Ushqimin*, 1988

1.3 Matja e masës trupore dhe përcaktimi i gjendjes nutricionalë

Indeksi i Masës Trupore (BMI) [ang. **BMI** – *Body Mass Index*] është një metodë standarde e matjes së masës trupore. Ai përcaktohet si një numër, duke përmbledhur statusin nutricional peshën dhe gjatësinë. BMI është klinikisht i dobishëm për individët dhe si një përshkrim i statusit nutricional. Ai kalkulohet si më poshtë:

Në njësi standarte BMI-ja

përlllogaritet nëpërmjet formulës :
$$\rightarrow IMT = \frac{\text{Pesha trupore (në kg)}}{[\text{Gjatësia (në metër)}]^2}$$

Në njësi imperiale BMI-ja

përlllogaritet nëpërmjet formulës :
$$\rightarrow IMT = \frac{\text{Pesha trupore (në paund)} \times 703}{[\text{Gjatësia (në inç)}]^2}$$

Obeziteti përcaktohet për meshkujt dhe femrat si një BMI më tepër se 30, mbipeshë, BMI=25–30; nënushqyerje/nëneshë përcaktohet si BMI < 18.5. Pësia trupore merret si peshë e zakonshme dhe shprehet si një përqindje e dëshirueshme. BMI është një matje e favorshme. Diapazonet e BMI treguar në tabelën 8.5 janë arbitrare por ofrojnë një kategori e dobishme që mund të nevojiten ti shtohet me matje të tjera klinike apo antropometrike. Instituti Kombëtar i Gjakut, i Mushkërive dhe i Zemrës ripunoi standardet në vitin 1998 duke përcaktuar BMI mbi 25 si mbipeshë dhe mbi 30 si obezitet. Kjo përcakton si 55% të popullatës të Sh.B.A. si mbipeshë apo obezë, dhe një risk në rritje për hipertension, diabetin, dhe sëmundjet e zemrës. Këto standarde të reja sjellin standardet e Sh.B.A në pajtim me ato të nxjerra nga OBSH. Nëneshja klasifikohet si BMI nën 18.4.

Tabela 1.5 BMI dhe grada e malnutricionit kronik proteinoenergjitik dhe obezitetit

| Grada | BMI |
|-------------------------------------------|------------|
| <i>Obeziteti</i> | >30 |
| <i>Mbipesha</i> | 25–29.9 |
| <i>Normal</i> | 18.5–25 |
| Malnutricioni proteino–energjitik* | |
| <i>Grada I</i> | 17–18.4 |
| <i>Grada II</i> | 16–16.9 |
| <i>Grada III</i> | <16 |

**Burimi*: Instituti Kombëtar i Mushkërive, Gjakut dhe Zemrës, 1998 & Shils et al., 1994

1.4 Çrregullimet e nën ushqyerjes

Sot gjithmonë e më shumë po përballemi me qindra pyetje rreth shëndetit dhe se çfarë është nutricioni. Nutricioni është një proces që ka dy qëllime: Të sigurojë energji dhe të mbajë strukturën e trupit dhe të mbajë funksionimin e tij. Nutricioni është një input dhe një themel për shëndetin dhe për zhvillimin e tij. Tashmë nuk është më një sekret se një ushqyerje e mirë luan një rol esencial për një shëndet më të mirë.

Një ushqyerje e mirë do të thotë një sistem imun më i fortë, më pak sëmundje dhe më shumë shëndet. Fëmijët e shëndetshëm mësojnë më mirë, njerëzit e shëndetshëm janë më të fortë dhe më produktivë dhe më të aftë për të krijuar mundësi për të thyer gradualisht ciklet e varfërisë dhe urisë në një mënyrë të qëndrueshme [10].

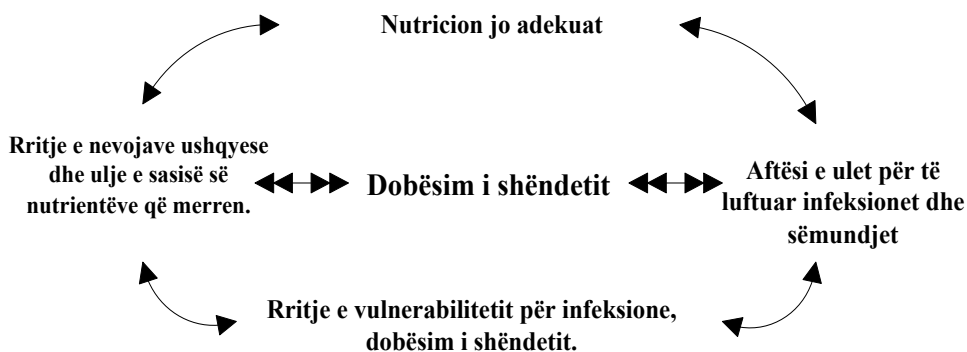
Ushqimi më cilësor është një mënyrë primare për ti dhënë fund varfërisë dhe një qëllim për të arritur një jetë më cilësore. Kohët e fundit është vënë re shumë qartë se lidhja e një ushqyerje të mirë apo të keqe ndikon në shëndetin e personit. Por cilat janë avantazhet e një nutricioni të mirë:

- Ndhmon në mbajtjen e një peshe optimale dhe standarde

- Ndhmon në humbjen e peshës. Humbja e peshës është shpesh ngjarja që fillon një rreth që përsëritet, dhe sjell lodhje që vjen duke u rritur dhe e ul aktivitetin fizik, duke përfshirë mungesën e aftësisë për të përgatitur dhe konsumuar ushqim.
- Ndhmon në parandalimin e humbjes të volumit muskolor dhe në mirëmbajtjen e tyre, duke i dhënë mundësinë personit të jetë në kontroll të jetës së tij për aq kohë sa ata duan të jenë aktivë.
- Ndhmon në zëvendësimin e nutrientëve:
 - Humbje për shkak të sëmundjes.
 - Humbje për shkak të simptomave të tilla si diarreja, të vjellat, humbje oreksi, energjie dhe cilësi e ulët e ushqimit.
- Shpejton rikuperimin nga infeksionet:
 - Nutrientë (veçanërisht proteinat, vitaminat dhe mineralet) nevojiten nga sistemi imunitar për të funksionuar efektivisht dhe nëse këto nutrientë janë të disponueshëm tek një njeri atëherë sistemi imun do të përgjigjet shpejt ndaj infeksioneve.
- Personi është i aftë ti përgjigjet më mirë medikamenteve dhe trajtimeve:
 - Ushqimet dhe nutrientët mund të ndikojnë në mënyrën se si metabolizohen ilaçet
 - Është mirë që të gjitha ilaçet të merren pasi është marrë edhe ushqim, me përjashtim të një grupi medikamentesh që merren para ushqimit.

Ka një lidhje ciklike midis sulmit nga sëmundjet, shëndetit dhe nutricionit. Kështu një individ me një ushqyerje jo adekuate ka një sistem më të dobët imun dhe kjo ul aftësinë për të luftuar disa infeksione (*përfshirë këtu edhe HIV*) dhe kjo i bën këta persona më vulnerabël ndaj infeksioneve. Këto infeksione në këmbim rezultojnë në rritjen e nevojave për nutrientë, por në të njëjtën kohë personi shpesh herë rezulton të ketë oreks të reduktuar dhe ulje të sasisë së ushqimit që merret si një sasi e ulët e nutrientëve, kjo sjell që sistemi nutricional i njeriut të dobësohet gjithnjë e më shumë, dhe kështu vazhdon cikli. (Skema 1.2)

Skema 1.2 Cikli i kequshqyerjes tek adoleshentët



Burimi: Përshtatur nga WHO, 2005

Të gjitha format e një nutricioni jo të përshtatshëm sjellin pasoja të shprehura më kequshqyerje dhe më pas në sëmundje dhe dobësim të shëndetit. Kequshqyerja ka disa forma. Format më të njohura mund të përcaktohen edhe nëpërmjet Indeksit të Masës Trupore janë mbiushqyerja (*mbipesha*), mbiushqyerja e rëndë (*obeziteti*) dhe nënushqyerja.

Nënushqyerja përfshin të paktën 25 sëmundje që rezultojnë nga mungesa e një prej lëndëve ushqimore, proteinave, vitaminave, yndyrave ose mineraleve [2]. Një person ka më tepër mundësi të vuajë nga një mungesë multiple sesa nga mungesa vetëm e një elementi.

Çrregullimet nga mungesat mund të jenë subklinike dhe nuk shfaqin karakteristikat klinike. OBSH dhe UNICEF-i vlerësojnë se më tepër se 200,000 adoleshentë në vendet e zhvilluara janë të kequshqyer dhe në vendet në zhvillim kequshqyerja ndikon në më tepër se gjysmën e rreth 12 milion vdekjeve të adoleshenteve çdo vit.

Adoleshentët e kequshqyer vuajnë nga humbja e kapacitetit mendor dhe fizik [100]. Ata janë subjekte të sëmundjeve dhe komplikacioneve ose vdekjeve nga sëmundje që mund të ishin me pak të rrezikshme. Kjo ndodh më tepër si pasojë e, mungesës së ushqimeve të përshtatshme, injorancës dhe dështimit të sistemit të shëndetit publik për të siguruar shtesa apo plotësues në grupet vulnerabël. Por shkak kryesor mbetet kaosi politik ose represioni, me indiferencën ndaj varfërisë dhe pasojave të saj (*UNICEF, 1998*). Dështimi i sistemeve politike për të mbështetur e promovuar situata që sigurojnë përshtatshmërinë e furnizimit me ushqime, sistemeve shpërndarëse mund të shkaktojë përhapjen e nënushqyerjes dhe urisë. Kaosi në sistemin politik krijon situata në të cilën prodhimi i ushqimeve, ruajtja dhe tregtimi ngecin dhe rezultojnë në pamjaftueshmëri të rritjes të popullatës. Uria është e shprehur sidomos në popullatat që jetojnë në Afrikën sub-saharane, Indi, Azinë juglindore me “*vatra*” sinjifikative të popullatës të nënushqyer në të gjitha komunitet në mbarë botën [104 – 103].

Nënpesha: Malnutricioni proteino-energjetik. Situata e nëneshës, ose malnutricioni proteina energjetik është rezultat i konsumimit të pamjaftueshëm të lëndëve ushqimore (matur në kalori apo joul) për të plotësuar nevojat bazë të trupit njerëzor. Karakteristikat janë humbja e peshës, indit dhjamor trupor dhe masës muskulore, peshë e vogël për gjatësi dhe gjatësi e vogël për peshë. Format e rënda përfshijnë një spektër më të gjerë si vonesë në rritje, dobësim (*Marasmus*) në fëmijë e adoleshentë dhe uri e deri në vuajtje tek adultët. Humbja e peshës në adultë mund të jetë si pasojë e humbjes së oreksit, agjërimit, anoreksisë nervore, të vjellave persistente, pamundësisë për qëllitje, absorbimit jo të plotë dhe rritjes të nivelit të metabolizmit bazal si në ethe të zgjatura, hipertiroidizëm, kancer, diabet melitus apo gjendje të tjera shëndetësore [101–102]. Nënpesha kronike në vendet e zhvilluara

mund të ndodhë në popullata me risk të lartë për shkak të varfërisë, sëmundjeve ose paditurisë për një dietë të përshtatshme.

Në fëmijë e vegjël, malnutricioni proteino–energjetik mund të ndodhë si shkak i infeksionit dhe/ose mungesës së ushqimit. Në vendet në zhvillim, nënushqyerja si pasojë e varfërisë ose dështimit të furnizimit me ushqime është problemi unik më i shpeshtë i shëndetit publik, sidomos në fëmijë dhe në adoleshent. Një adoleshent i kequshqyer është më i prekshëm ndaj infeksioneve, me imunitet dhe rezistencë të ulur. Një adoleshent me infeksion bëhet akoma më i paushqyer dhe si rezultat mund të vuajë nga një vonesë afatgjatë në rritje dhe komplikacione të tjera të dëmshme për shëndetin e tij. Në vuajtjet nga uria ka një reduktim kompesator në nivelin e metabolizmit, puls i dobët dhe i ngadaltë, ulje e presionit të gjakut, humbje e indit dhjamor, humbje e masës muskulore, ulje e tonit muskular, humbje e elasticitetit të lëkurës, lodhje e shpejtë, ngathtësi mendore.

Simptomat e mungesave specifike në vitamina dhe minerale kanë më tepër mundësi të jenë minimale. Rikuperimi i peshës së humbur pas fillimit të ushqyerjes është më i ngadaltë. Vuajtja nga uria më tepër prek fëmijët, adoleshentet, gratë dhe të moshuarit, por më të prekshmit janë foshnjat dhe endacakët. Vonesa në rritje përshkruan dëmtimin në rritje sipas moshës krahasuar me modelet standarde të rritjes. Ajo është më e shpeshtë në adoleshentet e ushqyer jo mirë, në vendet në zhvillim. Dëmtimi i rikuperimit të rritjes pasohet nga sëmundje të tilla si diarreja, infeksionet respiratore akute dhe fruthi, apo sëmundje të tjera.

1.5 Gjendjet e mungesës së vitaminave dhe mineraleve

Gjendjet e mungesës për një ose më shumë lëndë ushqimore janë probleme të rëndësishme të shëndetit publik. Në vendet në zhvillim incidenca varion sipas vendbanimit urban apo rural dhe klasës sociale, por ato përbëjnë faktor kryesor në sëmundshmërinë apo vdekshmërinë e rritur në pjesën më të madhe të të varfërve urban apo rural. Në vendet e zhvilluara, problemi nutritional mbizotërues është obeziteti, por “*xhepa*” sinjifikantë ekzistojnë midis grupeve specifike të popullatës. Edhe në vendet e zhvilluara, gjendjet e mungesat e vitaminave dhe mineraleve mund të përhapen.

Survejimi Kombëtar Nutricional Kanadez në fillim të viteve 1970 tregoi mungesa sinjifikative të vitaminave dhe mineraleve në pjesë të ndryshme të vendit, sidomos në banorët vendas, adoleshentet, gratë, dhe të moshuarit. Adoleshentet ishin një nga kategoritë me të prekura nga këto fenomene, pasuar nga të moshuarit dhe gratë. Shumë vende të zhvilluara kanë ndërmarrë hapa për reduktimin e këtyre problemeve nëpërmjet përmirësimit të standardeve të jetesës si dhe zbatimit të politikave të pasurimit të ushqimeve bazë me vitamina dhe minerale. Raporti Presidencial për Shëndetin në Rusi në vitin 1992, tregon për një rritje të sëmundjeve të mungesës së jodit, anemisë ferro-deficitare, si dhe malnutricionit proteino–energjetik

ne popullatën adoleshente. Situata në Rusi po keqësohet si pasojë e krizës ekonomike globale aktuale dhe ka grupe të mëdha të popullatës që kanë mungesa në mjetet financiare për nutricionin bazë. Si pasojë, ekziston një rrezik i malnutricionit të pastër midis grupeve të tjera vulnerabël, veç adoleshenteve.

1.5.1 Mungesa e Vit. A

Vit. A është esenciale për një funksion të mirë okular dhe shikim normal, kjo për shkak të rolit kryesor që ka në formimin e pigmentit okular. Burimet dietetike të Vit A janë produktet shtazore si e verdha e vezës, mëlçia, bulmeti, qumështi i gjirit, bimët që përmbajnë *karoten* si perimet me gjethe jeshile apo frutat e verdha apo paksa të kuqe, si dhe vaji i palmës së kuqe. Simptomat e mungesës së Vit. A përfshijnë vonesë në rritje, ndryshime në diferencimin dhe morfologjinë e indit mezenkimal dhe epitelial dhe dobësim të shikimit. Mungesa e Vit. A ul rezistencën ndaj infeksioneve dhe rrit ashpërsinë, komplikacionet dhe vdekjet nga sëmundje të ndryshme. Ajo çon në verbimin e natës dhe kseroftalmia (*tharja e syve që çon në gërvishje*). Kjo mungesë është e përhapur me tepër midis adoleshenteve. Ky problem rëndohet më tepër nga tendenca për të hequr perimet nga dieta e adoleshenteve për arsye të një ushqyerje të çrregullt me pak fruta dhe perime dhe me shume yndyra dhe sheqerna.

Mungesa e Vit. A shoqërohet me rritje të mortalitetit dhe doza të larta të Vit. A duhet të jepen si në trajtim ashtu dhe për profilaksi gjatë shpërthimeve epidemike veçanërisht të fruthit. OBSH-ja dhe UNICEF-i llogarit se mungesa e Vit. A prek një numër të madh fëmijësh:

Tabela 1.6. Sëmundshmëria nga mungesa e Vit. A

| | |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Konsum i mangët (subklinike) | 562 milion |
| Konsum i mangët (sensibilitet klinik ndaj infeksioneve) | 231 milion |
| Verbim i natës | 13.5 milion |
| Kseroftalmia | 3.1 milion |
| Dëmtime serioze të syve | 0.5 milion |

Burimi : Sanjoaquin MA, Molyneux ME – Malar. J. (2009)

Masat parandaluese në popullatë të identifikuar si me “përvojë” në mangësitë e Vit. A mund të ulin dukshëm riskun ose mortalitetin ndaj infeksioneve respiratore apo intestinale dhe fruthit në to.

Metodat për përmirësimin e gjendjes së Vit. A përfshijnë shpërndarjen periodike të kapsulave me dozë të lartë sipas moshës, pasurimin e ushqimeve bazë të konsumuara, rritjen e konsumit të ushqimeve të pasura me Vit. A. Shtimi i Vit. A, së bashku me Vit. D, në margarinë, qumësht apo bulmet u praktikua në ShBA, Kanada, dhe Mbretërinë e Bashkuar gjatë Luftës së Dytë Botërore. Kjo praktikë ishte e detyrueshme në Kanada dhe pothuajse e gjithanshme në ShBA. Evidenca kumulative që nga mesi i viteve 1980 kanë përforcuar rëndësinë e Vit. A në luftimin e infeksioneve, si rrjedhojë pasurimi i ushqimeve rekomandohet sidomos për vendet në

zhvillim apo për popullatat që janë subjektet për nivele të larta të infeksioneve si p.sh. personat HIV pozitiv. Shtesat rutine me Vit. A tek adoleshentët tashmë rekomandohet nga OBSH–ja në ndërthurje me programin e imunizimit (*EPI Plus*).

Dozat e mëdha të Vit. A përdoren për trajtimin e fruthit duke pasur dobi të madhe në reduktimin e mortalitetit dhe niveleve të komplikacioneve. Pasurimi i sheqerit me Vit. A ka qenë zbatuar në një numër të madh vendesh në Amerikën e Veriut dhe të Jugut. Filipinasit pasuruan margarinën me Vit. A gjatë vitit 1998. Indonezia po përdor një sërë teknikash për të rritur shtesat dhe pasurimin e ushqimeve me qëllim reduktimin e gjendjeve të mungesave ushqimore.

Politikat e pasurimit të dhënies së Vit. A fëmijëve dhe grave pas lindjes u zbatua në 76 vende në vitin 1996 dhe kjo lëvizje po përhapet me promovimin e OBSH–së dhe UNICEF–it. Toksiciteti i Vit. A mund të ndodhë kur konsumohet rreth 3 herë më tepër se nivelet të lejuara dietetike, zakonisht nga overdozat medikamentoze, sidomos në gratë shtatzënë, alkoolistët, ose personat me sëmundje kronike të heparit. Kjo mund të çojë në hiperkeratinoz (*p.sh lëkurë portokalli*) nauze, të vjella, defekte të lindjes, simptoma gastrointestinale, dermatologjike dhe neurologjike.

1.5.2 Mungesa e Vit. C (Skorbuti)

Skorbuti është një gjendje që lidhet me mungesën e Vit. C (acidi askorbik) në dietë. Ka qenë e shpeshtë midis detarëve në mesjete ose të tjerë të deprivuar nga frutat dhe perimet e freskëta. Mungesa e Vit. C shkakton leziona të lëkurës, dobësi, lodhje, humbje peshe, dhimbje muskulore, sensibilitet ndaj infeksioneve, hemorragji, debilitet dhe madje dhe vdekje në raste të veçanta. Mund të ndodhë në çdo moshë për shkak të dietës jo të përshtatshme.

Skorbuti adoleshent më parë shfaqej në adoleshentet e ushqyer me ushqim artificial, por me ardhjen e pasurimit vitaminik të ushqimit të popullatës ky fenomen është bërë më i rrallë në vendet e industrializuara. Adoleshentet duhet të kenë një burim të Vitaminës C që nga lindja, siç është lëngu i portokalles. Gjatë infeksioneve, rekomandohet rritja e konsumit të Vit. C. Vitamina C rekomandohet gjerësisht si masë parandaluese për reduktimin e nivelit të kolesterolit dhe parandalimin e kancerit, por kjo nuk është vërtetuar plotësisht.

1.6 Çrregullimet e ushqyerjes

Çrregullimet e ngrënies janë një risk shëndetësor i rëndësishëm, kryesisht për vajzat adoleshente dhe një risk shëndetësor i lidhur më profesionin që shoqëron sportin, baletin dhe modelet. Këto çrregullime mund të transmetohet midis njerëzve nga nxitja e grupit, e modës, precedentëve, kontaktet e ngushta midis vajzave adoleshente dhe grave të reja. Moda në shoqëri ka një influencë të madhe në

adoleshentët vulnerabël që mund të hyjnë në një cikël të vetëmohimit ose purgativ (*pastrues*) që mund të jetë shumë dëmtues dhe madje edhe fatale.

Anoreksi nervoze.— Anoreksia nervoze është një kufizim dietetikë i rëndë i vetë-imponuar që mund të jetë kronike ose akute. Kjo gjendje është më e shpeshtë midis vajzave adoleshente dhe grupeve profesioniste të modeleve dhe balerinave. Çrregullimet e ngrënies prekin rreth 5% të femrave në kolegje në Sh.B.A. [USDA, 2008] Anoreksia shpesh shoqërohet me përdorim abuziv të laksativëve dhe diuretikëve ose ushtrime të tepërta.

Karakteristikat specifike më i shpeshtë i anoreksisë është ndjenja anormale ndaj të qenit i shëndoshë dhe humbja e kontrollit për sasinë e ushqimit të ngrënë; kufizim strikt i konsumit të ushqimeve dhe refuzim për të marrë ushqim, humbje e theksuar e peshës, ndërprerje e menstruacioneve, dëmtime të dhëmbëve dhe dhimbje kronike të tyre dhe pasoja serioze që prekin heparin dhe muskulin e zemrës. Karakteristikat psikologjike të rigiditetit, perfeksionimit dhe frika e obezitetit që paraprijnë gjendjen, janë rezistente ndaj trajtimit. Shtrimi në spital është i nevojshëm, me regjime strikte të antidepressantëve dhe terapi sjelljeje. Anoreksia nervoze mund të çojë në vdekje nga uria ose në vetëvrasje.

Bulimia ose ngrënia me qejf— Një ngrënës i qejfit ka një dëshirë për të ngrënë një sasi të madhe ushqimesh brenda një kohe të shkurtër, zakonisht 2 orë a më pak, me të vjella të menduara për të nxjerrë ushqimin për të ruajtur apo mbajtur peshën trupore. Shumë karakteristika janë të ngjashme me ato të anoreksisë nervore. Pasojat fizike të kësaj forme ngrënie mund të jenë të rënda (*siç janë dëmtimet ezofageale nga të vjellat e tepërta*) por janë më të pakta se të anoreksisë nervore. Prezenca e depresionit mund të kërkoj terapi me antidepressant mbështetur dhe me teknika psikoterapie apo modifikimit të sjelljes dhe hospitalizim.

Si dhe anoreksia, ky çrregullim është i shpeshtë në shoqëritë që promovojnë imazhin e bukurisë si dobësi nëpërmjet reklamave dhe presionin social duke prekur psikologjikisht personat me vetëvlerësim të dobët. Kategoria me e prekur janë adoleshentet, ku për shkak të nevojave të larta për energji tejkalojnë konsumin e rekomanduar duke e bërë në mënyrë të përsëritur dhe duke e shtuar.

1.7 Sëmundjet e mbiushqyerjes

Megjithëse vëmendja e medias tenton të fokusohet në format ekstreme të malnutricionit problemet nutricionale më të shpeshta në vendet e industrializuara janë ato të lidhura me mungesat specifike dhe disekuilibrat dietetike. Në Sh.B.A Raporti i Kirurgëve të Përgjithshëm për Shëndetin dhe Nutricionin, 1988, u përqendrua në problemet e nutricionit në vendet e zhvilluara në vitet 1980, me një theksim në një tip të malnutricionit që duhej të përshkruhej si mbinutricion. Raporti u përqendrua në

çështjet e mungesave specifike të vitaminave dhe mineraleve dhe pasurimit të ushqimeve. Sëmundjet e mbinutricionit janë të një rëndësie në rritje edhe në vendet në zhvillim, ndërsa sëmundjet e lidhura më përmirësimin e standardeve të jetesës po prekin gjithmonë e më tepër klasën e mesme si dhe modelet sociale, ushqimi dhe zakonet e ngrënies ndryshojnë nga stilet tradicional drejt dietës perëndimore duke përfshirë kalori të tepërta, sidomos nga ushqimet e yndyrshme dhe mishi i kuq. Këto ndryshime dietetike vihen re veçanërisht tek adoleshentët të cilët janë frekuentuesit më të rregullt të fast-food-eve dhe ëmbëlsirave.

1.7.1 Mbipesha & obeziteti

Zhvillimi ekonomik çon në ndryshime të dietës së popullatës. Zakonet dietetike identifikuar me një “*begati*” apo stil jetese perëndimor karakterizohen nga një tepri të ushqimeve me energji, të pasura me yndyra dhe sheqer të lirë me një mungesë relative të ushqimeve me karbohidrate. Përmirësimet modeste të gjendjes ekonomike të një vendi shoqërohet me një ndryshim epidemiologjik karakterizuar nga një rritje të incidencës të sëmundjeve kronike në moshës së mesme dhe të vonshme. Obeziteti në vendet e industrializuara shoqërohet zakonisht me varfëri dhe rëndësia e tij në shëndetin publik po rritet gjithmonë e më tepër. Obeziteti është një tepri e yndyrave në trup që shkaktohet kur energjia e konsumuar është më e madhe se ajo e harxhuar. Tepria ushqimore mund të ndodhë në një periudhë të shkurtër apo në një periudhë më të gjatë (*toksiciteti kronik ushqimor*). Pështja e tepërt për masën trupore është një problem i shëndetit publik, sepse shoqërohet me vdekje e parakohshme dhe faktor risku për sëmundjen koronare të zemrës, diabetin, hipertensionin, astmën, dhe çrregullime gastrointestinale, në moshat e mëvonshme, si pasojë e dietave të papërshtatshme gjatë adoleshencës.

Megjithëse ka të dhëna për predispozicion gjenetik lidhur me obezitetin, dieta dhe faktor të tjerë ambientale, si jeta sedentare, mund të luajë një rol madhor në sasinë e tepërt të yndyrës trupore. Kufizimi i konsumit kalorik dhe rritja e ushtrimeve janë të këshillueshme për të gjithë personat që kërkojnë të humbin peshën trupore. Individët obezë tentojnë të jenë inaktivë, përpjekjet për të rritur ushtrimet fizike e kanë treguar dobinë e tyre. Medikamentet dhe dietat e modës janë teknika trajtimi që kanë një rrezik për dëmtime të shëndetit dhe çdo humbje në peshë është e përkohshme.

Trajtimi kirurgjikal mund të japë humbje të përhershme në peshë por shpesh me efekte anësore serioze siç është diarreja kronike. Këshillat dhe asistencë nutricionalë për hartimin e dietave me yndyra të ulëta është e rëndësishme, sidomos kur shoqërohet nga ushtrime. Obeziteti është shumë rezistent ndaj trajtimit dhe për këtë arsye parandalimi është një objektiv madhor i shëndetit publik. Kjo kërkon edukim shëndetësor të nënave, fëmijëve të vegjël dhe adoleshentëve me praktika të duhura ushqyese.

Zakonet e të ngrënit dhe të aktiviteteve fizike të mësuara në adoleshence janë shumë të vështira, madje të pamundura, të ndryshojnë. Informacioni rreth zgjedhjes së ushqimeve duhet të bazohet në nevojën për të reduktuar konsumin e yndyrave dhe kripës dhe rritjen e fibrave dhe karbohidrateve komplekse në dietë. Etiketimi i ushqimeve mund të shërbejë për informimin e individëve për përmbajtjen e kalorive dhe yndyrave të artikujve ushqimor për konsum. Individët si dhe qeveria, shkolla, prindërit, media, dhe komuniteti kanë përgjegjësi në promovimin shëndetësor për parandalimin e obezitetit.

Përcaktuesit e obezitetit

Trupi i njeriut mund të metabolizojë proteinat, karbohidratet dhe yndyrnat për të përballuar nevojat energjetike. Depo kryesore e energjisë është në formën e dhjavit, i cili në ndryshim nga proteinat dhe karbohidratet, mund të depozitohet në trup në sasi të mëdha. Kjo mundësi e depozitimit të dhjavit lejon depot energjetike të mobilizohen në raste të urisë ose deprivimit ushqimor.

Nga një perspektivë historike dhe evolutive, vdekja nga uria është një rrezik më i madh se sa nga superbollëku. Të dyja këto dukuri ende ndodhin në botën e sotme, veçanërisht në kohëra lufrash ose kushtesh të tjera politike dhe ekonomike. Përgjatë historisë janë bërë përpjekje për të gjetur mënyrat e përmirësimit të mjaftueshmërisë dhe stabilitetit të rezervave ushqimore. Një organizëm i përshtatur për një situatë në të cilën ushqimi ishte i limituar dhe kërkohet një aktivitet fizik, tani shpesh ballafaqohet me një mjedis në të cilën ushqimet e shijshme dhe plot me energji mund të “fitohen” shumë më lehtë dhe me pak aktivitet fizik.

Në shumë vende të zhvilluara, rritja e modernizimit, një dietë Perëndimore dhe stili i jetesës janë të lidhur me rritjen e prevalencës për mbipeshës. Kjo dukuri, shpeshherë i atribuohet “*tranzicionit ushqimor*”, ose shihet si pjesë e tranzicionit drejt modernizimit. Faktorët që përcaktojnë peshën dhe ndërtimin trupor në mungesë të faktorëve mjedisor madhor nuk janë kuptuar mirë¹⁷⁵. Energjitë e marra dhe ato të harxhuara, mundësia për të depozituar dhjavitin e tepërt nën kushtet e mbiushqyerjes dhe mundësia për të humbur atë nën kushtet e nënushqyerjes, duken të kenë të gjitha faktorë gjenetikë. Megjithatë, faktorët gjenetikë e kanë të vështirë të shpjegojnë rritjen aktuale të prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit që po haset në SHBA, Angli dhe në shumë vende të tjera.

Çuditërisht, pak dihet mbi këto rritje në mbipeshë dhe obezitet. Është e qartë se XXVI sjellja individuale, së bashku me faktorët socialë, kulturor dhe mjedisor duhet të luajnë një rol të rëndësishëm. Është e mundur që një ndërveprim gjen-mjedis, në të cilën përgjigja gjenetike individuale ndaj një mjedisi me mundësi të rritura për

konsumimin e ushqimeve të shijshme dhe mundësi të pakta për të harxhuar energji, kontribuon në prevalencën aktuale të lartë të obezitetit.

Në to kontribuon edhe reduktimi i aktivitetit fizik dhe ndryshimet në energjitë e marra, por këto janë të vështira të maten. Zakonet e të ushqyerit shpesh fitohen gjatë fëmijërisë dhe fëmijët shpesh nuk konsumojnë dieta të shëndetshme.

Gjithashtu, shumë adoleshentë nuk kryejnë aktivitet fizik. Në vitin 2005, rreth 36% e adolentëve morën rekomandime për të kryer aktivitet fizik. Përveç kësaj, pothuaj 40% e tyre shikonin 3 ose më shumë se orë televizor në ditë dhe vetëm 33% kishin edukim fizik ditor në shkollë. Për të rriturit, përdorimi i duhanit mund të konsiderohet midis përcaktuesve mjedisorë të peshës dhe mbipeshës. Ndërprerja e duhanit shpesh lidhet me një rritje në peshë.

Duhanpirja lidhet me peshë të vogël trupore dhe një prevalencë më të ulët të mbipeshës dhe obezitetit. Megjithëse nuk është i qartë mekanizmi i saktë, kjo duket se lidhet më shumë me efektin direkt të nikotinës në metabolizëm se sa me reduktimin e energjive të marra nga duhanpirësit.

1.8 Diabeti

Diabeti mellitus, është një çrregullim metabolik kronik i përhapur nëpër botë. Ai zhvillohet në individë që kanë mangësi të prodhimit të insulinës ose insulina e të cilëve është e dëmtuar në funksion. Si rezultat, ata kanë kapacitet të reduktuar të përdorimit të glukozës që vjen nga ushqimet me karbohidrate ose nga depot e glikogjenit në trup.

Tipi I, insulino–vartës ose *diabeti juvenil* shfaqet në fëmijëri ose adoleshencë për shkak të dështimit të prodhimit të insulinës, zakonisht si pasoje e dietave shumë te parregullta dhe te papërshtatshme, por influencohet dhe nga faktorë gjenetike dhe menaxhimi tij kërkon kontroll dietetikë si dhe insulinë.

Tipi II apo i vonshëm, nutricional, apo diabeti jo–insulino–vartës shfaqet në moshat e mesme apo të moshuar, kryesisht për shkak të konsumit të tepërt kalorive në dietë, me yndyra të saturuara apo konsum i ulët i fibrave në dietë, që rezulton me uljen e sensitivitetit ndaj insulinës dhe tolerancë të thyer të glukozës. Predispozicioni gjenetik dhe influencat fetale të mundshme rezultojnë në prevalencë të lartë të diabetit Tip II në disa grupe etnike si vendasit amerikanë, australianë, inuitë, por prevalenca rritet nga faktorë shoqëror që përfshijn dietën e varfër, mungesën e ushtrimeve fizike dhe abuzimin alkoolik.

Kjo ndërvepron më faktorë të tjerë riskantë, siç është pesha trupore, për të nxitur shfaqjen e sëmundjes. Tipi I dhe II i diabetit kërkon ushqyerje shumë të kujdesshme. Që nga zbulimi i insulinës nga Frederick Banting dhe Charles Best në Toronto në

1921, Tipi I i diabetit menaxhohet nga rregullimi i glicemisë me injektime ditore të insulinës, më monitorimin e glicemisë, dietë dhe ushtrime.

Tipi II është i kontrollueshëm nga dieta dhe ushtrime, por mund të kërkojë medikamente për të mbajtur të ulur sheqerin në gjak. Rreth 80 % e pacientëve me diabet Tip II janë obezë. Shëndeti publik modern kërkon uljen e peshës për pacientet diabetik obezë për reduktimin e riskut të lartë të sëmundjes koronare të zemrës dhe goditjes cerebrale.

Ushqimi luan një rol të rëndësishëm në shfaqjen e diabetit Tip II dhe në menaxhimin e tij, kështu që duhet të kultivohet një kulturë ushqyerje që në fëmijëri dhe adoleshencë. Obeziteti është shkaku kryesor i diabetit.

Rreziku i tij rritet mbi 53 herë në obezitetin e shkallës së rëndë. Nga rreth 18 milion diabetikë në SHBA në vitin 2002, rreth 10% e tyre janë diabetikë të tipit-1 (*juvenil*). Këta individë zakonisht e zhvillojnë diabetin në vitet e hershme të jetës, zakonisht para moshës 20 vjeç. Ky tip diabeti nuk ka lidhje me obezitetin. Diabeti i zhvilluar tek fëmijët, deri në vitin 1980, ishte gjithmonë i tipit-1.

Por me rritjen e obezitetit në fëmijë, deri në 40% (varet nga raca, e cila gjithashtu lidhet me diabetin) kanë diabetin tip-2. 90% e diabetikëve që janë bërë të tillë në moshë adulte (*me formalisht njihen si diabetikë të tipit-2*), zakonisht e zhvillojnë diabetin midis moshës 30-60 vjeçare.

Ky tip obeziteti është i lidhur gjithmonë me obezitetin dhe duket të jetë i lidhur me prodhimin nga indet dhjamor të një substance hormonale (*citokinës*) si dhe të rritjes në gjak të nivelit të lipoideve, dukuri e cila ndodh në diabet. Në shumicën e personave me diabet, ulja e peshës me 10% mund të eliminojë ose të reduktojë nevojën për mjekim oral ose injeksione me insulinë.

1.9 Sëmundjet kardiovaskulare

Ekziston një lidhje e fuqishme midis dietës, stilit të jetesës dhe riskut për sëmundje kardiovaskulare (*SKV*) dhe veçanërisht konsumit të yndyrave të saturuara dhe incidencës së kësaj sëmundje.

Niveli i kolesterolit mund të reduktohet nga ulja e konsumit dietetik të ushqimeve të pasura me kolesterol dhe rritja e ushqimeve të pasura me fibër dhe lipideve me densitet të lartë (*HDL*), siç janë vaji i ullirit dhe avokado.

Vdekshmëria nga SKV dhe goditja cerebrale është ulur ndjeshëm në vendet perëndimore, por goditja akoma ndodh në gjysmë milion persona në Sh.B.A me

vdekje të 150,000 personave, numër i madh i të paaftëve dhe kosto e kujdesit shëndetësor (*vlerësohet me \$ 11 milion në fund të viteve 1980*).

Llogaritja e incidencës së goditjes cerebrale bazuar ne studimin e Framingham, nënvlerësoi incidencën e vërtetë meqenëse studimi u përqendrua në popullatën e bardhë të shtresës së mesme; studimet bazuara ne popullata me përfaqësuese raportojnë incidencë më të lartë meqenëse goditja cerebrale është me shpeshtë në popullatat me ngjyre të zezë dhe hispanikët.

Hipertensioni dhe diabeti janë faktorë riskantë madhorë për SKV dhe goditjen cerebrale. Hipertensioni shoqërohet me çekuilibër nutritional, me yndyra të tepërta dhe konsum të paket të frutave dhe perimeve. Parandalimi kryesisht dietetikë, humbja e peshës, rritja e aktivitetit fizik. Nutricioni dhe dieta luan një rol të madh në kujdesin klinik të pacientëve me SKV si dhe politikat e shëndetit publik të lidhura me ushqimin, nutricionin dhe ndërjegjen e popullatës.

Alkooli, sidomos vera e kuqe, në sasi të moderuar ka një efekt mbrojtës kundër SKV, por në sasi të mëdha mund të ketë efekt negativ. Ndërhyrjet promociionale shëndetësore dhe klinike duhet të promovojnë një depistim të rregullt për hipertensionit, faktorët riskantë shoqëruar dhe menaxhim i kujdesshëm i hipertensionit për të ulur riskun e SKV. Medikamentet anti-hipertensivë luajnë një rol të rëndësishëm në parandalimin e komplikacioneve të kësaj gjendje.

1.10 Kanceri

Lidhja midis lëndëve ushqimore specifike dhe tumoret është vërtetuar më pak se lidhja midis dietës dhe SKV. Lidhja midis konsumit të ushqimeve dhe nivelit të kancerit mbështetet nga studimet që përfshijnë: ndryshime e nivelit të kancerit në grupet etnike pas migrimit me ndryshime në modelet dietetike. Studimet rast-kontroll të pacientëve me kancer dhe kontrollit, studimet prospektive të popullatës me dietë të njohur dhe të dhëna eksperimentale në kafshë.

Tumoret në të cilat dieta është i implikuar si një faktor etiologjik përfshijnë tumoret e kavitetit oral dhe faringut, laringut, trakti gastrointestinal, gjirit, hepar, pankreasit, mushkërisë, endometriumit, qafës së mitrës dhe prostatës. Tashmë pranohet se ka një lidhje midis dietës dhe vendeve specifike të tumoreve [15].

Dietat e forta me konsum të lartë të yndyrave shoqërohen me kancer të prostatës dhe të kolonit, pesha e madhe trupore me kancerin e endometriumit, alkooli me kancerin e ezofagut, duhani, turshitë, ushqimet e kripëra me kancer të stomakut. Efekte mbrojtëse e dietës të pasur në fruta, drithëra të bardha, perime në kancerin e kolonit apo në kancere të tjerë janë për shkak të Vit. A, C dhe efekteve të tjera të antioksidantëve [1-99].

Tabela1. 7 Lidhja midis faktorëve dietetike dhe vendeve specifike të tumoreve

| Lokalizimi i kancerit | Pesha trupore | Yndyra | Fibra | Fruta / perime | Alkooli | Të tymosura / turshitë / të kripurat |
|-----------------------|---------------|--------|-------|----------------|---------|--------------------------------------|
| Mushkëri | 0 | 0 | 0 | P | 0 | 0 |
| Gjiri | C | 0 | 0 | 0 | C | 0 |
| Koloni | 0 | C* | P | P | 0 | 0 |
| Prostata | 0 | C* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fshikëza urinare | 0 | 0 | 0 | P | 0 | 0 |
| Rektumi | 0 | C | 0 | P | 0 | 0 |
| Endometrium | C* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Goja | 0 | 0 | 0 | P | C | 0 |
| Stomaku | 0 | 0 | 0 | P | 0 | C* |
| Qafa e mitrës | 0 | 0 | 0 | P | 0 | 0 |
| Ezofagu | 0 | 0 | 0 | 0 | C* | C |

C– ndikon në zhvillimin e kancerit, C ndikim të madh në zhvillimin e kancerit, P– efekt mbrojtës, 0–efekt i panjohur.

Burimi: OBSH 1990, Raport i Kirurgëve të Përgjithshëm për Shëndetin dhe Nutricionin, 1988.

Disa epidemiologë mendojnë se 30–40% të kancereve në meshkuj dhe 60% në femra janë të lidhura me dietën [31]. Që nga viti 1960, ka pasur një interesim në rritje që dieta luan një rol të rëndësishëm, ndonëse të papërcaktuar në karcinogjenezë [34]. Dieta mesdhetare që është e ulët në yndyra ne total dhe ato të saturuara, e lartë në perime jeshile e të verdha dhe agrume, e ulët në alkool, të tymosura, turshi të kripura dhe ushqime të ruajtura me kripë, përbën një risk të ulët për shumë nga kanceret aktualë.

Udhëzimet dietike për parandalimin e kancereve bazohen si më poshtë:

1. Konsum i lartë i frutave, perimeve dhe drithërave
2. Konsum i ulët i ushqimeve të tymosura, turshive, të kripurave
3. Konsum i pakët i yndyrave shtazore (*me 30% të totalit të konsumit kalorik të yndyrave nga të gjitha burimet*)
4. Konsum i moderuar i alkoolit
5. Konsum kalorik i moderuar dhe aktivitet fizik për të reduktuar obezitetin

Nutricioni në shëndetin publik përfshin një program të gjerë të edukimit shëndetësor, dhe programet e promovimit shëndetësor janë parandalime efektive. Qeveritë sidomos departamentet e bujqësisë dhe financave, duhet të ndërmarrin hapa për të siguruar furnizime me fruta dhe perime me kosto të ulët për konsumatorët.

Vendimet që prekin furnizimin dhe çmimin e ushqimeve bashkëveprojnë me interesat e fermerëve, prodhuesve, agrobiznesit, transportit dhe ruajtjes, si dhe tregtarëve të ushqimeve dhe industrisë ushqimore.

Megjithatë, ato ekzistojnë në një kontekst social në të cilën opinioni publik dhe fuqia blerëse ndikon në tipin e produktit të ofruar dhe në dispozicion.

1.11 Komplikacione emocionale dhe sociale

Vetë-vlerësim i ulët dhe fyerjet - Shpesh fëmijët ngacmojnë ose fyejnë bashkëmoshatarët e tyre obezë ose nënpeshë, të cilët vuajnë një humbje të vetë-vlerësimit si dhe një rrezik të shtuar për depresion.

Probleme që lidhen me sjelljen dhe me procesin e të mësuarit – Adoleshentët me mbipeshë ose nënpeshë tentojnë të kenë më shumë ankth dhe aftësi më të pakta sociale se sa fëmijët e tjerë. Në raste ekstreme, këto probleme mund të çojnë në braktisjen e shkollës nga këta fëmijë. Nga ana tjetër, këto probleme mund të çojnë në tërheqje sociale të fëmijëve mbipeshë. Gjithashtu, stresi dhe ankthi interferojnë në procesin e të mësuarit.

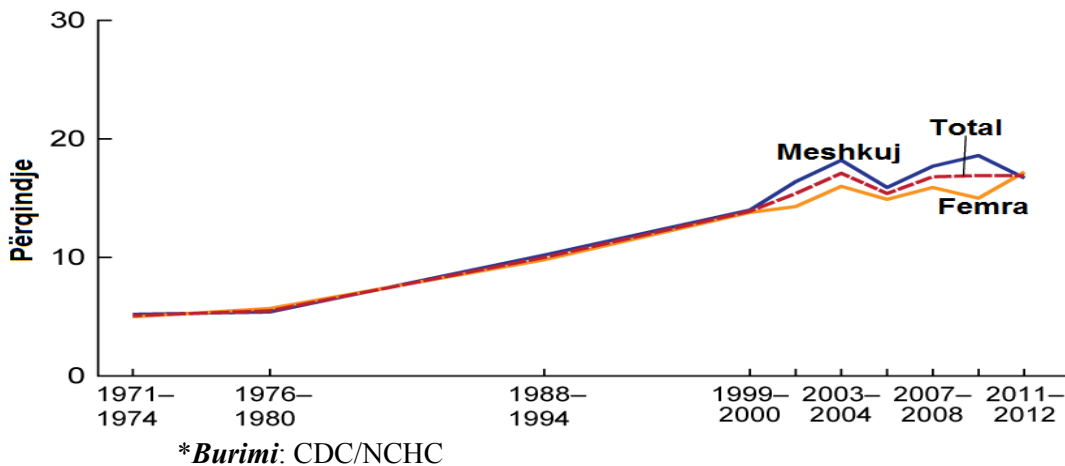
1.12 Situata nutricional globale e adoleshentëve

Aktualisht në botë, për sa i përket statusit nutricional të adoleshentëve, flitet për një kequshqyerje e cila në shumicën e rasteve çon në obezitet. Fenomeni më i përfolur në botë për kequshqyerjen e adoleshentëve është obeziteti. Obeziteti në adoleshencë është një gjendje, në të cilën dhjamosja e tepërt luan një rol negativ në mirëqenien dhe shëndetin e individit. Obeziteti në moshat e reja dhe veçanërisht në adoleshencë është kthyer në një pandemi duke pasur një incidencë në rritje, një prevalencë prej 150 milion adoleshentë obezë në botë dhe një tendencë që kjo shifër të dyfishohet në vitet në vazhdim [110]. Në vendet e zhvilluara shihet një rritje e frikshme e prevalencës së obezitetit [110 – 88]. Kryesisht ndryshimet ekonomike e kanë nxitur këtë dukuri duke sjellë ndryshime në dietë, por dhe një jetë tepër sedentare e cila mbështet fuqishëm zhvillimin e obezitetit ne adoleshencë.

Situata në botë paraqitet shqetësuese për disa shtete dhe në qoftë se do ti kategorizonim të dhënat në kontinente tabela e mëposhtme do te paraqiste ne mënyrë më të kuptueshme (krahasuar me botën), se cili shtet ka prevalencë më të lartë apo më të ulët të obezitetit për mosha adoleshente.

Këtu Shqipëria shihet si një shtet me shkallë të lartë të nënpeshës dhe me një prevalencë shumë të ulët të obezitetit dhe mbipeshës. Situata aktuale krahasuar me shtetet e tjera te botes, nuk është shume shqetësuese, por ne vendet e tjera te botes obeziteti ne adoleshence ka evoluar me shpejtësi dhe shpeshherë ne vende si ShBA, Meksike, Greqi, Mbretëri e Bashkuar, etj. referohen si pandemi te obezitetit ne adoleshence. Ndryshime ne strukturën e situatës se obezitetit ne adoleshence akne pasur shume shtete. Rasti me tipik dhe klasik është ShBA ku ilustruhet dhe me **Grafikun** më poshtë.

Grafiku1.1 Situata e obezitetit në adoleshentët e ShBA. gjatë viteve



Siç shihet dhe nga grafiku, ka një dinamizëm të obezitetit në gjini dhe kohe ku interesant është momenti nga viti 2011 deri në 2012 ku vihet re një balancim (*barazim*) i prevalencës së obezitetit në femrat dhe meshkujt adoleshentë. Me 1988–1994 situata ka qenë në disfavor të meshkujve ku shquhet një prevalencë 11,3% kundrejt 9,75% tek femrat adoleshente [100].

Por situata ka qenë ndryshe në vitet 1971–1974 ku rezultati përmbysset lehtë dhe femrat janë më obeze se meshkujt, por ky s’është ndryshim i përfillshëm duke qenë se ka një ndryshim me vetëm 0,1% mes meshkujve dhe femrave adoleshente.

Në studimin tonë do të kërkojmë të gjejmë ndryshime reale në gjini dhe nivel arsimor (*Shkolla 9–vjeçare kundrejt shkollave të mesme dhe të larta*). Do të vlerësojmë gjithashtu statusin aktual nutricional dhe mënyrat, qëndrimet dhe njohuritë (*nëpërmjet të dhënave të fokus grupeve dhe përgjigjeve të pyetjeve të hapura në pyetësor*) të popullatës adoleshente në Shqipëri.

1.13 Çfarë konsumojnë adoleshentët shqiptarë

Dieta e adoleshentëve në Shqipëri ka si bazë të saj drithërat e përfaqësuar nga buka. Konsumi i bukës është ndër më të lartit e krahasuar me vendet Evropiane, duke sjelle në racionin ditor rreth 2/3 e energjisë së përgjithshme dhe proteinave. Patatet, fasulet, orizi, patëllxhanët, domatet edhe qepet janë shumë të përdorshme, ndërkohe që sallatat jeshile dhe frutat me pak të përdorshme [76]. Nga produktet e qumështit krahas djathit, në të gjitha zonat përdoret gjiza, kosi është gjithashtu mjaft i konsumueshëm [68–69]. Pjesa më e madhe e tyre konsumojnë qumështin, ndërkohe që peshku përdoret rrallë.

Shume produkte ushqimore gatohen të skuqura, zakonisht në vaj luledielli dhe në disa raste me vaj ulliri. Pjesa më e madhe e familjeve të varfra konsumojnë gjysmën e produkteve ushqimore që konsumojnë familjet e mesme; bëhet fjalë për

mishin, qumështin, kosin, patatet dhe perimet. Në të tilla raste, familjet e varfra e modifikojnë dietën e tyre duke konsumuar ushqime me pak te kushtueshme dhe me vlera te ulte ushqyese. Kjo padyshim ka pasoja për performancën e adoleshentëve në arsim dhe forcën punonjëse për ardhmen tyre si profesionist [91– 92].

Në zonat urbane, gjenden në treg ushqime me vlera të plota ushqyese, por çmimet e tyre janë shume të larta në disa raste, prandaj ato mungojnë në racionin ushqimor të pjesës më të madhe të shqiptarëve. Si rezultat i çmimeve dhe sezonalitetit të disa produkteve ushqimore, dieta tenton të behet monotone, kryesisht për familjet e varfra.

Që nga fillimi i tranzicionit për ekonominë e tregut, Shqipëria ka pasur një strukture deficitare në produktet kryesore bujqësore, në veçanti drithëra, fara vajore dhe sheqer. Në periudhën 1980–1993 , energjia e përgjithshme ushqimore e kërkuar është rritur me 1.3% ne vit. Si rezultat i rritjes së popullsisë dhe ndryshimeve në strukturën e popullsisë, kërkesat parashikohen të rriten 1.6% për periudhën 1993–2010. Kjo rritje është parashikuar të jetë më e madhe në zonat urbane e cila është 1.9 % për periudhën 1980 – 1993 dhe pritet të jetë 3.0% për vitet 1993 – 2010 [86–75]. Konsumimi ditor i karbohidrateve tek adoleshentët, nëpërmjet marrjes së glukozës, siguron energjinë e nevojshme për të gjithë qelizat e organizmit të njeriut dhe veçanërisht të trurit. Organet që sigurojnë energjinë nëpërmjet glukozës kanë nevojë për rreth 200 g/ditë glukozë, nga të cilat 130 g/ditë harxhohen nga truri. Duke u nisur nga këto vlera, Organizata Botërore e Shëndetësisë (**OBSH**) rekomandon, që marrja ditore minimale e karbohidrateve të jetë 130 g/ditë në mënyrë që të sigurohet energjia e nevojshme për trurin dhe të shmanget përdorimi i proteinave (*glukoneogenezë*) dhe i yndyrave (*rritja e lipolizës*) për energji.

Gjithashtu, ato rekomandojnë se individët e shëndetshëm duhet të marrin ndërmjet 45% – 65% të kalorive totale ditore nga karbohidratet (*d.m.th. 265 – 380 g/ditë karbohidrate për 2345 cal/ditë*) nga të cilat jo më shumë se 25% të jenë nga sheqeri suplementar (*i shtuar*). Ndryshe nga laktoza dhe fruktoza (*sheqeri natyral*), sheqeri i shtuar është i inkorporuar në ushqime dhe pije gjatë përpunimit dhe prodhimit të tyre duke rritur kështu vlerat energjetike të tyre. Pijet joalkoolike, lëngjet e frutave, ëmbëlsirat dhe produktet e qumështit (*akullore dhe kosi i frutave*) janë produkte nëpërmjet të cilave merret sheqeri i shtuar. Gjithashtu, marrja e ushqimeve të pasura me karbohidrate (*drithëra, zarzavate, fruta, qumësht, etj.*) shërben edhe si burim i marrjes së vitaminave, mineraleve dhe fibrave. Kështu, OBSH rekomandon se marrjet ditore të fibrave në meshkuj dhe femra poshtë moshës 50 vjeç duhet të jenë 38 g/ditë dhe 25 g/ditë respektivisht, ose mesatarisht 14 g fibra/1000 çal në ditë. Mbi moshën 50 vjeç, për shkak të rënies së kalorazhit total ditor, marrja ditore e fibrave duhet të jetë 30 g/ditë për meshkujt dhe 21 g/ditë për femrat.

Rekomandime për marrjen e proteinave; Që sasia e azotit të marrë me proteina të jetë e barabartë me atë të eliminuar, d.m.th. të kemi balancë azoti, duhet të merren

jo më pak se 0.8 g/kg proteina në ditë ose 46 g/ditë proteina për femrat dhe 56 g/ditë për meshkujt. Gjithashtu, OBSH rekomandon se individët e shëndetshëm duhet të marrin ndërmjet 10% – 35% të kalorive totale ditore nga proteinat, të cilat mund të sigurohen nga konsumimi i frutave, zarzavateve, vezëve, mishit, peshkut, qumështit dhe produkteve të tyre. Dietat që sigurojnë më shumë se 35% të kalorive nga proteinat shoqërohen me rritje të riskut për sëmundje kronike. Rritja e konsumimit të proteinave shtazore shoqërohet me rritje të marrjes së yndyrave të ngopura dhe të kolesterolit, të cilat rrisin riskun për sëmundje kardiovaskulare.

Rekomandime për marrjen e yndyrave: Yndyrat e marra me ushqime janë burimi më i madh i energjisë për organizmin e njeriut dhe njëkohësisht ndihmësit kryesor të thithjes së vitaminave. Acidet yndyrore të pangopura dhe shumë të pangopura ulin përqëndrimin e kolesterolit në gjak dhe kur zëvendësojnë acidet yndyrore të ngopura ato ulin riskun për sëmundje kardiovaskulare. Gjithashtu, individët duhet të marrin me ushqime dy tipe të acideve yndyrorë shumë të pangopur, acidin linoleik (*Omega-6*) dhe linolenik (*Omega-3*), të cilët nuk mund të sintetizohen nga organizmi i njeriut. Kështu, OBSH bën këto rekomandime për marrjen totale të yndyrave dhe të acideve yndyrore:

Yndyrat totale: 20% – 35% e kalorive totale duhet të merren nga yndyrat burim kryesor i të cilave duhet të jenë ato ushqime që sigurojnë acide yndyrore të pangopur dhe shumë të pangopur, siç janë peshku, vajrat bimorë dhe arrat, bajamet e lajthitë. Marrja mbi 35% e kalorive totale nga yndyrat rrit sasinë e acideve yndyrore të ngopur dhe rrit marrjen e kalorive shtesë, ndërsa marrja nën 20% e kalorive nga yndyrat rrit riskun për deficit të vitaminave (AEDK) dhe të acideve yndyrore kryesore ($\omega-3$ dhe $\omega-6$).

Acidet yndyrore të ngopur: Duhet të sigurojnë më pak se 10% të kalorive totale ditore.

Acidet yndyrorë “trans”: Duhet të merren në nivele sa më të ulëta të mundshme, që të sigurojnë më pak se 1% të kalorive totale ditore.

Kolesteroli: Duhet të merret më pak se 300 MS/ditë.

Acidet yndyrorë shumë të pangopur: 6%–10% e kalorive totale ditore duhet të sigurohen nga acidet yndyrorë $\omega-6$ (ose 17 g/ditë për meshkujt dhe 12 g/ditë për femrat) dhe 1% – 2% e kalorive totale ditore duhet të sigurohen nga acidet yndyrorë $\omega-3$ (ose 1.6 g/ditë për meshkujt dhe 1.1 g/ditë për femrat).

KAPITULLI II

2. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT SPECIFIKE TË STUDIMIT

Qëllimi i studimit tone është të realizojë hulumtimin e situatës nutricionale, mënyrave të ushqyerjes dhe statusit nutritional në adoleshentë (13–19 vjeç) të Republikës së Shqipërisë.

2.1 Objektivi i përgjithshëm

Përcaktimi i prevalencës dhe determinantëve të ushqyerjes tek adoleshentët 13 deri 19 vjeç në Shqipëri, për periudhën kohore 2013-2015.

Objektivat specifike të studimit janë:

- Paraqitja dhe përshkrimi i variablave kryesorë të studimit tonë.
- Përcaktimi dhe vlerësimi i treguesve antropometrikë si BMI e përgjithshme dhe specifike në adoleshentët e Republikës së Shqipërisë.
- Vlerësimi i mënyrave të ushqyerjes sipas karakteristikave të ndryshme.
- Vlerësimi i cilësisë së ushqyerjes dhe stilit të ushqyerjes
- Vlerësimi i ushqyerjes lidhur me stilin e jetesës
- Vlerësimi dhe përcaktimi i incentivave dhe pengesave për një ushqyerje të shëndetshme
- Vlerësimi dhe përcaktimi i piramidës reale ushqimore
- Përcaktimi i prevalencës së kequshqyerjes
- Vlerësimi dhe përshkrimi i mënyrave të ushqyerjes
- Vlerësimi i lidhjes së stilit të jetesës, nivelit socio–ekonomik, njohurive dhe qëndrimeve me mënyrat e ushqyerjes
- Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve mbi ushqyerjen
- Vlerësimi i situatës nutricionale statusit nutritional të adoleshentëve në Republikën e Shqipërisë.
- Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) të treguesve antropometrikë (BMI) me marrjen ditore të proteinave, yndyrave dhe karbohidrateve;
- Vlerësimi i lidhjeve (shoqërimeve) të faktorëve të ndryshëm të zakoneve të ushqyerjes me stilin dhe cilësinë e ushqyerjes.
- Vlerësimi dhe përcaktimi i prevalencës së obezitetit, nënpeshës, peshës normale dhe fenomeneve të ndryshme shëndetësore që kanë lidhje me ushqyerjen.
- Vlerësimi dhe përcaktimi i nevojave reale nutricionale të popullatës në studim.

KAPITULLI III

3. HIPOTEZAT E STUDIMIT

*Hipoteza Nr 1:*Në Shqipëri, nënpesha është më e shpeshtë tek femrat.

*Hipoteza Nr 2:*Në Shqipëri, piramida ushqimore e adoleshentëve është e ndryshme nga piramida e rekomanduar nga organizmat e akredituar përkatës ndërkombëtar.

*Hipoteza Nr 3:*Në Shqipëri, praktikat ushqimore që ndjekin adoleshentët janë ato të *fast-food*-eve, duke lënë pas në këtë mënyrë praktikat e tjera të shëndetshme si ato shtëpiake.

*Hipoteza Nr 4:*Lidhje (shoqërim) pozitiv i BMI-së me të dhënat socio-demografike

*Hipoteza Nr 5:*7. Diferenca të marrjes së makro- dhe mikro-nutrientëve ndërmjet adoleshentëve të grup-moshave dhe cikleve studimore të ndryshme.

KAPITULLI IV

4. METODOLOGJIA E STUDIMIT

4.1 Tipi i studimit:

Transversal (kros-seksional) kuali-kuantitativ, me dy komponentë:

Deskriptiv (përshkrues): ky komponent i referohet përshkrimit/vlerësimit të prevalencës dhe shpërndarjes së elementëve ushqimorë sipas karakteristikave demografike, social-ekonomike dhe stilit të jetesës në popullatë;

Analitik: ky komponent i referohet vlerësimit të lidhjes (shoqërimit) të elementëve ushqimorë me karakteristikat demografike, faktorët social-ekonomikë dhe stilin e jetesës e individëve të përfshirë në studim.

Studimet transversale janë të vetmet studime që vlerësojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë prevalencën e faktorëve të rrezikut në popullatë. Gjithashtu, këto lloj studimesh janë shumë të volitshme për sa i takon aspekteve praktike si kohëzgjatja, kostoja e nevojshme si dhe burimet njerëzore. Nga kjo pikëpamje, zgjedhja e një tipi të tillë studimi është krejtësisht e justifikuar për vlerësimin e elementëve të ushqyerjes në popullatën adoleshente Shqiptare. Nga ana tjetër përzierja e metodës kuantitative dhe kualitative është një risi në këtë studim sepse po aplikohet për herë të parë në Shqipëri.

4.2 Popullata në studim

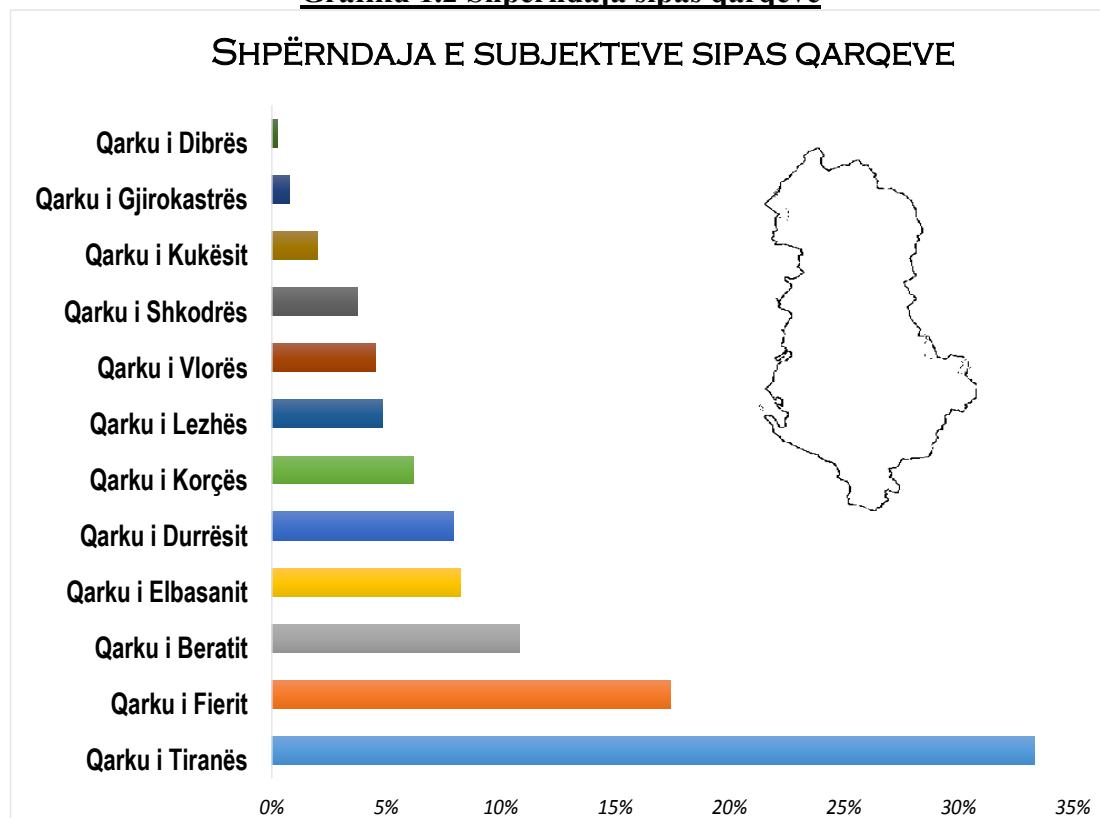
Në këtë studim u përfshi një kampion përfaqësues i popullatës adoleshente të Republikës së Shqipërisë nga mosha 13 deri në 19 vjeç. Ky kampion i përbërë prej 12462 individësh u përzgjedh në Shkollat 9-vjeçare, Shkollat e Mesme dhe viti i parë i shkollës së lartë në 12 qarqe të Republikës së Shqipërisë. Madhësia e kampionit prej 12462 individësh u bazua në llogaritje të ndryshme të përfuara nga programi WIN PEPI 4.0 (Windows Program for Epidemiologists, version 4.0). Për llogaritjen e kampionit të nevojshëm në një studim transversal duhet që të supozohet një vlerë e pritshme e caktuar në popullatë e karakteristikës së interesit (në rastin konkret, mënyrave të ushqyerjes dhe situatës nutricionalë). Për të siguruar rezultate sa më të sigurta nga pikëpamja statistikore, u vendos që në kampion të përfshihen 12500 individë nga të cilët vetëm 12462 u përgjigjën, studimi ynë ka një reagueshmëri (response-rate) të lartë (99,69%).

4.3 Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave u mundësua nëpërmjet ekzaminimit fizik dhe një pyetësori gjysmë të strukturuar të vetë administrueshëm, që u shpërnda në nxënës të shkollave 9–vjeçare, të mesme dhe të lartë. Ekzaminimi fizik përfshiu vlerësimin e peshës dhe gjatësisë. Bazuar në gjatësinë dhe peshën e individëve, u llogarit treguesi i masës trupore si raport i peshës (në Kg) me gjatësinë (në m) në katror. Studentë të trajnuar apriori nga Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike u përfshijnë në mbledhjen e të dhënave dhe mbuluan qarqe të ndryshme në Republikën e Shqipërisë. Shpërndarja e këtyre studentëve sipas qarqeve është si më poshtë.

Pas plotësimit të pyetësorit dhe matjes së parametrave antropometrikë, nxënësit iu nënshtuan intervistave *face-to-face* dhe fokus grupeve të përbëra nga 5–6 individë. Të gjitha të dhënat u ruajtën si konfidenciale dhe anonime.

Grafiku 1.2 Shpërndaja sipas qarqeve



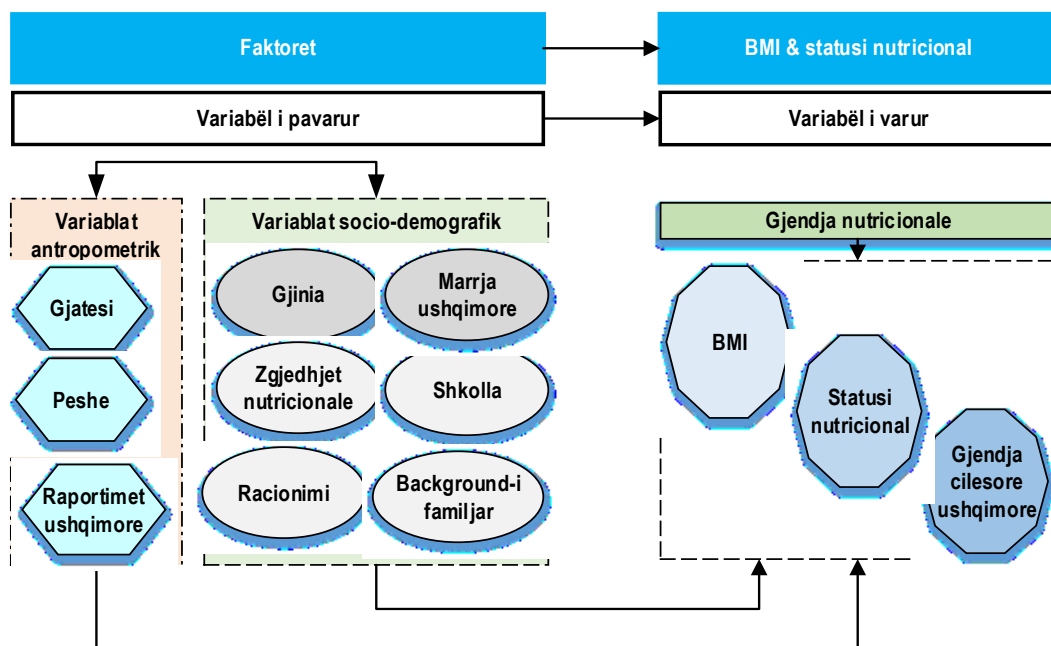
4.3.1 Marrja e informacionit dhe kohëzgjatja e marrjes së tij

Pyetësori që u administrua për mbledhjen e informacionit nutricional u rishikuar me udhëheqësin shkencor të temës dhe u vlerësua si valid. Ai përfshinte pyetje të ndryshme të cilat merrnin informacion mbi njohuritë nutricionale të subjekteve, qëndrimet ndaj ushqimit dhe praktikat nutricionale të ndjekura. Para plotësimit të pyetësorit intervistuesi maste të gjithë treguesit antropometrikë (peshë, gjatësi).

Gjithashtu pas administrimit të pyetësorit një pjesë e subjekteve (*e përzgjedhur në mënyrë rastësore*) iu nënshtrua intervistave *face-to-face* [ballë-për-ballë] dhe fokus grupeve me përbërje 5–6 personash.

4.3.2 Përkufizimi i variablave

- *Mosha*: sipas raportimit të individëve të intervistuar. Mosha u trajtua si ndryshor (*variabël numerik* (*i vazhdueshëm*)) dhe me pas u kategorizua në grup-mosha (*variabël ordinal*).
- *Gjinia*: mashkull vs. femër (*variabël dikotomik*). Raportimet e individëve në pyetësor.
- *Pesha*: variabël numerik i vazhdueshëm dhe u nxor nga regjistrat e mësuesve të fizkulturës ose nga të intervistuarit. Variabli u kategorizua gjatë analizës në variabël ordinal. (*grup-pesha*)
- *Aktiviteti fizik (këtu: sportiv)*: u trajtua si variabël dikotomik (*po vs. jo*) dhe u vlerësua në bazë të përgjigjeve të intervistuarve.
- *Background-i familjar (Niveli i edukimit të prindërve)*: variabël ordinal (*nivel fillor, 8-vjeçar, i mesëm apo i lartë*) dhe u vlerësua në bazë të përgjigjeve të intervistuarve.
- *Vendbanim/Vendlindja*: variabël dikotomik (*Qytet vs. Fshat*) dhe u vlerësua në bazë të përgjigjeve të intervistuarve.
- *Numri i personave në familje* : variabël ordinal (*1–2 , 3–4, 5–6 dhe 7 persona plus*). U vlerësua në bazë të përgjigjeve të intervistave.



31. Nga e merrni informacionin për ushqyerjen?

32. Cfarë informacioni do të dëshironit me shume rreth ushqyerjes?

33. Sa para shpenzoni mesatarisht (ne qofte se shpenzoni) për ushqime qe blini ne fast-food-e, restorante, byrektore, etj.?

Me pak ose baras me 200 LEK Me shume se 200 LEK Nuk shpenzoje para
















































34. Sa vakte hani gjate ditës zakonisht?

35. A ndikoheni nga dikush apo nga diku për mënyrën tuaj te ushqyerjes? Nga?

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

36. Ne tabelën e mëposhtme shënoni përgjigjet tuaja me një plus (+) ose x ne vendet bosh:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Qumesht (te cdo lloji) </p> <p>Djath (i cdo lloji) </p> <p>Kos (i cdo lloji) </p> | <p>Prodhime qumeshti</p> <p>A. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Lloje mishi (vic, pule) </p> <p>Veze </p> <p>Lloje salcash </p> <p>Gjalp kikiriku </p> <p>Fasule (jo te gjelberta) </p> <p>Peshk </p> | <p>Proteina</p> <p>B. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Oriz </p> <p>Drithera </p> <p>Biskota </p> <p>Makarona </p> <p>Buke </p> <p>Pete & byreke </p> | <p>Drithera</p> <p>C. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Kivi </p> <p>Portokalle ose leng </p> <p>Luleshtrydhe </p> <p>Domate ose leng/salo </p> <p>Qitro ose leng </p> <p>Brokoli </p> <p>lule/koke-faker </p> <p>Speca </p> | <p>Burime te Vitamines C</p> <p>D. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Sallatra dhe fieta jeshile (Spinac, laker, sallate jeshile, etj.) </p> <p>Karrota </p> <p>Kunguj me fara </p> <p>Patate te embra </p> <p>Kajsi </p> <p>Pjeper </p> | <p>Burime te Vitamines A</p> <p>E. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Molle </p> <p>Pjeshke </p> <p>Patate </p> <p>Bizela </p> <p>Mande </p> <p>Banane </p> <p>Batba jeshile </p> <p>Dardhe </p> <p>Kunguj </p> <p>Miser </p> | <p>Fruta & perime ne pergjithesi</p> <p>F. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |
| <p>Karamiele </p> <p>Biskota, kak </p> <p>Patatina </p> <p>Torta, kadalif, etj. </p> <p>Pje me gas </p> <p>Akulloca </p> <p>Lenge frutesh te konservuar </p> <p>Drithera te embra </p> | <p>Sheqema & yndyma</p> <p>G. Sa shpesh hani ushqimet e afishuara ne figure?</p> <p><input type="checkbox"/> Shpesh</p> <p><input type="checkbox"/> Ralle</p> <p><input type="checkbox"/> Shume ralle ose asnjehere.</p> |

37. Cili është qëllimi i ushqyerjes tuaj?

4.4 Përparësitë dhe mangësitë e mbledhjes së të dhënave

Sikurse e kemi thënë edhe më lart, pyetësi i përdorur në studim është bazuar në informacionin e marrë nga përgjigjet anonime dhe konfidenciale të subjekteve. Gjithashtu intervistat dhe fokus-grupet kanë pasur qëllim kryesor ekstraktimin e informacioneve shtesë mbi qëndrimet, njohuritë dhe praktikat nutricionalë. Mbi këtë bazë, kjo metodë ka disa përparësi dhe mangësi, të cilat duhet t'i kemi parasysh gjatë interpretimit të rezultateve. Disa nga këto, po i paraqesim më poshtë:

Përparësitë:

- Besueshmëria (*Vlefshmëria*) e tyre – meqenëse informacioni është marrë nga vetë subjektet, veçanërisht treguesit antropometrikë.
- Informacioni i kërkuar nuk bazohet në kujtesën e individit, duke shmangur kështu gabimet që vijnë si rrjedhojë e kujtesës.
- Përgjithësisht, analiza e të dhënave që përftohen në këtë mënyrë, është më e mirë se të dhënat e përfuara në mënyra të tjera (*vetëm pyetësor*), duke mundësuar informacion shtesë mbi ushqyerjen e kësaj kategorie.
- Prania e studiuesit është e domosdoshme në procesin e mbledhjes së informacionit vetëm në momentin e matjes së treguesve antropometrikë dhe gjatë intervistave dhe fokus grupeve; gjë e cila është shumë e rëndësishme të realizohet me qëllim përfitim e sa më shumë informacioni.
- Studimi ynë ofron fleksibilitetin e intervistës gojore apo të vëzhgimeve direkt në studim përmes fokus grupeve. Në një intervistë gojore, ka më shumë mundësi për eksplorim të ideve apo komenteve të ndryshme të subjekteve në studim.

Mangësitë:

- Informacioni është i bollshëm dhe kërkon kohë për t'u analizuar i tëri.
- Përdoren edhe metoda sasiore dhe cilësore të analizimit dhe interpretimit e të dhënave duke e bërë të vështirë nxjerrjen e rezultateve.
- Përgjithësisht pyetësorët e vetë-administrueshëm mund *çedojnë* në dhënien e lirisë së plotë, veçanërisht tek kjo grup moshë duke mundësuar gabime në rezultate.
- Studimi ynë është fokusuar më tepër në mbledhjen e të dhënave për këtë grup-moshë në shkolla, dhe kjo na bën që një pjesë të vogël që braktis shkollën mos ta marrim në konsideratë.
- Edhe pse përpjekjet për të qenë sa më të afrueshëm gjatë intervistave ose fokus grupeve, kjo subjektet e kësaj grup moshe kanë pasur vështirësi emocionale gjatë dhënies së përgjigjeve dhe druajtje.

4.5 Ekipi kërkimor

Ekipi kërkimor konsistonte në studentë, mësues dhe pedagogë. Të gjithë anëtarët e ekipit janë të kualifikuar për të kryer intervista, fokus-grupe dhe administrimin e pyetësorit. Përpara fillimit të punës në terren, ekipi është konsultuar me anëtarët dhe *team lider*-at për të qartësuar metodologjinë dhe qëllimet e studimit. Anëtarët e ekipit janë involvuar vetëm në procesin e mbledhjes së të dhënave dhe nuk kanë marrë pjesë në shkrimin apo interpretimin e studimit. Autorësia dhe të drejtat e autorit i përkasin **Etleva SMAKAJ**.

4.6 Analiza statistikore e të dhënave

Për ndryshorët (*variablat*) numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (*mesatarja aritmetike, mediana dhe moda*) dhe madhësitë e dispersionit (*varianca, shmangia standarde dhe largësia interkuartile*). Për ndryshoret kategorike u raportuan numrat dhe përqindjet respektive. U përdor analiza deskriptive e variablave dhe *Meta analiza* që realizoi krahasimin e rezultateve të studimeve të tjera për obezitetin me studimin tonë. U përdorën teste statistikore për dy dhe për më shumë se dy mostra të pavarura, për të gjetur vlerën e P -së ose gabimin α me interval konfidence (*besimi*) 95% CI. Përpunimi statistikor kishte dy komponentë kryesor në të cilët u fokusuar:

- **Pjesa deskriptive kuantitative:**
 - Për variablat kategorike, u raportuan numrat dhe përqindjet përkatëse;
 - Për variablat numerike, u raportuan mesataret aritmetike \pm deviacionet standarde përkatëse (*p.sh. moshë*).
- **Pjesa analitike** ku shoqërimet (*varësitë, lidhjet*) e variablave në studim (*komponentët e ushqyerjes dhe faktorët social–ekonomikë, demografikë dhe stili i jetesës*) u analizuan si më poshtë:
 - **Analizë bivariante:** lidhja e karakteristikave socio–ekonomike, demografike, stilit të jetesës dhe elementët ushqimorë dhe fenomeneve të kequshqyerjes (*mbiushqyerje, nënqeshë, etj.*).
 - **Analizë multivariante:** të gjitha modelet shumë–ndryshorëshe u kontrolluan (*axhustuan*) njëkohësisht për variablat (*ndryshoret*) e mëposhtëm:
 - Faktorët demografike dhe social–ekonomike: moshë, gjinia, niveli i edukimit të prindërve dhe niveli ekonomik.
 - Faktorët e lidhur me stilin e jetesës: duhan pirja, ngrënia jashtë ose në shtëpi, shmangia e vakteve dhe aktiviteti fizik.
 - Faktorët e tjerë të interesit: proteinat, yndyrat, karbohidratet, BMI dhe pjesëve të ndryshme të piramidës ushqimore tek adoleshentët.
- **Pjesa analitike kualitative:** përfshin analizën kualitative e të dhënave kualitative (*cilësore*) të nxjerra nëpërmjet teorive të metodave kërkimore cilësore. Pas skicimit të fokus grupeve 5 – 6 individësh dhe intervistave u nxorën dhe u ruajtën të dhënat në formën e shkrimeve dhe dokumenteve Word. Të dhënat me pas u analizuan dhe ju nënshtruan disa etapave. Analiza kualitative konsistojë në disa etapa: 1–Rishikimi i literaturës, 2–Sintetizimi dhe konceptimi të dhënave, 3–Nxjerrja e rezultateve dhe interpretimi i gjetjeve.

Gjithashtu studimi, duke qenë se është i pari i llojit kuantitativ–kualitativ në pjesën e tretë të rezultateve përfshin dhe analize të intervistave, fokus–grupeve dhe pyetjeve kualitative të dhëna në pyetësor. Aty janë përpunuar të dhënat me **Teorinë Grounded** e cila synon të sintetizojë përgjigjet dhe të dhënat kualitative dhe të lejoj studiuesin të operojë me këto të dhëna.

U përdorën teste statistikore të ndryshëm në pjesën kuantitative, për të krahasuar variablat tona dhe u pa sinjifikanca e ndryshimit së të dhënave.

E gjithë analiza statistikore e të dhënave u krye në **SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 15.0, Chicago, IL)** dhe një pjesë nëpërmjet **Calorie King Nutrition and Exercise Manager® v4.1.0**.

Analiza Cilësore e të dhënave

Të dhënat e mbledhura nga fokus grupet dhe intervistat u mblodhën dhe u analizuan një nga një. Një pjesë e tyre (*analiza e ushqimeve të konsumuara përgjatë 24 orëve të fundit*) u realizua përmes softuerit **CKNEM® (Calorie King Nutrition and Exercise Manager)**. Këto regjistrime u konvertuan nga vetë programi në modele të caktuara dhe u prodhuan disa tabela dhe grafikë.

Procedura e validimit e të dhënave cilësore:

Në mënyrë që të rrisnim saktësinë e gjetjeve kualitative, Creswell (2007) dhe Merriam (2009) sugjerojnë disa strategji, duke përfshirë: triangulimin, kontrollin e anëtarëve, angazhimin e mjaftueshëm në mbledhjen e të dhënave, përshkrime të pasura, të larmishme, refleksivitetin, rishikim nga profesorë të fushës dhe auditor i jashtëm.

Nga këto strategji në studimin tonë u përdorën tre instrumente për të përqasur vlefshmërinë e gjetjeve cilësore të studimit tonë:

1. Rishikimi prej profesorëve kompetentë të fushës, gjë e cila u mundësua prej:

a) **Prof. Dr. Nestor THERESKA**, që është edhe udhëheqësi shkencor i temës së disertacionit dhe këshilltari im më i mirë.

b) **Dr. Erand LLANAJ (Departamenti i Nutricionit dhe Sigurisë Ushqimore, Fakulteti i Inzhinierisë së Bio-Shkencave në Universitetin e Gjentit në Belgjikë)** i cili është përfshirë në dhënie ekspertizës së tij si Ekspert i Nutricionit Human gjatë gjithë kohës në procesin e mbledhjes dhe analizimit së të dhënave të këtij studimi.

Të dy këta rishikues ripanë disa herë të dhënat e mia dhe shkëmbyen me mua pyetje të ndryshme deri sa arritëm në paraqitjen përfundimtare të disertacionit.

2. Kontrolli i anëtarëve (*member-checking*) ishte teknika e dytë e validimit e përdorur për gjetjet kualitative të studimit tonë. Pjesë të gjetjeve të interpretuara të studimit ju paraqitën pjesëtarëve të mëparshëm të fokus-grupeve për të përcaktuar saktësinë e interpretimeve tona.

3. Reflektiviteti i kërkuesit ishte teknika e tretë e validimit. Duke qenë se kërkuesi është angazhuar në punë nutricionale dhe në studime të mëparshme të nutricionit, arriti të realizojë dhe të përshtaste disa interpretime në lidhje me topikën.

KAPITULLI V

5 . REZULTATET

5.1 Pjesa deskriptive

5.1.1 Shpërndarjet respektive sipas zërave të pyetësorit.

Në këtë studim u përfshi një kampion përfaqësues i popullatës adoleshentete të Republikës së Shqipërisë nga mosha **13** deri në **19** vjeç. Ky kampion i përbërë prej **12462** individësh u përzgjedh në *Shkollat 9–vjeçare, Shkollat e Mesme dhe të larta* në 12 qarqe të Republikës së Shqipërisë. Mosha mesatare e popullatës tonë në studim ishte **16,45** vjeç dhe mosha maksimale e përfshirë në studim ishte **19** dhe minimalja **13**. Tabela më poshtë përmbledh më së miri përshkrimin e këtyre të dhënave që u përmendën.

Tabela 5.1 Të dhëna statistikore për moshën e popullatës në studim

| <i>Të dhëna statistikore për moshën e popullatës në studim</i> | |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Nr. Popullsisë | 12462 |
| Mesatarja | 16,45 |
| Mediana | 17 |
| Deviacioni Standard | 1,94 |
| Minimumi | 13 |
| Maksimumi | 19 |
| Gabimi standart i mesatares | 0,017 |

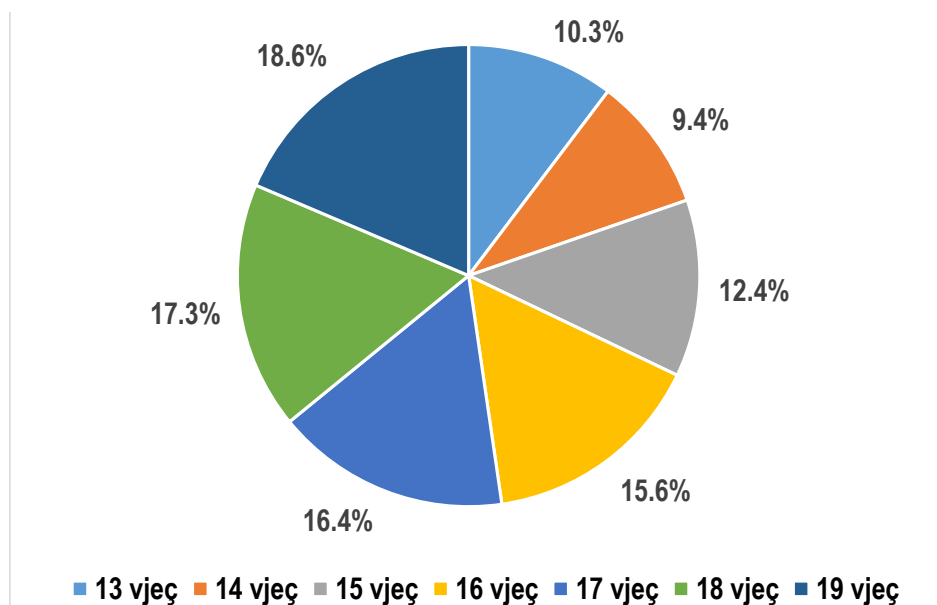
Tabela 5.2 Të dhëna statistikore për BMI–në e popullatës në studim sipas gjinisë

| Statistika deskriptive, <i>Gjinia = Mashkull</i> | | | | | |
|--------------------------------------------------|------|----------|-----------|-----------|-----------------|
| | Nr. | Minimumi | Maksimumi | Mesatarja | Deviacioni Std. |
| BMI | 4471 | 10.50 | 47.26 | 21.52 | 3.13 |
| Pesha | 4471 | 30 | 115 | 62.10 | 11.98 |
| Gjatësia cm | 4471 | 125 | 202 | 169.46 | 10.45 |
| Valid N (listwise) | 4471 | | | – | |
| Statistika deskriptive, <i>Gjinia = Femër</i> | | | | | |
| | Nr. | Minimumi | Maksimumi | Mesatarja | Deviacioni Std. |
| BMI | 7991 | 10.94 | 34.38 | 20.24 | 2.62 |
| Pesha | 7991 | 30 | 96 | 54.12 | 8.31 |
| Gjatësia cm | 7991 | 120 | 199 | 163.12 | 7.74 |
| Valid N (listwise) | 7991 | | | – | |

Siç shihet në popullatën tonë prej **12462** individësh mosha mesatare dhe mediana janë përafërsisht të barabarta dhe deviacioni standard, **SD = 1,94** është i vogël, dhe kjo gjë dëshmon për një popullatë në studim që i nënshtrohet përafërsisht

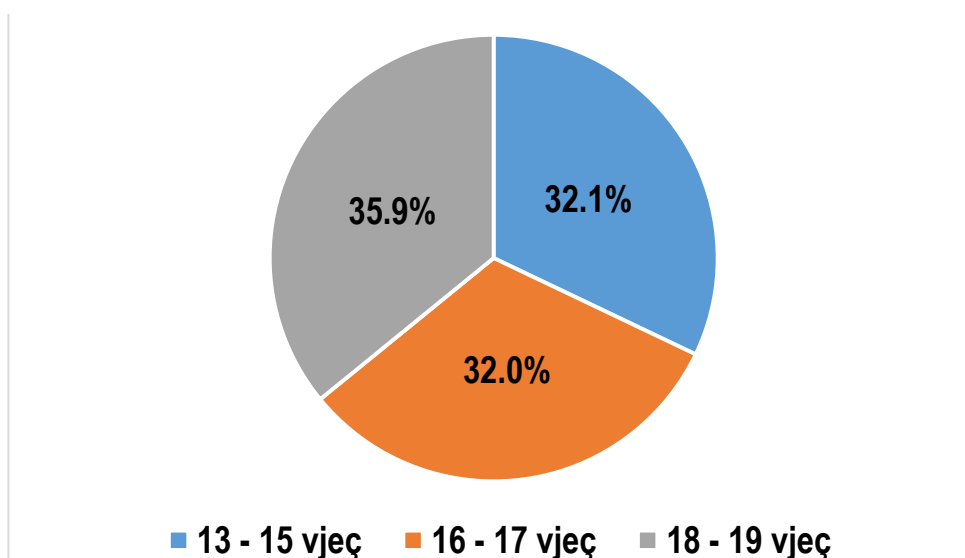
shpërndarjes normale. Këtë e shohim dhe të **Grafiku 5.1**. Nga ana tjetër shihet se meshkujt ($BMI=21.52\pm 3.13$) kanë BMI lehtësisht më të lartë se femrat ($BMI=20.24\pm 2.62$). Femrat kanë një gjatësi mesatare 163.12 ± 7.74 cm dhe meshkujt 169.46 ± 10.45 . Për sa i përket peshës, meshkujt kanë një peshë mesatare prej 62.10 ± 11.98 kg kundrejt femrave me 54.12 ± 8.31 kg.

Grafiku 5.1 Shpërndarja sipas moshës



Shpërndarja moshore i përfaqet shpërndarjes normale, por ne kemi paraqitur në **Grafikun 5.2** gjithashtu dhe shpërndarjen sipas grup-moshave brenda adoleshentëve, bazuar në një diferencë prej **2 vitesh**.

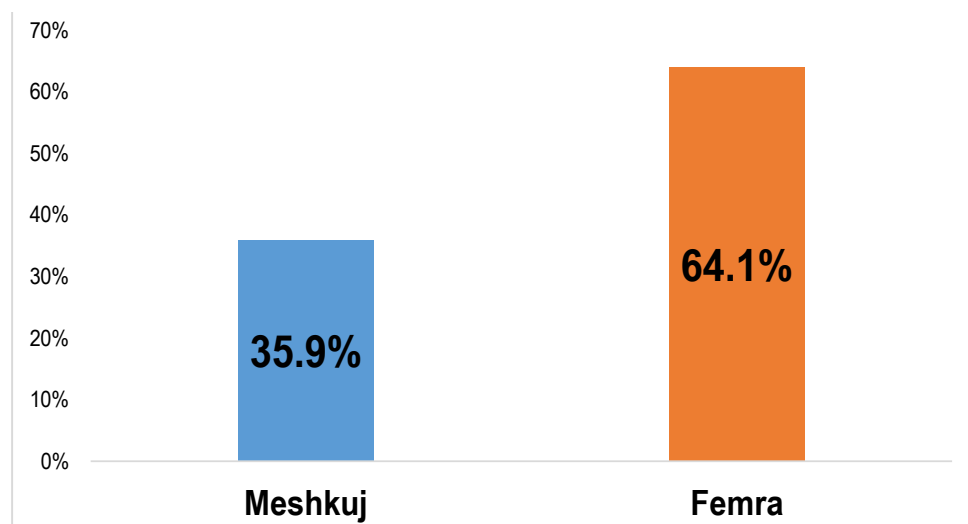
Grafiku 5.2 Shpërndarja sipas grup moshës



Nga ana tjetër në këtë studim u kujdesëm shumë për të pasur dhe balanca të tjera, gjatë skicimit të studimit, por shpërndarja sipas gjinisë nuk rezultoi një

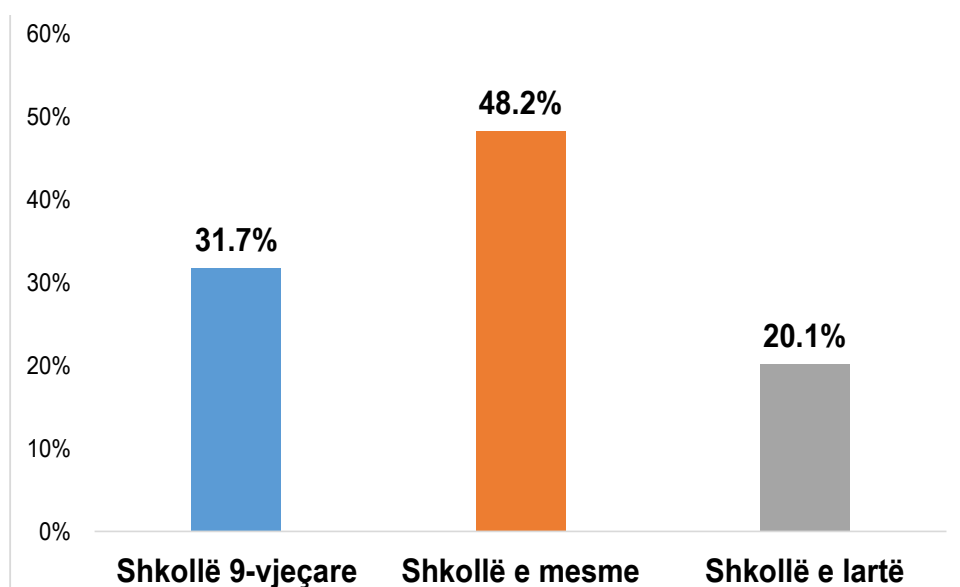
shpërndarje e balancuar mes femrave dhe meshkujve, dhe shihet një dominim i seksit femër me rreth **64,1%**. **Grafiku 5.3** e përmbledh këtë shpërndarje.

Grafiku 5.3 Shpërndarja sipas gjinisë



Përveç shpërndarjes sipas gjinisë studimi ynë rezultoi i suksesshëm në shpërndarjen ndërmjet shkollave (9–vjeçare vs. të mesme vs. të lartë [vetëm për vitin e parë]) dhe kjo na ndihmon shumë për të realizuar përcaktime të sakta në krahasimet statistikore të ndryshimeve të stilit të ushqyerjes ndërmjet shkollave të mesme, të larta dhe atyre 9–vjeçare. **Grafiku 5.4** na paraqet situatën reale të popullatës në studim për sa i përket shpërndarjes sipas shkollës.

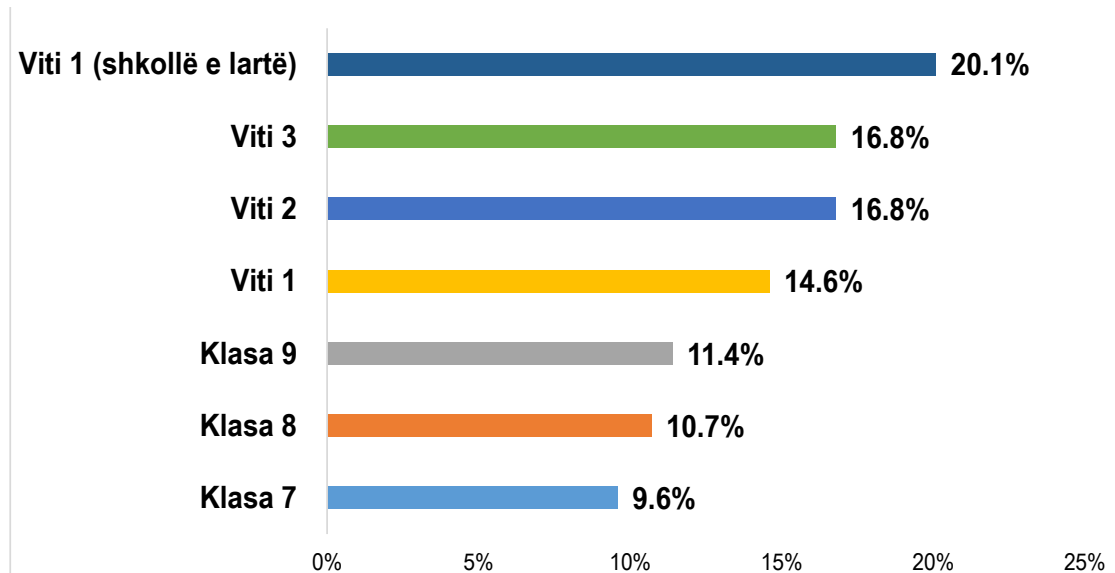
Grafiku 5.4 Shpërndarja sipas shkollës (9–vjeçare vs. e mesme vs. e lartë)



Pra, siç shihet shpërndarja sipas shkollave, diferenca është e vogël dhe kjo lë hapësira për vlerësime statistikore më të sakta. Përveç shpërndarjes sipas shkollës, na duhet dhe shpërndarja specifike sipas klasave të studiuara që të mund të realizojmë

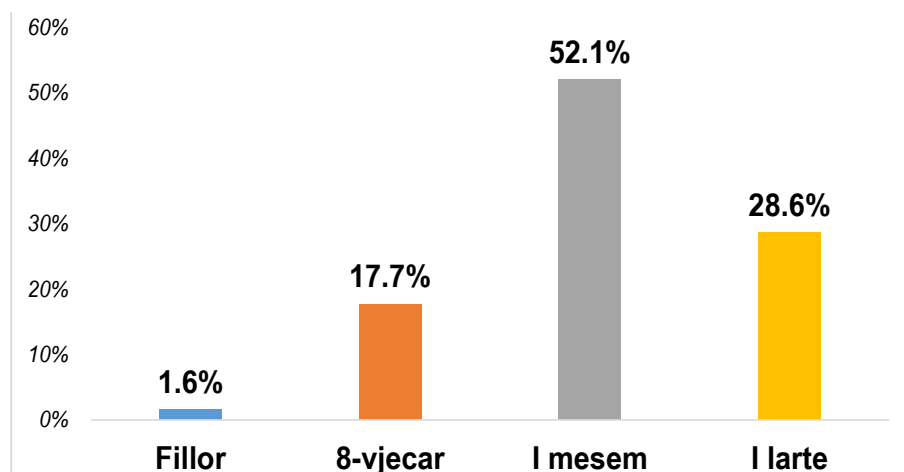
krahasime statistikore dhe të vlerësojmë lidhjet (*shoqërimet*). **Grafiku 5.5** pasqyron shpërndarjen sipas klasave, specifikisht.

Grafiku 5.5 Shpërndarja sipas klasave



Nga grafiku vihet re qartë një pjesëmarrje më e madhe është e vitit të parë të shkollës së lartë (*kjo vjen dhe si pasojë e aksesit që kishim në studentët e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike të Universitetit të Mjekësisë Tiranë*), e ndjekur nga viti 2 & 3, dhe klasat më të ulëta me radhë. Është e rëndësishme gjithashtu dhe shpërndarja sipas nivelit të edukimit të prindërve (**Grafiku 5.6– 5.7** dhe **Tabela 5.2**) që është një tregues shumë sinjifikant, por jo plotësisht i sigurt për sa i përket influencës së prindërve në zgjedhjet nutricionale të fëmijëve të tyre. Niveli i edukimit të prindërve krijon gjithashtu dhe atë që quhet *Backgroundi familjar*, konteksti familjar dhe shumë studime dëshmojnë se ka një lidhje të përfillshme midis *backgroundit* familjar dhe ushqyerjes së fëmijëve, në rastin tonë fëmijët në moshën adoleshente.

Grafiku 5.6 Shpërndarja sipas nivelit të edukimit të babait



Grafiku 5.7 Shpërndarja sipas nivelit të edukimit të nënës

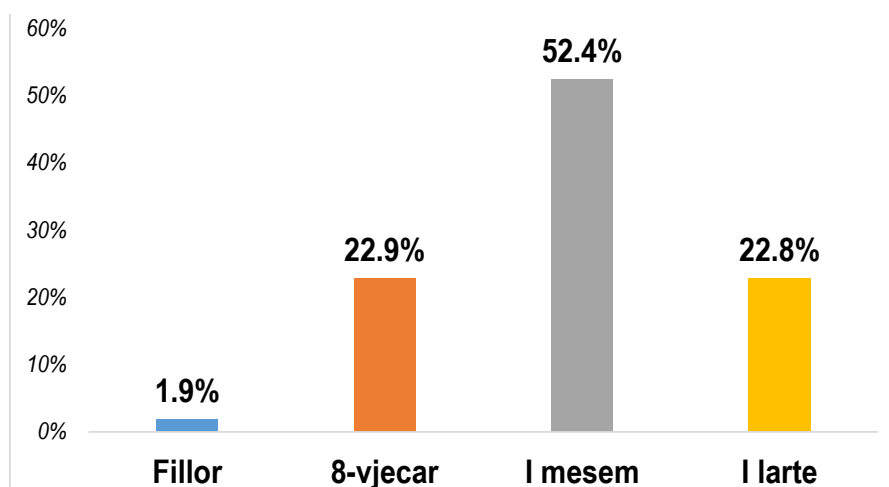


Tabela 5.3 Shpërndarja sipas edukimit të dy prindërve

| Niveli i edukimit të prindërve | | Niveli i edukimit të babait | | | | Totali | |
|--------------------------------|----------|-----------------------------|----------|---------|---------|--------|---------|
| | | Fillor | 8-vjeçar | I mesëm | I lartë | | |
| Niveli i edukimit të nënës | Fillor | <i>Nr.</i> | 114 | 53 | 48 | 20 | 235 |
| | | <i>%</i> | 0.90% | 0.40% | 0.40% | 0.20% | 1.90% |
| | 8-vjeçar | <i>Nr.</i> | 42 | 1419 | 1260 | 135 | 2856 |
| | | <i>%</i> | 0.30% | 11.40% | 10.10% | 1.10% | 22.90% |
| | I mesëm | <i>Nr.</i> | 35 | 655 | 4513 | 1329 | 6532 |
| | | <i>%</i> | 0.30% | 5.30% | 36.20% | 10.70% | 52.40% |
| | I lartë | <i>Nr.</i> | 11 | 78 | 666 | 2084 | 2839 |
| | | <i>%</i> | 0.10% | 0.60% | 5.30% | 16.70% | 22.80% |
| | Totali | <i>Nr.</i> | 202 | 2205 | 6487 | 3568 | 12462 |
| | | <i>%</i> | 1.60% | 17.70% | 52.10% | 28.60% | 100.00% |

Niveli arsimor më i përhapur i prindërve i nënshtrohet një shpërndarje të parashikueshme në kontekstin shqiptar, duke qenë se brezi i prindërve të adoleshentëve të sotëm nuk ka qenë brez i mirë-arsimuar për shkak të sistemit monist të kaluar, i cili nuk lejonte gupe të veçanta shoqërore të arsimoheshin për shkak të kriterëve biografike apo kufizimeve të kuotave në arsimin e lartë. Pra, niveli arsimor më i shpeshtë është edukimi i mesëm, i ndjekur nga ai i lartë, pastaj ai 8-vjeçar e fillor. Edhe në kombinimet edukim i nënës dhe i babait, kombinimi më i shpeshtë është ai me nivel edukimi të mesëm.

Nga ana tjetër, përveç nivelit të edukimit, sipas studimeve të ndryshme dëshmohet se rendësi në mënyrën e ushqyerjes së adoleshentëve luan edhe numri i personave në familje dhe niveli i të ardhurave, duke qenë se ka një peshë të madhe në përcaktimin në aksesin e ushqimeve (**Grafiku 5.8 dhe Tabela 5.4**). Niveli i të ardhurave, i përcaktuar për muaj (**Grafiku 5.9 dhe Tabela 5.5**) përcakton mirëqenien dhe një standard të lartë jetese, ndërsa numri i personave në familje përcakton aksesin real, më shumë në vendet e pazhvilluara ose në zhvillim, ndaj ushqimeve të

disponueshme duke llogaritur se burimet ushqimore do të shpërndahen më gjerë apo jo në varësi të numrit të familjarëve.

Studimet vlerësojnë se numri i lartë i personave në familje nënkupton një akses dhe sasi ushqimi të vogël duke qenë se ushqimi shpërndahet në mënyrë të pabarabartë.

Grafiku 5.8 Shpërndarja sipas numrit të personave në familje

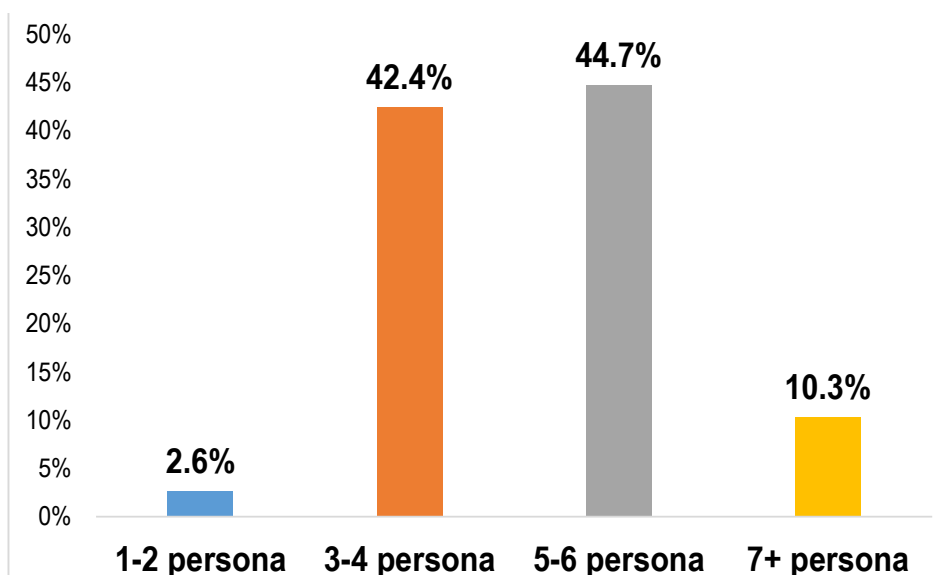


Tabela 5.4 Shpërndarja sipas numrit të personave në familje

| Numri i personave në familje | Frekuenca | Përqindja |
|------------------------------|--------------|-------------|
| 1–2 persona | 320 | 2.6% |
| 3–4 persona | 5288 | 42.4% |
| 5–6 persona | 5567 | 44.7% |
| 7+ persona | 1287 | 10.3% |
| Totali | 12462 | 100% |

Grafiku 5.9 Shpërndarja sipas të ardhurave në familje

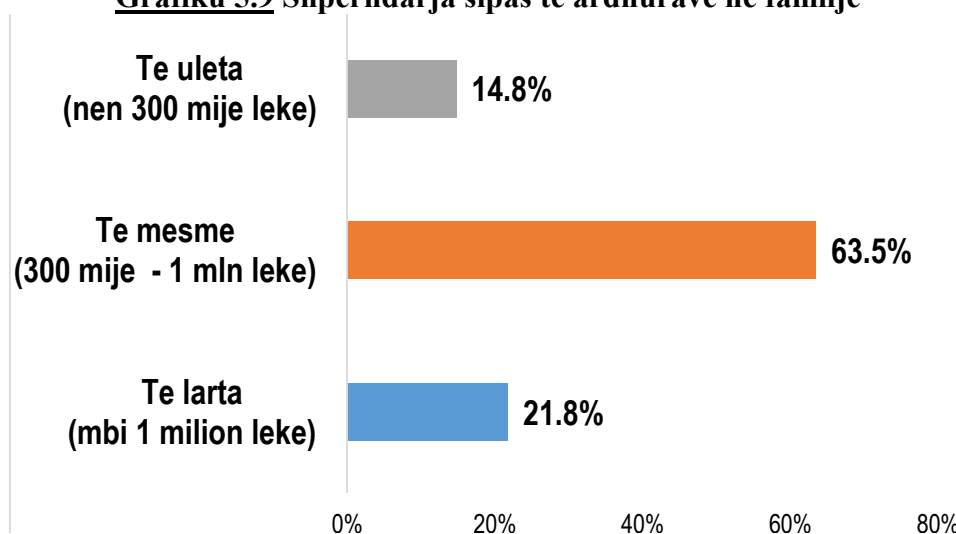


Tabela 5.5 Shpërndarja sipas të ardhurave në familje

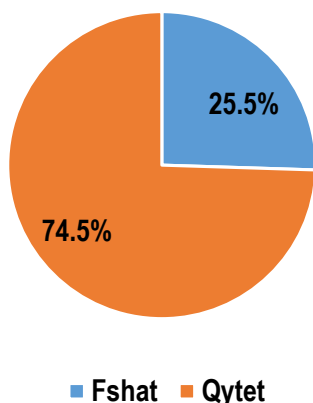
| Të ardhurat në familje | Frekuenca | Përqindja |
|------------------------|--------------|------------|
| Të larta | 2712 | 21.8 |
| Të mesme | 7911 | 63.5 |
| Të ulëta | 1839 | 14.8 |
| Total | 12462 | 100 |

Duke gjykuar nga grafiku dhe tabela mund të themi se të ardhurat familjare të vetë-perceptuara ose të raportuara nga vetë adoleshentët nënkuptojnë të ardhurat mesatare mujore familjare, dhe gjate fokus grupeve të bëra ata konceptonin të ardhura të mesme në familje 30.000 – 100.000 LEK të reja, por pa qenë të sigurt dhe pa pasur aftësi ende për tu orientuar në terma ekonomikë-financiarë.

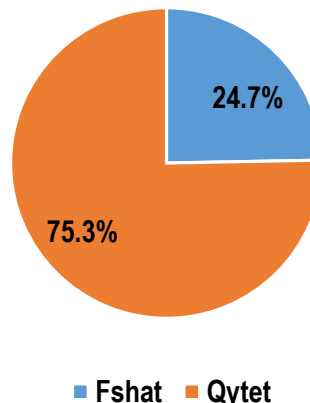
Nga ana tjetër, gjykuar përsëri nga të dhënat mund të themi se popullata në studim është përgjithësisht një popullatë me të ardhura mesatare dhe kjo na orienton se ata do të kenë një akses mesatar ndaj ushqimeve, parë kjo nga pikëpamja e çmimeve dhe mundësive ekonomike të familjeve të kësaj popullate.

Një tregues, i cili mund të merret në konsideratë për të vlerësuar njohuritë dhe mënyrat e ushqyerjes tek adoleshentët shqiptar është edhe vendbanimi dhe vendlindja. Më shumë kjo e parë në aspektin e ndryshimeve të sigurisë ushqimore në zonat rurale (*fshat*) dhe zonat urbane (*qytet*).

Grafiku 5.10 Shpërndarja sipas vendlindjes

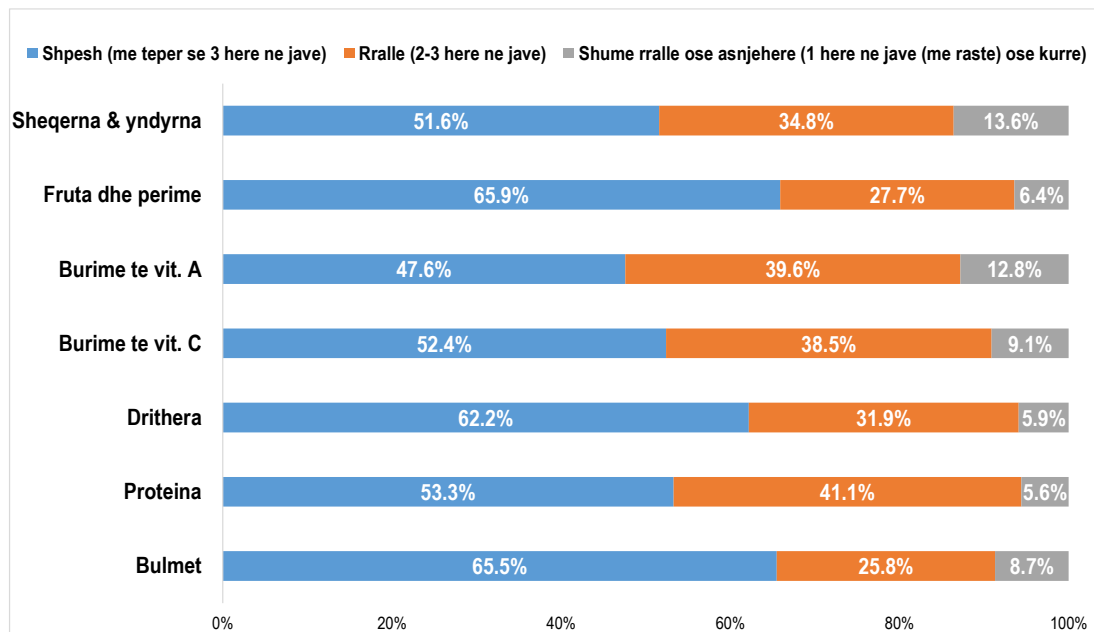


Grafiku 5.11 Shpërndarja sipas vendbanimit



Së fundmi, përpara se të mbyllim pjesën deskriptive kuantitative të studimit është e rëndësishme të shihet piramida ushqimore, bazuar në të dhënat kuantitative fillimisht dhe më pas ajo e përcaktuar nga pjesa kualitative e studimit. Atëherë piramida ushqimore reale bazuar ne pjesën kuantitative tregohet nga **Grafiku 5.12** dhe **Tabela 5.5**.

Grafiku 5.12 Piramida ushqimore bazuar në shpeshësinë e konsumit

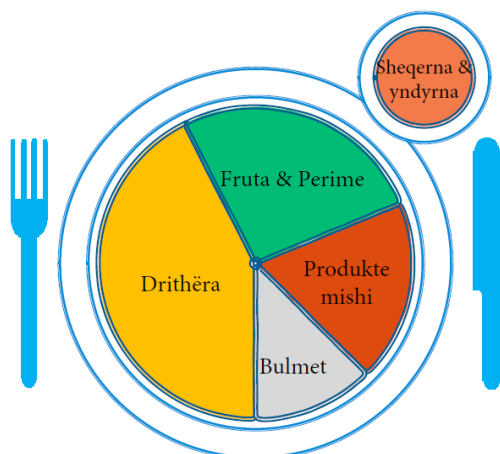


Në pyetësin tonë kemi vënë në qendër të vëmendjes shtatë grupe kryesore ushqimore dhe janë emërtuar në bazë të përmbajtjes me të lartë nutritive të tyre. Shtatë grupimet siç shihet dhe në grafik dhe në pyetësor janë: 1–Sheqerna dhe yndyra, 2–Fruta dhe perime, 3–Burime të vitaminës C, 4–Burime të vitaminës A, 5–Drithëra, 6–Proteina dhe 7–Prodhime qumështi.

5.1.2 Vlerësimi dhe përcaktimi i piramidës reale ushqimore

Nga ana tjetër sipas të dhënave kuantitative dhe të dhënave kualitative na rezultojnë se piramida reale ushqimore ka devijime nga rekomandimet ndërkombëtare. Devijimet shihen në përdorimin e tepërt të yndyrave dhe tejkalimit të normave të ushqimeve të ëmbla. Gjithsesi konsumi protektiv i frutave dhe perimeve është i lartë. Një pasqyrim më i detajuar dhe i kuptueshëm i situatës paraqitet në figurën më poshtë.

Rekomandimet sipas WHO dhe USDA



Subjektet në studimin tonë

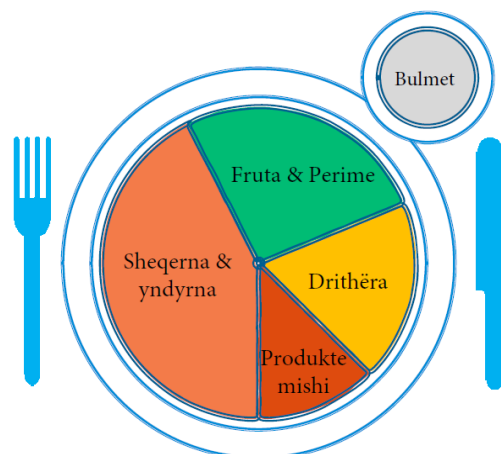
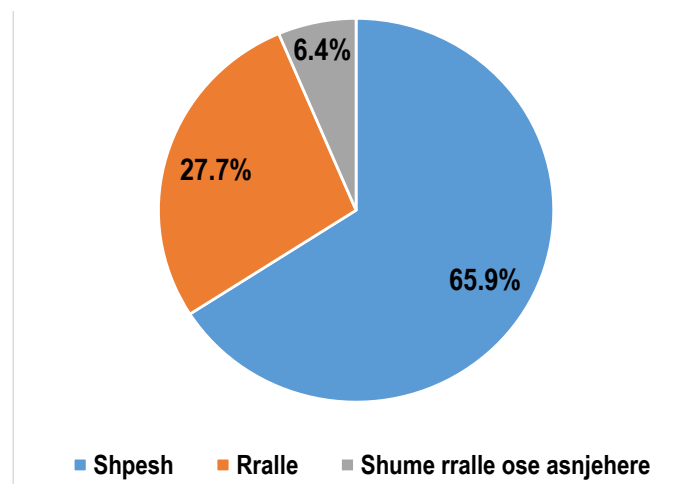


Figura flet qartë dhe shihen ndryshimet dietetike. Gjithsesi ne realizuam dhe ndarjen tonë te kategorive ushqimore e cila është e bazuar në literaturën më të fundit dhe në fokusin dhe interesin tonë në studim, për të qenë të aftë apo të orientuar për të parashikuar dhe në të ardhmen se çfarë rreziqesh i kanosen popullatës tonë adoleshente, duke gjykuar në bazë të vetive mbrojtëse të secilës kategori të skicuar.

Këto veti të nutrientëve janë si më poshtë:

- a) **Frutat dhe perimet** – Frutat dhe perimet janë burime të rëndësishme nutritive. Ato janë të pasura me fibra të cilat ndihmojnë shëndetin mendor (ruajtjen e memories, balancave mendore, etj.), mirërritjen e sistemit kockor, mbron nga sëmundjet degjenerative dhe kardiovaskulare, gjithashtu janë të pasura me antioksidantë, të cilët janë quajtur *eliksiri i rinisë së përjetshme*, sepse kanë veti të mos lejojnë rrudhosjen apo plakjen e lëkurës. Ato janë gjithashtu një burim i rëndësishëm vitaminash dhe mineralesh.

Grafiku 5.13 Shpërndarja sipas konsumimit të frutave dhe perimeve



- b) **Sheqernat dhe yndyrat** – Janë burim energjie dhe disa polisaharide të veçanta ndihmojnë në uljen e riskut të sëmundjeve kardiovaskulare, kancerit dhe sëmundjeve gastrointestinale. Sheqernat që kanë si burim lëngje artificiale apo të sintetizuara laboratorikisht, sheqerna nga objekte ushqimore të konservuara (*biskota, karamelë, torta, etj.*) Kur përdoren me një shpeshtësi të lartë kanë efekte adverse në shëndet duke rritur rrezikun për sëmundje kardiovaskulare, diabet dhe kancer. Prandaj ato duhet të konsumohen me kujdes.

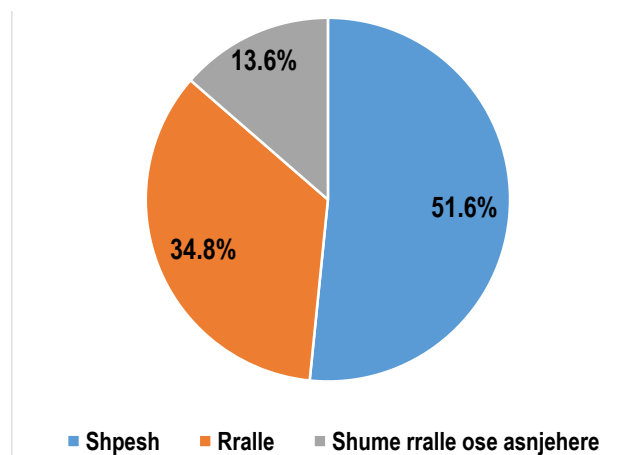
Yndyrat – Adoleshentët duhet të zgjedhin një dietë me pak yndyra, me pak acide yndyrore të ngopura dhe pak kolesterol. Disa yndyra të marra në dietë janë të nevojshme për një shëndet të mirë. Kemi dy lloje yndyrash:

- i. **Yndyrat e ngopura**, të cilat rritin kolesterolin në gjak më shumë se format e tjera të yndyrave. Ato gjenden te mishi, qumështi dhe produktet e qumështit.

- ii. **Yndyrat e monosaturuara dhe të pangopura**, të cilat mund të ulin nivelin e kolesterolit në gjak nëse përdoren në vend të yndyrave të ngopura. Yndyra të tilla ka vaji i ullirit; shumë vajra të tjerë vegjetale, si ai i lajthisë dhe i peshkut.

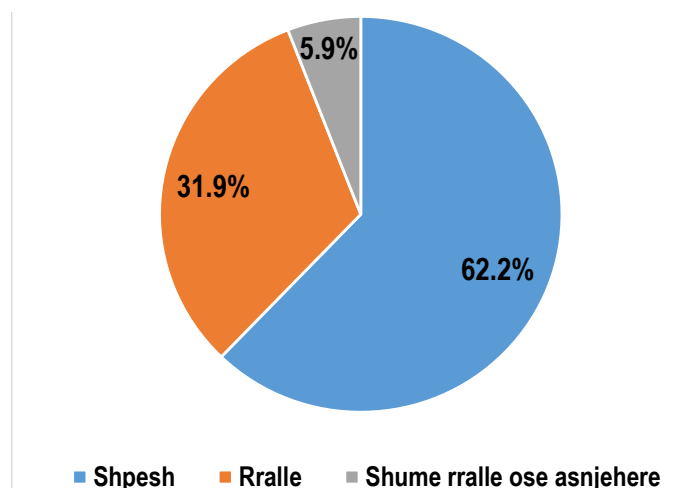
Gjithashtu duhet përdorur pak kolesterol. Trupi e prodhon kolesterolin që i nevojitet. Kolesterolit dietik vjen nga burimet shtazore si vezët, mishit, shpendët, peshku dhe produktet e qumështit me sasi të lartë yndyrash dhe në rastin e dietës së adoleshentëve burime të tyre janë ushqimet artificiale (*patatinat, sanduiçe, sallamra, etj.*). Zgjedhja e ushqimeve me pak kolesterol dhe yndyra të ngopura ndihmon në kontrollin e presionit të gjakut.

Grafiku 5.14 Shpërndarja sipas konsumimit të sheqernave dhe yndyrave



- c) **Drithërat** – Drithërat janë gjithashtu një burim i rëndësishëm fibrash, të cilat ndihmojnë në funksionimin e traktit gastrointestinal dhe ndihmojnë në mirëmbajtjen e shëndetit mendor. Konsumimi i drithërave të pasura me fibra është i rëndësishëm për funksionimin e zorrëve, pasi ato pakësojnë shenjat e kapsllëkut kronik, hemorroideve dhe mund të zvogëlojnë rrezikun e sëmundjes së zemrës dhe disa kancereve

Grafiku 5.15 Shpërndarja sipas konsumimit të drithërave

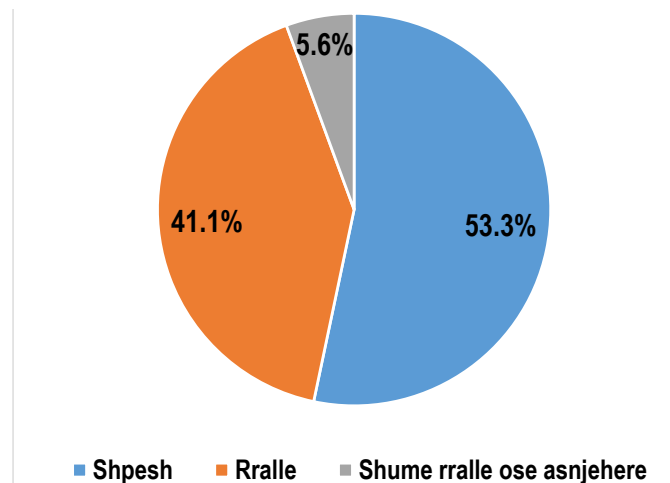


d) Proteinat – Proteinat sigurojnë aminoacidet esenciale për trupin dhe janë të rëndësishme për rritjen dhe zhvillimin e muskujve. Adolehentët kanë nevojë për 45–60 gr. proteina në ditë, në mënyrë që të përballojnë procesin e vrullshëm të rritjes së organizmit.

e)

Proteinat janë baza e jetës dhe si të tilla duhet të merren në sasi adekuate, aq më tepër kur flitet për target-grupe si adolehentët të cilët duhet të marrin proteinat e nevojshme të cilat marrin pjesë në shumë procese të rritjes dhe riparimit të indeve të ndryshme në organizmin e adolehentëve. Shumica e adolehentëve këtë sasi të nevojshme e marrin nëpërmjet produkteve të mishit, vezës dhe bulmetit. Ato gjenden edhe në ushqime të tilla si produkte të sojës, bathë, arra, lajthi dhe bajame.

Grafiku 5.16 Shpërndarja sipas konsumimit të proteinave



f) Prodhime të qumështit – Prodhimet e qumështit ndihmojnë në ndërtimin dhe ruajtjen e strukturës kockore dhe dhëmbëve, funksioni i kardiak dhe muskolor, koagulimi i gjakut, irritabiliteti neuromuskular, ato janë të pasura me Kalcium (**Ca**).

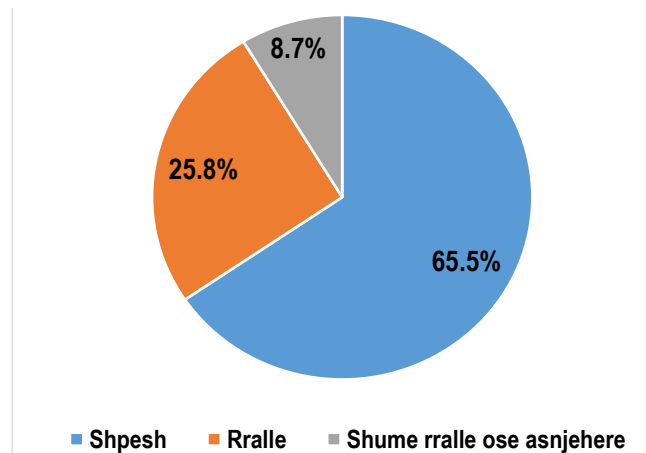
Kalciumi ka atributet kryesore për mirëfunksionimin e sistemit kardiovaskular dhe muskolor gjithashtu duke qenë se është ai që luan rolin e aktivatorit të muskujve duke vepruar me në mekanizmin e zhvendosjes së troponinës dhe bën të mundur lidhjen e urave transversale me tropomiozinën gjatë aktivitetit muskolor dhe të mos harrojmë që zemra në thelb është një muskul.

Marrja e mjaftueshme e kalciumit është thelbësore për rritjen e kockave. Marrja jo e mjaftueshme e tij gjatë adolehencës dhe rinisë e vë individin në rrezik për zhvillimin e osteoporozës në jetën e mëvonshme.

Sasia e nevojshme e kalciumit në ditë është 1200 mg/ditë dhe kjo mund të merret gjatë konsumimit në tre vakte në ditë të produkteve që përmbajnë kalcium, si qumësht, kos, djathë, gjizë, etj. [91 – 85].

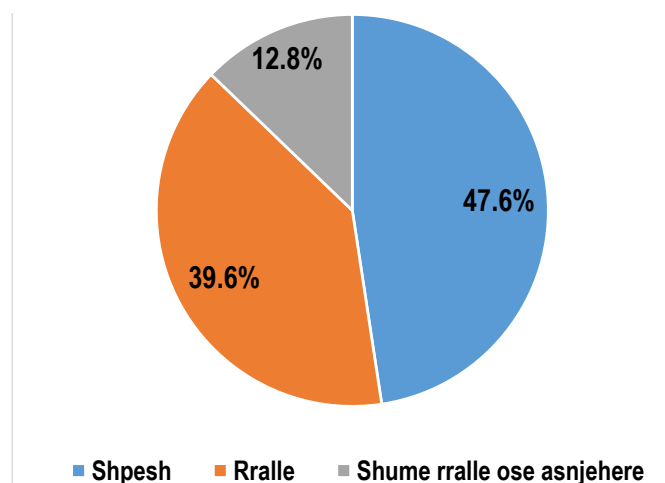
Retinoli është një formë e Vitaminës A dhe është i pranishëm në ushqimet me origjinë bulmeti, dhe është i tretshëm në yndyrna (*liposolubile*). Ushqimet që përmbajnë sasi të konsiderueshme retinoli janë: mëlçia, peshku, veza, **qumështi** etj.

Grafiku 5.17 Shpërndarja sipas konsumimit të prodhimeve të qumështit



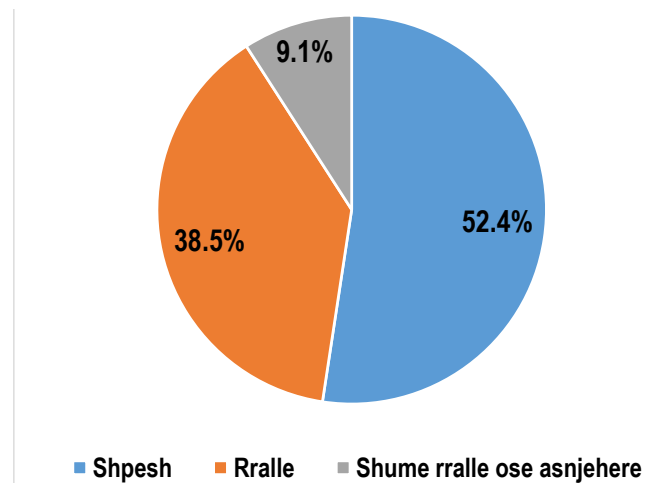
g) Burime të Vitaminës A– Vitamina A mbron trupin nga infeksionet dhe ndihmon në ruajtjen e qartë të shikimit. Gjithashtu ulë rrezikun për disa lloje kanceresh dhe mbron lëkurën. Vitamina A mbron gjithashtu nga keq formimet e dhëmbëve. Ajo është një vitaminë liposolubile. Vitaminat liposolubile gjenden kryesisht në përbërësit yndyror të ushqimeve, absorbohen dhe transportohen me yndyrat, kërkojnë bilë dhe yndyra diete, ruhen në yndyra trupore dhe duan më tepër kohë të zbrazen se vitaminat hidrosolubile.

Grafiku 5.18 Shpërndarja sipas konsumimit të ushqimeve, burim të vitaminës A



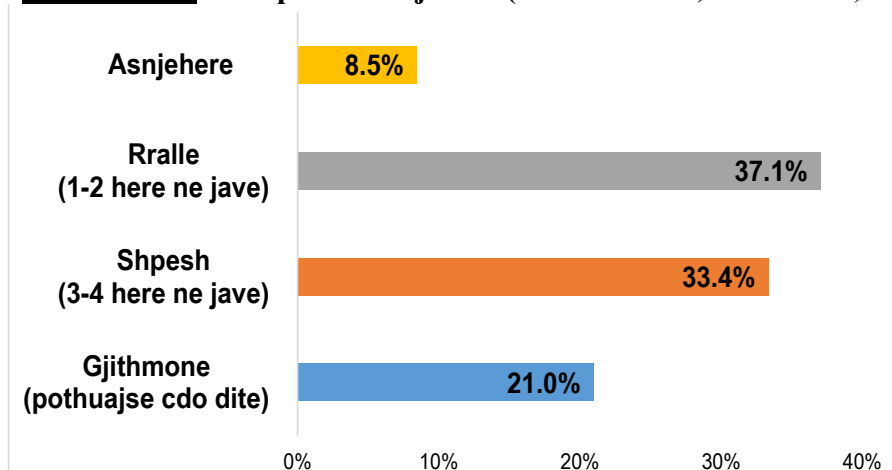
h) Burime të Vitaminës C – Ndhmon në mbylljen e plagëve apo të çarave dhe mban të shëndetshëm dhëmbët. Gjithashtu të dhënat nga studimet e afërta flasin për një suport të rëndësishëm që Vitamina C i jep sistemit tonë imunitar duke ndihmuar në formimin e një sistemi imun më të fortë dhe më të shpejtë në dhënien e përgjigjes imune.

Grafiku 5.19 Shpërndarja sipas konsumimit të ushqimeve, burime të vitaminës C



Pas përshkrimit të piramidës ushqimore dhe shpërndarjes sipas karakteristikave socio-demografike-ekonomike kemi lënë pa trajtuar mënyrat e ushqyerjes dhe “veset” e ushqyerjes. Grafikët dhe tabelat në vijim bëjnë një përmbledhje të gjithë këtyre shpërndarjeve.

Grafiku 5.20 Sa shpesh hani jashtë (ne restorante, fast-foode, etj.)?



Në pyetësin tonë kishte pyetje të cilat vlerësonin vet-perceptimet e adoleshentëve në lidhje me stilin dhe mënyrën e ushqyerjes dhe faktorëve që ndikojnë në të. Një nga këto faktorë ishte dhe ngrënia jashtë (në restorante, fast-foode, byrektore, etj.) e cila është një tregues shumë i rëndësishëm bazuar në literaturën kontemporane e cila rekomandon se ngrënia në shtëpi është e shëndetshme dhe më shumë e sigurtë.

Në popullatën tonë shohim se ka një përqindje (21.0%) të adoleshentëve në studim të cilët ushqehen vazhdimisht jashtë dhe arsyet, sipas intervistave në fokus-grupe janë të ndryshme, ku përgjigjet më të shpeshta janë “nuk gatuhet në shtëpi”, “nuk preferoj të ha shpesh në shtëpi”, “nuk e pëlqejë ushqimin që gatuhet në shtëpi” apo “jam mësuar me ushqimet jashtë”.

Shihet që arsyet, n.q.s. do të bëjmë një sintetizim të tyre, janë raste të veçanta, ndoshta me probleme familjare (janë raportuar shpesh divorce, punësim i fëmijëve,

etj.) dhe nuk përbejnë ndonjë shqetësim, por ajo që është më shqetësuese është fakti që rreth **33,4%** ushqehen shpesh jashtë.

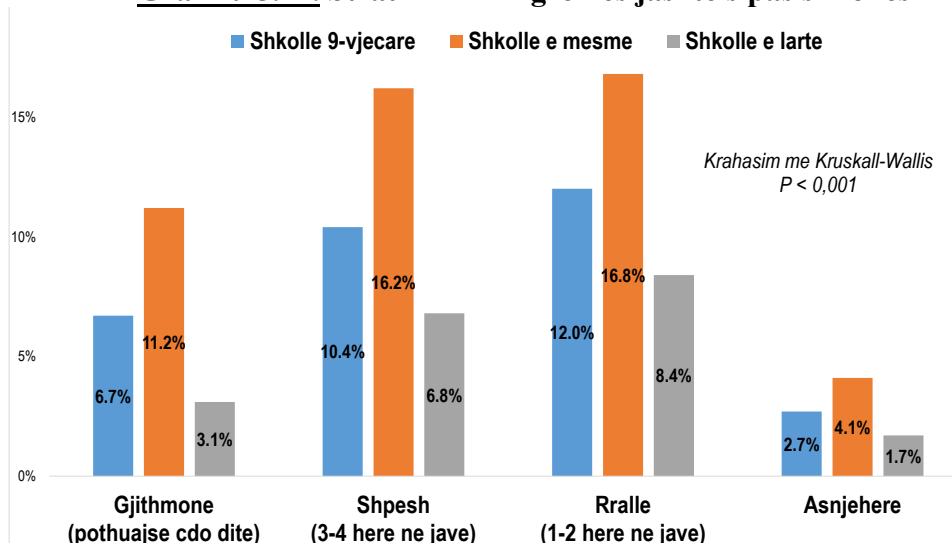
Kjo është një shifër e cila realisht dëshmon një stil të çrregullt ushqyerje dhe një cilësi e siguri të ulët.

5.1.3 Vlerësimi i mënyrave të ushqyerjes sipas karakteristikave të ndryshme.

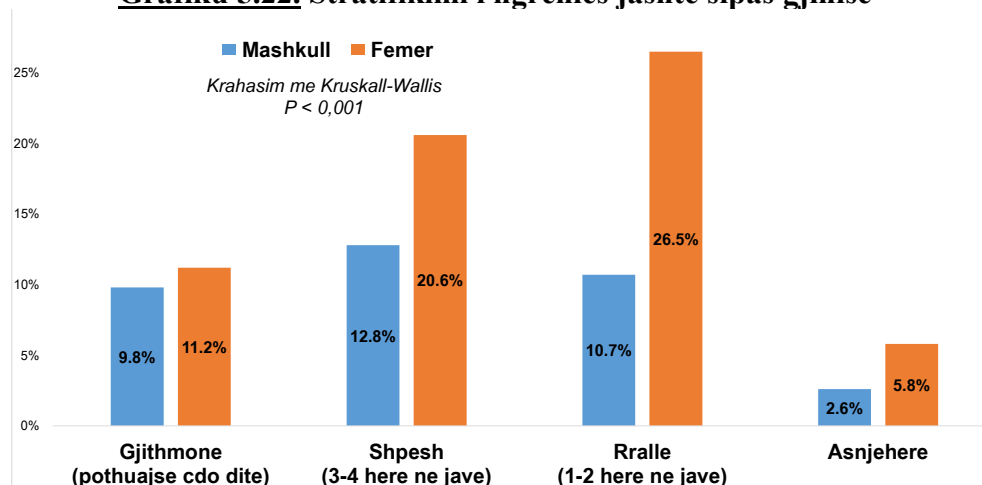
Këta adoleshentë të cilët ushqehen jashtë shumë shpesh stratifikohet sipas shkollës dhe gjinisë dhe shihet që sipas shkollës ka ndryshim sinjifikant $P < 0,001$ [Kur testohet me testin jo-parametrik Kruskall-Wallis] dhe diferencat janë për të gjitha kombinimet, ndërsa sipas gjinisë vihet re një ndryshim shumë sinjifikant $P < 0,001$ (Grafiku 5.21 dhe 5.22).

Kjo na çon drejt përfundimit, që gjinia dhe cikli shkollor ndikon për inkurajimin e ngrënies më shpesh jashtë.

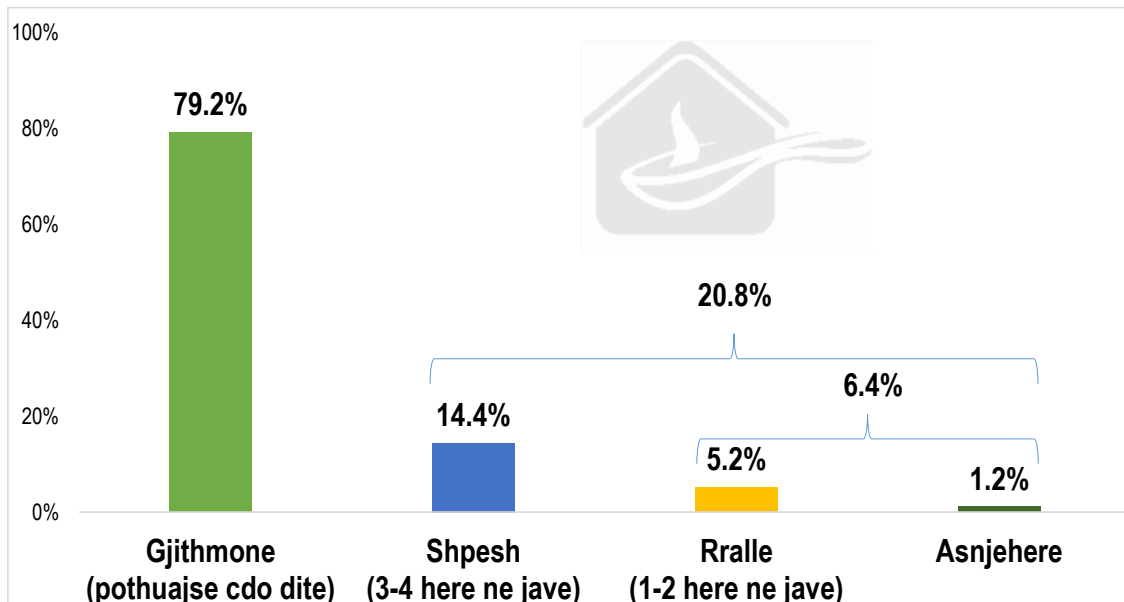
Grafiku 5.21. Stratifikimi i ngrënies jashtë sipas shkollës



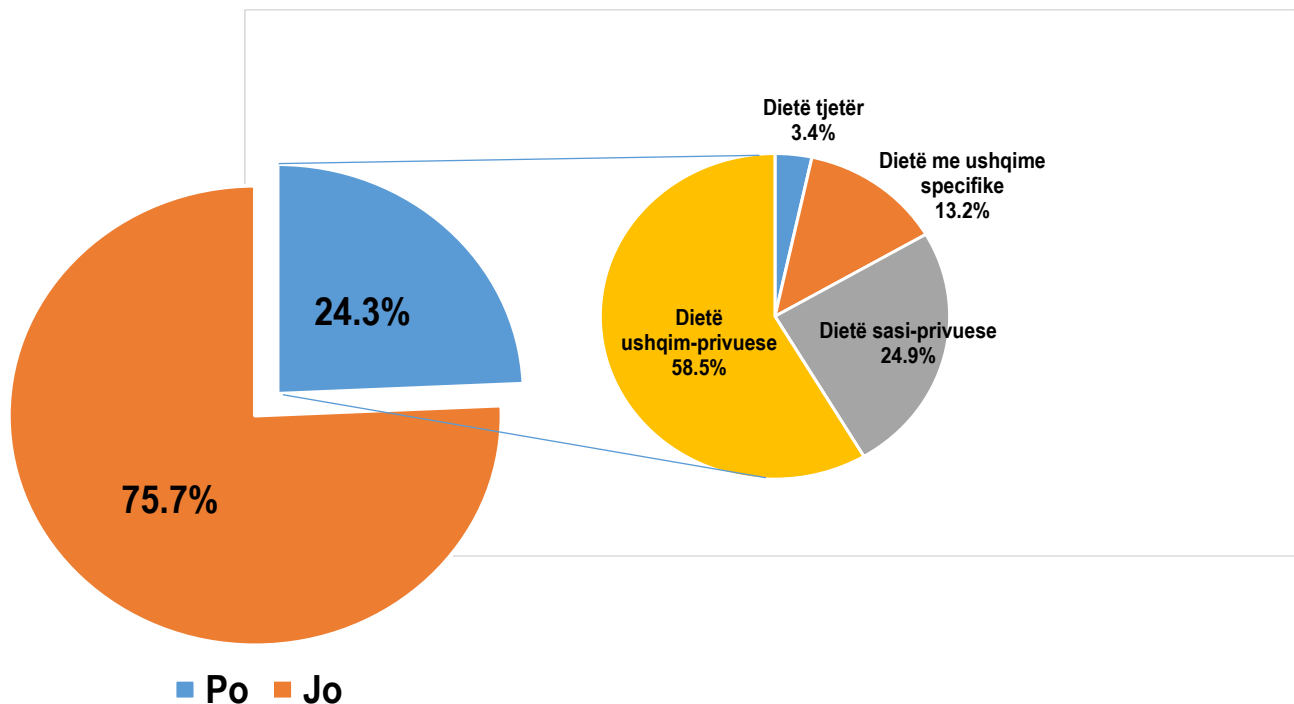
Grafiku 5.22. Stratifikimi i ngrënies jashtë sipas gjinisë



Grafiku 5.23 Sa shpesh ushqeheni në shtëpi?



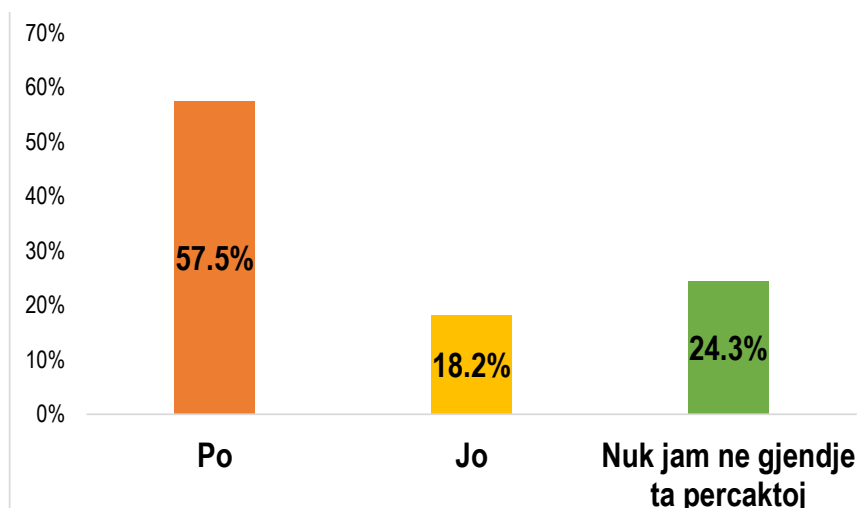
Grafiku 5.23 thjesht vërteton atë çka **Grafiku 5.22** tregoi, në lidhje me ushqyerjen në shtëpi apo jashtë. Ky grafik dëshmon që ka nxënës të cilët nuk ushqehen në shtëpi shpesh, por hanë jashtë në restorante, fast-foode, byrektore, qebaptore, etj.



Pyetjes a mbani dietë vetëm **24.3%** ju përgjigjen me **Po** dhe kjo nuk përben ndonjë risi statistikisht të përfillshme, duke qenë se **75.7%** ju përgjigjen kësaj pyetjeje me **Jo**. Megjithatë ajo që është shqetësuese është fakti që konceptimi dhe perceptimi i dietës tek adoleshentët të cilët deklaruar se mbanin dietë është tepër i gabuar dhe jo i shëndetshëm. Një proporcion prej **58.5%** e adoleshentëve mendonin se dieta duhet mbajtur duke u privuar nga ushqimi, **24.9%** mendonin se ajo kishte të bënte me

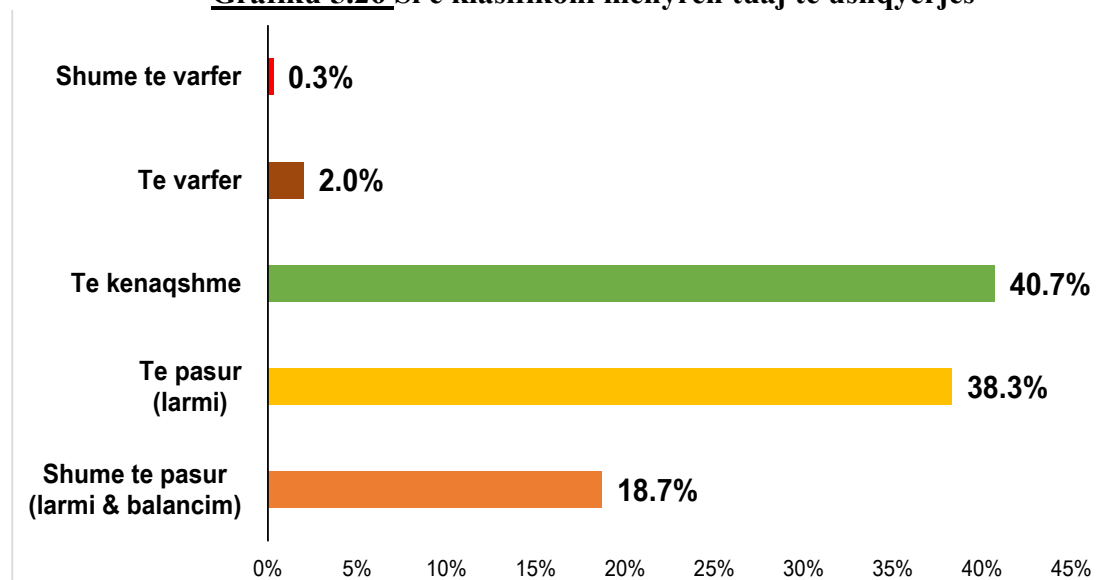
reduktimin e sasisë së ushqimit, **13.2%** raportuan se dieta ka të bëjë me ngrënien e ushqimeve specifike dhe **3.4%** për qind mendonin forma të tjera, p.sh, shmangien e vakteve, si p.sh mëngjesin, apo agjërimin.

Grafiku 5.25 A mendoni se ushqeheni në mënyrë të shëndetshme?



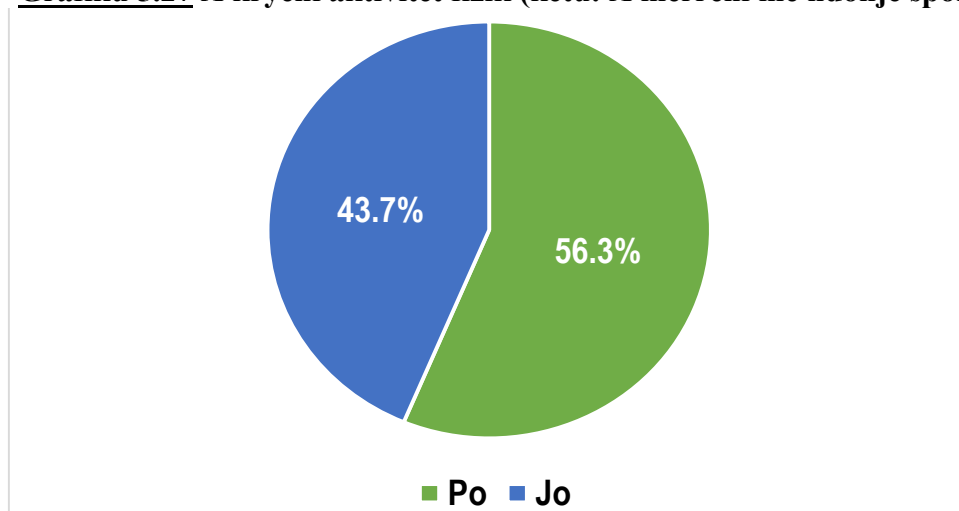
Vetëvlerësimi i cilësisë së ushqyerjes tek adoleshentët në studim shihet se është pozitiv ndonëse ka shumë çështje të cilat nuk tregojnë të njëjtën gjë. Gjithsesi kjo ndikon në vetë-perceptimin e cilësisë së ushqyerjes (**Grafiku 5.25** ku ata nuk janë të njohur mirë me mënyrat e shëndetshme të ushqyerjes, duke qenë se nuk janë të ekspozuar ndaj informacioneve të tilla.

Grafiku 5.26 Si e klasifikoni mënyrën tuaj te ushqyerjes



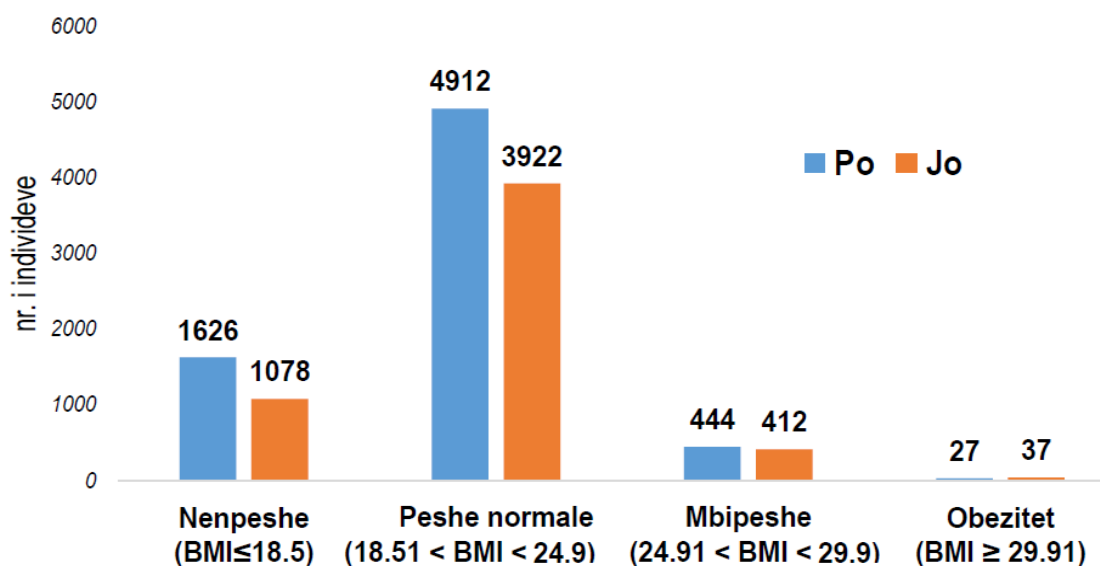
Nga **Grafiku 5.26** shihet se **97.7%** kanë konsideratë të mirë për cilësinë e ushqyerjes se tyre. Ata ndoshta e kuptojnë se janë në gjendje të bëjnë zgjedhjet e duhura nutritive, duke qenë se përgjigje të kësaj natyre kanë dhënë edhe gjatë fokus-grupeve.

Grafiku 5.27 A kryeni aktivitet fizik (këtu: A merreni me ndonjë sport?)



Shohim që pyetjes *A kryeni aktivitet fizik?* nuk ju përgjigjen të gjithë Po. Këtu kjo pyetje është sqaruar gjatë anketimit duke i dhënë auditorit të kuptoj se aktiviteti fizik këtu nënkuptonte okupimin me ndonjë sport (*not, atletikë, futboll, basketboll, etj.*). Ka një përqindje të lartë 43,7%, që nuk kryejnë aktivitet fizik dhe n.q.s. shihet kjo në lidhje me BMI-në (**Grafiku 5.28**) shihet se ka ndryshim të përfillshim statistikisht $P < 0,001$, ndërmjet BMI-së së atyre që merren me aktivitet fizik dhe atyre të cilët nuk kryejnë asnjë aktivitet të rregullt fizik.

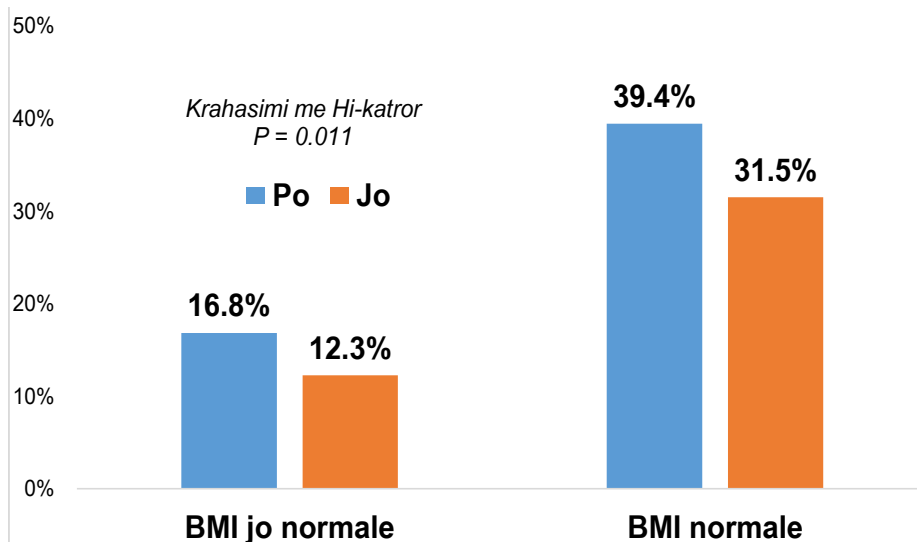
Grafiku 5.28 Aktiviteti fizik sipas statusit nutricional



Krahasimi me test t studenti - > P < 0,001

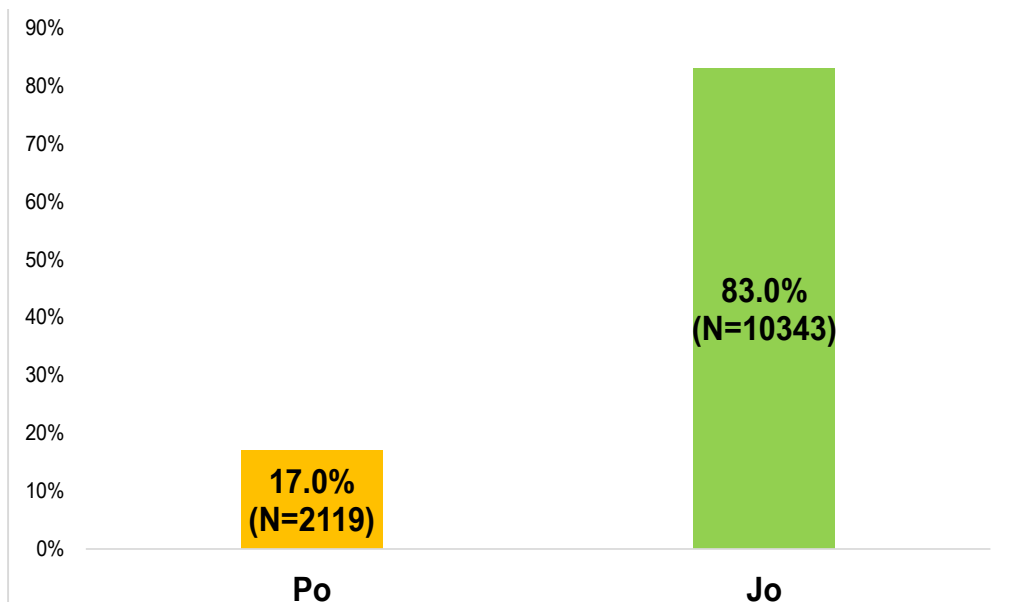
| A kryeni aktivitet fizik ? | N | Mesatarja | Deviacioni std. | Gabimi std. |
|----------------------------|------|-----------|-----------------|-------------|
| BMI Po | 7012 | 20.5885 | 2.85838 | .03413 |
| BMI Jo | 5450 | 20.8407 | 2.90030 | .03929 |

Grafiku 5.29. Aktiviteti fizik dhe statusi nutritional i dikotomizuar



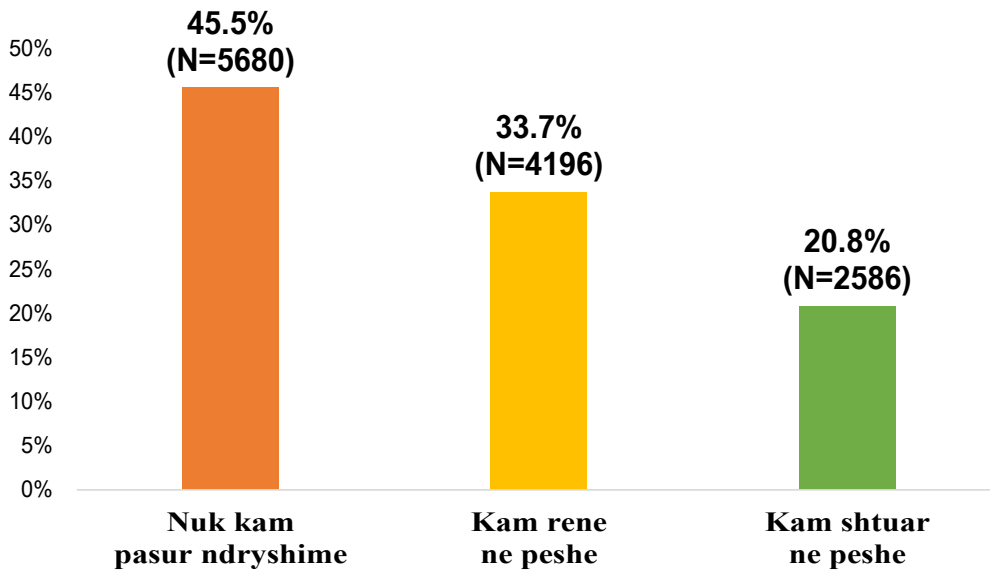
Siç vihet re edhe pas dikotomizimit të BMI-së, përsëri ka diferenca statistikore të konsiderueshme ndërmjet individëve që kryejnë aktivitet sportiv dhe atyre që nuk kryejnë. Kjo testohet dhe evidentohet me testin *Hi-katror* ($P=0,011$). Kjo do të thotë se të kryerit aktivitet sportiv të rregullt ndikon më tepër në mbajtjen e një statusi nutritional të mirë krahasuar me mos kryerjen e tij.

Grafiku 5.30 Duhan pirja në adoleshentët në studim



Edhe duhan pirja është në një masë të lartë në adoleshentët e popullatës në studim ku **17.0%** janë duhanpirës, pa përcaktuar këtu të rregullt apo jo të rregullt. Duhan pirja edhe n.q.s. shihet në lidhje me karakteristika të tjera përbën interes dhe ajo që konstatohet edhe nga Instituti i Shëndetit Publik është se duhan pirja po rritet tek adoleshentët. Kjo ndikon tek malabsorbimi i vitaminave si Vitamina E dhe A dhe dëmtimi i aparatit të tretjes.

Grafiku 5.31 Ndryshimet në peshë gjatë kohëve të fundit (këtu:2 viteve të fundit)

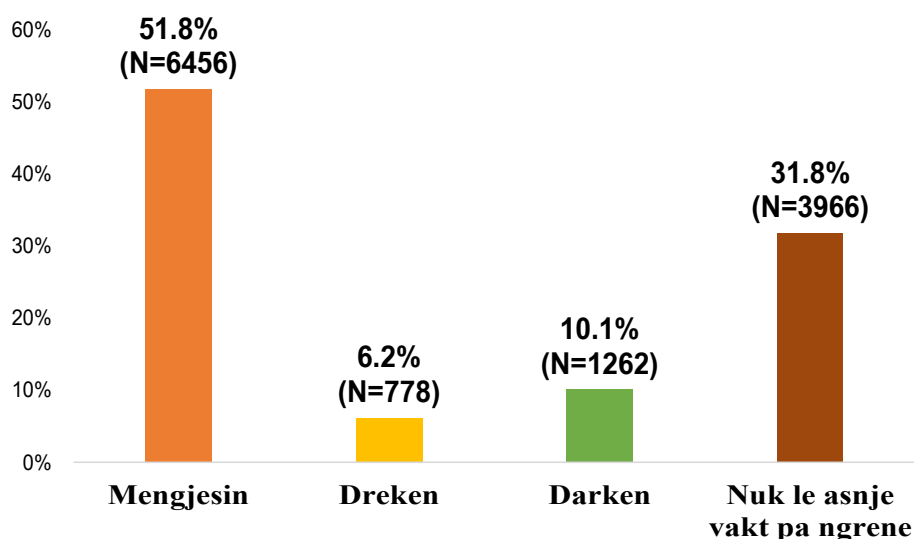


Nga grafiku më sipër shihet se një pjesë e mirë rreth **54.5%** kanë pasur ndryshime (kanë rënë apo kanë shtuar në peshë) kundrejt vetëm **45.5%** që nuk kanë pasur ndryshime. Pra statusi nutricional i popullatës tonë gjatë 2 viteve të fundit ka pësuar ndryshime në peshë, ku **33,7%** ka pasur rënie në peshë dhe **20,8%** ka pasur rritje në peshë. Rritja në peshë gjatë **2 viteve të fundit** lidhet edhe me fazën e adoleshencës ku vihen re ndryshime të peshës dhe masës muskulare, por ajo që është shqetësuese është rënia në peshë.



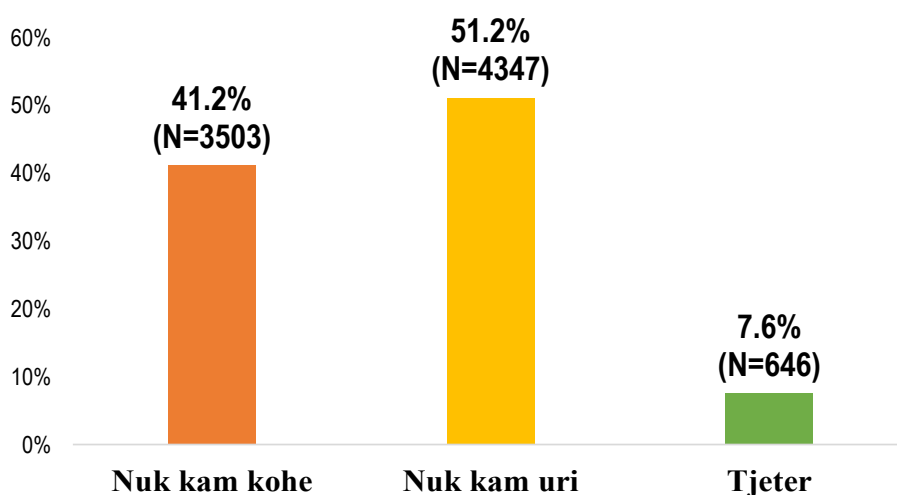
Natyra e pyetjes që e tillë që kërkonte të vlerësonte në qoftë se adoleshentët në studim i janë nënshtruar një rritjeje normale apo kanë një kequshqyerje e cila çon drejt një keq rritjeje të organizmit të tyre, dhe në këtë rast rënia në peshë përbën një problem serioz.

Grafiku 5.32 Cilin vakt lini pa ngrënë nëse lini



Adoleshentët në çdo studim përmenden për vesin e tyre klasik të të ngrënit, që është shmangja e vakteve. Po të shohim në studimet e **Këshillit Kombëtar të Ushqyerjes** “*National Nutrition Council*” në Sh.B.A. vëmë re se dhe aty ka një shmangie shumë të shpeshtë të vakteve, ku kryeson ai i mëngjesit, ndjekur nga darka dhe dreka. Nëqoftëse do të bënim një meta-analizë do të shihnim se vërtet të dhënat tona përputhen plotësisht me studimet e bëra në këtë fushë në vende të ndryshme në botë. Mendësia që ekziston tek këta adoleshentë ekziston edhe në adoleshentë të tjerë të vendeve të botës, ku mëngjesi është vakti më problematik dhe ai që shmanget më tepër. Normalisht sipas evidencave shkencore shmangja e mëngjesit rrit riskun për sëmundje kronike dhe kancer. Arsyet pse i lënë këto vakte janë paraqitur statistikisht në **Grafikun 5.33**. Grafiku më poshtë tregon kategoritë e arsyeve pse nxënësit shmangin e vaktet ushqimore.

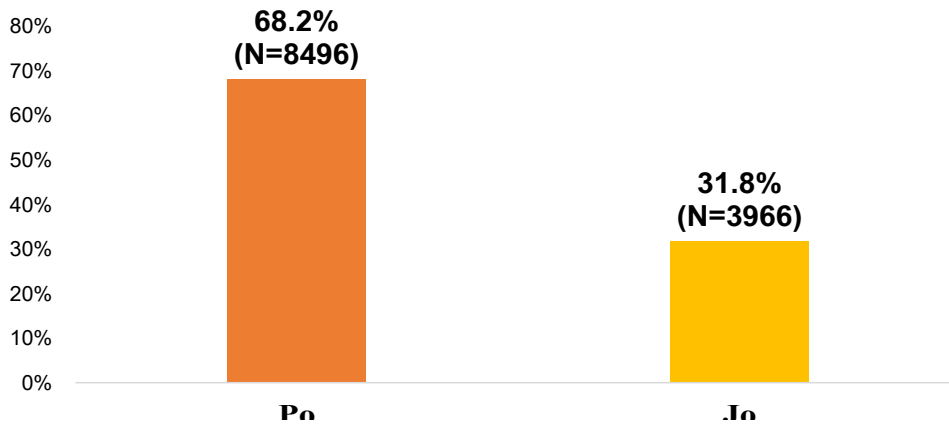
Grafiku 5.33 Nëse lini vakt pa ngrënë pse ndodh?



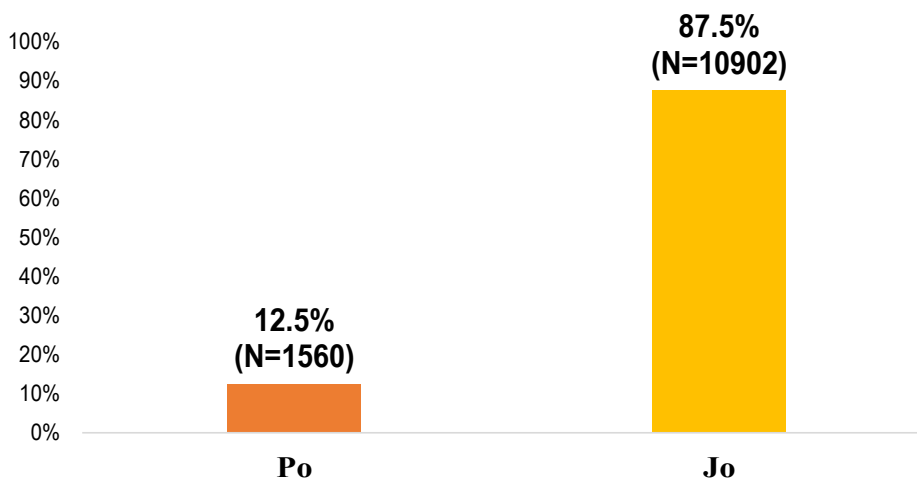
Vihet re se adoleshentët shmangnin shpesh vaktet dhe dy arsyet madhore ishin paraqitur si opsione nga ana jonë në pyetësor, por u pyetën adoleshentët edhe gjatë fokus-grupeve. Siç vëmë re **51.2%** shmangin vaktin sepse nuk kanë uri dhe **41.2%** sepse nuk kanë kohe. Nga ana tjetër **7.6%** u përgjigjën dhe ndër specifikimet që ata

bënë dhe në pyetësor dhe gjatë fokus-grupeve ishin interesante. Kishte nga ata që shmangnin vaktin sepse shpenzonin kohë për pamjen e tyre duke harruar ushqyerjen. Gjithashtu kishte përgjigje se preferonin të flinin sesa të ushqeheshin, duke shmangur kështu vakte.

Grafiku 5.34 A lini vakt pa ngrënë?



Grafiku 5.35 A merrni ushqime nga shtëpia me vete në shkollë?

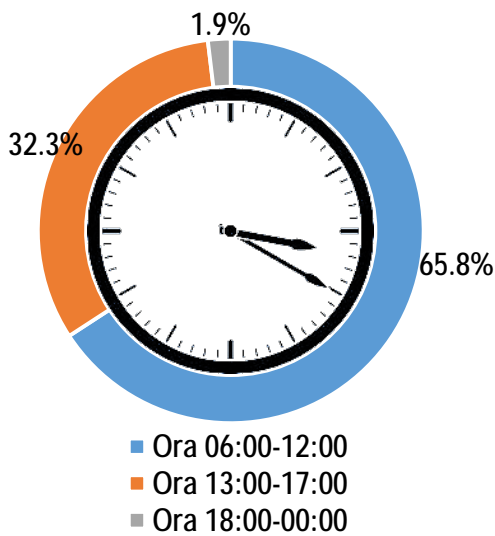


Një nga pyetjet që ju drejtua adoleshentëve ishte se nëse ata merrnin ushqime me vete nga shtëpia në shkollë, për të parë në qoftë se ata ushqehen shëndetshëm në shkollë apo n.q.s. ndjekin praktika ushqimore shtëpiake, të cilat konsiderohen më cilësore dhe më të sigurt se ato që të fast-food-ve, restorante-ve, byrektore-ve, etj.

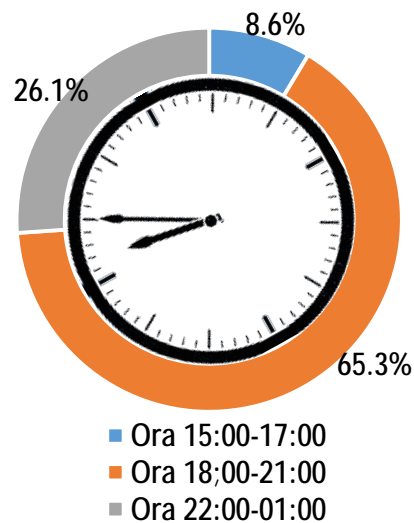
U pa se kishte një shumicë dërrmuese **87,5%** që **nuk merrnin ushqime nga shtëpia** dhe vetëm **12,5%** të cilët ishin e vetmja kategori që e konsideronte marrjen e ushqimeve nga shtëpia si një zgjedhje për një ushqyerje të shëndetshme. Një fakt tjetër që nxënësit shpesh nxirrnin si justifikim për shmangien e vakteve ishte mungesa e ndonjë personi për ti shoqëruar ata gjatë ngrënies apo mungesa e një vakti të gatshëm.

Analiza e mos marrjes së ushqimeve nga shtëpia janë të elaboruara dhe në pjesën kualitative të studimit.

Grafiku 5.36. Kur e hani vaktin tuaj të parë

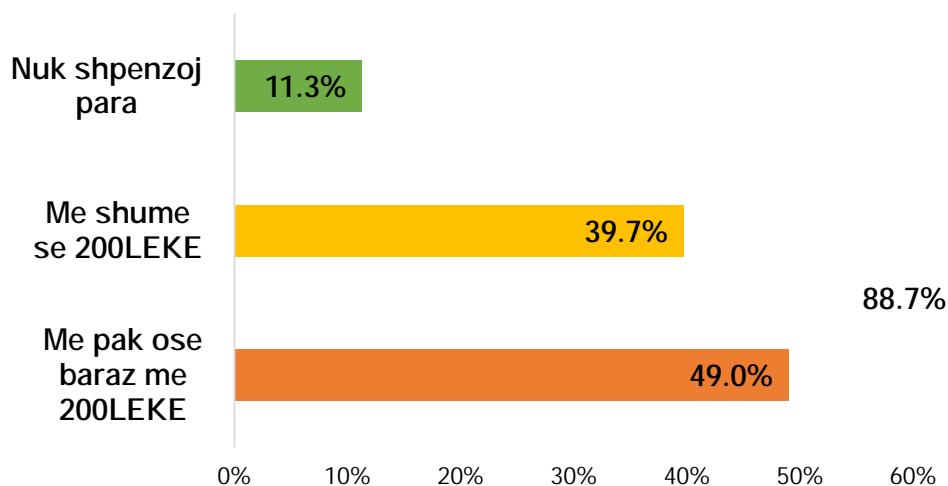


Grafiku 5.37. Kur e hani vaktin tuaj të fundit



Një faktor tjetër që ndikon dhe përshkruan stilin dhe mënyrën e ushqyerjes është dhe orari i vakteve të ngrëna. Pyetja që ju drejtua nxënësve adoleshent ishte se kur ata e hanë vaktin e tyre të parë dhe kur e hanë vaktin e fundit. Grafiket më sipër e tregojnë situatën e përmendur.

Grafiku 5.38 Sa para shpenzoni në ditë për ushqime që hani jashtë shtëpisë (fast-food, restorante, byrektore, etj.)



Për sa i përket parave që adoleshentët shpenzojnë për ushqime që hanë jashtë shtëpisë, shifrat janë realisht të pakënaqshme. Janë **88.7%** që shpenzojnë më pak, baraz ose më shumë se 200 LEKË kundrejt vetëm **11.3%** që nuk shpenzojnë para. Kjo rëndon mirëqenien e tyre dhe të familjeve të tyre duke marrë parasysh kontekstin ekonomik të Shqipërisë si një vend në zhvillim.

Adoleshentët kanë një mungesë perceptimi të parasë dhe shpenzimit. Ata nuk arrijnë të kuptojnë barrën e shpenzimit që ato bëjnë, dhe kjo ndikon në ekonominë

familjare dhe shoqërore. Ata janë shpenzues të rregullt jo vetëm për ushqime, dhe 99% e tyre nuk sjellin asnjë të ardhur dhe për pasojë ulet aksesit ndaj cilësisë dhe sasisë së ushqimeve (*në kuptimin e zotërimit të burimeve për të blerë ushqimet*).

5.2 Pjesa analitike e studimit

Deri tani kemi studiuar vetëm pjesën deskriptive kuantitative, duke vëzhguar shpërndarjet dhe nivelet e fenomeneve, apo shpeshësinë e variablave, ndërkohë që kemi realizuar vetëm disa lidhje (*shoqërime*) statistikore të variablave të ndryshëm që kanë lidhje me stilin e ushqyerjes, njohuritë rreth ushqyerjes dhe cilësinë e ushqyerjes, për të përmbushur pak nga pak objektivat e vendosura në fillim të studimit.

5.2.1 Përcaktimi dhe vlerësimi i treguesve antropometrike si BMI e përgjithshme dhe specifike

Shoqërimi i parë që do të paraqesim dhe do të vlerësojmë është lidhja statistikore e (Indeksin e Masës Trupore) BMI me faktorët e stilit të jetesës dhe faktorët *socio-demografo-ekonomik*. Para së gjithash do të vlerësojmë BMI e popullatës në studim (Tabela 5.8 dhe 5.9 dhe Grafiku 5.41).

Minitabela 5.6 Të dhëna statistikore për gjatësinë (cm)

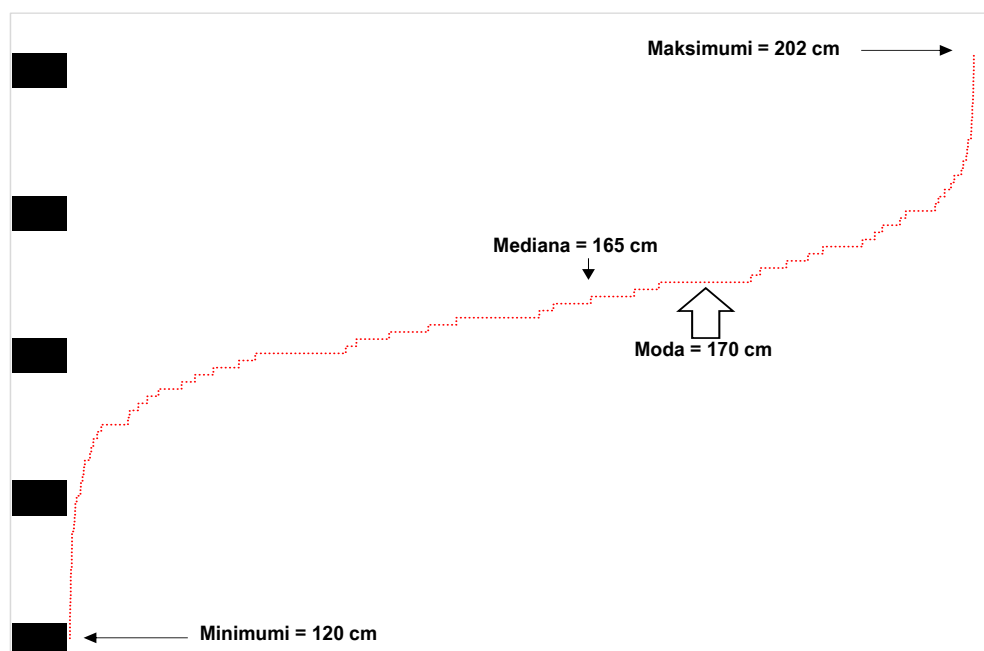
| | |
|-------------------------------------------|---------------|
| Mesatarja | 165,59 |
| Mediana | 165 |
| Moda | 170 |
| Deviacioni Std. | 9.27 |
| Minimumi | 120 |
| Maksimumi | 202 |
| Gabimi std. i mesatares | 0.083 |
| Mesatarja e popullatës¹ | 165.58 |
| 95% CI (Interval Besimi) | 165.5 -165.8 |
| N | 12462 |

Minitabela 5.7 Të dhëna statistikore për peshën (kg)

| | |
|-------------------------------------------|--------------|
| Mesatarja | 56.98 |
| Mediana | 56 |
| Moda | 50 |
| Deviacioni Std. | 10,51 |
| Minimumi | 30 |
| Maksimumi | 115 |
| Gabimi std. i mesatares | 0.094 |
| Mesatarja e popullatës¹ | 56.92 |
| 95% CI (Interval Besimi) | 56.8 – 57.2 |
| N | 12462 |

¹ Bazuar në perlllogaritje të gabimit standart të mesatares dhe parametrave të tjere statistikore

Grafiku 5.39 Shpërndarja e gjatësisë në popullatën tonë në studim



Grafiku 5.40 Shpërndarja e peshës në popullatën tonë në studim

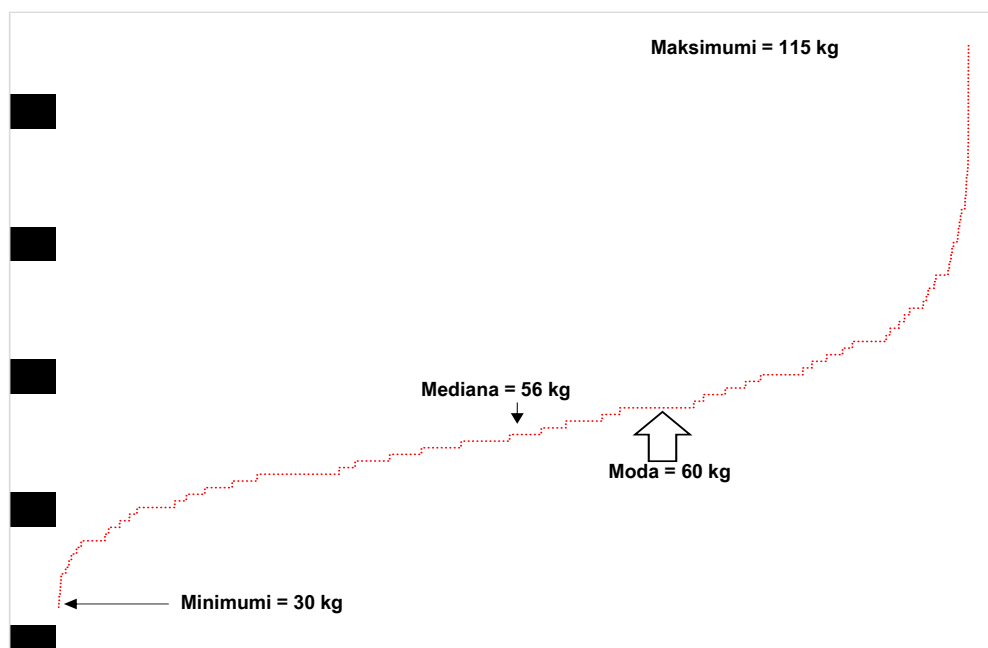
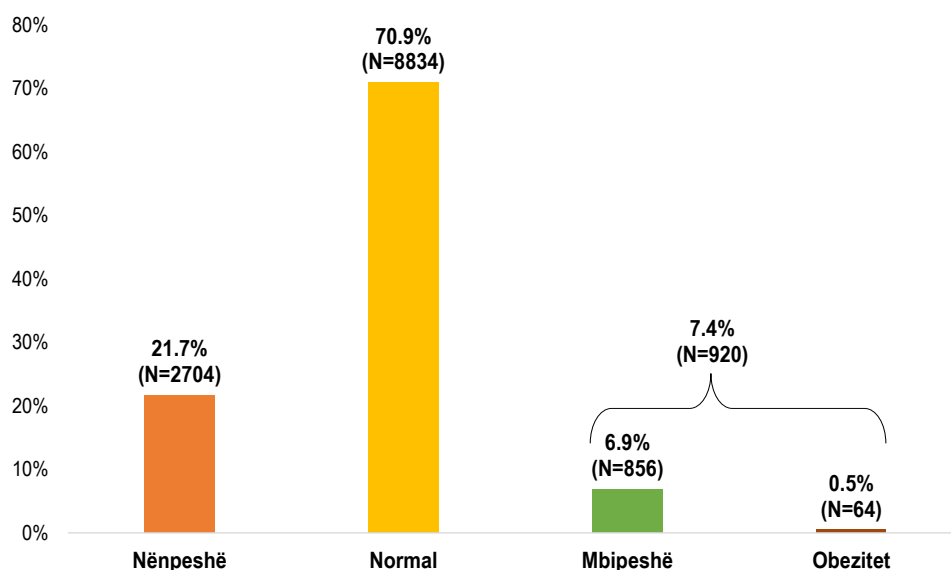


Tabela 5.8. Të dhëna statistikore për BMI-në të grupuar.

| Gjendja nutricionale | Frekuenca | Përqindja |
|---------------------------|--------------|-------------|
| BMI < 18,5 – Nëneshë | 2704 | 21.7% |
| BMI 18,5 – 25 – Normal | 8834 | 70.9% |
| BMI >25 – 29,9 – Mbipeshë | 856 | 6.9% |
| BMI > 30 – Obezitet | 64 | 0.5% |
| Total | 12462 | 100% |

Grafiku 5.41 Shpërndarja sipas BMI-së të kategorizuar



Në shumë literatura nuk është ende e qartë në qoftë se ka ndryshim në gjini të statusit nutricional (*nëneshë, normalitet, mbipeshë dhe obezitet*).

Në studimin tonë u morën parasysh variabla të tillë në mënyrë që të sillnim risi dhe realisht të krahasojmë në qoftë se, me të vërtetë ka ndryshim midis gjinisë dhe statusit nutricional, në kuptimin që kush janë më të prekurit nga fenomenet negative nutricionale (*mbipeshë, obezitet apo nëneshë*).

5.2.2 Vlerësimi i lidhjes të stilit të jetesës & karakteristikave socio-demografike me mënyrat e ushqyerjes

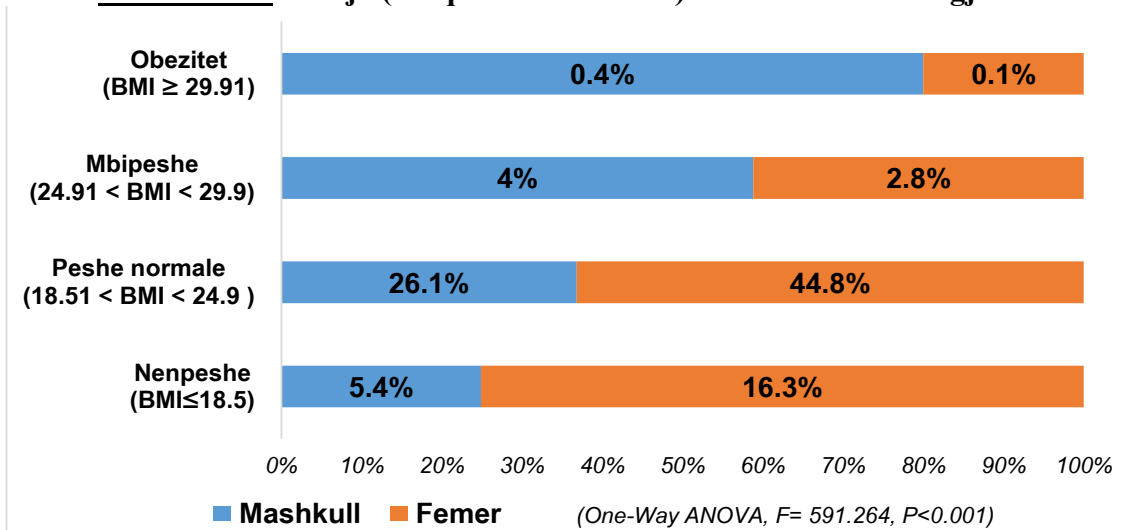
Tabelat në vazhdim (**Tabela 5.9** dhe **Grafiku 5.42**) na paraqesin të dhënat me anë të testit *ANOVA* i cili na jep sinjifikancën e diferencës midis dy kategorive (*femër vs. mashkull*) në terma të një variabli të vazhduar siç është BMI-ja..

Tabela 5.9 Statusi nutricional vs. Gjinia

| | | BMI | | | | Total |
|--------|---|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------|
| | | Nëneshë (BMI ≤ 18.5) | Peshë normale (18.51 < BMI < 24.9) | Mbipeshë (24.91 < BMI < 29.9) | Obezitet (BMI ≥ 29.91) | |
| Gjinia | M | 671 | 3248 | 503 | 48 | 4470 |
| | F | 2033 | 5586 | 353 | 16 | 7988 |
| Total | | 2704 | 8834 | 856 | 64 | 12458 |

One-Way ANOVA, F= 591.264, P<0.001

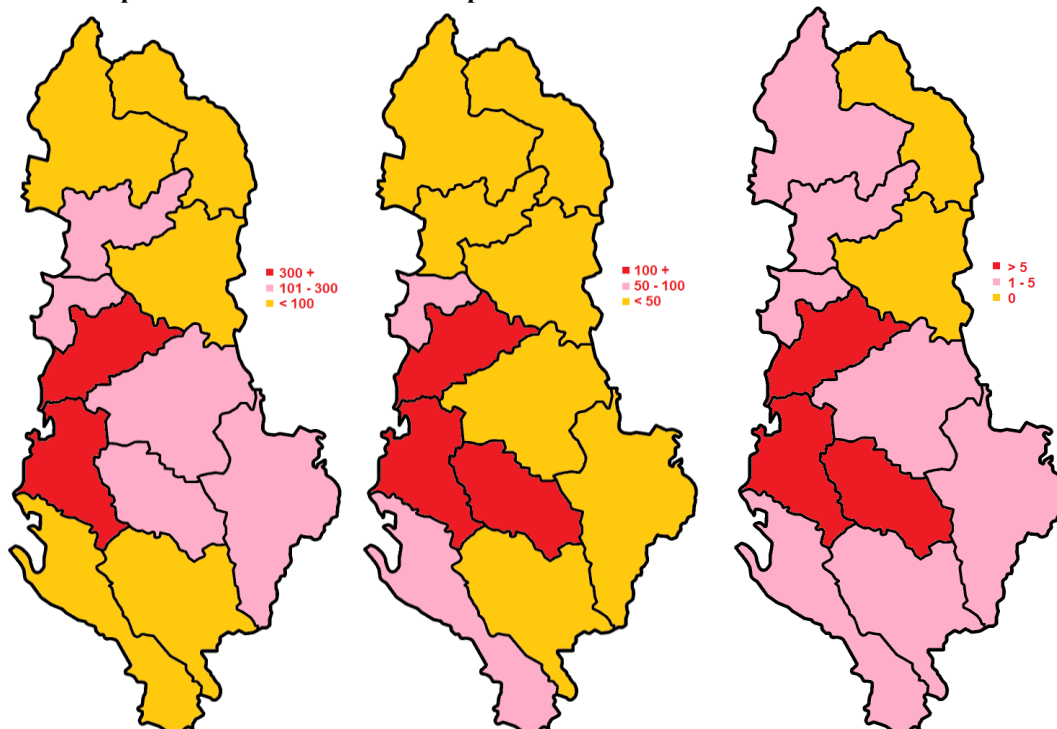
Grafiku 5.42 Lidhja (shoqërimi statistikor) midis BMI-së dhe gjinisë



Popullata në studim (*adoleshentë të Republikës së Shqipërisë*) ndryshe nga sa pritej, kanë një status nutricional të rrezikshëm që i ekspozon ata ndaj rreziqeve shëndetësore. Shihet që adoleshentët, me kryefjalë femrat, janë në një masë shumë të madhe të nënpeshës. (16.3% në total me 5.4% nënpeshë të meshkujt dhe rreth 3 herë më shumë nënpeshë të hasur tek femrat).

Për më tepër ky ndryshim i BMI-së në dy gjinitë është sinjifikant (*Meshkuj* 21.52 ± 3.1 vs. *Femra* 20.24 ± 2.6 , $t(12462) = 24.3$ (*diferenca mes mesatareve* = 1.28 [95% CI = 1.17 – 1.38]), $P < 0,001$). Popullata jonë shihet se po humbet peshë dhe gjatësi dhe jo vetëm nën ushqehet por edhe keq rritet.

Harta 5.1 Shpërndarja e nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit sipas qarqeve



Kjo keq rritje përputhet me studime të tjera të realizuara në vende të tjera të përmendura në diskutim. Ndërsa për nënpeshën ishin femrat ato që ishin më të ekspozuara, për mbipeshën dhe obezitetin meshkujt janë më të rrezikuar dhe më të ekspozuar. Si përfundim del se në adoleshentët e përfshirë në studimin tonë, kemi tregues të malnutricionit. Kjo ndoshta i dedikohet tranzicionit socio-ekonomik në Shqipëri, ndoshta popullata jonë është e varfër ose keq ushqehet. Për të gjykuar më saktë duhet të stratifikojmë këto ndryshime, sipas shkollës dhe sipas karakteristikave të tjera. (Tabelat në vijim).

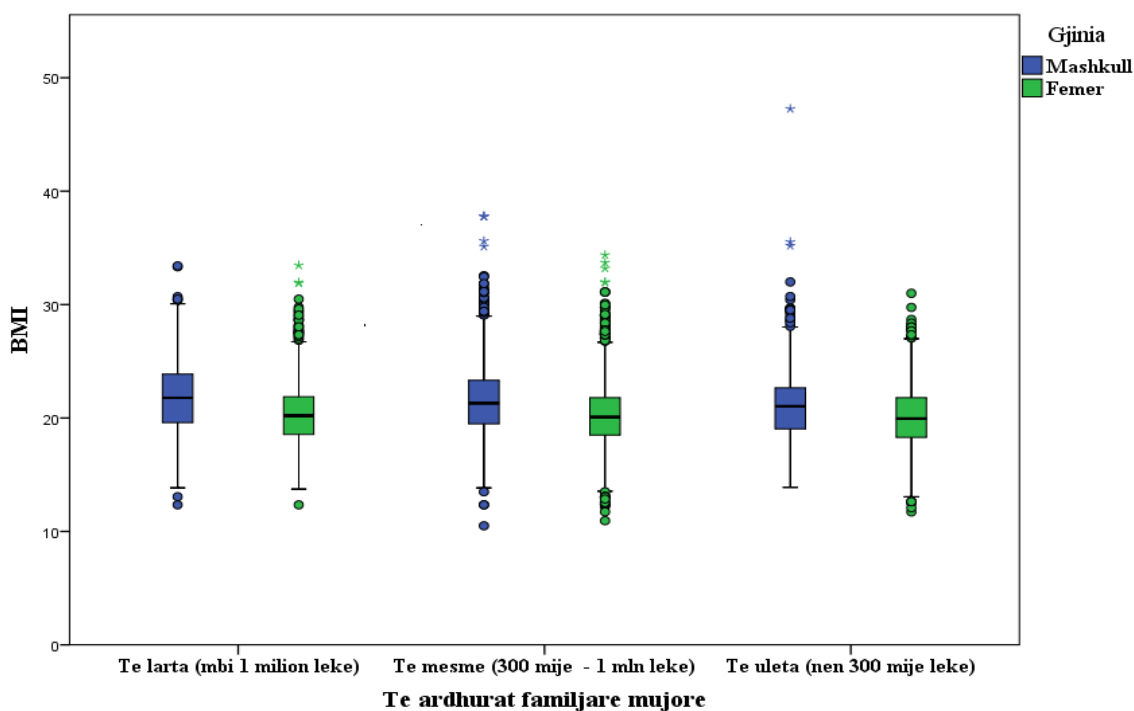
Tabela 5.10. BMI vs. Të ardhurat familjare mujore Krostabulum

| Grupimi | | Të ardhurat familjare mujore | | | Totali | |
|----------------|---------------------------|------------------------------|----------|----------|--------|--------|
| | | Të larta | Të mesme | Të ulëta | | |
| Statusi BMI | BMI<18,5 –Nëneshë | Nr. | 530 | 1714 | 460 | 2704 |
| | | % | 4.3% | 13.8% | 3.7% | 21.7% |
| | BMI 18,5 – 25 – Normal | Nr. | 1923 | 5640 | 1271 | 8834 |
| | | % | 15.4% | 45.3% | 10.2% | 70.9% |
| | BMI >25–29,9– Mbipeshë | Nr. | 243 | 512 | 101 | 856 |
| | | % | 2.0% | 4.1% | 0.8% | 6.9% |
| | BMI > 30 – Obezitet | Nr. | 14 | 43 | 7 | 64 |
| | | % | 0.1% | 0.3% | 0.1% | 0.5% |
| Totali | | Nr. | 2710 | 7909 | 1839 | 12458 |
| | | % | 21.8% | 63.5% | 14.8% | 100.0% |

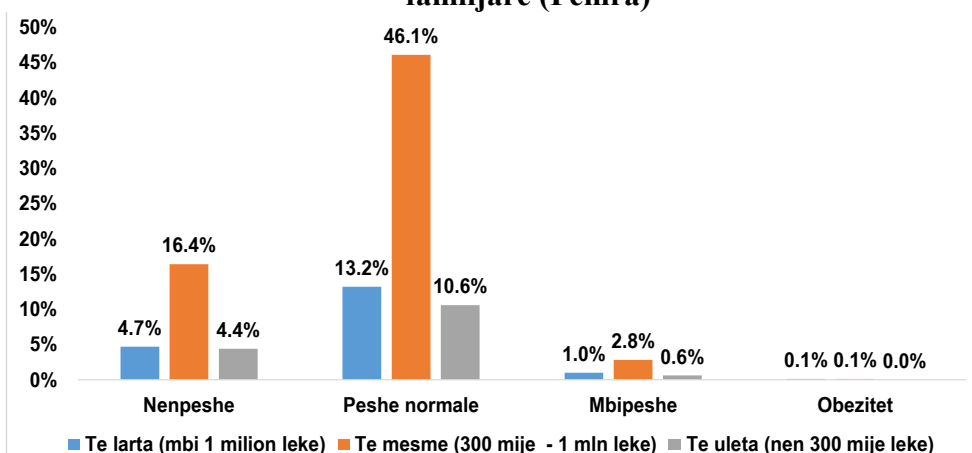
Koeficienti korrelacionit (R = -0.048)

$P < 0,001$

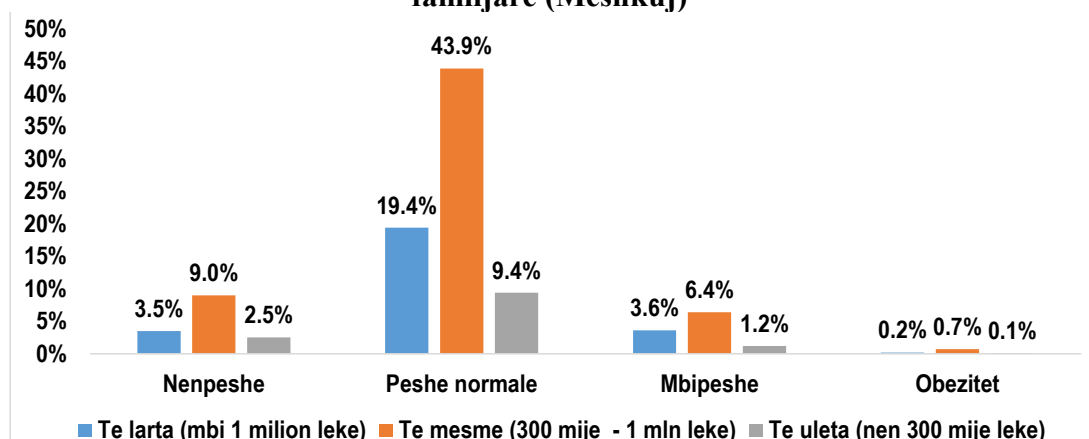
Grafiku 5.43 Lidhja statistikore midis Statusit nutricional dhe të ardhurave familjare (të dyja gjinitë)



Grafiku 5.44 Lidhja statistikore mes statusit nutritional dhe të ardhurave familjare (Femra)



Grafiku 5.45 Lidhja statistikore mes statusit nutritional & të ardhurave familjare (Meshkuj)



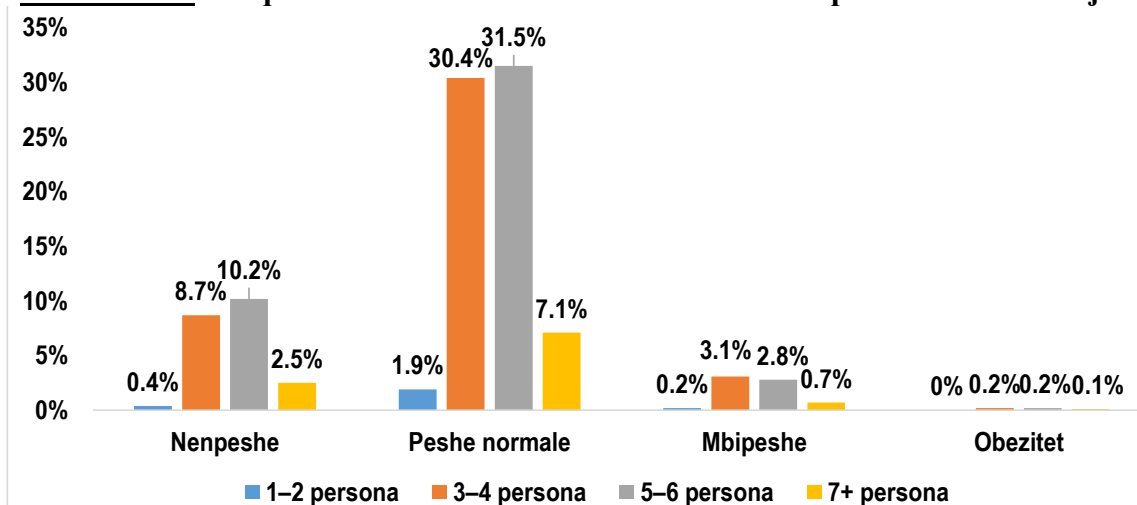
Grafikët më sipër dëshmojnë që, edhe pse ne i analizuam variablat (*status nutritional vs. të ardhura mujore*) në total dhe të stratifikuara për gjini kishte tregues sinjifikant që të tregonin lidhjen mes të ardhurave dhe gjinisë dhe statusit nutritional apo thjesht të ardhura–status nutritional. Na mbetet ta lidhim statusin nutritional me faktorë të tjerë.

Tabela 5.11. Shoqërimi i statusit nutritional me numrin e personave në familje

| Statusi nutritional | Numri i personave në familje | | | | Totali | |
|-------------------------|------------------------------|----------------|----------------|---------------|--------|--------|
| | 1–2 persona | 3–4 persona | 5–6 persona | 7+ persona | | |
| BMI < 18,5–Nënveshë | Nr. | 47 | 1078 | 1266 | 2704 | |
| | % | 0.4% | 8.7% | 10.2% | 2.5% | 21.7% |
| BMI 18,5 – 25 – Normal | Nr. | 241 | 3792 | 3921 | 880 | 8834 |
| | % | 1.9% | 30.4% | 31.5% | 7.1% | 70.9% |
| BMI>25 – 29,9– Mbipeshë | Nr. | 30 | 388 | 353 | 85 | 856 |
| | % | 0.2% | 3.1% | 2.8% | 0.7% | 6.9% |
| BMI > 30 – Obezitet | Nr. | 2 | 30 | 24 | 8 | 64 |
| | % | 0.0% | 0.2% | 0.2% | 0.1% | 0.5% |
| Totali | Nr. | 320 | 5288 | 5564 | 1286 | 12458 |
| | % | 2.6% | 42.4% | 44.7% | 10.3% | 100.0% |

Koeficienti i korrelacionit (R=-0,040) P <0,001

Grafiku 5.46 Shoqërimi i statusit nutricional dhe numrit të personave në familje



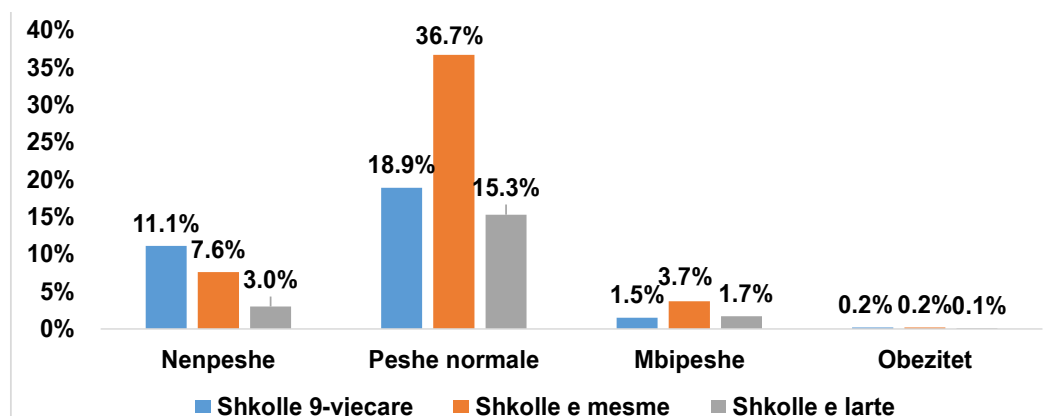
Përsëri ka një lidhje statistikisht të përfillshme që vërteton nëse statusi nutricional ka lidhje me numrin e personave në familje. Sinjifikante është edhe lidhja e statusit nutricional dhe gjinisë, ku pamë se femrat predispozoheshin më shumë të ishin nënveshë. Siç shihet në tabelën dhe grafikun më sipër ka lidhje sinjifikante ($P < 0,001$). Duhet të vazhdojmë të kërkojmë për faktorët protektive apo risk, që ndikojnë në ushqyerjen e adoleshentëve.

Tabela 5.12 Statusi nutricional dhe shkolla (e mesme vs. 9-vjeçare vs. e lartë)

| | | Shkolla | | | Total | |
|--------------|------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|-------|--------|
| | | Shkollë 9-vj | Shkollë e mesme | Shkollë e lartë | | |
| BMI | Nënveshë (BMI ≤ 18.5) | N | 1385 | 951 | 368 | 2704 |
| | | % | 11.1% | 7.6% | 3.0% | 21.7% |
| | Peshe normale (18.51 < BMI < 24.9) | N | 2359 | 4570 | 1905 | 8834 |
| | | % | 18.9% | 36.7% | 15.3% | 70.9% |
| | Mbipeshe (24.91 < BMI < 29.9) | N | 183 | 466 | 207 | 856 |
| | | % | 1.5% | 3.7% | 1.7% | 6.9% |
| | Obezitet (BMI ≥ 29.91) | N | 24 | 23 | 17 | 64 |
| | | % | 0.2% | 0.2% | 0.1% | 0.5% |
| Total | | N | 3951 | 6010 | 2497 | 12458 |
| | | % | 31.7% | 48.2% | 20.0% | 100.0% |

Koeficienti i Korrelacionit (R= 0.175) P<0,001

Grafiku 5.47 Statusi nutricional dhe shkolla (e mesme vs. 9-vjeçare vs. e lartë)

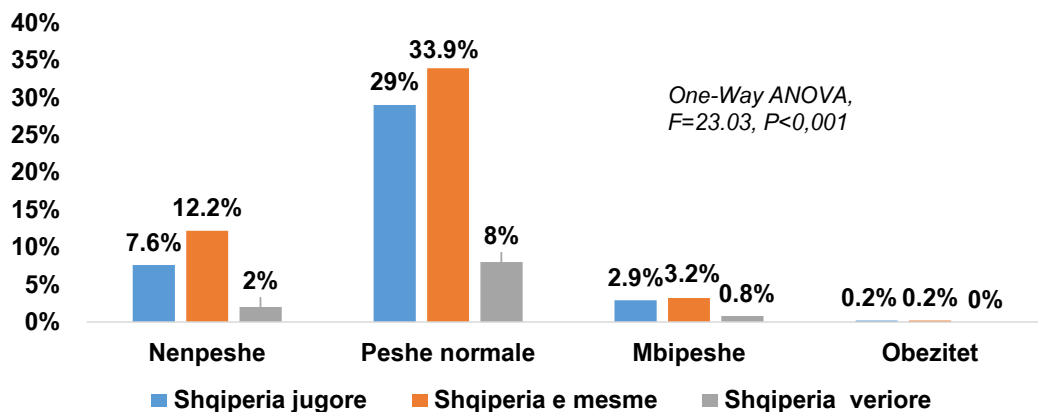


Gjykuar nga tabela dhe grafiku dhe duke marrë parasysh vlerën e *P-së* e cila është shumë sinjifikante, mund të themi se ka një lidhje midis statusit nutricional dhe ciklit shkollor. Këtu shihet (**Grafiku 5.47**) se nxënësit e shkollave 9–vjeçare janë më të ekspozuar ndaj nënpeshës, ndoshta për shkak të faktit që kjo moshë është më pak e informuar për mirë ushqyerjen, kundrejt adoleshentëve të shkollave të mesme dhe atyre të shkollës së lartë, që kanë më tepër informacion për ushqyerjen dhe janë në një fazë që njohin personalitetin e tyre dhe krijojnë një kujdes më të lartë për organizmin e tyre.

Nga të dhëna të **Ministrisë së Shëndetësisë**, nuk ka ndonjë ndryshim midis zonave gjeografike të Shqipërisë për mënyrat e ushqyerjes dhe statusit nutricional. Dieta në zonat Jugore të vendit tonë tradicionalisht ka qenë e pasur me vaj ulliri, fruta dhe perime, ndërkohë që në zonat Veriore dhe në Shqipërinë e Mesme ka qenë e pasur në yndyra me origjinë shtazore.

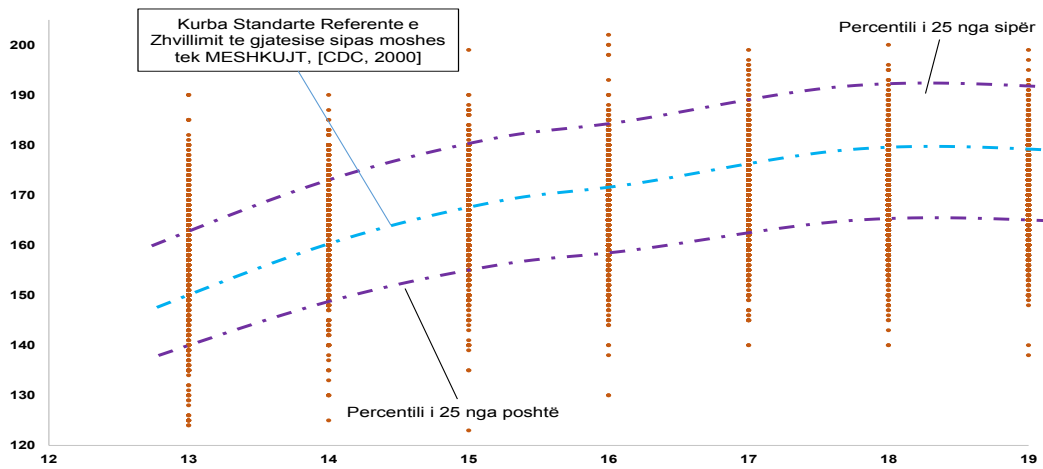
Megjithatë, si në Jug ashtu edhe në Veri të vendit, vaji kryesor i përdorur ka qenë ai i lulediellit dhe piramida ushqimore kishte të njëjtën strukturë në të dyja rastet. Prandaj. Të gjitha zonat e Shqipërisë kanë përafërsisht të njëjtat mënyra të ushqyerjes dhe statusi nutricional. Në studimin tonë vërtetuam se ka ndryshim, të paktën statistikor ndërmjet statusit nutricional dhe zonës. (**Grafiku 5.48**)

Grafiku 5.48 Statusi nutricional sipas zonave gjeografike

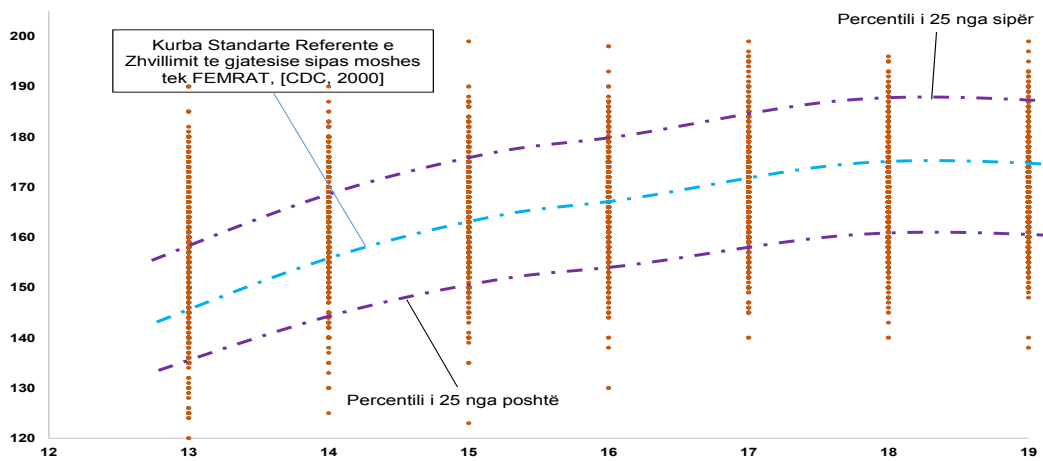


Në këtë pikë kemi përmbushur objektivat kuantitativ të studimit tonë dhe i kemi dhënë fund analizës sasiore të të dhënave. Ka një pjesë ende cilësore, e cila përfshin përgjigjet kualitative, analizon dhe interpreton të dhënat kualitative. Nga ana tjetër në studimet kontemporan rreth ushqyerjes së adoleshentëve përdoren shpesh dy indikatorë të cilët teorikisht realizojnë një vlerësim të veçantë. Këto dy indikatorë janë pesha për moshë dhe gjatësia për moshë. Këto tregojnë gjendje që shpesh i referohemi si *wasted* për ata individë që janë të dobët në peshë për moshë, dhe *stunting* për ata individë që janë të shkurtër për moshën. Në studimin tonë ne arritëm të analizojmë këtë aspekt të ushqyerjes, i cili paraqitet në **Grafikët 5.49, 5.50, 5.51, 5.52**.

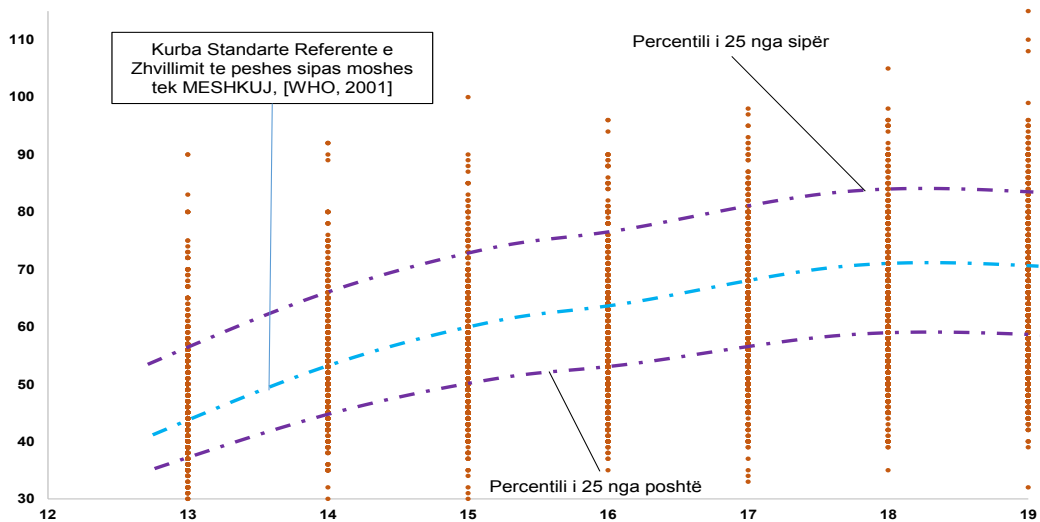
Grafiku 5.49. Gjatësia për moshë, meshkuj adoleshentë 10–20 vjeç



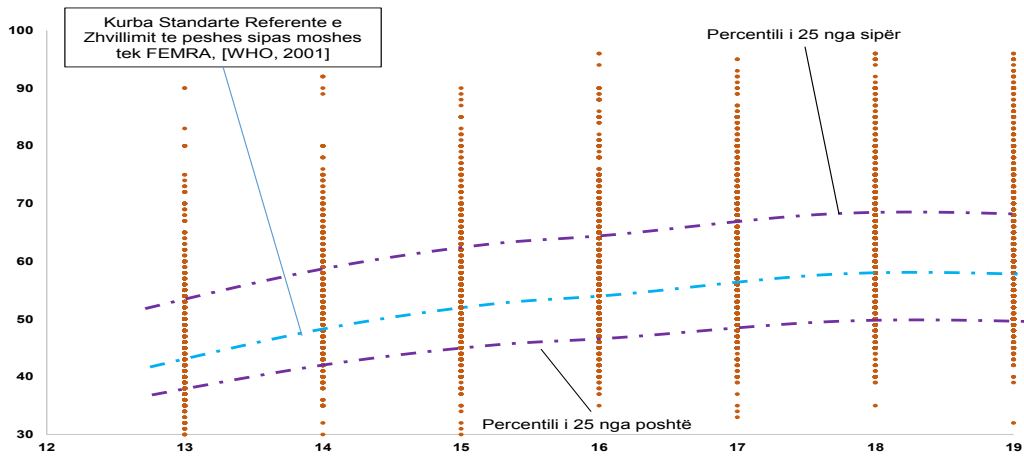
Grafiku 5.50 Gjatësia për moshë, femra adoleshente 10–20 vjeç



Grafiku 5.51 Peshë për moshë, meshkuj adoleshentë 10–20 vjeç

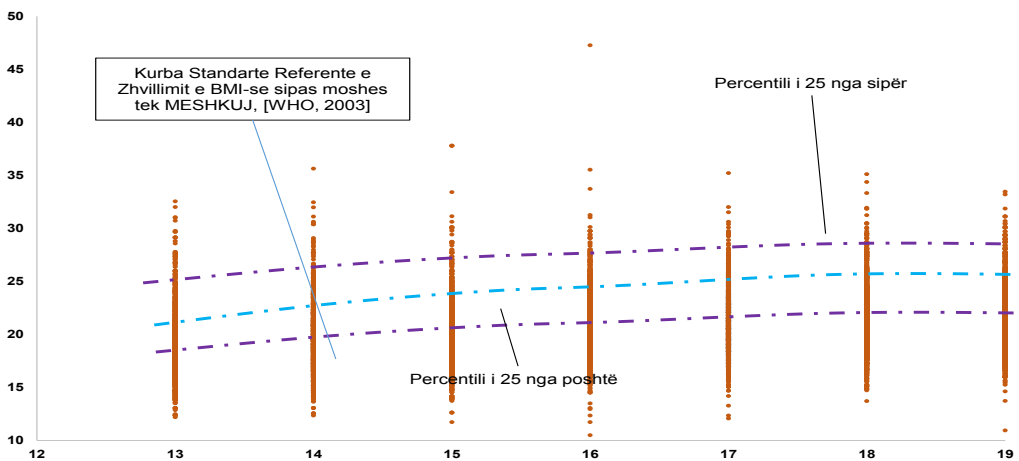


Grafiku 5.52 Peshë për moshë, femra adoleshente 10–20 vjeç

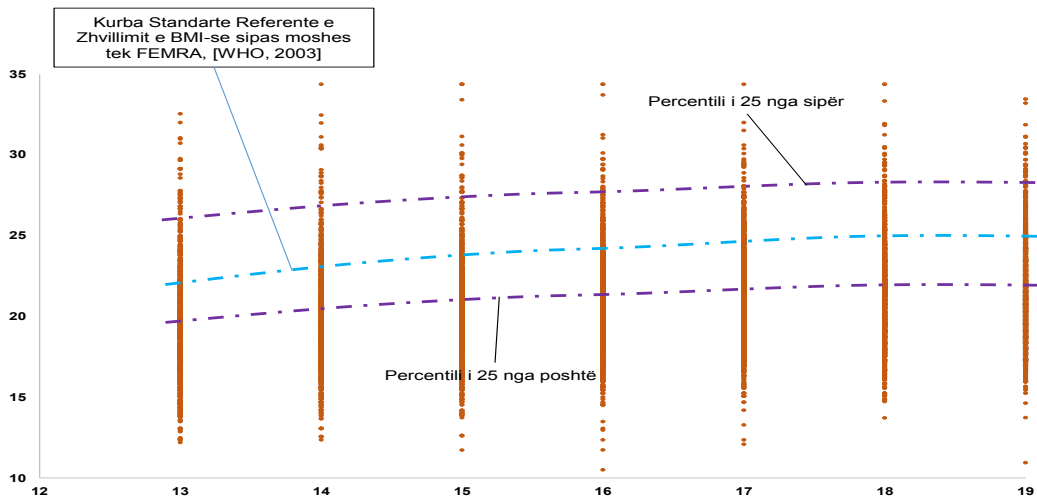


Kurbat tregojnë devijimin e popullatës tonë nga vlerat optimale të përcaktuara nga rekomandimet ndërkombëtare (CDC 2001 dhe WHO 2003 [Grafikët 5.53 dhe 5.54]).

Grafiku 5.53 BMI-ja për moshë (meshkuj) krahasuar me standardet e OBSH-së



Grafiku 5.54 BMI-ja për moshë (femra) krahasuar me standardet e OBSH-së



5.3 Pjesa analitike kualitative

Pas analizimit të të dhënave me anë të metodës *Grounded*, të dhënat e disponuara u ndanë në disa kategori sipas funksionit të tyre:

1. Ekzistenca e ndonjë modeli (praktike) në mënyrën e të ushqyerit të tyre.
2. Faktorët që ndikojnë në kërkesat dhe burimet për marrjen e informacionit.
3. Konceptimi dhe qëllimi i tyre për të ushqyerit.

Pyetjet, janë të ndërtuara në mënyrë të atillë, që të jenë të lehta për tu përgjigjur nga të gjithë subjektet (*nxënësit dhe studentët*). Të gjitha të drejtat, anonimiteti, konfidencialiteti dhe privatësia u garantuan para dhe pas shkruajtjes së studimit.

5.3.1 Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve mbi ushqyerjen

1. Çfarë lloj diete mbani ?

Në përgjithësi nxënësit nuk mbanin dieta. Disa prej tyre mendonin se ato ishin të rrezikshme dhe mund të bënin të bije shumë nën peshë deri në shfaqjen e sëmundjeve të ndryshme. Mirëpo kishte dhe nga ata që mbanin dieta, dhe të pyetur se çfarë llojë diete përgjigjet e nxënësve që ishin :

- “*Nuk i përdor ushqimet me yndyra.*”
- “*Bëj dietë me perime dhe fruta.*”

Por kishte edhe nga ato subjekte që nuk e dinin me saktësi se çfarë do të thotë dietë. Disa mendonin se ishte mos-ngrënie e një pjese të mirë të vakteve, kurse të tjerë ngrënie e sa më shumë frutave. Perceptimi i dietës nuk i ishte adekuat, por gjithsesi kishte një shumicë e cila arrinte ta kuptonte, interpretonte dhe te jepte informacion mbi dietën.

2. Nëse ke pasur ndryshime në peshë përse ka ndodhur?

Kjo pyetje është ndërtuar për të kuptuar nëse ndryshimet në peshë kanë ndodhur si pasojë e moshës së tyre, pra nga ndryshimet që ndodhin gjatë adoleshencës apo nga ndonjë tjetër shkak.

- a) *S’kam pasur ndryshime*
- b) *Kam rënë në peshë*
- c) *Kam shtuar në peshë*

* *Të gjitha këto përgjigje kanë qenë të prekshme, por arsyet përse kishte ndodhur pikërisht kështu nxënësit e konceptonin në mënyra të ndryshme. Në qoftë se ndryshimi konsistonte në një rënie në peshë disa nga konceptimet ishin:*

“*Mungesa e dietës.*”

“*Stresi i provimeve.*”

“*Kam qenë sëmurë.*”

“*Kam filluar të luaj me biçikletë.*”

“*Kam ndenjur shumë duke punuar.*”

“*Probleme personale.*”

“*Stresi i përditshëm.*”

Këtu duket qartë, se jo vetëm mungesa e një balance ushqimore është indikator i rëndësishëm në rënien në peshë, por edhe problemet sociale të kësaj kategorie.

* *Ana tjetër e medaljes është se ndryshimi konsiston në shtim të peshës.* Edhe këtu arsyet janë një larmishmëri përgjigjesh:

- *“Konsumoj shumë ushqime.”*
- *“Nuk jam marrë me palestër.”*
- *“Ndërpreva së konsumuar cigaren.”*
- *“Sepse ha shumë brumëra.”*

Këtu sheh se adoleshentët janë të ndërgjegjshëm se përqaftimi i sjelljeve pozitive nga ana e tyre, ndihmojnë në një stil jetese më të mirë, gjë që çon në një shëndet sa më të mirë. Por gjithashtu sheh se ata janë të ndërgjegjshëm se janë vetë neglizhencë ndaj këtyre sjelljeve.

3. Çfarë kuptoni ju me një ushqyerje të shëndetshme?

Kjo pyetje është ndërtuar për të parë nëse nxënësit arrijnë ta përkufizojnë ushqyerjen e shëndetshme, dhe njëherazi ndikimin e njohurive të tyre në aplikimin e praktikave të ndryshme ushqimore. Gjë e cila lidhet drejtpërdrejt me dietat dhe llojet e ndryshme të ushqimeve që konsumohen prej tyre.

- *“Marrjen e ushqimeve të shëndetshme. Ushqime me vitamina, proteina, hekur.”*
- *“Të ushqyerit pak dhe saktë.”*
- *“Diversitet ushqimesh të pasura.”*
- *“Shëndet dhe ushqyerje e mirë e qelizave të trupit.”*

U pa se koncepti i tyre për ushqyerjen e shëndetshme ishte i ndryshëm. Kjo për arsye të eksperiencave të ndryshme të të ushqyerit nga gjithsecili. Një ndikim mjaft të rëndësishëm të konceptimit të tyre për ushqyerjen ka pasur edhe mësimi i lëndëve të ndryshme shkollore. Por gjithsesi shumica e përkufizime mbeten ende të përgjithshme dhe të varfra. Kjo për shkak të mos formimit ende të plotë tyre.

4. Çfarë ju pengon të ushqeheni në mënyrë të shëndetshme?

Me këtë pyetje donim të shihnim pengesat e adoleshentëve për tu ushqyer në mënyrë të shëndetshme. Cilat janë ata faktorë që ndikojnë negativisht në ushqyerje. Shumë prej tyre nuk i pengonte asgjë për tu ushqyer në mënyrën më të mirë të mundshme.

- *“Asgjë nuk më pengon që të ushqehem shëndetshëm.”*

Për të tjerë ishin arsye ekonomike. Shohim që ende faktori madhor ekonomik ndikon fuqishëm në ushqyerje. Pra është shumë e vështirë që këta nxënës të marrin vlerat ushqyese dhe të rriten normalisht. Kjo drejtpërdrejt ndikon në keq formim dhe në një peshë, shumë nën normalen jetësore.

- *“Më pengon ekonomia.”*
- *“Të ardhurat familjare.”*

Një pjesë tjetër kanë arritur të kuptojnë se më e rëndësishmja për ta është cilësia e ushqimeve që ata konsumojnë.

- *“Nuk janë te freskëta rriten me hormone.”*
- *“Ushqimet jo të cilësisë së mirë.”*

Të tjerë janë të ndërgjegjshëm për veten e tyre dhe zgjedhjen e gabuar që ata bëjnë. Gjithashtu edhe për ndikimet negative të prindërve të tyre. Një pjesë ndikohen vazhdimisht nga shoqëria, sepse një pjesë të mirë të ditës rinë së bashku. Dhe kështu që ekspozohen më shumë për ushqyerjen e tyre në fast-food-e.

“Vetja, sepse ushqehem me ushqime që më pëlqejnë dhe jo ato që duhen.”

“Më kanë mësuar prindërit keq dhe s’ mundem.”

“Mami nuk gatuan.”

“Vullneti im.”

“Shija e ushqimeve.”

“Dëshira për të ngrënë ëmbëlsira.”

“Shoqëria”

5.3.2 Vlerësimi i ushqyerjes lidhur me stilin e jetesës

5. Nqs nuk merrni me vete ushqime nga shtëpia përse ndodh kështu?

Shumica e nxënësve janë përgjigjur në mënyrë shumë të rebeluar ndaj kësaj pyetje. Pavarësisht gjendjes së tyre ekonomike, kishte shume të prej tyre që merrnin me vete lekë për të ngrënë në fast-food. Të tjerë mendonin se tashmë ishin të rritur dhe nuk mund të merrnin kursesi për të ngrënë me vete. Gjithashtu, ndikimi i mendimeve dhe sjelljeve nga shokët bën që ata të varen nga njeri-tjetri dhe të “imitojnë” njeri-tjetrin.

- *“Nuk merr asnjë.”*
- *“S’kam kohë ta përgatis.”*
- *“Blej në shkollë.”*

Të tjerë ndiheshin të fyer kur shokët e tyre bënin ndonjë koment për ta ose kur i ofendonin edhe përballë. Të tjerë nuk mund të merrnin bukë me vete sepse kishin turp, ndiheshin të varfër dhe kjo për ta përbënte turp.

- *“Sepse të tallin të tjerët.”*
- *“Se më vjen turp.”*

Të rrallë ishin nxënësit që merrnin ushqime me vete. Mendonin se ushqimet ishin të sigurta dhe të shëndetshme. Duke shmangur ngrënien në fast-food ata rrjedhimisht shkëputeshin nga marrja e sasive të shumta të yndyrave.

“Sepse janë të sigurta.”

6. Ushqimet më të preferuara dhe më pak të preferuara

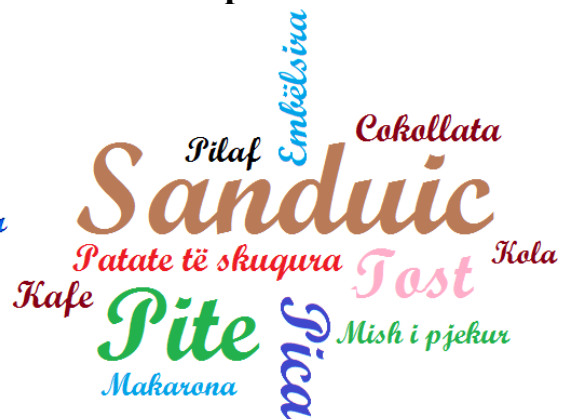
Nga ana tjetër kur adoleshentëve ju kërkua klasifikonin 5 ushqimet më të preferuara dhe 5 më pak të preferuara. Siç pritej, nga Analiza me NVIVO adoleshentët konsumin dhe preferonin ushqime të pasura me yndyrë dhe sheqerna të tepërta.

Më poshtë kemi listuar ushqimet që kishin shpeshësinë më të lartë dhe 5 ushqimet më pak të preferuara, që shihet se janë ushqime nga fruta dhe perime dhe prodhime qumështi (djathi), të cilat janë të pasura me vlera ushqimore të larta. Pra, vihet re një kequshqyerje dhe një dhunim i piramidës ushqimore, duke e përmbysur piramidën e duke konsumuar ushqimet që duhet konsumuar më shumë i hanë më pak dhe ushqimet që duhet ti hanë më pak i hanë më shumë.

Ushqimet më pak të preferuara



Më të preferuara



Gjeneruar me NVIVO

Vëmë re se nxënësit e përfshirë në studim janë të kequshqyer. Konsumojnë ushqime pa masë të cilat përmbajnë yndyra apo karbohidrate të tepërta. Ushqime të cilat nuk rekomandohen dhe konsiderohen jo të shëndetshme.

7. Nga e merrni informacionin për ushqyerjen ?

Informacionin kryesor adoleshentët e merrnin nga burime të ndryshme, por që kishte dhe ngjashmëri në burimet e tyre të informacionit. P.sh., shumë u përgjigjën se e merrnin informacionin nga prindërit, si burimi më i besueshëm. Adoleshentët shpreheshin gjithashtu të interesuar për librat, revistat, internetit, median apo emisione të veçanta, dhe i kishin këto burime informacioni prioritetet e tyre. Gjithashtu të tjerë merrnin në konsideratë dhe informimin që mësuesit ata u bënë rreth ushqyerjes.

8. Çfarë informacion do të dëshironit të dini më shumë rreth ushqyerjes ?

Adoleshentët realisht kërkojnë të dinë rreth ushqyerjes, mirëqenies dhe shëndetit të tyre. Ata u pa se kërkonin të dinin për vlerat ushqyese të ushqimeve, ndikimet e

secilit ushqim ne organizmin e njeriut dhe cilat mund të jenë zgjedhjet më të mira për një ushqyerja sa më të shëndetshme.

9. Nga ndikoheni për mënyrën tuaj të ushqyerjes ?

Në këtë pikë duhet të sqarohet ndryshimi midis ndikimit për mënyrën e ushqyerjes dhe burimi i informacionit rreth ushqyerjes. Ndryshimi qëndron se informacioni mund ta marrin nga shumë burime të ndryshme por ndikimi i secilit burim nuk do jetë i njëjtë ose mund mos të merren fare në konsideratë burimet e informacionit. Ndërsa ndikimi shpreh burimin e zgjedhjes që është bërë për mënyrën e ushqyerjes.

Adoleshentët kishin si burime ndikimi kryesore shoqërinë, të dashurit e tyre dhe familjen. Pra shihet se adoleshentët nuk mund të kenë ndonjë burim të sofistikuar apo të saktë ndikimi për sa i përket zgjedhjeve të tyre ushqimore. Ata thjesht ndikohen nga individët që kanë më shumë kontakte dhe jo nga individët që realisht mund t'i ndihmojnë, siç mund të jenë mjekët, infermierët, dietologët, etj. Pra të kenë një ndikim nga ata që vërtet e njohin gastronominë, dhe kjo përbën një burim të zgjedhjeve të gabuara.

10. Cili është qëllimi i ushqyerjes tuaj ?

Secili nga ne e ka një qëllim për gjithçka që bën. Edhe në zgjedhjet ushqimore që ne bëjmë, përveç përmbushjes së nevojave fiziologjike ne ushqehemi dhe bazuar në qëllimet tona për ushqyerjen. P.sh. shumë adoleshentë në studim u përgjigjën se kanë si qëllim të ushqyerjes pamjen e jashtme të tyre, apo mirëqenien që nënkupton shëndet. Shumë u përgjigjën se qëllimi i vetëm ishte përmbushja e nevojave fiziologjike. Kishte adoleshentë të cilët zgjedhjet ushqimore ja dedikonin mirëqenies fizike dhe forcës, duke besuar se ushqyerja e tyre kishte për qëllim shtimin e volumit muskular apo shtimin e fuqisë trupore. Kjo ndodhte se ata nuk kishin perceptim të saktë të koncepteve nutricionalë.

11. Ushqimet e konsumuara brenda 24 orëve të fundit sipas modelit dhe përlllogaritjeve të CKNEM[®] v.4.1.0.

Subjektet në studim u pyetën gjatë intervistave për konsumin ushqimor të 24 orëve të fundit. Ndërkohë që raportimet shënoheshin, mblidheshin dhe hidheshin të gjitha në databazën e CKNEM-së. CKNEM-ja realizon konvertimin e raportimit në shifra. Duke qenë se raportimi është subjektiv, edhe konvertimi bart në vetvete subjektivitet dhe kjo është arsyeja që këto përlllogaritje u vendosën si nën-çështje e analizës kualitative. Në tabelën e mëposhtme tregohet konsumi mesatar për disa nutrientë tek nxënësit e shkollës së mesme dhe atyre 9-vjeçare. Tabela më poshtë tregon se ka diferencë sinjifikante ndërmjet mesatareve të energjisë totale, mes nxënësve të shkollave të larta dhe atyre në 9-vjeçare. Nxënësit e shkollave 9-vjeçare konsumonin mesatarisht pak më pak kalori se ato të shkollave të mesme dhe të lartë (*1752 ± 613 Sh.9v. vs. 1913 ± 929 Sh.M. vs. 2121 ± 875 Sh.L.*).

Tabela 5.13 Nutrientët sipas nivelit të shkollës

| Nutrientët | Shkollë 9-vjeçare [N=3952] (Mesatare ± SD) | Shkollë e mesme [N=6011] (Mesatare ± SD) | Shkollë e lartë [N=2499] (Mesatare ± SD) |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Energji (kcal) | 1752 ± 613* | 1913 ± 929 | 2121 ± 875* |
| CHO (g) | 238 ± 84* | 250 ± 113* | 310 ± 123* |
| Proteina (g) | 77 ± 29 | 75 ± 46 | 78 ± 49 |
| Yndyra (g) | 55 ± 30* | 71 ± 50* | 82 ± 19* |
| Kolesterol (mg) | 308 ± 157* | 333 ± 323* | 417 ± 120* |
| Hekur (mg) | 12 ± 4.2 | 11 ± 4.5 | 8 ± 3.2 |
| Kalcium (mg) | 932 ± 739 | 836 ± 478 | 961 ± 355 |
| Vitamina A (ER ^{**}) | 505 ± 482 | 495 ± 357 | 501 ± 229 |
| Vitamina C (mg) | 131 ± 115* | 71.3 ± 84* | 49.5 ± 57* |
| BMI-ja | 19.76±3.03* | 21.12±2.69* | 21.17±2.71* |

* Mesataret e shënuara janë sinjifikativisht të ndryshme bazuar në ANOVA për $p < 0.05$

** Programi ynë i realizon këto përllogaritje të vitaminave bazuar në Ekuivalentët e Retinolit

Për sa i përket konsumit të karbohidrateve (**CHO**) dhe proteinave kishte diferenca statistikisht sinjifikante ndërmjet tri grupeve, ku shkollat e larta konsumonin ndjeshëm më tepër karbohidrate. Konsumi mesatar i CHO ishte: 238 gram për nxënësit e 9-vjeçares, 250 gram për shkollat e mesme dhe 310 gram për shkollat e larta. Ajo që kishte një diferencë të fortë statistikore ishin yndyrat ndërmjet këtyre tri grupeve (55 gr 9-vjeçare vs. 71 gr e mesme vs. 82 gr e larta).

Konsumi i kolesterolit ditor ishte më i madh nga ai i rekomanduar, dhe statistikisht i rëndësishëm ndërmjet tri grupeve. Nxënësit e 9-vjeçares konsumonin rreth 308 mg kolesterol krahasuar me 333 mg të nxënësve të shkollave të mesme dhe 417 mg të studentëve. Konsumi ditor mesatar i hekurit ishte 12 mg për 9-vjeçare, 11 mg për të mesme dhe 8 mg për studentët.

Konsumi ditor mesatar i kalciumit ishte më i ulët tek nxënësit e shkollave të mesme krahasuar me dy grupet e tjera (932mg tek shkollat 9-vjeçare dhe 961 mg tek shkollat e larta krahasuar me 836 mg tek shkolla e mesme), por jo statistikisht i rëndësishëm ky ndryshim. Konsumi mesatar ditor i vitaminës A ishte përafërsisht i njëjtë tek të tria grupet (505 ER tek nxënësit e shkollave 9-vjeçare krahasuar me 495 ER të nxënësve në të mesme dhe 501 ER tek studentët).

Konsumi mesatar i vitaminës C ishte sinjifikativisht më i ulët tek nxënësit e shkollave të mesme dhe të larta krahasuar me ata të 9-vjeçares (131 mg vs. 71.3 mg dhe 49.5). BMI-ja mesatare e tri grupeve ndryshonte në mënyrë sinjifikante nga pikëpamja statistikore tek të tri grupet ($P > 0,001$ – testi ANOVA). (respektivisht, 19.76±3.03 vs. 21.12±2.69 vs. 21.17±2.71).

KAPITULLI VI

6. DISKUTIMI DHE KONKLuzionET

6.1 Diskutim

Vlerësimi i profilit të ushqyerjes të një popullate bazohet mbi dy metoda të cilat janë të ndryshme nga njëra-tjetra: 1- *vlerësimi dietetik* nëpërmjet të cilit llogariten marrjet aktuale të elementëve ushqimorë dhe, 2- *vlerësimi i ndikimit* që ka mbi organizmin e njeriut mënyra e ushqyerjes e që bëhet nëpërmjet analizave biokimike dhe treguesve antropometrikë. Vlerësimi i marrjes së elementëve ushqimorë në popullatë bëhet me anë të vlerësimit dietetik i cili mund të jetë direkt ose indirekt. Vlerësimi dietetik direkt mund të bazohet mbi llogaritjen e marrjes së elementëve ushqimorë pas fillimit të studimit (*prospektiv*), mbi llogaritjen e marrjes së elementëve ushqimorë në të shkuarën (*retrospektiv*) ose kombinim i të dy metodave [113,114]. Në metodat prospektive të vlerësimit dietetik përfshihen metodat e raportimit ku individët raportojnë çdo gjë që ato hanë ose pinë dhe mbajnë shënim sasisë që hanë [115].

Vlerësimi retrospektiv i elementëve ushqimorë bëhet me anë të intervistave që bazohen mbi mbledhjen e të dhënave për ushqimet dhe pijet që kanë konsumuar individët 24 orët e fundit, siç është rasti i softuerit tonë CKNEM[®] [116]. Gjithashtu, vlerësimi dietetik bëhet edhe në mënyrë indirekte duke u bazuar mbi statistikat zyrtare të cilat sigurojnë një informacion të përgjithshëm mbi ushqimet që konsumohen pa bërë diferencime mes shtresave të ndryshme të popullsisë, mes meshkujve dhe femrave dhe pa llogaritur saktësisht humbjet dhe atë çfarë konsumohet realisht.

Secila nga metodat e mësipërme ka avantazhet dhe disavantazhet e saj të shoqëruara me vështirësi praktike dhe me gabime, por në përgjithësi vlerësimi i marrjes së elementëve ushqimorë nga individët përfshin këto etapa (*me përjashtim të metodës indirekte*):

- (i) Raportimi i të gjithë ushqimeve të konsumuara nga individët.
- (ii) Vlerësimi i sasisë së elementëve ushqimorë që përmbajnë këto ushqime nëpërmjet tabelave ushqimore.
- (iii) Përcaktimi i stilit të ushqyerjes dhe të jetës.
- (iv) Shpeshësia me të cilën konsumohet secili nga ushqimet.
- (v) Llogaritja e elementëve ushqimorë [(racioni ushqimor (gr.) x shpeshësinë e konsumimit të ushqimit (frekuenca) x përmbajtjen e elementëve ushqimorë në këtë ushqim (gr.)][117].

Në këtë studim, vlerësimi i elementëve ushqimorë u bë në mënyrë retrospektive duke përdorur një pyetësor mbi frekuencën (*shpeshësinë*) e konsumimit të ushqimeve gjatë 24 orëve të fundit dhe pyetësorin mbi stulën dhe mënyrat e

ushqyerjes, mënyrë e cila ka disa avantazhe madhore siç është lehtësia në administrim sidomos kur bëhet fjalë për studime epidemiologjike të këtij lloji të cilët përfshijnë kampione të mëdha individësh, kohëzgjatja relativisht e shkurtër e mbledhjes së informacionit, përshtetshmëri dhe konkret i artikujve ushqimorë si dhe i racioneve përkatëse dhe llogaritja e shpejtë kompjuterike e elementëve ushqimorë.

Ndërsa në disavantazhet e kësaj metode mund të përmendim pamundësinë e përfshirjes në pyetësor të të gjithë llojeve të ushqimimeve që konsumohen nga individët, mundësinë e mbi-raportimit të ushqimeve “*të shëndetshme*” (*fruta, zarzavate*) dhe vështirësinë e llogaritjes së të gjithë mikroelementëve ushqimorë (*minerale, vitamina*). Pavarësisht avantazheve të përmendura më sipër, në këtë studim u përdor pyetësori i validuar dhe CKNEM[®]-ja edhe për dy arsye të tjera.

E para, deri në momentin e fillimit të studimit, vlerësimi i elementëve ushqimorë në popullsinë shqiptare është bërë vetëm nëpërmjet statistikave zyrtare [118]. Kështu, pyetësori ynë dhe CKNEM[®]-ja do të aplikohet për herë të parë duke sjellë të dhëna më të sakta të profilit ushqimor në Shqipëri, për kampionin tonë.

E dyta, shumica e vendeve të Europës (*Austri, Gjermani, Belgjikë, Hollandë, Norvegji, etj.*) dhe të rajonit (*Bosnjë-Hercegovinë, Slloveni, Greqi, Bullgari, etj.*) përdorin softuerë dhe pyetësor të validuar për vlerësimin e elementëve ushqimorë në popullatat e tyre [119]. Duke e bazuar në të dhënat e mbledhura nga pyetësori i shpeshtësisë ushqimore si dhe nga përmbajtja e elementëve ushqimorë dhe kalorive që ka secili nga ushqimet.

Rezultatet të studimit tonë kanë paraqitur vlerat mesatare (\pm *shmangiet [devijimin] standarde*) të kalorive totale ditore dhe të marrjes ditore të proteinave, yndyrnave e karbohidrateve në adoleshentët e përfshirë në studim. Vëmë re se sasia e energjive totale ditore që merren për frymë në popullsinë tonë në studim është 1928.67 ± 805.67 kcal/ditë, ku 45% e energjive sigurohen nga karbohidratet, 37% nga yndyrnat dhe 18% nga proteinat.

Krahasimi i këtyre të dhënave me të dhënat e publikuara më parë mbi profilin ushqimor të popullsisë tonë në studim është i vështirë për shkak të mënyrës së ndryshme të mbledhjes së të dhënave. Të dhënat e mëparshme janë siguruar nëpërmjet statistikave zyrtare ku më të zakonshmet janë ato të mbledhura me anë të Food Balance Sheets (FBS) dhe të përpunuara nga Organizata e Bujqësisë dhe Ushqimit e Kombeve të Bashkuara (FAO).

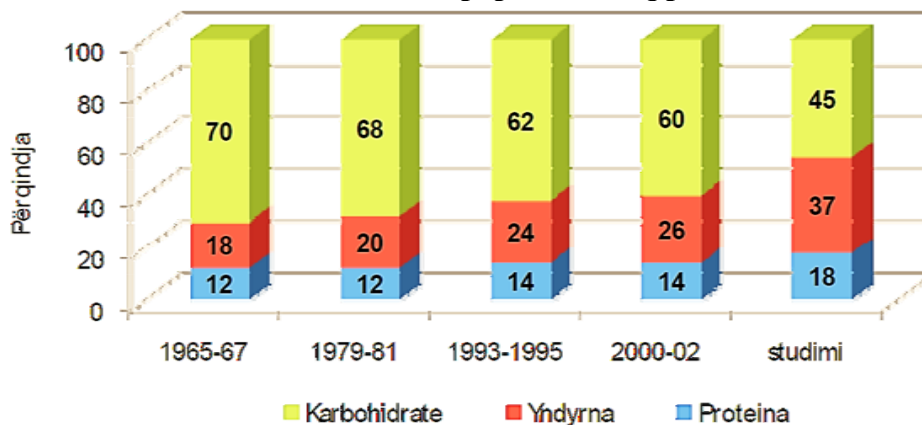
Këto të dhëna, të llogaritura nëpërmjet FBS zakonisht janë më të larta se ato të mbledhura me anë të pyetësorëve individualë (FFQ) sepse ato sigurojnë të dhëna për produktet ushqimore të prodhuara dhe të disponueshme për konsum (*importet, eksportet, humbjet*) por nuk përcaktojnë saktë sasinë e produkteve ushqimore që janë konsumuar [120,121]. Megjithatë, sipas të dhënave të FAO të vitit 2002, mesatarja e energjive totale ditore që merren për frymë në botë është 2720 kcal/ditë, ku 66% e energjive sigurohen nga karbohidratet, 37% nga yndyrnat dhe 18% nga proteinat.

Vendet e industrializuara kanë mesataren më të lartë të kalorazhit ditor me 3340 kcal/ditë ndërsa vendet e varfra më të ultën me 2060 kcal/ditë për frymë. Vendet në tranzicion, ku futet dhe Shqipëria, marrin mesatarisht 2850 kcal/ditë për frymë

[112]. Gjatë 40 viteve të fundit, marrja e kalorive mesatare ditore për frymë në Shqipëri ka pësuar rritje, nga 2261 kcal/ditë (vitet 1965/67) në 2861 kcal/ditë (vitet 2000/02). Kjo rritje është më e shprehur pas viteve 1990 dhe lidhet me ndryshimet politike dhe ekonomike që ka pësuar vendi pas kësaj periudhe. Paralel me rritjen e kalorive totale është rritur edhe kontributi i yndyrnave në kalorazhin e përgjithshëm, nga 18% (1965/67) në 26% (2000/02). Rritja e kontributit të yndyrnave lidhet me rritjen e konsumimit të vajrave bimorë deri në vitet '90 dhe me rritjen e konsumimit të mishit dhe produkteve të tij pas këtyre viteve. Krahas rritjes së kontributit të yndyrnave në kalorazhin e përgjithshëm, rritje ka pësuar dhe marrja e proteinave nga 12% (1965/67) në 24% (2000/02), ndërsa marrja e karbohidrateve ka pësuar rënie nga 70% (1965/67) në 60% (2000/02).

Para viteve '90, marrja e karbohidrateve ishte i lartë për shkak të konsumimit të madh të drithrave (**grurë dhe misër**) që ishte pasojë e mbizotërimit të furnizimit me produkte bujqësore tradicionale. Këto ndryshime të kontributit të secilit prej elementëve madhorë ushqimorë në kalorazhin e përgjithshëm së bashku me të dhënat e rezultateve të këtij studimi janë paraqitur në **Grafikun 4.1**.

Grafikun 6.1 Shpërndarja e marrjes së proteinave, yndyrnave dhe karbohidrateve në popullsinë shqiptare.



Rënia e marrjes së karbohidrateve dhe rritja e marrjes së yndyrnave dhe proteinave në popullsinë shqiptare është e lidhur me liberalizimin e ekonomisë pas viteve '90. Gjatë këtyre viteve është rritur furnizimi dhe konsumimi i mishit, peshkut, vezëve e produkteve të importit dhe është ulur konsumimi i drithrave e produkteve tradicionale vendase duke bërë që të ndyshojë kontributi i secilit prej elementëve madhorë ushqimorë në kaloritë totale dhe mënyra e të ushqyerit, nga një dietë tipike e vendeve mesdhetare të bëhet më perëndimore [123]. Shumë studime epidemiologjike e kanë konsideruar dietën mesdhetare si standart të artë për një ushqyerje të shëndetshme dhe si faktor mbrojtës kundër sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit apo sëmundjeve malinje [124,125,126,127,128].

Por, studime të mëvonshme kanë arritur në përfundimin se kjo dietë po ndryshon, po bëhet më perëndimore, duke na bërë të besojmë se ky nuk është një fenomen shqiptar dhe nuk vihet re vetëm në këtë studim. Një situatë e ngjashme vihet re në Greqi (vend fqinj, Mesdhetar) ku mbi 40% e totalit të kalorive ditore merren nga yndyrnat [129]. Gjithashtu, të njëjtat përfundime u arritën edhe në një punim spanjoll rezultatet e të cilit tregohen në **Tabelën 6.1** [130]. Studiuesit krahasuan dietën e tre

rajoneve të Europës: Europës Mesdhetare (Spanjë, Portugali, Itali, Greqi, Francë, Qipro dhe SHQIPERI), Europës Veriore (Angli, Suedi, Norvegji, Finlandë, Gjermani dhe Irlandë) dhe Europës Lindore (Çeki, Poloni, Bullgari, Hungari dhe Rumani) në dy periudha të ndryshme: 1961-1963 dhe 1998-2000.

Tabela 6.1. Kaloritë totale ditore për frymë dhe kontributi në kalorazhin e përgjithshëm i yndyrnave, proteinave, karbohidrateve dhe alkoolit në tre rajone të Europës gjatë periudhës

1961-1963 dhe 1998-2000.

| | Vendet Mesdhetare | | Europa Veriore | | Europa Lindore | |
|-----------------------------|-------------------|-----------|----------------|------------|----------------|------------|
| | '61 - '63 | '98-2000 | '61 - '63 | '98-2000 | '61 - '63 | '98-2000 |
| Kaloritë totale (kJ) | 12343±1046 | 14819±753 | 12765 ±794 | 14070 ±439 | 13292 ±786 | 13062 ±828 |
| Yndyrnat (%) | 26.4±3.1 | 39.1±2.8 | 36.9±1.5 | 38.9±1.2 | 23.8±3.8 | 29.9±3.7 |
| Proteinat (%) | 11.9±0.7 | 12.9±0.3 | 11.3±0.4 | 11.7±0.6 | 11.6±0.4 | 11.8±0.6 |
| Karbohidrate (%) | 54.5±5.3 | 43.3±3.4 | 46.9±1.5 | 43.5±1.6 | 61.2±4.1 | 53.4±4.3 |
| Alkooli (%) | 7.2±2.1 | 4.8±1.0 | 4.9±1.2 | 6.5±1.3 | 3.4±1.2 | 5.0±1.4 |

Rezultatet e këtij studimi treguan se gjatë 40 viteve të fundit mënyra e të ushqyerit ka pësuar ndryshime të ngjashme në të tre rajonet e Europës: (1) është rritur marrja e kalorive totale ditore për frymë; (2) është rritur kontributi i yndyrnave në kalorazhin e përgjithshëm; (3) është reduktuar energjia e marrë nga karbohidratet dhe (4) ka qëndruar pothuajse i ndryshuar kontributi i proteinave.

Por, pavarësisht këtij trendi të ngjashëm mes të tre rajoneve, është dieta e vendeve mesdhetare ajo që ka pësuar ndryshimet më të mëdha dhe më sinjifikante të cilat janë: (1) rritje e konsiderueshme e totalit të kalorive të marra (20.1%); (2) rritje e kontributit të yndyrnave mesatarisht me 48.1% në krahasim me një rritje 3.8% dhe 25.6% që vihet re respektivisht, në rajonet e Europës Veriore dhe Lindore dhe (3) rënie sinjifikante e kalorive të marra nga karbohidratet me 20.5%. Për vlerësimin e profilit të ushqyerjes në një popullatë përveç vlerësimit dietetik përdoret dhe metoda e vlerësimit të ndikimit që ka mbi organizmin e njeriut mënyra e ushqyerjes dhe ky ndikim vlerësohet nëpërmjet kryerjes së analizave biokimike dhe përcaktimit të treguesve antropometrikë.

Kryerja e analizave biokimike shërben kryesisht për të përcaktuar sasinë e marrjes së elementëve specifikë ushqimorë si hekuri, jodi etj., ndërsa matjet antropometrike shërbejnë për të vlerësuar sasinë dhe shpërndarjen e komponentëve kryesorë të organizmit të njeriut si indin muskular, kockor, dhjamor, etj.

Vlerësimi i sasisë së indit dhjamor është elementi më i rëndësishëm i vlerësimit antropometrik sepse sasi të tepërta të indit dhjamor janë shkak i rreth 30-40% të sëmundjeve kardiovaskulare, i rritjes së prevalenës së diabetit tip 2 dhe i shumë tumoreve [142, 143, 144, 145]. Depot kryesore të indit dhjamor janë subkutane dhe intraabdominale, ndërsa tek të moshuarit sasi të konsiderueshme të indit dhjamor mund të depozitohen edhe në muskuj. Meqënëse indi dhjamor në organizmin e njeriut është kaq i shpërndarë, matja e sasisë totale të tij në mënyrë direkte është e pamundur.

Tradicionalisht, standarti i artë për të vlerësuar sasinë e indit dhjamor në trupin e njeriut ka qënë hidrodensitometria e cila bazohet në principin që indi dhjamor është më pak dens se muskujt dhe kockat. Metodën radiografike, si absorptiometria me rreze X (DEXA) po zëvendësojnë densitometrinë si metodë standarte si pasojë e saktësisë më të madhe dhe e lehtësisë në kryerjen e ekzaminimit por të dyja këto metoda nuk përdoren në rutinë. Ato përdoren kryesisht për qëllime kërkimore dhe për të vlerësuar metodat e tjera të matjes së sasisë së indit dhjamor. Në praktikën klinike dhe në studimet epidemiologjike, vlerësimi më i zakonshëm i sasisë së indit dhjamor bëhet duke përdorur formulën që kombinon peshën me gjatësinë dhe hipoteza kryesore ku u bazua përdorimi i kësaj formule është se variacionet në peshë të individëve me të njëjtën gjatësi janë për shkak të masës dhjamore. Formula më e përdorur në studimet epidemiologjike është treguesi i masës trupore (BMI) i quajtur ndryshe edhe indeksi Quetelet, i cili llogaritet nga raporti i peshës (kg) me gjatësinë në katror (m²) [146].

Tek adultët e moshës së mesme, treguesi i masës trupore korrelohet fuqishëm me masën dhjamore të matur me densitometri e të kontrolluar për gjatësinë ($r \approx 0.9$ si për meshkujt edhe për femrat) dhe se indekse të tjerë të bazuar në peshë dhe gjatësi nuk kanë treguar të jenë me superiorë se BMI në vlerësimin e obezitetit [147]. Një mashkull me BMI 27 kg/m² mund të ketë një masë dhjamore që varion nga 10 deri 31% të peshës së trupit. Në peshën totale të trupit përveç masës dhjamore ndikon edhe masa muskulare, kockore e uji jashtëqelizorë. Gjithashtu, atletët për të njëjtën BMI kanë më pak masë dhjamore sesa individët që nuk merren me sport. Kështu, kufizimi kryesor i treguesit të masës trupore është se ai nuk bën dallimin mes indit dhjamor dhe atij muskular e kockor. Për të shmangur këtë, përdoren matjet e trashësisë së indit subkutan.

Teorikisht, ato mund të bëhen me anë të ultrasonografisë ose spektroskopisë, por në praktikë përdoret matja e palave të lëkurës me anë të kalibrimit. Nëse këto matje do të bëhen në disa vende si në triceps, biceps apo në regjionin suprailiak ato sigurojnë informacion jo vetëm për sasinë por edhe për lokalizimin e masës dhjamore por megjithatë, efektshmëria e këtyre matjeve vazhdon të jetë objekt diskutimesh të vazhdueshme. Ato nuk japin informacion mbi sasinë e dhjamit abdominal dhe intramuskular dhe në përgjithësi nuk janë superiore karshi matjes së thjeshtë të peshës dhe gjatësisë [148,149]. Metodë tjetër që përdoret për të vlerësuar shpërndarjen e indit dhjamor në trupin e njeriut është edhe matja e perimetrit të belit e të këllqeve dhe përcaktimi i raportit bel/këllqe.

Vlerat e këtij raporti ≥ 0.95 tek meshkujt dhe ≥ 0.80 tek femrat tregojnë për depozitim të shtuar intraabdominal të indit dhjamor (obezitet abdominal ose android) që shoqërohet me rrisht të lartë për sëmundje kronike [150,151,152]. Kështu, në studimin tonë, analizuam dy nga treguesit antropometrikë më të zakonshëm për

vlerësimin e profilit të ushqyerjes dhe më të rëndësishëm për vlerësimin e rrishtit për sëmundje kronike, të cilët janë: treguesi i masës trupore (**BMI**) dhe raporti bel/këllqe.

Në rezultatet e studimit paraqiten të dhëna për treguesin e masës trupore dhe prevalencën e obezitetit sipas gjinisë dhe grup-moshave në individët e përfshirë në studim. Vëmë re se vlera mesatare e BMI në studimin tonë është 21.51 ± 3.1 kg./m² në meshkuj dhe 20.24 ± 2.6 kg./m² në femra. Në dy vendet mesdhetare fqinje, vlerat mesatare të BMI në Greqi [153] janë 27.9 ± 3.7 kg./m² në meshkuj dhe 28.0 ± 5.2 kg./m² në femra, ndërsa në Itali [154] janë 25.0 ± 4 kg./m² në meshkuj dhe 24.1 ± 5 kg./m² në femra. Kjo diferencë në vlerën mesatare të BMI mes tre vendeve fqinje mesdhetare mund të shpjegohet me prevalencën e ndryshme të sedentarizmit (*nivel i ulët i aktivitetit fizik gjatë kohës së lirë*).

Kështu, në Shqipëri [155] 43.4% e meshkujve dhe 51.9% e femrave bëjnë jetë sedentare, në Greqi [156] 58% dhe 61% ndërsa në Itali [154] 34% dhe 46%, respektivisht e meshkujve dhe e femrave. Përsa i përket prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit, vëmë re se mbipeshë (BMI: 25.0 – 29.9 kg./m²) janë 11.3% e meshkujve dhe 4.4 % e femrave ndërsa obezë (BMI \geq 30.0 kg./m²) janë 1.1 % e meshkujve dhe 0.2% e femrave.

Të dhënat nga vendet Europiane tregojnë se mbipeshja dhe obeziteti janë një problem i zakonshëm në këtë rajon. Vendet e Europës Jugore dhe Jug-Lindore kanë prevalencën më të lartë të mbipeshës si në meshkuj ashtu edhe në femra, ndërsa në vendet perëndimore mbipeshja është me prevalencën më të lartë në meshkuj. Në përgjithësi prevalenca e obezitetit është më e lartë në meshkuj, por vende në tranzicion si republikat Balltike apo ato të Europës Perëndimore si Angli, Gjermani dhe Zvicër e kanë prevalencën e obezitetit më të lartë në femra.

Të dhënat e OBSH–së tregojnë se ka rreth 74 milion fëmijë në Evropë, të moshës shkollore 11–19 vjeç nga të cilët 16,3 milion janë nënpeshë, 9,4 milion janë mbipeshë, nga të cilët 4,4 milion janë obezë [OBSH, 2007]. Të dhënat nga studime të ndryshme tregojnë se prevalenca e nënpeshës është rritur: për fëmijët e moshës 11–15 vjeç, prevalenca rritur nga 5.0% në 12.4%; Për ata të moshës 16–19 vjeç, prevalenca është rritur nga 6.5% në 17.0%, dhe për ata të moshës 11–19 vjet, prevalenca e mbipeshës është rritur nga 5.0% në 17.6% në botë [OBSH, 2008].

Adoleshentët nënpeshë dhe të dhjamosur janë në rrezik, duke qenë se problemet e shëndetit të tyre gjatë adoleshencës do të pasqyrohen të përkeqësuar gjatë jetës së tyre adulte. Kequshqyerja është një indikator i rëndësishëm dhe ajo është shumë e përhapur.

Edhe studimi ynë tregon të njëjtën gjë – prevalenca e nënpeshës është e lartë (21.7% e adoleshentëve nënpeshë dhe shumë pak mbipeshë e obezë rreth 7,3%) dhe ka një tendencë për t'u përkeqësuar edhe më tepër kjo situatë duke marrë parasysh krizën aktuale globale e cila do të varfërojë shumë familje dhe do të ulë kështu aksesin ndaj ushqimeve dhe detyrimisht dhe cilësinë e ushqyerjes. Një studim për ushqyerjen e adoleshentëve gjeti se 25% e të rriturve që ishin mbipeshë ose me probleme të nënushqyerjes (*si deficienca nutritive*) i kanë pasur këto probleme që në adoleshencë. Ky studim gjithashtu tregoi se në qoftë se fillon keq rritja ose nënpeshja para moshës 8 vjeç, probleme të ushqyerit dhe të metabolizmit ka gjasa të jenë më të ashpra në moshë më të madhe.

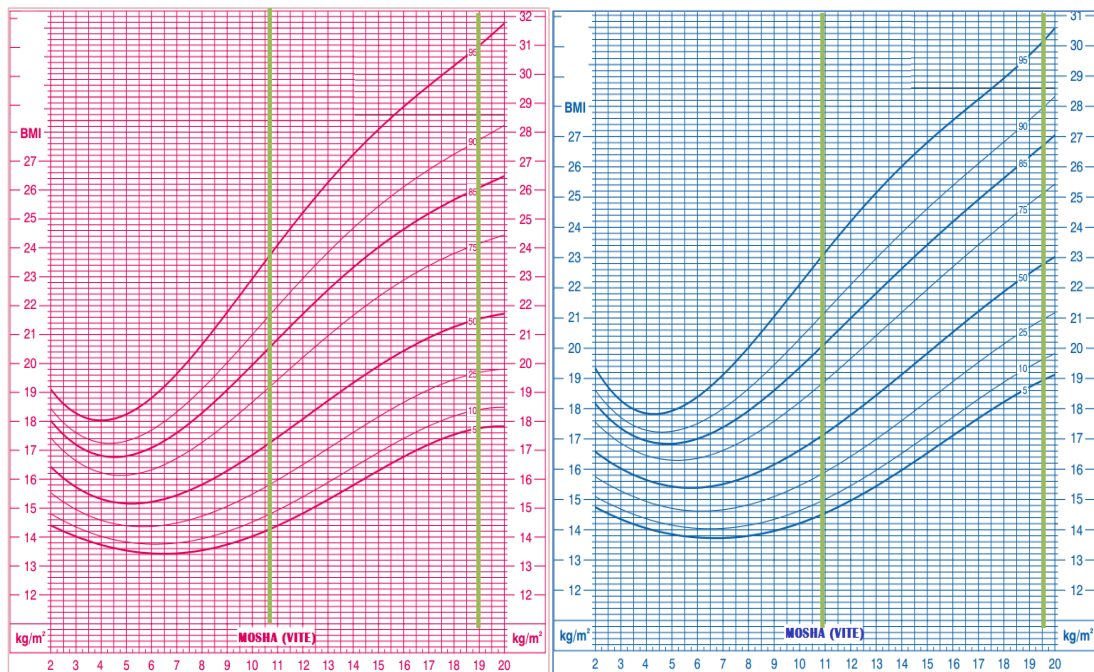
Një studim [*Dietz, 1983*] vlerëson se për çdo 20 për qind peshë të tepërt, adoleshenti do të ketë nevojë për një vit e gjysmë mirëmbajtje të peshës, për të arritur në peshën normale dhe çdo 20 për qind rënie në peshë do ti duhet më pak se një vit mirëmbajtje të peshës që të mund të ketë peshë dhe metabolizëm optimal afatgjatë. Ka të dhëna që mënyrat e ushqyerjes dhe kontrolli i peshës nuk mirëmbahen me anë të dietave, por nëpërmjet modifikimit të veseve ushqimore dhe aktivitetit fizik. Gjithashtu kërkohen dhe strategji politike shëndetësore të mirë planifikuara. Për sa i përket vendeve në zhvillim ku bën pjesë edhe Shqipëria, nutricionin në adoleshencë përbën një dimension të veçantë të axhendës së shëndetësisë.

Rreth 11 studime për statusin nutricional të adoleshentëve në vendet në zhvillim të realizuara në Benin, Kamerun, Ekuador, Indi, Xhamajka, Meksikë, Nepal, Guatemalë dhe në Filipine. Studimet kanë qenë të ndryshme për nga, protokollin, kampionimin dhe madhësia e mostrës dhe nga metodat e mbledhjes së të dhënave. Anemia ishte problemi më i përhapur i lidhur me çrregullime të ushqyerjes dhe i dedikohet nënushqyerjes (*deficencave nutritive*). Prevalenca e Anemisë ishte shumë e lartë në 4 studime (55% në Indi, 42% në Nepal, 32% në Kamerun, 48% në Guatemalë) dhe sinjifikante në 2 studime të tjera (17% në Ekuador dhe 16% në Xhamajkë).

Rritja e vonuar dhe nënushqyerja proteinike ishte çështja më e prekur në 9 studime (27–65%). Si pasojë kishte të dhëna që dëshmonin se gjatësia e adoleshentëve nuk progresoi përgjatë 8 viteve të adoleshencës. Ju afrova percentilit të pestë në moshën 10 vjeçare dhe ndenji konstante deri në moshën 18 vjeçare. Indeksi i ulët i masës trupore (*BMI e ulët*) ishte një problem që kishte një prevalencë që luhatej nga 23% në 53% në 3 studime. Ishte interesante, që ndryshe nga studimi ynë (*ku femrat ishin më nënpeshë se meshkujt*), meshkujt ishin afërsisht 2 herë më nënpeshë se femrat. Diferenca në BMI ishte sinjifikante gjatë 8 viteve të adoleshencës ndërmjet femrave dhe meshkujve. Femrat kishin një rritje progresive gjatë 8 viteve të adoleshencës ndërsa meshkujt kanë pasur një BMI pothuajse konstante dhe një rritje shumë herë më të ulët në krahasim me femrat.

Këto të dhëna në përputhje koicidenciale me të dhënat tona dëshmojnë se në vendet në zhvillim ka një nënushqyerje të theksuar pak a shumë homogjenikisht të njëjtë, por që ndryshon vetëm në seks/gjini. Studime të shumta që kanë përdorur me rreptësi dhe me respekt të plotë rregullat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë kanë nxjerrë rezultate të ngjashme me studimin tonë për sa i përket statusit nutricional të adoleshentëve në vendet në zhvillim. Në adoleshentët e moshave të vogla rritja është përafërsisht konstante në qoftë se i referohemi indeksit të masës trupore. Kështu që një fëmijë i moshës 3 vjeçare supozohet të ketë peshë ideale të kësaj moshe peshën që ka dhe në moshën 5 vjeçare pa marrë në konsideratë rritjen e gjatësisë. Për adoleshentët nuk është e njëjta gjë, ata duhet të arrijnë një BMI në fund të adoleshencës që të jetë në mënyrë të konsiderueshme më i lartë se në fillim të adoleshencës duke qenë se në këtë moshë fëmija adoleshent arrin peshën dhe gjatësinë maksimale. Pasqyrat e mëposhtme tregojnë BMI–në përkatëse për çdo moshë të adoleshencës.

Grafiku 6.2 BMI-ja për femrat gjatë adoleshencës & BMI-ja për meshkujt gjatë adoleshencës



Më poshtë, në studimet e bëra në popullata të vendeve në zhvillim shohim se ka një kequshqyerje në drejtim të nen ushqyerjes dhe keq rritjes, gjë që paralajmëron për komplikacione të shëndetit të këta adoleshentë në moshë më të rritura, pra, në jetën e tyre adulte. OBSH paralajmëron për rritje të këtyre shifrave në dhjetë–vjeçarim e ardhshëm. Në studimin tonë vlera e nënpesha rezultoi **21,7%**, vlerë e cila është si një mesatare e studimeve, të cilat kanë nxjerrë vlera edhe më të thella të nën ushqyerjes të cilat paralajmërojnë për një popullatë jo të shëndetshme. Tabela e mëposhtme paraqet një përmbledhje të studimeve të ndryshme në vendet në zhvillim, për statusin nutricional të adoleshentëve.

Nga të dhënat e studimeve të ndryshme kryefjala e statusit nutricional ndër adoleshentët e vendeve në zhvillim është nënpesha dhe shifrat lëvizin nga 16% – 61%, duke treguar një nevojë diverse për ushqim apo për edukim të mënyrave më të shëndetshme të ushqyerjes. Studimi ynë ka një përfaqëse të ngjashme për nga kampionimi apo përzgjedhja e mostrës, me studimet e mësipërme.

Gjithashtu keq rritja apo gjatësia e ulët në krahasim me moshën dhe BMI janë një tregues domethënës që orientojnë shumë studiues për vlerësimin e statusit nutricional. Në studimin tonë kemi një situatë të ngjashme (**21.7%**) si studimet e mësipërme ku vlerat lëvizin nga 9%–67% dhe tregojnë një larmi dhe ndryshueshmëri të këtij fenomeni nga njëri vend në tjetrin. Popullata jonë në krahasim me studimet e tjera ka një përfaqëse të ngjashme në terma të gjatësisë së ulët në lidhje me moshën. Me një gjatësi mesatare **165,59 cm** ne dëshmojmë se kemi një popullatë adoleshente relativisht të shkurtër. Të dy treguesit janë përafërsisht të ngjashëm me intervalet e nxjerra nga studimet.

6.2 Përfundime

Kequshqyerja është një faktor madhor rreziku i sëmundjeve kronike për të ardhmen e adoleshentëve. Tashmë ekziston një evidencë e bollshme sistematike në mbarë botën mbi efektet absolutisht negative të kequshqyerjes veçanërisht në sëmundjet e zemrës si në meshkuj ashtu edhe në femra. Për më tepër nën ushqyerja dhe mbi ushqyerja në adoleshencë konsiderohen tashmë si “sëmundje” kronike me shumë pasoja shëndetësore në jetën adulte. Gjithsesi, të dhënat nga Shqipëria lidhur me BMI janë shumë të kufizuara. Akoma nuk ka studime apo raportime mbi prevalencën e kequshqyerjes dhe kategorive të ndryshme të BMI në popullatën adoleshente.

Vendi ynë vjen pas një izolimi të gjatë dhe mungesa e zgjedhjes në ushqyerje, si dhe mungesa e informacionit të nevojshëm për mënyrën e ushqyerjes ka bere qe te ketë një sjellje të tepruar dhe të pakujdesshme në ushqyerje e cila mund të rezultojnë në efekte negative dhe një impakt të rëndësishme jo vetëm tek individit por dhe në shëndetin publik. Ka shumë zona të vendit tonë në të cilat adoleshentë jetojnë në kushte socio-ekonomike te këqija, ku mund të vërehen problemet e mungesës së ushqimeve dhe mungesës së një rritjeje të shëndetshme të adoleshentëve. Sot në botën perëndimore kequshqyerja është një fenomen epidemik. Mjafton te përmendim qe ne Shtetet e Bashkuara te Amerikës, prevalenca e obezitetit është ne masën 43% nga ku rreth 40% e tyre parashikohen se do te vuajnë nga diabeti dhe te llogarisim qe ne kontinentin e Afrikës nën ushqyerja konsiderohet ne masën 56% te popullatës se gjithë kontinentit afrikan. Situata te ngjashme ka ne shumicën e vendeve perëndimore por edhe ne vendet lindore, ish komuniste dhe ne vendet ne zhvillim, ku fenomene si nën ushqyerja dhe vonesa në rritje ndeshen me një shpeshtësi të madhe.

Tabela 6.2 Meta-analiza e rezultateve të studimeve që kanë përdorur metoda të ngjashme me studimin tonë për të vlerësuar statusin nutricional të adoleshentëve në vendet në zhvillim

| <i>Referenca</i> | <i>Popullata</i> | <i>Koha</i> | <i>Mosha</i> | <i>Mostra</i> | <i>Prevalenca e Nëneshës</i> |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <i>Ahmed et al. 1998</i> | Nxënës në Daka, Bangladesh | Gusht 1995 | 10 – 16 vjeç | 384 Femra | 16% |
| <i>de Onis et al, 2001</i> | Nxënës në Kalkuta, Indi | 1982 – 1983 | 10 – 16 vjeç | 570 Meshkuj | 52% |
| <i>Kurz et al, 1996</i> | Nxënës në Bombei, Indi | 1992 – 1993 | 10 – 19 vjeç | 69 Meshkuj 69 Femra | 53% |
| <i>Kurz et al, 1996</i> | Rezidentë të tri qendrave rurale në Nepal | 1992 – 1993 | 10 – 18 vjeç | 179 Meshkuj 148 Femra | 36% |
| <i>Kurz et al, 1996</i> | Rezidentë të katër qendrave rurale në Benin | 1992 – 1993 | 12 – 18 vjeç | 179 Meshkuj 171 Femra | 23% |
| <i>Popullatë refugjatësh (IRC, 1997)</i> | Nxënës, në kampin e refugjatëve në Kakuma, Kenia | Prill 1997 | Meshkuj: 9 – 20 vjeç Femra: 9 – 17 vjeç | 1011 Meshkuj 320 Femra | Meshkuj: 75% Femra: 55% |
| <i>(Woodroof et al, 1998)</i> | Mostër nga popullata, Nxënës, në kampin e refugjatëve në Kakuma, Kenia | Nëntor 1998 | 10 – 19 vjeç | 265 Meshkuj 124 Femra | 57% |
| <i>(Cookson et al, 1998)</i> | Mostër nga popullata, Nxënës, në tri kampe refugjatësh në qarkun e Dadaab, Kenia | Nëntor 1998 | 10 – 19 vjeç | 208 Meshkuj 184 Femra | 61% |
| <i>(Woodroof et al, 1998)</i> | Mostër nga popullata, Nxënës, në shtatë kampe refugjatësh në Nepal | – | 10 – 19 vjeç | 238 Femra 225 Meshkuj | Bruto: 36% Axhustuar:34%* |

**E axhustuar për diferencat moshore të maturimit seksual mesurvejimit dhe popullatës referencë*

Nga studimi ynë u pa se ka një prevalencë relativisht të ulët të obezitetit në grup moshat shkollore, adoleshentë, por një nëntrashë në masën **21.7%**, që është dukshëm një tregues i frikshëm. Ka një rënie të rrezikshme të peshës brenda vetëm 5 vitesh ($P=0,0001$). Aktiviteti fizik, jeta sedentare përpara lojërave kompjuterike dhe pajisjeve të tjera argëtuese teknologjike, si dhe ndryshimet socio-ekonomike, zgjedhjet e varfra ushqimore, informacioni i kufizuar për ushqyerjen që u përmenden dhe më lartë janë një nga grupet më të mëdha të faktorëve të rrezikut që shkaktojnë një prevalencë kaq të lartë të kequshqyerjes ndër adoleshentët e Republikës së Shqipërisë.

Vendi ynë si pjesë e vendeve në zhvillim përballet me shumë ndryshime socio-ekonomike të cilat kanë afektuar dhe dukuritë e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatën shqiptare. Një nga këto dukuri, kequshqyerja, haset si një dukuri që i rrit përmasat e saj dhe me një prevalencë të lartë në grup moshat e vogla duke qenë kështu shkaktare e shumë sëmundjeve të cilat do ndikojnë tepër negativisht më vonë ne jetën e këtyre individëve dhe në ngarkesën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në të gjithë popullatën.

Një fenomen tjetër i hasur në të dhënat e popullatës tonë është gjatësia e ulët për moshën e cila është një tregues i rëndësishëm për gjendjen nutricionalë. Ne patëm një gjatësi mesatare të adoleshentëve prej **165,59 cm**, gjë që tregon një vonesë në rritje dhe për pasojë shumë pasoja shëndetësore.

6.3 Rekomandime

Gjithsesi duhet gjetur alternativa për menaxhimin e kësaj situatë.

Ndërkohë që problemet e ushqyerjes kanë rrugëzgjidhje dhe zgjedhja u ngelet përsëri adoleshentëve dhe politik bërjes. Gjithsesi çdo veprim duhet të bazohet në dy fusha kryesore:

- 1–Aktiviteti fizik dhe
- 2–Mirë–ushqyerja.

Këto janë fushat ku mund të operojnë qeveritë dhe komunitetet për të përmirësuar mënyrat e ushqyerjes dhe situatën nutricionalë. Me anë të aktivitetit fizik do të mund të kontrollohen fenomene të mbipeshës dhe mbi ushqyerjes dhe me anë të mire–ushqyerjes do të shmangen fenomene të nën ushqyerjes, keq rritjes dhe kequshqyerjes në përgjithësi.

1. Aktiviteti Fizik

Aktiviteti fizik, është i vlefshëm për të djegur yndyrat e tepërta. Gjithashtu ai rrit shpenzimin e energjisë dhe balancon peshën e trupit. Shumica e studimeve të adoleshentët kanë treguar se ushtrimet fizike janë një strategji jo e suksesshme për kontrollin e peshës, po të mos jenë shoqëruar me një dietë të shëndetshme. Ushtrimet aerobike 30 minuta tri herë në javë, janë shumë efektive dhe protektive për kontrollin e peshës dhe shëndetin e adoleshentëve si dhe për të balancuar sasinë e energjisë që merret nga ushqimet. Në studimin tonë u pa se kishte një pjesë (**43.7%**) që nuk merrej me aktivitet fizik.

Në nivel individual adoleshentët nëpërmjet aktivitetit fizik mund të kenë shumë përfitime shëndetësore si:

- Arrijnë një ekuilibër energjetik.
- Balancojnë marrjet energjetike nga yndyrat.
- Mund të arrijnë dhe të mbajnë konstante një peshe relativisht të shëndetshme.
- Ruajnë mirëqenien e tyre duke forcuar zemrën dhe sistemin e qarkullimit
- Minimizojnë stresin dhe kalisin muskujt

Gjithashtu aktiviteti fizik do t'i ndihmojë komunitetet dhe adoleshentët që të kontrollojnë dhe parandalojnë shumë sëmundje kronike, si sëmundje të zemrës, diabeti, sëmundje pulmonare, gastrointestinale, etj. por kërkohet një angazhimi i gjerë dhe serioz i këtyre aktorëve që të arrihet një status nutricional optimal.

2. Mirë-ushqyerja

Reduktimi i yndyrave në dietën e përditshme, *fast-food-eve*, ushqimeve me konservues, etj. janë shume strategji efektive për të kontrolluar peshën e adoleshenteve dhe për ta mbajtur atë nën kontroll. Përgjithësisht në studimin tonë u pa se adoleshentët konsumonin në sasi të larta yndyra dhe karbohidrate të cilat në mungesë të aktivitetit fizik depozitohen në organizmin e adoleshentit duke shënuar kështu fillimin e kequshqyerjes.

Së fundmi, për një ushqyerje të shëndetshme adoleshentët duhet të:

- Kenë kufizime në marrjen e sheqernave dhe yndyrave mbi normë.
- Kenë konsum të lartë të frutave dhe perimeve, si dhe të produkteve leguminoze (*perimeve të gjelbra*), të gjithë drithërave dhe frutave të thata vajore.
- Kenë kontroll të sasisë së energjisë dhe kalorive të marra.

3. Strategji të tjera

Implementimi i këtyre rekomandimeve kërkon një angazhim të qëndrueshëm që rrjedh që nga individi dhe shkon deri në instancat më të larta vendim-marrëse politike. Qeveritë, partnerët ndërkombëtare, shoqëria civile dhe organizatat jo qeveritare kane rol jetik për të luajtur në modelimin e mjediseve të shëndetshme dhe në bërjen të mundur konsumin e një diete të shëndetshme dhe promovimin e mënyrave të shëndetshme të ushqyerjes.

Rregullimi dhe realizimi i të gjitha këtyre objektivave është detyrë, siç thamë e të gjitha instancave dhe të gjithë aktorëve. Organizata globale, OJF, qeveri dhe studime të ndryshme kanë implementuar udhëzime dhe rekomandime për marrjen e elementeve ushqimorë. Kështu që nutrientë të ndryshëm kanë sasi dhe nevoja të veçanta për organe të veçanta.

Shoqëria jonë dhe institucionet shtetërore me të gjitha derivatet e tyre duhet të bashkëpunojnë dhe të bashkërendojnë të gjitha veprimtaritë dhe mekanizmat e tyre për të menaxhuar këtë situatë të krijuar nga kequshqyerja në adoleshentë duke qenë se është gjenerata që do të përfaqësojë në një të ardhme të afërt burimet njerëzore dhe do të zëvendësoj brezin aktual.

Si një vend me një moshë mesatare 27,5 vjeç [INSTAT, 2011] duhet të ruajmë dhe të përmirësojmë shëndetin e popullatës dhe kjo është një popullatë shumë aktive, por që kohët e fundit aspekte të ndryshme të ushqyerjes janë neglizhuar. Gjithsesi duhen marrë masa parandaluese dhe duhet menaxhuar menjëherë kequshqyerja në grup moshat e reja duke bërë investime në fushën promovimit të mënyrave të shëndetshme të ushqyerjes dhe një edukim dhe sensibilizim i gjerë. Masat duhet të shfrytëzojnë gjithashtu mediat, të cilat janë burimi kryesor i informacionit për ushqyerjen nga sa u raportua në pjesën kualitative të studimit. Ajo duhet të promovojnë një stil jetese sa më të shëndetshëm dhe mirë ushqyerja të promovohet si një rrugëzgjdhje serioze.

Duhet të përfshihet komuniteti, i cili duhet të marrë një edukim serioz shëndetësorë dhe duhet të përfshihet shteti i cili realisht ka draftuar një strategji kombëtare për ushqyerjen dhe duhet të luajë rolin e tij tipik si një mekanizëm rregullator i tregut. Studimi ynë ndonëse vlerësoi që ka shoqërime sinjifikante siç ishte statusi nutricional dhe gjinia me faktorë të tjerë, përbën thjesht një përpjekje, një hap serioz dhe një vullnet të hekurt të profesionistëve të shëndetësisë për të hyrë iniciuar studime dhe projekte në fushën e ushqyerjes së adoleshentëve dhe për të realizuar studime të mirëfillta në fushën e shëndetësisë.

Duhet të realizohen studime të tjera për ushqyerjen e adoleshentëve dhe të përfshijnë dhe adoleshentë që nuk shkojnë në shkollë, duke qenë se studimi ynë kishte për bazë popullatën adoleshente që ndjek shkollën 9–vjeçare apo të mesme.

KAPITULLI VII

7. MANGËSITË DHE RISITË E STUDIMIT

Ekzistojnë evidenca të mjaftueshme që vërtetojnë se stili i ushqyerjes mund të kontribuojë në sëmundje kronike të ndryshme. Ndikimi i rëndësishëm i alkoolit në cirrozë, sukrozës dhe fluorit në kariesin dentar dhe yndyrnave dietike të saturuara dhe kolesterolit në sëmundjet e arteries koronare janë disa nga shembujt kryesorë të mirë pranuar në komunitetin shkencor. Për më tepër ka shumë studime të cilat lidhin disa lloje kanceresh me dietën: dieta e pasur në yndyrna dhe proteina shtazore mund të rrisë rrezikun për shfaqjen e disa lloje kanceresh (*veçanërisht atë të kolonit*), ndërkohë që vitamina A dietike, seleniumi dhe fibrat luajnë një rol protektiv.

Dieta mund të kontribuojë gjithashtu në patogjenicitetin të një numri të madh sëmundjesh të tilla si goditja cerebrale, diabeti dhe divertikuliti. Pra, siç shihet studimet në fushën e nutricionit kanë një rëndësi të madhe për shëndetin e popullatës. Për këtë arsye dhe shumë të tjera të gjitha studimet në këtë fushë duhet të bëjnë përpjekje për të identifikuar mangësitë apo kufizimet që mund të hasen në to. Për sa i përket studimit tonë, mendoj se ka pasur shumë risi, por ndershmërisht më duhet të pranoj se ka pasur edhe mangësi.

Fillimisht është tepër e vështirë të hulumtosh adoleshentët. Për shkak të hiperaktivitetit të moshës së tyre dhe tendencës për ti hilarizuar gjërat ata e vështirësojnë procesin e hulumtimit. Studimi ynë është një përpjekje për të ndriçuar sjelljet nutricionalë dhe treguesit antropometrik bazë në popullatën shkollë të adoleshentëve në Republikën e Shqipërisë. Studime të mëtejshme mund të zgjerohen në marrjet ushqimore specifike për makro dhe mikro nutrientët, si dhe në analizimin e treguesve të mëtejshëm antropometrik.

Ajo që mendoj se është e rëndësishme të theksohet është numri i nxënësve të përfshirë në studim dhe ndoshta shpërndarja më e gjerë duke përfshirë edhe zonat rurale me qëllim krahasimin e tyre me ato urbane. Nga ana tjetër, risitë që burojnë nga ky studim janë gjetjet e veçanta, që burojnë nga metodologjia e përzier sasiore/cilësore. Informacioni ka qenë i bollshëm dhe gjatë interpretimit të të dhënave jam munduar të ofroj vetëm ato informacione të cilat mund të përbëjnë realisht interes për audiencën dhe lexuesit e këtij dizertacioni për temën e titullit “*Doktor*”. Ndoshta ky studim mund të shërbejë si një pikë reference për brezat e ardhshëm të studentëve të kësaj dege, për të integruar nivelin dhe përmbajtjen e temave të ardhshme të masterit.

“Suksesi akademik varet nga kërkimi, publikimet dhe trashëgimia që le pas.”

Philip Zimbardo

KAPITULLI VIII

8. REFERENCAT

1. “Case study” referuar ne Konferencen për “Shëndetin Rural” te organizuar ne Bari, Itali ne vitin 2002. Lindita Tafaj, Donika Bocari e bp.
2. “The burden of diseases attributable to nutrition in Europe”, Public health nutrition, 2003, Pomerleau. J, et AL – “Food and health in Europe: a new basis for action”,2004, WHO Regional Publication, European Series No 96 Severe Iodine Deficiency in Southern Albania, July 2003, Zimmerman, etc.
3. Adam–Perrot, A., Clifton, P., Brouns, F., 2006. Low–carbohydrate diets: nutritional and physiological aspects. *Obes. Rev.*, 7, 49–58.
4. Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., O’Brien, W. L., Bassett, D. R. Jr, Schmitz, K. H., Emplaincourt, P. O., Jacobs, D. R. Jr, Leon, A. S., 2000. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 32, S498–504.
5. Alaimo K, McDowell MA, Briefel RR, Bischof AM, Caughman CR, Loria CM, et al. Dietary intake of vitamins, minerals, and fiber of persons ages 2 months and over in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, Phase 1, 1988–91. *Adv Data* 1994(258):1–28.
6. Albania, Nutrition and Socio– Economic Assessment of WFP Target Group under social sector, SIDA Korrik 2004.
7. Alberti, G. K., Zimmet, P., Shaw, J., IDF Epidemiology Task Force Consensus Group, 2005. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. *Lancet*, 366, 1059–62.
8. Albertson, D. (2003, May). When educators model student health. *The Education Digest*, 68. Retrieved June 10, 2005, from the Education Full–Text database.
9. Alton, D., Adab, P., Roberts, L., Barrett, T., 2007. Relationship between walking levels and perceptions of the local neighbourhood environment. *Arch. Dis. Child.*, 92, 29–33.
10. Alvina, M., Araya, H., 2004. Rapid carbohydrate digestion rate produced lesser short term satiety in obese preschool children. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 58, 637–42.
11. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Calcium requirements of infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 1999;104(5 Pt 1):1152–1157.
12. American Thoracic Society, 1999. Cardiorespiratory sleep studies in children. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 160, 1381–7.
13. Analiza e Situates se Mjedisit dhe Shëndetit ne Shqipëri – Maj 1998, Ministria e
14. Analiza e Situates se Mjedisit dhe Shëndetit ne Shqipëri – Maj 1998, Ministria e Shendetesise, Komiteti i Mbrojtjes se Mjedisit. Plani Kombëtar i Veprimit për Mjedisin dhe Shëndetin për Shqipërine, Korrik 1998, Ministria e Shendetesise.
15. Anderson, A. S., 2002. Lifestyle interventions: how joined up are we? *J. Hum. Nutr. Diet*, 15, 241–2.

16. Araujo, C. L., Victoria, C. G., Hallal, P. C., Gigante, D. P., 2006. Breast feeding and overweight in childhood: evidence from the Pelotas 1993 birth cohort study. *Int. J. Obes.*, 30, 500–6.
17. Armstrong, J., Dorosty, A. R., Reilly, J. J., Child Health Information Team, Emmett, P. M., 2003. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population based cross sectional study. *Arch. Dis. Child.*, 88, 671–5.
18. Armstrong, N., Balding, J., Gentle, P., Kirby, B., 1990. Patterns of physical activity among 11 to 16 year old British children. *Br. Med. J.*, 301, 203–5.
19. Bilance te Prodhimit, Eksportit, Importit dhe Konsumit te Produkteve Ushqimore Burimi: Sektori i Statistikes MBUMK
20. Bilance te Prodhimit, Eksportit, Importit dhe Konsumit te Produkteve Ushqimore
21. Bodurtha, J. N., Mosteller, M., Hewitt, J. K., Nance, W. E., Eaves, L. J., Moskowitz, W. B., Katz, S., Schicken, R. M., 1990. Genetic analysis of anthropometric measures in 11-year-old twins: the Medical College of Virginia Twin Study. *Pediatr. Res.*, 28, 1–4.
22. Bogardus, C., Lillioja, S., Ravussin, E., Abbott, W., Zawadzki, J. K., Young, A., Knowler, W. C., Jacobowitz, R., Moll, P. P., 1986. Familial dependency of resting metabolic rate. *New Engl. J. Med.*, 315, 96–100.
23. Bogin, B., 1999. *Patterns of Human Growth*, 2nd edn. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
24. Børjeson, M., 1976. The aetiology of obesity in children: a study of 101 twin pairs. *Acta Paediatr. Scand.*, 65, 279–87.
25. Bouchard, C., Tremblay, A., Despre's, J.-P., Nadeau, A., Lupein, P. J., The'riault, G., Dussault, J., Moorjani, S., Pinault, S., Fournier, G., 1990. The response to long term overfeeding in identical twins. *New Engl. J. Med.*, 322, 1477–82.
26. Brambilla, P., Bedogni, G., Moreno, L. A., Goran, M. I., Gutin, B., Fox, K. R., Peters, D. M., Barbeau, P., De Simone, M., Pietrobelli, A., 2006. Crossvalidation of anthropometry against magnetic resonance imaging for the assessment of visceral and subcutaneous adipose tissue in children. *Int. J. Obes.*, 30, 23–30.
27. Branca F, et al. WHO European Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012, 2008, 13(3):127–213.
28. British Nutrition Foundation, 1999. *Obesity: Report of the British Nutrition Task Force*. Oxford, UK: Blackwell Scientific.
29. Buonomo E.bp Lo stato nutrizionale della popolazione infantile in Albania” *V. Ann. Ig;* 1994; 6,757–763.
30. CINDI Dietary Guide WHO for Europe, 2000.
31. Clark A, Mossholder S, Gates R. Folic acid status in adolescent females. *Am J Clin Nutr* 1987;46:302–306.
32. Devaney BL, Gordon AR, Burghardt JA. Dietary intakes of students. *Am J Clin Nutr* 1995;61(Suppl):205S–212S.
33. Donovan UM, Gibson RS. Iron and zinc status of young women aged 14 to 19 years consuming vegetarian and omnivorous diets. *J Am Coll Nutr* 1995;14(5):463–472.
34. Edmunds, L. D., 2005. Parents’ perceptions of health professionals’ responses when seeking help for their overweight children. *Fam. Pract.*, 22, 287–92.

35. Forbes GR. Nutrition and growth. In: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerchi GD, eds. Textbook of adolescent medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1992;68–74.
36. Fox MK, Crepinsek P, Connor P, Battaglia M. School Nutrition Dietary Assessment Study–II: summary of findings. Alexandria, VA: US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Analysis, Nutrition and Evaluation 2001.
37. George, P.S. (2003). The exemplary middle school. Belmont, CA: Thomson Wadsworth. Contemporary Issues In Education Research – Second Quarter 2008 Volume 1, Number 2 63
38. Gleason P, Sutor C. Children's diets in the mid–1990s: dietary intake and its relationship with school meal participation. Special nutrition programs; report no. CN–01–CD1. Alexandria, VA: US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service; 2001. Accessed recently on 8/17/04, available online at the web address: <http://www.fns.usda.gov/oane/MENU/Published/CNP/cnp.htm>
39. Gleason P, Sutor C. Food for thought: children's diets in the 1990s. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.; 2001.
40. Gong EJ, Heald FP. Diet, nutrition and adolescence. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, eds. Modern nutrition in health and disease. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994;759–769.
41. Gjendja ushqyese ne Shqipëri, rekomandime dhe strategjite e parandalimit te disa formave te kequshqyerjes. Konferenca Kombetare e Shëndetit Publik Janar 1999.
42. Gjendja Ushqyese ne Shqipëri, Rekomandime dhe Strategjite e Parandalimit te disa formave te kequshqyerjes. Konferenca e Shëndetit Publik 1999, ISHP, DKSHP, Tirane.
43. Gjendja ushqyese ne Shqipëri, rekomandime dhe strategjite e parandalimit te disa
44. Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. J Am Diet Assoc 1999;99(4):436–441.
45. Health related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. Int. J. Obes., 30, 267–72.
46. Hine R. Folic acid: contemporary clinical perspective. Perspect Appl Nutr 1993;1:3–14.
47. ICCIDD « Introduction to international council for control of iodine deficiency disorders (ICCIDD) 1996
48. ICCIDD « Partnership for tracking progress towards achieving the goal of IDD, prevention, control and elimination by and beyond the year 2000», 1996
49. INSTAT Tregues te Shëndetit për vitet 1994–1998, Qershor 2001, INSTAT – Tregues te Shëndetit për vitet 1999–2003, botim 2005
50. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. 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 of Sciences; 2001.
51. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride. Washington, DC: National Academy Press; 1997.

52. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Subcommittees on Upper Reference Levels of Nutrients and Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, Panel on Micronutrients. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids (macronutrients). Washington, DC: National Academy Press, 2002 (prepress). Available to read at: URL: <http://www.nap.edu/>. Accessed 8/12/09.
53. Institute of Medicine, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Panel on Folate Other B Vitamins and Choline, Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients. Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and choline; a report. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
54. Institute of Medicine, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients and Interpretation and Uses of DRIs, Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
55. Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy: part I, weight gain: part II, nutrient supplements. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.
56. Janssen, I., Boyce, W. F., Simpson, K., Pickett, W., 2006. Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am. J. Clin. Nutr.*, 83, 139-45.
57. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. *Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ* 2000;49(No. SS-5):1.
58. Kater, K., Rohwer, J., & Londre, K. (2002, May). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *The Journal Of School Health*, 72. Retrieved June 10, 2005, from the Education Full-Text database.
59. Keca, J. & Cook-Cottone, C. (2005, May). Eating disorders: Prevention is worth every ounce. *Principal Leadership (Middle School Ed.)*, 5. Retrieved June 10, 2005, from the Education Full-Text database.
60. Kennedy E, Goldberg J. What are American children eating? Implications for public policy. *Nutr Rev* 1995;53(5):111-126.
61. Krebs-Smith SM, Cook A, Subar AF, Cleveland L, Friday J, Kahle LL. Fruit and vegetable intakes of children and adolescents in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(1):81-86.
62. Levenson DI, Bockman RS. A review of calcium preparations. *Nutr Rev* 1994;52(7):221-232.
63. Lifshitz F, Moses N. Nutritional dwarfing: growth, dieting, and fear of obesity. *J Am Coll Nutr* 1988;7(5):367-376.
64. Lino M, Gerrior SA, Basiotis P, Anand RS. Report card on the diet quality of children. *Fam Econ Nutr Rev* 1999;12(3&4):78-80.
65. Manning, M.L. & Bucher, K.T. (2005). *Teaching middle school*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
66. Martin, J.D. & Loomis, K.S. (2007) *Building teachers. A constructive approach to introducing education*. Thomson Learning, Inc: Belmont, CA.

67. Massey–Stokes, M. (2000, July/August). Prevention of disordered eating among adolescents. *The Clearing House*, 73. Retrieved November, 2009, from the Education Full–Text database.
68. Mbrojtja e produkteve ushqimore dhe impaktet e ndotjes se ushqimeve mbi shendetin publik. Konferenca Kombetare e Shendetit Publik Janar 1999.
69. Mbrojtja e produkteve ushqimore dhe impaktet e ndotjes se ushqimeve mbi shendetin publik. Konferenca Kombetare e Shendetit Publik Janar 1999
70. Ministry of Labour and Social Affairs/Institute of Statistics, Living Standard Measurement Survey Albania 2002
71. Morton JF, Guthrie JF. Changes in children's total fat intakes and their food group sources of fat, 1989– 91 versus 1994–95: implications for diet quality. *Fam Econ Nutr Rev* 1998;11(3):44–57.
72. Munoz K, Krebs–Smith S, Ballard–Barbash R, Cleveland L. Food intakes of US children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics* 1997;100(3):323–329.
73. Phipps, S.A., Burton, P. S., Osberg, L. S., Lethbridge, L. N., 2006. Poverty and the extent of child obesity in Canada, Norway and the United States. *Obes. Rev.*, 7, 5–12.
74. Plani i Pare i Veprimit për Politiken e Ushqimit dhe Ushqyerjes për Rajonin European te OBSH–se 2000–2005.(The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000–2005)
75. Plani i Pare i Veprimit për Politiken e Ushqimit dhe Ushqyerjes për Rajonin European te OBSH–se 2000–2005.(The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000–2005)
76. Plani Kombetar i Veprimit për Mjedisin dhe Shendetin për Shqiperine, Korrik 1998, Ministria e Shendetesise.
77. Popkin, B. M., Doak, C. M., 1998. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr. Rev.*, 56, 106–14.
78. Popkin, B. M., Gordon–Larsen, P., 2004. The nutrition transition: worldwide obesity : dynamics and their determinants. *Int. J. Obes.*, 28, S2–9.
79. Powell, S.D. (2005). *Introduction to middle school*. Columbus, Ohio: Merrill Prentice Hall.
80. Pugliese MT, Lifshitz F, Grad G, Fort P, Marks–Katz M. Fear of obesity. A cause of short stature and delayed puberty. *N Engl J Med* 1983;309(9):513–518.
81. Raporti i Monitorimit te praktikave te ushqyerjes se foshnjave dhe femijeve te vegjel ne Shqiperi. UNICEF, MSH, Grupi Shqipetar për Mbrojtjen e ushqyerjes me gjë, 2001.
82. Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM, Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team: Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2000, 24(12):1623–1627.
83. Russell RM. New micronutrient dietary reference intakes from the National Academy of Sciences. *Nutr Today* 2001;36(3):163–171.
84. Schrande–Stumpel, C. T., Curfs, L. M., Sastrowijoto, P., Cassidy, S. B., Schrande, J. J., Fryns, J. P., 2004. Prader–Willi syndrome: causes of death in an international series of cases. *Am. J. Med. Genet.*, 124, 333–8.
85. Semundeshmeria e lidhur me problemet sociale ne Shqiperi. MSH Drejtoria e Statistikes dhe Teknologjise se Informacionit 2001, N.Caushi 10/2001

86. Semundeshmeria ne Shqiperi ne periudhen 1990–1997. Konferenca Kombetare e Shendetit Publik, Janar 1999.
87. Semundeshmeria ne Shqiperi ne periudhen 1990–1997. Konferenca Kombetare për sigurine ushqimore, Qershor 2001. Ministria e Shendetsise.
88. Speiser, P. W., Rudolf, M. C., Anhalt, H., Camacho–Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A. Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R. H., Pescovitz, O. H., Pinhas–Hamiel, O., Rogo, A. D., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G. A., Zadik, Z., Zuckerman–Levin, N., Hochberg, Z., Obesity Consensus Working Group, 2005. Childhood obesity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 90, 1871–87.
89. Instituti i Statistikes dhe Teknologjise se Informacionit 2001, N.Caushi 10/2001
90. SAWAYA, Ana Lydia. Malnutrition: longterm consequences and nutritional recovery effects. *Estud. av.* [online]. 2006, vol.20, n.58 [cited 2013–02–19], pp. 147–158 . Available from:<http://www.scielo.br/>
91. Story M. Nutritional requirements during adolescence. In: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DE, Comerci GD, eds. *Textbook of adolescent medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 1992;75–84..
92. Strategjia e Shendetit Oral për Shqiperine, Ministria e Shendetesise, 2000.
93. Strategjia e Shendetit Oral për Shqiperine, Ministria e Shendetesise, 2000.
94. Subar AF, Krebs–Smith SM, Cook A, Kahle LL. Dietary sources of nutrients among US children, 1989– 1991. *Pediatrics* 1998;102(4 Pt 1):913–923.
95. Shahid, B. (2003, Spr). A study of school principals and the promotion of nutritional health in middle grade schools. *Education*, 123. Retrieved November28, 2009, from the Education Full–Text database.
96. Troiano RP, Briefel RR, Carroll MD, Bialostosky K. Energy and fat intakes of children and adolescents in the United States: data from the national health and nutrition examination surveys. *Am J Clin Nutr* 2000;72(5 Suppl):1343S–1353S.
97. Udhezues për sistemin HACCP dhe aplikimin e tij ne praktiken e kontrollit për sigurine ushqimore, Qershor 2001. Ministria e Shendetsise.
98. UNDP Human Development Report 2008.
99. US Department of Agriculture, US Department of Health and Human Services. *Nutrition and your health: dietary guidelines for Americans*. Home and garden bulletin; no.232. 4th ed. Washington, DC: US Department of Agriculture, US Department of Health and Human Services; 1995.
100. Viner, R. M., Cole, T. J., 2005. Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *Br. Med. J.*, 330, 1354.
101. Viner, R. M., Segal, T. Y., Lichtarowicz–Krynska, E., Hindmarsh, P., 2005. Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity. *Arch. Dis. Child.*, 90, 10–14.
102. WHO Working group on infant growth. *An evaluation of infant growth*. Geneva. 1994.
103. WHO Working group on infant growth. *An evaluation of infant growth: theuse and interpretation of anthropometry in infants*. *Bulletin of the WHO* 1995;73;165–174
104. WHO/UNICEF/ICCIDD ‘Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization», 1994.
105. WHO/UNICEF/ICCIDD «Global prevalence of iodine deficiency disorders», 1993

106. WHO/UNICEF/ICCIDD «Salt iodization for the elimination of iodine deficiency» 1995.
107. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995;96(5 Pt 2):985–988.
108. World Bank “Poverty Assessment Report” November 2003.
109. World Bank Albania Poverty Assessment, November 5, 2003
110. World Health Organization (WHO), 1998. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva 3–5 June, 1997. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
111. World Health Organization (WHO), 1999. Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
112. Vasili P., Ceka N., Situation Analysis of Nutrition Conditions of Pregnant Women and Children in Albania. http://www.gfmer.ch/Endo/Reprod_health/Albania_nutrition.htm
113. Pao EM, Cypel YS. Estimation of dietary intake. In: Zeigler EE, Filer LJ, eds. Present knowledge in nutrition. 7th ed. Washington, DC: International Life Sciences Institute Nutrition Foundation, 1996; 498-505.
114. Sempos CT, Briefel RR, Johnson C, et al. *Vital Health Stat* 1992; 4(27): 85-90.
115. Black AE. Pitfalls in dietary assessment. In: Howard AN, es. Recent advances in clinical nutrition. London Libbey, 1981.
116. Mackeras E. Interpreting dietary data. Sydney: Sydney Department of Public Health, University of Sydney, 1990.
117. Rutishauser IHE and Black AE. Introduction to Human Nutrition, edited by Gibney M, Vorster H. and Kok FJ. The Nutrition Society Textbook Series, Blackwell Publishing. Oxford, 2002; Chapter 10: pp 225-24.
118. Albanian Nutrition Profile-Food and Nutrition Division, FAO, 2005.
119. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. A comparative analysis of nutrition policies and plans of action in WHO European, 2006
120. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Available at http://www.fao.org/waicent/portal/statistics_en.asp.
121. Serra-Majem L et al. Comparative analysis of nutrition data from national, household, and individual levels: results from a WHO-CINDI collaborative project in Canada, Finland, Poland, and Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003; 57(1):74–80.
122. FAO-Press Releaes: Large gap in food availability between rich and poor countries new map on nutrition released, 2004.
123. Willett WC, Skerrett PJ. Eat, drink, and be healthy: The Harvard Medical School guide to healthy eating. New York: Simon & Schuster, 2001.
124. De Lorgeril M, Salen P, Martin JP, Delaye J, Nicole M. Mediterranean diet, traditional risk factors and rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99: 779–85.
125. Bosetti C, Gallus S, Trichopoulou A, Talamini R, Franceschi S, Negri E, et al. Influence of the Mediterranean diet on the risk of cancers of the upper digestive tract. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2003; 12: 1091–4

126. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine* 2003; 348: 2599–608.
127. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M. Contribution of trends in survival and coronary-events rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 years results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353: 1547–57.
128. Demosthenes B, Christine C. The association of Mediterranean diet with lower risk of acute coronary syndromes in hypertensive subjects. *International Journal of Cardiology* 2002; 82: 141–7.
129. Trichopoulou A, Toupadaki N, Tzonou A, Katsouyanni K, Manousos O, Kada E & Trichopoulos D. The macronutrient composition of the Greek diet: estimates derived from six case-control studies. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1993; 47: 549 – 558.
130. Rafael Balanza, Pilar Garcí'a-Lorda, Carmen Pe´rez-Rodrigo et al. Trends in food availability determined by the Food and Agriculture Organization's food balance sheets in Mediterranean Europe in comparison with other European areas. *Public Health Nutrition*, 2007; 10(2): 168–176.
131. Elmadfa I. On the nutrition and health situation in the European Union. *Journal of Public Health*, 2005; 13:62–68.
132. A. Thanapoulou, B.Karamanos, S.Assaad-Khalil, A.Barabato et al. Nutritional habits of subjects with type 2 diabetes mellitus in Mediterranean Basin: comparison with non-diabetic population and the dietary recommendations. Multi-Centre Study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Diabetology* 2004; 47:367-376.
133. Giorgia Randi, C. Pelucchi, S. Gallus, M. Parpinel et al. Lipid, protein and carbohydrate intake in relation to body mass index: an Italian study. *Public Health Nutrition*, 2006; 10(3): 306–310
134. Antonia Trichopoulou, C. Gnardellis, V. Benetou et al. Lipid, protein and carbohydrate intake in relation to body mass index. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2002; 56: 37–43
135. Keys A. Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
136. Hegsted DM. Serum-cholesterol response to dietary cholesterol: a re-evaluation. *American Journal of Clinical Nutrition* 1986; 44: 299–305.
137. Mensink RPM, Katan MB. Effect of dietary trans fatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in healthy subjects. *New England Journal of Medicine* 1990; 323: 439–45.
138. Ascherio A, Katan MB, Zock PL, Stampfer MJ, Willett WC. Trans fatty acids and coronary heart disease. *New England Journal of Medicine* 1999; 340: 1994–8.
139. Mauger JF, Lichtenstein AH, Ausman LM, Jalbert SM, Jauhiainen M, Ehnholm C, et al. Effect of different forms of dietary hydrogenated fats on LDL particle size. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003; 78(3): 370–5.
140. Mozaffarian D, Pischon T, Hankinson SE, Rifai N, Joshipura K, Willett WC, et al. Dietary intake of trans fatty acids and systemic inflammation in women. *American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 79(4): 606–12.

141. Baer DJ, Judd JT, Clevidence BA, Tracy RP. Dietary fatty acids affect plasma markers of inflammation in healthy men fed controlled diets: a randomized crossover study. *American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 79(6): 969–73.
142. Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the ‘normal’ weight range. *JAMA* 1995; 273:461–5.
143. Grundy SM. How much does diet contribute to premature coronary heart disease? *Atherosclerosis IX. Proceedings of the 9th International Symposium on Atherosclerosis*. Stein et al, eds. Tel Aviv, Israel: Creative Communications Ltd, 1992:471–8.
144. National Research Council Committee on Diet and Health. *Diet and health: implications for reducing chronic disease risk*. Washington, DC: National Academy Press, 1989.
145. Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes in women. *Ann Intern Med* 1995; 122:481–6.
146. Quetelet A. *Physique sociale: ou, essai sur le développement des facultés de l’homme*. Brussels, Belgium: C. Muquardt, 1869.
147. Spiegelman D, Israel RG, Bouchard C, Willett WC. Absolute fat mass, percent body fat, and body-fat distribution: which is the real determinant of blood pressure and serum glucose? *Am J Clin Nutr* 1992;55:1033-44.
148. Schreiner PJ, Terry JG, Evans GW, Hinson WH, Crouse JR III, Heiss G. Sexspecific associations of magnetic resonance imaging-derived intraabdominal and subcutaneous fat areas with conventional anthropometric indices: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 1996;144:335-45.
149. Seidell JC, Oosterlee A, Thijssen MA, et al. Assessment of intra-abdominal and subcutaneous abdominal fat: relation between anthropometry and computed tomography. *Am J Clin Nutr* 1987;45:7-13.
150. Department of Agriculture, Department of Health and Human Services. *Nutrition and your health: dietary guidelines for Americans*. 3rd ed. Home and garden bulletin no. 232. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1990.
151. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995;311:1401-5.
152. J.M.Oppert and coauthors. Anthropometric estimates of muscle and fat mass in relation to cardiac and cancer mortality in men: The Paris Prospective Study. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 1107-1113.
153. Trichopoulou A et al. Body mass index in relation to energy intake and expenditure among adults in Greece. *Epidemiology*, 2000; 11:333-336.
154. Istituto Superiore Di Sanita. Osservatorio epidemiologico cardiovascolare. Unpublished data from personal communication: Andrea Gaggioli and Simona Giampaoli.
155. Shapo, L., Pomerleau, J., McKee, M., 2004. Physical inactivity in a country in transition: a population-based survey in Tirana city, Albania. *Scand J. Public Health* 32, 60–67.
156. Pitsavos C et al. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health* 2003; 3.
157. Sproston K, Primatesta P, eds. *Health Survey for England 2003, volume 2: risk factors for cardiovascular disease*. London, The Stationery Office, 2004.

158. De Vriese SR et al. Voedselconsumptiepeiling België 2004 [Food Consumption Survey in Belgium 2004]. Brussels, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, 2006.
159. Enquête Suisse sur la Santé [Swiss Health Survey]. Berne, Federal Office of Statistics, 2003.
160. ObEpi 2003: 3ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France (communiqué de presse) [ObEpi 2003: 3rd national epidemiological survey on obesity and overweight in France (press release)]. Paris, l'Institut Roche de l'Obésité, 2003.
161. Laatikainen T et al. Non-communicable disease risk factor survey: Federation of Bosnia and Herzegovina 2002. Sarajevo-Mostar, Institute of Public Health, 2002.
162. Health Systems Project, Ministry of Health, Canadian Society for International Health. 2003 Croatian Adult Health Survey. Ottawa, Canadian Society for International Health, 2004
163. Szponar L, Rychlik E, Oltarzewski M. [Representative survey of the dietary habits and nutritional status of children and adolescents in the general population of Poland in 2000.] In: Szponar L et al., eds. Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych [Household food consumption and anthropometric survey]. Warsaw, Prace IZZ 101, 2003.
164. Grabauskas V et al. Suaugusiųjų Lietuvos Žmonių Gyvensenos Tyrimas, 2004 [Health behaviour among the adult population of Lithuania, 2004]. Helsinki, National Public Health Institute, 2005.
165. Health behaviour among Estonian adult population, 2004. Tallinn, National Institute for Health Development, 2005.
166. Pudule I et al. Health behaviour among the adult population of Latvia, 2004. Helsinki, National Public Health Institute, 2005.
167. Efthymios K et al. First national epidemiological large-scale survey on the prevalence of obesity in Greek adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004; 28(suppl. 1):S72.
168. Engstrom JL et al. Accuracy of self-reported height and weight in women: an integrative review of the literature. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003; 48(5):338–345.

KAPITULLI IX

9. SHTOJCA

9.1 Protokoll i mbledhjes së të dhënave të studimit

Matje antropometrike

Lartësia: e matur pa këpucë gabim maksimal deri në 0.5 (cm).

Pesha: U mat në kilogram (kg) me rroba të lehta dhe pa këpucë gabimi maksimal i bërë mund të jetë 100 (g).

Indeksi i Masës Trupore (BMI) [Body Mass Index (BMI)]: Rrjedh nga ekuacioni: pesha e trupit në kilogram pjesëtuar për lartësinë (në metra) e ngritur në katror [$\text{kg}/(\text{m}^2)$].

Konsumi ushqimor dhe aktiviteti fizik:

Ky studim kishte katër seksione: Pyetëtorin, Matjet, Intervistat dhe Fokus-Grupet. Në të katërta këto faza u vlerësuan preferencat ushqimore, shpeshtësia e raportuar e konsumit të ushqimeve, qëndrimet dhe sjelljet nutricionalë.

Demografia

Pyetjet demografike ishin të fokusuar në moshë, klasa, viti, vendbanimi dhe gjinia. (janë elaboruar edhe më sipër në disertacion: Shih: **Metodologjia e Studimit**)

Pyetjet mbi aktivitetin fizik

Pyetjet në këtë seksion përqendruar në mënyrën se si nxënësit shpenzonin ditën e tyre në lidhje me kohën ulur dhe aktivitetit të përgjithshëm. Pyetjet përfshinin: kohën e kaluar duke parë televizor dhe duke luajtur lojëra, aktiviteti fizik dhe koha e kaluar duke fjetur.

Preferencat ushqimore / Shpeshtësia / Qëndrimet dhe Sjelljet Nutricionale

Ngrënia e mëngjesit, ngrënia në shkollë, ngrënia në fast-food-e, konsumi i pijeve me gaz dhe pijeve energjike, dhe ngrënia sipas piramidës ushqimore ishin disa nga topikat e përfshira në këtë seksion të pyetëtorit dhe të intervistave & fokus grupeve. Gjithashtu u kërkua nga subjektet rreth çështjeve mjekësore që lidhen me obezitetin ose alergjitë ushqimore/intolerancës, diabetit, çrregullimeve si hiper- /hipo-aktiviteti i tiroides dhe ndryshimet gjatë vitit të fundit në peshë.

Konsumi ushqimor

A. Shpeshtësia e konsumit

Pyetjet e shpeshtësisë së konsumit në pyetësor u bënë duke u bazuar tek përdorur **MyPlate** [<http://www.choosemyplate.gov/>], SHBA për pesë grupet kryesore

ushqimore (*fruta, perime, qumësht dhe produktet e qumështit, proteina, dhe buka/drithërat*) në pyetësor. Gjithashtu subjektet u pyetën edhe përgjatë fokus grupeve për preferencat kryesore ushqimore dhe për konsumin e këtyre nutrientëve.

B. Ushqimi i ngrënë gjatë 24-orëve të fundit

Nxënësit u pyetën për të kujtuar ushqimet që kishin konsumuar gjatë 24-orëve të fundit. Atyre iu kërkua të kujtonin madhësinë e porcionit, shpeshinë dhe llojet e ushqimeve. Kjo na ndihmojë ne të ndërtonim modele të caktuara të piramidës ushqimore të këtij kontingjenti nën studim. Këto raportime u hodhën në data-bazën e **Calorie King Nutrition and Exercise Manager® v4.1.0** për t'u analizuar dhe për të krijuar modele të caktuara ushqyerje.

9.2 Ftesë për pjesëmarrje në studim

Studim mbi statusin nutricional dhe mënyrat e ushqyerjes në adoleshentë të Republikës së Shqipërisë

Ne ju ftojmë të merrni pjesë në një studim sepse ju jeni adoleshent i grup-moshës 13–19 vjeç. Para se të fillojnë procedurat e studimit ju ftojmë të pranoni formalisht pjesëmarrjen tuaj në këtë proces. Nëse në këtë letër ka fjalë që ju nuk i kuptoni jeni të lutur që të konsultoheni me personelin e studimit dhe sqaroni çdo detaj.

Synimi i studimit është të vlerësojë situatën nutricionale dhe mënyrat e ushqyerjes në adoleshentë të Republikës së Shqipërisë. Ju mund të përfitoni gjithashtu në mënyrë të drejtpërdrejtë nga studimi pasi ai mund të identifikojë probleme për të cilat ju do të mund të këshilloheni ose trajtoheni në kohë.

Ju do t'ju kërkohet të plotësoni një pyetësor të thjeshtë i përbërë nga pyetje të cilat ju kërkojnë informacion mbi qëndrimet, praktikat, njohuritë dhe mënyrat e ushqyerjes. Ju do të intervistoheni nga një person i kualifikuar në ambientet e shkollës tuaj nëse është e nevojshme. Intervista parashikohet të zgjasë jo më shumë se 30 minuta. Gjithashtu personi përgjegjës do të kryejë fokus grup dhe do të masë disa parametra antropometrikë. Për këtë do të përdoret një peshore dhe një metër. Gjatë të gjithë procesit të studimit nuk do të përdoret asnjë metodë invazive apo dëmtuese.

Rezultatet e intervistës, ekzaminimeve fizike dhe atyre të fokus grupit do të ruhen vetëm për qëllime studimi dhe nuk do të përdoren në asnjë rrethanë jashtë kuadrit të konfidencialitetit dhe anonimitetit. Ju keni të drejtë të refuzoni pjesëmarrjen në çdo rrethanë që ndiheni të cënuar ose të pamundur për tu përfshirë në studim.

Përgjegjës për studimin është një ekip studentësh dhe pedagogësh nga Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë.

Ju faleminderit për durimin dhe mirëkuptimin!

9.3 Informacioni mbi konsumin e 24 orëve të fundit

Listoni të gjitha ushqimet që keni konsumuar gjatë 24 orëve të fundit

Për vaktin ju lutem shkruani: Mëngjes, Pas mëngjesit, Dreka, Mbrëmje, Vonë në mbrëmje.

Listoni të gjithë ingredientët e ushqimeve që keni konsumuar [aq sa ju kujtohen & sa njihni] (p.sh: picë, me proshutë, kërpudha, domate ose suflaqe me të gjitha)

Përpiquni që të përfshini edhe mënyrën e gatimit nëse është e mundur (p.sh: vezë e skuqur, mish i pjekur në zgarë, etj.)

Përdorni këto shkurtime për sasinë: L = lugë gjelle; C = lugë çaji; G = gotë; gr = gram; lt = litra; F = fetë)

| Vakti | Ushqimi dhe Pijet | Sasia dhe mënyra e gatimit |
|--------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

9.4 Fjalorth

Adoleshencë – Një periudhë tranzitive ndërmjet fëmijërisë dhe moshës së rritur, grup–mosha 10 deri në 19 vjeç (*sipas OBSH*)

Advokaci – Ngritje e zërit në mbrojtje të diçkaje apo dikujt. Lobim apo avokati për të mbrojtur interesat e një grupi apo një fenomeni nëpërmjet veprimtarive të bashkërenditura të profesionistëve ose komuniteteve.

Agjent biologjik – Një mikroorganizëm, virus ose ndonjë lëndë tjetër toksike, e cila përdoret si armë gjatë luftës.

Agjenti (i sëmundjes) – një faktor, p.sh. një mikroorganizëm, substancë kimike, apo formë e rrezatimit, prania e të cilëve, prania e tepërt, ose (*në sëmundje deficiente*) mungesa relative, është thelbësore për shfaqjen e një sëmundjeje. Një sëmundje mund të ketë një agjent të vetëm, një numër agjentësh të pavarur alternativ (*të paktën një prej të cilëve duhet të jetë i pranishëm*), ose një kompleks të dy ose më shumë faktorëve të kombinuar prania e të cilëve është thelbësore për zhvillimin e sëmundjes. *Shih edhe shkakësisë, shkak i nevojshëm.*

Alkool – Është një lëng pa ngjyre me një shije te forte djegëse. Haset në një seri pijesh si raki, vodke, xhin, whisky, vere, birre, likuor dhe pije te tjera te distiluara. Një nga substancat kryesore depresive që prek sistemin nervor qendror. Efekti i tij është i ngjashëm me një anestetik te përgjithshëm.

Analiza e variancës (ANOVA) – një teknikë statistikore që izolon dhe vlerëson kontributin e variablave të pavarur kategorik në mesataren e një variabli të varur të vazhdueshëm. Observimet klasifikohen sipas kategorive të tyre për secilin prej variablave të pavarur, dhe diferencat mes kategorive të mesatareve aritmetike tek variablat e varur, vlerësohen dhe testohen për sinjifikancë statistikore.

Antropometri – teknika që merret me matjen e madhësisë, peshës, dhe

Axhustim – një procedurë përmbledhëse për një masë statistikore në të cilën efektet e ndryshimeve në studim të përbërjes së popullsisë, minimizohen me metoda statistikore. Shembuj janë rregullimi nga analiza e regresionit dhe standardizimit. Rregullimi shpesh kryhet edhe mbi nivelet apo rreziqet relative, zakonisht për shkak të shpërndarjeve të ndryshme moshore në popullatat që janë duke u krahasuar. Procedura matematikore e përdorur zakonisht për të rregulluar nivelet për ndryshimet moshore është *standardizimi* direkt apo indirekt.

Barra e sëmundjes – Shpenzimet shëndetësore dhe social–ekonomike që rrjedhin nga një gjendje e caktuar shëndetësore apo një sëmundje.

Besueshmëri – Flitet kur nëse një studim do të përsëritej ai do të arrinte të njëjtat rezultate.

Bias – Devijimi i rezultateve nga e vërteta ose procesi që çon në një devijim të tillë. Çdo tendence në grumbullimin, analizën, interpretimin, publikimin ose rishikimin e të dhënave që mund të çojë në konkluzionin se ato janë sistematikisht të ndryshme nga e vërteta.

Bioteknologji – Përdorimi në shkallë industriale i proceseve biologjike, më dukshëm në rastin e teknikave rikombinuere të ADN–së, për të riprodhuar barna ose (nëpërmjet tharmë–timit) prodhime ushqimore në masë për njerëzit ose kafshët, nganjëherë me anë të riqarkullimit të mbeturinave.

Deviacioni standart – Masë e përdorur më tepër për dispersionin e një frekuence. Është e barabartë me rrënjën katrore të variancës.

Drithëra integrale – Ushqime të cilat prodhohen me të gjithë përbërësit e kokrrës së drithit, e cila konsiston në krunde, farë dhe endospermë. Produktet integrale duhet të përmbajnë të paktën 16 gram drithëra integrale për racion që të quhen të tilla.

Edukimi shëndetësor – Procesi i planifikuar dhe i menaxhuar, i investimit në edukim për të arritur përmirësimin në shëndetin e popullsisë.

Efekte Adverse – Efekte të dëmshme, të padëshiruara pas marrjes së vaksinës apo një medikamenti.

Epidemi – Shfaqja e sëmundjes në një numër shumë më të madh të rasteve të sesa ç'pritej, në një zonë të caktuar ose midis grupeve specifike të njerëzve për një periudhë të caktuar kohe.

Epidemiologji – Studimi i përhapjes dhe i determinantëve të gjendjes apo ngjarjeve shëndetësore në një popullatë të caktuar dhe zbatimi i këtij studimi për të kontrolluar problemet shëndetësore.

Etiologji, etiologjik – në kuptimin e plotë të fjalës është shkenca që studion shkaqet dhe shkakësinë; në përdorimin e zakonshëm, shkaku. *Shih edhe shkakësia, patogjeneza.*

Faktor mjedisor – Një faktor i jashtëm (*gjeologjia, klima, insektet, higjiena, shërbimet shëndetësore etj.*) të cilët ndikojnë mbi agentin dhe mundësinë për ekspozim.

Faktor risku – Një aspekt i sjelljes personale ose i stilit të jetës, ekspozimit ose një karakteristike individuale që mund të jetë e trashëguar, i cili dihet që lidhet me dëmtimin e shëndetit dhe që konsiderohet i rëndësishëm në parandalimin e problemeve shëndetësore dhe që mund të modifikohen nga zbatimi i një programi shëndetësor.

Faktorë përcaktues të shëndetit (Determinantë) – Seria e faktorëve personalë socialë, ekonomikë dhe mjedisorë të cilët përcaktojnë statusin shëndetësor të individëve ose të një popullsie. Faktorët që ndikojnë shëndetin janë të shumtë dhe interaktive. Promocioni shëndetësor në thelb merret me veprimin dhe avokatinë e determinantëve të shëndetit që janë të modifikueshëm, dhe jo vetëm me ata që lidhen me veprime të individëve siç janë sjelljet e shëndetshme dhe mënyra e jetesës por edhe faktorë si të ardhurat dhe statusi social, arsimi, punësimi dhe kushtet e punës, aksesit tek shërbimet e përshtatshme shëndetësore dhe mjedisi fizik

Hipoteza alternative – Hipoteza që duhet zbatuar kur hipoteza zero rezulton jo e besueshme, në të cilën ekspozimi ka lidhje me sëmundjen.

Indikator/tregues shëndetësor – Indikator shëndetësor është një karakteristike e një individi, popullate ose mjedisi i cili matet (*direkt ose indirekt*) dhe mund të përdoret për të përshkruar një ose më tepër aspekte të shëndetit të një individi ose popullsie (*cilësinë, sasinë dhe kohën*)

Informacion demografik – Karakteristikat e personit si mosha, seksi, raca dhe puna, të cilat përdoren në epidemiologjinë deskriptive për të karakterizuar popullatën në risk.

Intervali i besimit, konfidencës – Një diapazon vlerash për një variabël të caktuar për shembull një shkallë, i ndërtuar në mënyrë të tillë që ky diapazon të ketë një probabilitet të caktuar për të përfshirë vlerat e vërteta të variablilit. Ky probabilitet i caktuar quhet niveli i konfidences dhe pikat e fundit të intervalit të konfidences quhen kufijtë e konfidencës.

Kampion përfaqësues – Një kampion karakteristikat e të cilit i korrespondojnë atyre të popullatës origjinale apo asaj të referimit.

Malnutricion (*Kequshqyerje*) – Çdo çrregullim i ushqyerjes. Mund të vijë nga ushqyerja e pakët, por edhe e tepërt dhe e pabalancuar.

Mjekësi e bazuar në evidencë (*fakte*) – Përdorimi i ndërgjegjshëm, i qartë dhe i kujdesshëm i fakteve më të mira aktuale në marrjen e vendimeve lidhur me kujdesin për pacientët individualë. Praktika e mjekësisë të bazuar në fakte nënkupton integrimin e ekspertizës klinike individuale me faktet klinike më të mira të disponueshme nga puna kërkimore sistematike. *Përkufizim plotësues* – Analiza sistematike e informacionit lidhur me efektin e trajtimit dhe përdorimit të tij për të ofruar rezultate optimale shëndetësore.

Morbiditet, sëmundshmëri – Çdo shmangie, subjektive apo objektive nga një gjendje fiziologjike apo psikologjike.

Niveli i incidencës – Një masë e frekuencës me të cilën një ngjarje si për shembull një rast sëmundje haset në një popullatë të caktuar gjatë një periudhe të caktuar kohe. Emëruesi është popullata në risk dhe numërues është numri i rasteve të reja që hasen gjatë periudhës së caktuar të kohës.

Niveli i prevalencës – Proporcioni i personave në një popullsi të cilët kanë një sëmundje të caktuar ose një atribut të caktuar në një moment në kohë ose gjatë një periudhe të caktuar kohe.

Pandemi – Sëmundje ngjitëse që dominon në një zonë shumë të gjerë gjeografike (*për shembull AIDS-i është një pandemi*)

Parandalimi i sëmundjes – Masa që synojnë jo vetëm parandalimin e shfaqjes së sëmundjes, si imunizimi ose kontrolli i vektorëve të sëmundjes ose aktivitetet kundër duhanit, por gjithashtu ndalimi i përparimit dhe reduktimi i pasojave të saj me t'u shfaqur sëmundja.

Prevalencë – Numri ose proporcioni i rasteve ose ngjarjeve ose gjendjeve shëndetësore në një popullatë të caktuar.

Promocion shëndetësor – Është shkenca dhe arti për të ndihmuar njerëzit që të ndryshojnë mënyrën e tyre të jetesës drejt një gjendje optimale shëndeti ose procesi i aftësimin të individëve dhe bashkësive të tyre për të rritur kontrollin mbi determinantët e shëndetit, duke përmirësuar kështu shëndetin e tyre. Është në fakt një kombinim i informacionit, edukimit ,kontrollit diagnostik dhe ndërhyrjeve në fushën e kujdesit shëndetësor për të lehtësuar ndryshimet në sjellje që do të përmirësonin shëndetin dhe do ta mbronin atë.

Rast – Në epidemiologji është një shembull i numërueshëm i një sëmundjeje të veçante, një çrregullimi apo një gjendjeje nën studim në një popullatë ose grup studimi. Ngandonjëherë i referohet edhe vetë personit me një sëmundje të caktuar.

Shëndet – Është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo vetëm mungesa e sëmundjes apo të qenit i pamundur.

Trigliceride – Molekula të përbëra nga tri acide yndyrore të bashkangjitura në një skelet gliceroli tri-karbonësh.

Yndyra të pasaturuara – Nëse një acid yndyror ka karbone të lidhura së bashku me një lidhje dyfishe, këtij acidi yndyror i referohemi si acid yndyror i pangopur (*pasaturuar*).

Yndyra të saturuara – Nëse një acid yndyror nuk ka karbone të lidhura së bashku me një lidhje dyfishe, këtij acidi yndyror i referohemi si acid yndyror i ngopur (*saturuar*).

Etleva SMAKAJ 2016

Yndyra trans – Zakonisht janë yndyra që i gjejmë në mishin e viçit, derrit dhe qengjit. Yndyrat trans janë një nënprodukt i yndyrave të hidrogjenuara, një proces ky që i shton hidrogjene të tjera.

Yndyra – Janë një formë e një grupi më të madh dhe më divers substancash organike të njohura si lipide, të cilat dallohen nga fakti se janë të patretshme në ujë.

9.5 Grafikë dhe tabela shtesë

Krahasimi midis qarqeve i BMI-së

| | N | Mesatare | Dev. Std. | Gab. Std. | 95% Intervali i Besimit për Mesataren | | Minimumi | Maksimumi |
|----------------------|-------|----------|-----------|-----------|---------------------------------------|------------------|----------|-----------|
| | | | | | Kufiri i sipërm | Kufiri i poshtëm | | |
| Qarku i Beratit | 1349 | 20.91 | 2.95 | .080 | 20.75 | 21.07 | 11.73 | 47.26 |
| Qarku i Dibrës | 28 | 20.53 | 1.74 | .330 | 19.85 | 21.21 | 17.36 | 25.34 |
| Qarku i Durrësit | 989 | 20.54 | 2.91 | .092 | 20.36 | 20.72 | 13.59 | 30.61 |
| Qarku i Elbasanit | 1027 | 20.12 | 2.66 | .083 | 19.96 | 20.28 | 11.72 | 35.62 |
| Qarku i Fierit | 2172 | 20.83 | 2.77 | .059 | 20.71 | 20.95 | 12.35 | 37.78 |
| Qarku i Gjirokastrës | 93 | 22.12 | 3.00 | .311 | 21.50 | 22.74 | 16.96 | 31.89 |
| Qarku i Korçës | 772 | 20.54 | 2.52 | .091 | 20.36 | 20.72 | 13.49 | 33.46 |
| Qarku i Kukësit | 249 | 20.81 | 2.36 | .149 | 20.51 | 21.11 | 16.05 | 27.34 |
| Qarku i Lezhës | 603 | 21.01 | 2.92 | .119 | 20.77 | 21.24 | 13.55 | 31.11 |
| Qarku i Shkodrës | 465 | 20.91 | 2.81 | .130 | 20.65 | 21.16 | 12.48 | 32.46 |
| Qarku i Tiranës | 4152 | 20.61 | 2.99 | .046 | 20.52 | 20.70 | 10.94 | 35.20 |
| Qarku i Vlorës | 563 | 21.00 | 2.95 | .124 | 20.76 | 21.25 | 10.50 | 31.86 |
| Total | 12462 | 20.69 | 2.87 | .025 | 20.64 | 20.74 | 10.50 | 47.26 |

| ANOVA | | | | | |
|----------------|----------------|-------|-------------|-------|------|
| BMI | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 832.209 | 11 | 75.655 | 9.191 | .000 |
| Within Groups | 102480.569 | 12450 | 8.231 | | |
| Total | 103312.778 | 12461 | | | |

| Krahasim Multipël – ANOVA një rrugëshe | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------|-------|-------------------------|-----------------|
| Variabli i varur: BMI-ja | | | | | | |
| Testi Post Hoc : Scheffé (për numër jo të barabartë subjektësh në grupet e krahasimit) | | | | | | |
| (I) Qarku | (J) Qarku | Diferenca mes mesatareve (I-J) | Gabimi Std. | Sinj. | 95% Intervali i Besimit | |
| | | | | | Kufiri i poshtëm | Kufiri i sipërm |
| Qarku Berat | Qarku Diber | -.14687 | .70296 | 1.000 | -3.1643 | 2.8706 |
| | Qarku Durres | -.72989 | .57873 | .999 | -3.2141 | 1.7543 |
| | Qarku Korce | .06743 | .55894 | 1.000 | -2.3318 | 2.4667 |
| | Qarku Fier | 1.17098 | .60722 | .959 | -1.4355 | 3.7775 |
| | Qarku Kukës | -.00435 | .62311 | 1.000 | -2.6790 | 2.6703 |
| | Qarku Lezhe | .03279 | .70860 | 1.000 | -3.0089 | 3.0745 |
| | Qarku Vlore | -.44559 | .54479 | 1.000 | -2.7841 | 1.8929 |
| | Qarku Gjirokaster | -.31486 | .60878 | 1.000 | -2.9280 | 2.2983 |
| | Qarku Tirane | -.07441 | .56252 | 1.000 | -2.4890 | 2.3402 |
| | Qarku Elbasan | .04398 | .65021 | 1.000 | -2.7470 | 2.8350 |
| Qarku Diber | Qarku Berat | .14687 | .70296 | 1.000 | -2.8706 | 3.1643 |
| | Qarku Durres | -.58302 | .57873 | 1.000 | -3.0672 | 1.9012 |
| | Qarku Korce | .21430 | .55894 | 1.000 | -2.1850 | 2.6136 |
| | Qarku Fier | 1.31785 | .60722 | .909 | -1.2886 | 3.9243 |
| | Qarku Kukës | .14252 | .62311 | 1.000 | -2.5322 | 2.8172 |
| | Qarku Lezhe | .17966 | .70860 | 1.000 | -2.8620 | 3.2213 |
| | Qarku Vlore | -.29872 | .54479 | 1.000 | -2.6373 | 2.0398 |
| | Qarku Gjirokaster | -.16799 | .60878 | 1.000 | -2.7812 | 2.4452 |
| | Qarku Tirane | .07246 | .56252 | 1.000 | -2.3422 | 2.4871 |

Etleva SMAKAJ 2016

| | | | | | | |
|-------------------|-------------------|----------|--------|---------|---------|--------|
| | Qarku Elbasan | .19085 | .65021 | 1.000 | -2.6002 | 2.9819 |
| Qarku Durrës | Qarku Berat | .72989 | .57873 | .999 | -1.7543 | 3.2141 |
| | Qarku Diber | .58302 | .57873 | 1.000 | -1.9012 | 3.0672 |
| | Qarku Korçë | .79732 | .39140 | .940 | -.8827 | 2.4774 |
| | Qarku Fier | 1.90087 | .45770 | .071 | -.0638 | 3.8655 |
| | Qarku Kukës | .72554 | .47858 | .993 | -1.3287 | 2.7798 |
| | Qarku Lezhë | .76268 | .58557 | .998 | -1.7509 | 3.2762 |
| | Qarku Vlorë | .28429 | .37091 | 1.000 | -1.3078 | 1.8764 |
| | Qarku Gjirokastrë | .41502 | .45977 | 1.000 | -1.5585 | 2.3886 |
| | Qarku Tiranë | .65547 | .39649 | .987 | -1.0465 | 2.3574 |
| Qarku Korçë | Qarku Elbasan | .77386 | .51337 | .994 | -1.4298 | 2.9775 |
| | Qarku Berat | -.06743 | .55894 | 1.000 | -2.4667 | 2.3318 |
| | Qarku Diber | -.21430 | .55894 | 1.000 | -2.6136 | 2.1850 |
| | Qarku Durrës | -.79732 | .39140 | .940 | -2.4774 | .8827 |
| | Qarku Fier | 1.10355 | .43241 | .770 | -.7526 | 2.9597 |
| | Qarku Kukës | -.07178 | .45445 | 1.000 | -2.0225 | 1.8790 |
| | Qarku Lezhë | -.03464 | .56603 | 1.000 | -2.4643 | 2.3950 |
| | Qarku Vlorë | -.51303 | .33922 | .994 | -1.9691 | .9431 |
| | Qarku Gjirokastrë | -.38230 | .43460 | 1.000 | -2.2478 | 1.4832 |
| Qarku Tiranë | -.14185 | .36701 | 1.000 | -1.7172 | 1.4335 | |
| Qarku Elbasan | -.02346 | .49096 | 1.000 | -2.1309 | 2.0840 | |
| | | | | | | |
| Qarku Fier | Qarku Berat | -1.17098 | .60722 | .959 | -3.7775 | 1.4355 |
| | Qarku Diber | -1.31785 | .60722 | .909 | -3.9243 | 1.2886 |
| | Qarku Durrës | -1.90087 | .45770 | .071 | -3.8655 | .0638 |
| | Qarku Korçë | -1.10355 | .43241 | .770 | -2.9597 | .7526 |
| | Qarku Kukës | -1.17533 | .51266 | .873 | -3.3759 | 1.0253 |
| | Qarku Lezhë | -1.13819 | .61374 | .969 | -3.7727 | 1.4963 |
| | Qarku Vlorë | -1.61658 | .41396 | .126 | -3.3935 | .1603 |
| | Qarku Gjirokastrë | -1.48584 | .49515 | .532 | -3.6113 | .6396 |
| | Qarku Tiranë | -1.24540 | .43703 | .617 | -3.1213 | .6305 |
| Qarku Elbasan | -1.12700 | .54528 | .934 | -3.4676 | 1.2136 | |
| Qarku Kukës | Qarku Berat | .00435 | .62311 | 1.000 | -2.6703 | 2.6790 |
| | Qarku Diber | -.14252 | .62311 | 1.000 | -2.8172 | 2.5322 |
| | Qarku Durrës | -.72554 | .47858 | .993 | -2.7798 | 1.3287 |
| | Qarku Korçë | .07178 | .45445 | 1.000 | -1.8790 | 2.0225 |
| | Qarku Fier | 1.17533 | .51266 | .873 | -1.0253 | 3.3759 |
| | Qarku Lezhë | .03714 | .62947 | 1.000 | -2.6649 | 2.7391 |
| | Qarku Vlorë | -.44125 | .43693 | 1.000 | -2.3168 | 1.4343 |
| | Qarku Gjirokastrë | -.31052 | .51451 | 1.000 | -2.5191 | 1.8980 |
| | Qarku Tiranë | -.07007 | .45885 | 1.000 | -2.0397 | 1.8995 |
| Qarku Elbasan | .04832 | .56292 | 1.000 | -2.3680 | 2.4647 | |
| Qarku Lezhë | Qarku Berat | -.03279 | .70860 | 1.000 | -3.0745 | 3.0089 |
| | Qarku Diber | -.17966 | .70860 | 1.000 | -3.2213 | 2.8620 |
| | Qarku Durrës | -.76268 | .58557 | .998 | -3.2762 | 1.7509 |
| | Qarku Korçë | .03464 | .56603 | 1.000 | -2.3950 | 2.4643 |
| | Qarku Fier | 1.13819 | .61374 | .969 | -1.4963 | 3.7727 |
| | Qarku Kukës | -.03714 | .62947 | 1.000 | -2.7391 | 2.6649 |
| | Qarku Vlorë | -.47838 | .55206 | 1.000 | -2.8481 | 1.8913 |
| | Qarku Gjirokastrë | -.34765 | .61529 | 1.000 | -2.9888 | 2.2935 |
| | Qarku Tiranë | -.10721 | .56956 | 1.000 | -2.5520 | 2.3376 |
| Qarku Elbasan | .01119 | .65631 | 1.000 | -2.8060 | 2.8284 | |
| Qarku Vlorë | Qarku Berat | .44559 | .54479 | 1.000 | -1.8929 | 2.7841 |
| | Qarku Diber | .29872 | .54479 | 1.000 | -2.0398 | 2.6373 |
| | Qarku Durrës | -.28429 | .37091 | 1.000 | -1.8764 | 1.3078 |
| | Qarku Korçë | .51303 | .33922 | .994 | -.9431 | 1.9691 |
| | Qarku Fier | 1.61658 | .41396 | .126 | -.1603 | 3.3935 |
| | Qarku Kukës | .44125 | .43693 | 1.000 | -1.4343 | 2.3168 |
| | Qarku Lezhë | .47838 | .55206 | 1.000 | -1.8913 | 2.8481 |
| | Qarku Gjirokastrë | .13073 | .41625 | 1.000 | -1.6560 | 1.9175 |
| | Qarku Tiranë | .37118 | .34508 | 1.000 | -1.1101 | 1.8524 |
| Qarku Elbasan | .48957 | .47479 | 1.000 | -1.5485 | 2.5276 | |
| Qarku Gjirokastrë | Qarku Berat | .31486 | .60878 | 1.000 | -2.2983 | 2.9280 |
| | Qarku Diber | .16799 | .60878 | 1.000 | -2.4452 | 2.7812 |
| | Qarku Durrës | -.41502 | .45977 | 1.000 | -2.3886 | 1.5585 |
| | Qarku Korçë | .38230 | .43460 | 1.000 | -1.4832 | 2.2478 |
| | Qarku Fier | 1.48584 | .49515 | .532 | -.6396 | 3.6113 |
| | Qarku Kukës | .31052 | .51451 | 1.000 | -1.8980 | 2.5191 |
| | Qarku Lezhë | .34765 | .61529 | 1.000 | -2.2935 | 2.9888 |
| | Qarku Vlorë | -.13073 | .41625 | 1.000 | -1.9175 | 1.6560 |
| | Qarku Tiranë | .24045 | .43919 | 1.000 | -1.6448 | 2.1257 |
| Qarku Elbasan | .35884 | .54702 | 1.000 | -1.9893 | 2.7069 | |
| Qarku Tiranë | Qarku Berat | .07441 | .56252 | 1.000 | -2.3402 | 2.4890 |
| | Qarku Diber | -.07246 | .56252 | 1.000 | -2.4871 | 2.3422 |
| | Qarku Durrës | -.65547 | .39649 | .987 | -2.3574 | 1.0465 |
| | Qarku Korçë | .14185 | .36701 | 1.000 | -1.4335 | 1.7172 |
| | Qarku Fier | 1.24540 | .43703 | .617 | -.6305 | 3.1213 |
| | Qarku Kukës | .07007 | .45885 | 1.000 | -1.8995 | 2.0397 |
| | Qarku Lezhë | .10721 | .56956 | 1.000 | -2.3376 | 2.5520 |
| Qarku Vlorë | -.37118 | .34508 | 1.000 | -1.8524 | 1.1101 | |

Etleva SMAKAJ 2016

| | | | | | | |
|---------------|--------------------|---------|--------|-------|---------|--------|
| | Qarku Gjirokastrer | -24045 | .43919 | 1.000 | -2.1257 | 1.6448 |
| | Qarku Elbasan | .11839 | .49503 | 1.000 | -2.0065 | 2.2433 |
| Qarku Elbasan | Qarku Berat | -04398 | .65021 | 1.000 | -2.8350 | 2.7470 |
| | Qarku Diber | -19085 | .65021 | 1.000 | -2.9819 | 2.6002 |
| | Qarku Durres | -77386 | .51337 | .994 | -2.9775 | 1.4298 |
| | Qarku Korce | .02346 | .49096 | 1.000 | -2.0840 | 2.1309 |
| | Qarku Fier | 1.12700 | .54528 | .934 | -1.2136 | 3.4676 |
| | Qarku Kukes | -04832 | .56292 | 1.000 | -2.4647 | 2.3680 |
| | Qarku Lezhe | -01119 | .65631 | 1.000 | -2.8284 | 2.8060 |
| | Qarku Vlore | -48957 | .47479 | 1.000 | -2.5276 | 1.5485 |
| | Qarku Gjirokastrer | -35884 | .54702 | 1.000 | -2.7069 | 1.9893 |
| | Qarku Tirane | -11839 | .49503 | 1.000 | -2.2433 | 2.0065 |

Etleva SMAKAJ 2016

Krahasim Multipël – ANOVA një rrugëshe

Variabli i varur: BMI-ja

Testi Post Hoc : Scheffë (për numër jo të barabartë subjektësh në grupet e krahasimit)

| (I) Qarku | (J) Qarku | Diferenca mes mesatareve (I-J) | Gabimi Std. | Sinj. | 95% Intervali i Besimit | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|-------------|-------|-------------------------|-----------------|
| | | | | | Kufiri poshtëm | Kufiri i sipërm |
| Qarku i Beratit | Qarku i Dibrës | .37549 | .54780 | 1.000 | -2.0549 | 2.8058 |
| | Qarku i Durrësit | .36520 | .12010 | .599 | -.1676 | .8981 |
| | Qarku i Elbasanit | .78605* | .11881 | .000 | .2589 | 1.3132 |
| | Qarku i Fierit | .07947 | .09946 | 1.000 | -.3618 | .5207 |
| | Qarku i Gjirokastrës | -1.21096 | .30759 | .161 | -2.5756 | .1537 |
| | Qarku i Korçës | .36696 | .12948 | .710 | -.2075 | .9414 |
| | Qarku i Kukësit | .09783 | .19789 | 1.000 | -.7801 | .9758 |
| | Qarku i Lezhës | -.09863 | .14054 | 1.000 | -.7222 | .5249 |
| | Qarku i Shkodrës | .00068 | .15428 | 1.000 | -.6838 | .6852 |
| | Qarku i Tiranës | .29643 | .08991 | .454 | -.1025 | .6953 |
| Qarku i Dibrës | Qarku i Vlorës | -.09319 | .14395 | 1.000 | -.7319 | .5455 |
| | Qarku i Beratit | -.37549 | .54780 | 1.000 | -2.8058 | 2.0549 |
| | Qarku i Durrësit | -.01029 | .54982 | 1.000 | -2.4496 | 2.4290 |
| | Qarku i Elbasanit | .41056 | .54954 | 1.000 | -2.0275 | 2.8487 |
| | Qarku i Fierit | -.29602 | .54568 | 1.000 | -2.7170 | 2.1250 |
| | Qarku i Gjirokastrës | -1.58646 | .61846 | .832 | -4.3303 | 1.1574 |
| | Qarku i Korçës | -.00854 | .55194 | 1.000 | -2.4573 | 2.4402 |
| | Qarku i Kukësit | -.27766 | .57187 | 1.000 | -2.8148 | 2.2595 |
| | Qarku i Lezhës | -.47412 | .55464 | 1.000 | -2.9349 | 1.9866 |
| | Qarku i Shkodrës | -.37481 | .55828 | 1.000 | -2.8517 | 2.1021 |
| Qarku i Durrësit | Qarku i Tiranës | -.07906 | .54402 | 1.000 | -2.4927 | 2.3346 |
| | Qarku i Vlorës | -.46868 | .55552 | 1.000 | -2.9333 | 1.9959 |
| | Qarku i Beratit | -.36520 | .12010 | .599 | -.8981 | .1676 |
| | Qarku i Dibrës | .01029 | .54982 | 1.000 | -2.4290 | 2.4496 |
| | Qarku i Elbasanit | .42085 | .12782 | .457 | -.1462 | .9879 |
| | Qarku i Fierit | -.28573 | .11006 | .820 | -.7740 | .2026 |
| | Qarku i Gjirokastrës | -1.57617* | .31118 | .007 | -2.9567 | -.1956 |
| | Qarku i Korçës | .00175 | .13779 | 1.000 | -.6096 | .6131 |
| | Qarku i Kukësit | -.26737 | .20342 | .999 | -1.1699 | .6351 |
| | Qarku i Lezhës | -.46384 | .14824 | .549 | -1.1215 | .1938 |
| Qarku i Elbasanit | Qarku i Shkodrës | -.36452 | .16132 | .926 | -1.0802 | .3512 |
| | Qarku i Tiranës | -.06877 | .10152 | 1.000 | -.5192 | .3816 |
| | Qarku i Vlorës | -.45839 | .15147 | .607 | -1.1304 | .2136 |
| | Qarku i Beratit | -.78605* | .11881 | .000 | -1.3132 | -.2589 |
| | Qarku i Dibrës | -.41056 | .54954 | 1.000 | -2.8487 | 2.0275 |
| | Qarku i Durrësit | -.42085 | .12782 | .457 | -.9879 | .1462 |
| | Qarku i Fierit | -.70658* | .10865 | .000 | -1.1886 | -.2245 |
| | Qarku i Gjirokastrës | -1.99702* | .31068 | .000 | -3.3754 | -.6186 |
| | Qarku i Korçës | -.41910 | .13667 | .585 | -1.0254 | .1872 |
| | Qarku i Kukësit | -.68822 | .20266 | .400 | -1.5874 | .2109 |
| Qarku i Fierit | Qarku i Lezhës | -.88469* | .14719 | .000 | -1.5377 | -.2317 |
| | Qarku i Shkodrës | -.78537* | .16036 | .013 | -1.4968 | -.0739 |
| | Qarku i Tiranës | -.48962* | .09999 | .013 | -.9332 | -.0460 |
| | Qarku i Vlorës | -.87924* | .15045 | .000 | -1.5467 | -.2118 |
| | Qarku i Beratit | -.07947 | .09946 | 1.000 | -.5207 | .3618 |
| | Qarku i Dibrës | .29602 | .54568 | 1.000 | -2.1250 | 2.7170 |
| | Qarku i Durrësit | .28573 | .11006 | .820 | -.2026 | .7740 |
| | Qarku i Elbasanit | .70658* | .10865 | .000 | .2245 | 1.1886 |
| | Qarku i Gjirokastrës | -1.29044 | .30381 | .081 | -2.6383 | .0574 |
| | Qarku i Korçës | .28748 | .12022 | .891 | -.2459 | .8208 |
| Qarku i Gjirokastrës | Qarku i Kukësit | .01836 | .19196 | 1.000 | -.8333 | .8700 |
| | Qarku i Lezhës | -.17810 | .13206 | .999 | -.7640 | .4078 |
| | Qarku i Shkodrës | -.07879 | .14660 | 1.000 | -.7292 | .5716 |
| | Qarku i Tiranës | .21696 | .07598 | .699 | -.1201 | .5540 |
| | Qarku i Vlorës | -.17266 | .13568 | .999 | -.7746 | .4293 |
| | Qarku i Beratit | 1.21096 | .30759 | .161 | -.1537 | 2.5756 |
| | Qarku i Dibrës | 1.58646 | .61846 | .832 | -1.1574 | 4.3303 |
| | Qarku i Durrësit | 1.57617* | .31118 | .007 | .1956 | 2.9567 |
| | Qarku i Elbasanit | 1.99702* | .31068 | .000 | .6186 | 3.3754 |
| | Qarku i Fierit | 1.29044 | .30381 | .081 | -.0574 | 2.6383 |
| Qarku i Korçës | Qarku i Korçës | 1.57792* | .31492 | .009 | .1808 | 2.9751 |
| | Qarku i Kukësit | 1.30880 | .34866 | .228 | -.2381 | 2.8557 |
| | Qarku i Lezhës | 1.11233 | .31962 | .355 | -.3057 | 2.5304 |
| | Qarku i Shkodrës | 1.21165 | .32590 | .243 | -.2342 | 2.6575 |

Etleva SMAKAJ 2016

| | | | | | | |
|------------------|----------------------|-----------|--------|-------|---------|--------|
| | Qarku i Tiranës | 1.50740* | .30082 | .009 | .1728 | 2.8420 |
| | Qarku i Vlorës | 1.11778 | .32114 | .355 | -.3070 | 2.5425 |
| | Qarku i Beratit | -.36696 | .12948 | .710 | -.9414 | .2075 |
| | Qarku i Dibrës | .00854 | .55194 | 1.000 | -2.4402 | 2.4573 |
| | Qarku i Durrësit | -.00175 | .13779 | 1.000 | -.6131 | .6096 |
| | Qarku i Elbasanit | .41910 | .13667 | .585 | -.1872 | 1.0254 |
| | Qarku i Fierit | -.28748 | .12022 | .891 | -.8208 | .2459 |
| Qarku i Korçës | Qarku i Gjirokastrës | -1.57792* | .31492 | .009 | -2.9751 | -.1808 |
| | Qarku i Kukësit | -.26912 | .20909 | .999 | -1.1968 | .6585 |
| | Qarku i Lezhës | -.46559 | .15593 | .630 | -1.1574 | .2262 |
| | Qarku i Shkodrës | -.36627 | .16842 | .944 | -1.1135 | .3809 |
| | Qarku i Tiranës | -.07052 | .11245 | 1.000 | -.5694 | .4284 |
| | Qarku i Vlorës | -.46015 | .15901 | .679 | -1.1656 | .2453 |
| | Qarku i Beratit | -.09783 | .19789 | 1.000 | -.9758 | .7801 |
| | Qarku i Dibrës | .27766 | .57187 | 1.000 | -2.2595 | 2.8148 |
| | Qarku i Durrësit | .26737 | .20342 | .999 | -.6351 | 1.1699 |
| | Qarku i Elbasanit | .68822 | .20266 | .400 | -.2109 | 1.5874 |
| | Qarku i Fierit | -.01836 | .19196 | 1.000 | -.8700 | .8333 |
| Qarku i Kukësit | Qarku i Gjirokastrës | -1.30880 | .34866 | .228 | -2.8557 | .2381 |
| | Qarku i Korçës | .26912 | .20909 | .999 | -.6585 | 1.1968 |
| | Qarku i Lezhës | -.19646 | .21612 | 1.000 | -1.1553 | .7624 |
| | Qarku i Shkodrës | -.09715 | .22530 | 1.000 | -1.0967 | .9024 |
| | Qarku i Tiranës | .19860 | .18719 | 1.000 | -.6319 | 1.0291 |
| | Qarku i Vlorës | -.19102 | .21835 | 1.000 | -1.1598 | .7777 |
| | Qarku i Beratit | .09863 | .14054 | 1.000 | -.5249 | .7222 |
| | Qarku i Dibrës | .47412 | .55464 | 1.000 | -1.9866 | 2.9349 |
| | Qarku i Durrësit | .46384 | .14824 | .549 | -.1938 | 1.1215 |
| | Qarku i Elbasanit | .88469* | .14719 | .000 | .2317 | 1.5377 |
| | Qarku i Fierit | .17810 | .13206 | .999 | -.4078 | .7640 |
| Qarku i Lezhës | Qarku i Gjirokastrës | -1.11233 | .31962 | .355 | -2.5304 | .3057 |
| | Qarku i Korçës | .46559 | .15593 | .630 | -.2262 | 1.1574 |
| | Qarku i Kukësit | .19646 | .21612 | 1.000 | -.7624 | 1.1553 |
| | Qarku i Shkodrës | .09932 | .17707 | 1.000 | -.6863 | .8849 |
| | Qarku i Tiranës | .39507 | .12503 | .532 | -.1597 | .9498 |
| | Qarku i Vlorës | .00544 | .16814 | 1.000 | -.7405 | .7514 |
| | Qarku i Beratit | -.00068 | .15428 | 1.000 | -.6852 | .6838 |
| | Qarku i Dibrës | .37481 | .55828 | 1.000 | -2.1021 | 2.8517 |
| | Qarku i Durrësit | .36452 | .16132 | .926 | -.3512 | 1.0802 |
| | Qarku i Elbasanit | .78537* | .16036 | .013 | .0739 | 1.4968 |
| | Qarku i Fierit | .07879 | .14660 | 1.000 | -.5716 | .7292 |
| Qarku i Shkodrës | Qarku i Gjirokastrës | -1.21165 | .32590 | .243 | -2.6575 | .2342 |
| | Qarku i Korçës | .36627 | .16842 | .944 | -.3809 | 1.1135 |
| | Qarku i Kukësit | .09715 | .22530 | 1.000 | -.9024 | 1.0967 |
| | Qarku i Lezhës | -.09932 | .17707 | 1.000 | -.8849 | .6863 |
| | Qarku i Tiranës | .29575 | .14030 | .955 | -.3267 | .9182 |
| | Qarku i Vlorës | -.09387 | .17978 | 1.000 | -.8915 | .7038 |
| | Qarku i Beratit | -.29643 | .08991 | .454 | -.6953 | .1025 |
| | Qarku i Dibrës | .07906 | .54402 | 1.000 | -2.3346 | 2.4927 |
| | Qarku i Durrësit | .06877 | .10152 | 1.000 | -.3816 | .5192 |
| | Qarku i Elbasanit | .48962* | .09999 | .013 | .0460 | .9332 |
| | Qarku i Fierit | -.21696 | .07598 | .699 | -.5540 | .1201 |
| Qarku i Tiranës | Qarku i Gjirokastrës | -1.50740* | .30082 | .009 | -2.8420 | -.1728 |
| | Qarku i Korçës | .07052 | .11245 | 1.000 | -.4284 | .5694 |
| | Qarku i Kukësit | -.19860 | .18719 | 1.000 | -1.0291 | .6319 |
| | Qarku i Lezhës | -.39507 | .12503 | .532 | -.9498 | .1597 |
| | Qarku i Shkodrës | -.29575 | .14030 | .955 | -.9182 | .3267 |
| | Qarku i Vlorës | -.38962 | .12885 | .609 | -.9613 | .1820 |
| | Qarku i Beratit | .09319 | .14395 | 1.000 | -.5455 | .7319 |
| | Qarku i Dibrës | .46868 | .55552 | 1.000 | -1.9959 | 2.9333 |
| | Qarku i Durrësit | .45839 | .15147 | .607 | -.2136 | 1.1304 |
| | Qarku i Elbasanit | .87924* | .15045 | .000 | .2118 | 1.5467 |
| | Qarku i Fierit | .17266 | .13568 | .999 | -.4293 | .7746 |
| Qarku i Vlorës | Qarku i Gjirokastrës | -1.11778 | .32114 | .355 | -2.5425 | .3070 |
| | Qarku i Korçës | .46015 | .15901 | .679 | -.2453 | 1.1656 |
| | Qarku i Kukësit | .19102 | .21835 | 1.000 | -.7777 | 1.1598 |
| | Qarku i Lezhës | -.00544 | .16814 | 1.000 | -.7514 | .7405 |
| | Qarku i Shkodrës | .09387 | .17978 | 1.000 | -.7038 | .8915 |
| | Qarku i Tiranës | .38962 | .12885 | .609 | -.1820 | .9613 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Etleva SMAKAJ 2016

| ANOVA | | | | | |
|----------------|----------------|-------|-------------|---------|------|
| BMI | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 6337.824 | 6 | 1056.304 | 135.667 | .000 |
| Within Groups | 96974.954 | 12455 | 7.786 | | |
| Total | 103312.778 | 12461 | | | |

Multiple Comparisons

Dependent Variable: BMI

Scheffé

| (I) Klasa | (J) Klasa | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|------------|------|-------------------------|-------------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| Klasa 7 | Klasa 8 | -.88231* | .11098 | .000 | -1.2762 | -.4884 |
| | Klasa 9 | -1.04858* | .10951 | .000 | -1.4372 | -.6599 |
| | Viti 1 | -1.66326* | .10381 | .000 | -2.0317 | -1.2948 |
| | Viti 2 | -2.01095* | .10101 | .000 | -2.3694 | -1.6525 |
| | Viti 3 | -2.35646* | .10105 | .000 | -2.7151 | -1.9978 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | -2.08600* | .09803 | .000 | -2.4339 | -1.7381 |
| Klasa 8 | Klasa 7 | .88231* | .11098 | .000 | .4884 | 1.2762 |
| | Klasa 9 | -.16627 | .10641 | .875 | -.5439 | .2114 |
| | Viti 1 | -.78095* | .10053 | .000 | -1.1377 | -.4242 |
| | Viti 2 | -1.12864* | .09764 | .000 | -1.4752 | -.7821 |
| | Viti 3 | -1.47415* | .09768 | .000 | -1.8208 | -1.1275 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | -1.20369* | .09455 | .000 | -1.5392 | -.8681 |
| Klasa 9 | Klasa 7 | 1.04858* | .10951 | .000 | .6599 | 1.4372 |
| | Klasa 8 | .16627 | .10641 | .875 | -.2114 | .5439 |
| | Viti 1 | -.61468* | .09890 | .000 | -.9657 | -.2637 |
| | Viti 2 | -.96237* | .09596 | .000 | -1.3029 | -.6218 |
| | Viti 3 | -1.30788* | .09600 | .000 | -1.6486 | -.9672 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | -1.03742* | .09281 | .000 | -1.3668 | -.7080 |
| Viti 1 | Klasa 7 | 1.66326* | .10381 | .000 | 1.2948 | 2.0317 |
| | Klasa 8 | .78095* | .10053 | .000 | .4242 | 1.1377 |
| | Klasa 9 | .61468* | .09890 | .000 | .2637 | .9657 |
| | Viti 2 | -.34769* | .08940 | .019 | -.6650 | -.0304 |
| | Viti 3 | -.69320* | .08945 | .000 | -1.0107 | -.3757 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | -.42274* | .08601 | .000 | -.7280 | -.1175 |
| Viti 2 | Klasa 7 | 2.01095* | .10101 | .000 | 1.6525 | 2.3694 |
| | Klasa 8 | 1.12864* | .09764 | .000 | .7821 | 1.4752 |
| | Klasa 9 | .96237* | .09596 | .000 | .6218 | 1.3029 |
| | Viti 1 | .34769* | .08940 | .019 | .0304 | .6650 |
| | Viti 3 | -.34551* | .08618 | .013 | -.6514 | -.0396 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | -.07505 | .08261 | .991 | -.3683 | .2182 |
| Viti 3 | Klasa 7 | 2.35646* | .10105 | .000 | 1.9978 | 2.7151 |
| | Klasa 8 | 1.47415* | .09768 | .000 | 1.1275 | 1.8208 |
| | Klasa 9 | 1.30788* | .09600 | .000 | .9672 | 1.6486 |
| | Viti 1 | .69320* | .08945 | .000 | .3757 | 1.0107 |
| | Viti 2 | .34551* | .08618 | .013 | .0396 | .6514 |
| | Viti 1 (shkolle e larte) | .27046 | .08267 | .098 | -.0229 | .5639 |
| Viti 1 (shkolle e larte) | Klasa 7 | 2.08600* | .09803 | .000 | 1.7381 | 2.4339 |
| | Klasa 8 | 1.20369* | .09455 | .000 | .8681 | 1.5392 |
| | Klasa 9 | 1.03742* | .09281 | .000 | .7080 | 1.3668 |
| | Viti 1 | .42274* | .08601 | .000 | .1175 | .7280 |
| | Viti 2 | .07505 | .08261 | .991 | -.2182 | .3683 |
| | Viti 3 | -.27046 | .08267 | .098 | -.5639 | .0229 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Etleva SMAKAJ 2016

