

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKESORE TEKNIKE

**PREVALENCA E OBEZITETIT DHE LIDHJA E
TIJ ME FAKTORET DEMOGRAFIKE, SOCIO-
EKONOMIKE, NDRYSHIMET NE STILIN E TE
JETUARITTEK FEMIJET E GRUPMOSHAVE
11, 13, 15 VJEC**

**KANDIDATI: Elida PEKA(ZOGA)
UDHËHEQËSI SHKENCOR: Prof. Dr Enver ROSHI**

Tiranë
2016

**PREVALENCA E OBEZITETIT DHE LIDHJA E TIJ ME FAKTORET
DEMOGRAFIKE, SOCIO-EKONOMIKE, NDRYSHIMET NE STILIN
E TE JETUARITTEK FEMIJET E GRUPMOSHAVE
11, 13, 15 VJEC**

**Disertacion i paraqitur për mbrojtjen e gradës:
“Doktor i Shkencave Mjekësore”**

**Elida PEKA(ZOGA)
2016**

REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANË

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Zj. ELIDA PEKA(ZOGA)

PER MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA:“PREVALENCA E OBEZITETIT DHE LIDHJA E TIJ ME FAKTORET DEMOGRAFIKE, SOCIO-EKONOMIKE,NDRYSHIMET NE STILIN E TE JETUARITTEK FEMIJET E GRUPMOSHAVE11, 13, 15 VJEC”.

MBROHET ME DATË __ / __ / 2016 PARA JURISË

- | | |
|--|----------------|
| 1. Prof.Asc.Dr Gentiana QIRJAKO | KRYETAR |
| 2. Prof.Asc. Dr Jolanda HYSKA | OPONENT |
| 3. Prof.Dr Llukan RRUMBULLAKU | OPONENT |
| 4. Prof.Asc.Dr Kiri ZALLARI | ANËTAR |
| 5. Prof.Dr Skender SKENDERI | ANËTAR |

Udhëheqës shkencor: Prof. Dr Enver ROSHI

Përmbajtja:

1. Parathënie.....	VI
1.1 Mirënjohje.....	VIII
1.2 Abstrakt/Abstract.....	IX
1.3 Lista e Shkurtimeve.....	X
2. Epidemia në rritje e obezitetit: sfidë që kërkon si adresimin e mjedisit obezogjenik dhe elementëve kritike përgjatë gjithë jetës. (Sfondi)	
2.1 Përkufizimi i Obesitetit.....	XI
2.2 Implikimet në moshën e rritur për fëmijët mbipeshë dhe obezë.....	XII
2.3 Shkaqet e obezitetit.....	XIII
2.4 Situata e obezitetit dhe mbipeshës sot në nivel global.....	XV
2.5 Situata e mbipeshës dhe e obezitetit në Shqipëri.....	XVII
2.6 Efektet shëndetësore të obeziteti në fëmijëri.....	XVIII
2.7 Ushqyerja dhe obeziteti.....	XIX
2.8 Zgjedhja e ushqimit dhe shëndeti i njeriut.....	XX
2.9 Rekomandime të përgjithshme për vlerësimin e dietës.....	XXII
2.10 Parandalimi i shtimit në peshë.....	XXXII
2.11 Menaxhimi i obezitetit në fëmijëri.....	XXXIII
2.12 Strategjitë për të luftuar këtë epidemi.....	XXXIV
3. Hipoteza e studimit:.....	1
4. Qëllimi i studimit:.....	1
5. Objektivat e studimit:.....	1
6. Përfituesit nga studimi.....	1
7. Metodologjia e kërkimit:.....	2
a) Përzgjedhja e kampionit.....	
b) Instrumentat e studimit.....	
c) Përpunimi statistikor i të dhënave.....	
8. Paraqitja dhe diskutimi i rezultateve.....	5
a) Gjendja ushqyese e fëmijëve.....	

b) Njohuritë e fëmijëve në fushën e ushqyerjes, shijet ushqimore, zakonet e të ushqyerit.....	9
c) Perceptimi i pamjes trupore.....	20
d) Karakteristikat socio-ekonomike dhe struktura e familjes.....	22
e) Vlerësimi i zakoneve ushqyese dhe konsumi ushqimor i fëmijëve, sipas... prindërve.....	25
f) Akitviteti fizik dhe sporti.....	28
h) Perceptimi i imazhit trupor të fëmijëve sipas prindërve.....	33
9. Përfundime.....	35
10. Rekomandime.....	38
11. Bibliografia.....	40
12. Anexe.....	47

1. Parathënie

*Obeziteti në Europë ka arritur përmasa epidemike. Organizata Botërore e Shëndetësisë lëshon alarmin e gjëndjes përballë një **epidemie botërore**, dhe gjithmonë e më shpesh po përmendet termi "Globezitet". Prevalenca e mbipeshës është trefishuar në 30 vitet e fundit.*

Shkaqet e epidemisë së obezitetit janë komplekse. Struktura e shoqërisë sot, politikat dhe zhvillimi socio-ekonomik kanë kontribuar në krijimin e një "ambienti obezogen" që inkurajon sjelljet me risk drejt obezitetit. Në thuajse të gjitha vendet e rajonit obeziteti është më i përhapur midis kategorive të ulëta sociale, atyre që kanë më pak të ardhura, nivel më të ulët arsimor si dhe me shumë vështirësi për tu trajtuar dhe mjekuar. Të dhënat tregojnë që në vendet e varfra, por me një zhvillim të shpejtë, po ndeshet një rritje e shpejtë e obezitetit.

Një shkak tjetër i dukshëm i rritjes së obezitetit është edhe moskryerja e mjaftueshme e një aktiviteti fizik dhe situata vazhdon të përkeqësohet. Mjedisi ku jetohej (shtëpi, shkollë, punë, etj) shpesh dekurajon aktivitetin fizik. Kështu, edhe distanca nën 5 km që mund të përshkohet me këmbë ose biçikletë, preferohen të bëhen me makinë duke reduktuar ndjeshëm mundësitë e një aktiviteti fizik të vlefshëm për një jetë të shëndetshme.

Në veçanti fëmijët janë sot në risk për obesitet. Mbipesha konsiderohet sot si çrregullimi më i zakonshëm i kësaj moshe në rajonet evropiane të OBSH-së, duke marrë parasysh që 20 % e fëmijëve sot janë mbipeshë dhe rreth 1/3 e tyre janë obezë. Numri i foshnjave dhe fëmijë të vegjël mbipeshë apo obezë (të moshës 0 deri në 5 vjet) u rrit nga 32 milion në nivel global në vitin 1990 në 42 milion në vitin 2013.

Pjesa më e madhe e fëmijëve mbipeshë apo obezë jetojnë në vendet në zhvillim, ku shkalla e rritjes ka qenë më shumë se 30% më e lartë se ajo e vendeve të zhvilluara. Në rajonin e vendeve të Afrikës anëtare të OBSH-së, numri i fëmijëve mbipeshë apo obezë është rritur nga 4 deri në 9 milionë gjatë të njëjtës periudhë.

Obeziteti në fëmijëri është i lidhur me një gjasë më të lartë për obezitet, vdekje të parakohshme dhe paaftësi në moshën e rritur. Por përveç riskut të rritur në të ardhmen, fëmijët obezë përjetojnë vështirësi në frymëmarrje, rritje të riskut për fraktura, hipertension, markera të hershëm të sëmundjeve kardiovaskulare, rezistencë insulinike dhe efekte psikologjike.

Pasojat më të rëndësishme të mbipeshës dhe obezitetit janë risqet për sëmundje jongjitëse të tilla si: sëmundjet kardiovaskulare (kryesisht sëmundje të zemrës dhe goditje në tru), të cilat ishin shkaku kryesor i vdekjes në vitet e fundit; diabeti; çrregullime muskuloskeletike (sidomos osteoarthroza) disa lloje kanceresh (kanceri endometrial, kanceri i gjirit, dhe zorrës së trashë). Risku për këto sëmundje jongjitëse rritet, me rritjen e treguesit të masës trupore (BMI).

Nëse trendet aktuale do të vazhdojnë, numri i fëmijëve mbipeshë apo ai obezë në nivel global do të rritet në 70 milion deri në vitin 2025, që do të thotë më i predispozuar për të zhvilluar diabet të tipit 2, hipertension dhe pagjumësi, çrregullime psikologjike dhe sociale.

Strategjitë për të luftuar këtë epidemi duhet të inkurajojnë zakone ushqyese korrekte, nëpërmjet reduktimit të konsumit të yndyrnave dhe sheqernave, duke e drejtuar popullatën drejt një konsumi më të lartë të frutave dhe perimeve, pa lënë pas dore edhe promovimin e një aktiviteti fizik, duke nënvizuar që një dietë e ekuilibruar dhe aktiviteti i mirë fizik sjellin avantazhe të konsiderueshme jo vetëm për shëndetin por edhe në nivel ekonomik dhe zhvillim.

Zakonet e përfuara në fëmijëri, lidhur me dietën dhe aktivitetin fizik nuk ndryshojnë lehtësisht gjatë jetës. Prandaj parandalimi dhe frenimi i rritjes së obezitetit në moshën fëmijërore dhe në atë në zhvillim paraqet sot një sfidë për shëndetin publik pasi: është shumë i vështirë trajtimi i obezitetit të instaluar, është shumë i lartë probabiliteti i të qenit një adoleshent apo adult obezë, është i vështirë korrigjimi i zakoneve të gabuara ushqyese në moshë të rritur, të fituara që në fëmijëri.

Pas ndryshimeve socio-ekonomike, të mjedisit global, stilit të jetesës veçanërisht mënyrës së të ushqyerit dhe aktivitetit fizik të popullatës shqiptare, si dhe ndryshimeve të konstatuara dekadat e fundit në barrën kombëtare të sëmundjeve (me mbizotërim të NCD-ve), pritet një impakt i tyre në gjendjen nutricionalë edhe të fëmijëve të moshës në zhvillim, reflektuar me një trend në rritje të numrit të fëmijëve mbipeshë apo obezë, si dhe ndryshim të zakoneve të tyre ushqyese dhe krahas familjeve respektive.

Pikërisht edhe zbatimi i këtij studimi synon: të vlerësojë gjendjen ushqyese të një grupi fëmijësh të moshës 11-13-15 vjeç të rrethit të Tiranës (mbipeshën dhe obezitetin), njohuritë dhe zakonet ushqyese të fëmijëve të moshës në zhvillim, si një nga pikënisjet për të zhvilluar sjellje dhe stil jete në përputhje me objektivat për sheëndet, faktorët që përcaktojnë zgjedhjet ushqimore dhe barrierat për një ushqyerje të shëndetshme me qëllim përdorimin e të dhënave si një bazë e rëndësishme për aktivizimin dhe funksionimin e një zinxhiri ndërhyrjesh korrigjuese, të programuara dhe të vazhdueshme në kohë, bazuar në nismat e informimit dhe edukimit.

Mirënjohje

Udhëheqësit tim Shkencor, Prof.Dr. Enver Roshi, për përkushtimin, inkurajimin dhe ndihmën e vyer që Ai më ka ofruar në cdo fazë të këtij punimi shkencor.

Prof. Asc Dr. Jolanda Hyska, për ndihmën e pakursyer që më ka ofruar në cdo etap të këtij kërkimi shkencor, mbështetja Juaj ma bënte cdo gjë më të lehtë duke më inkurajuar gjithmonë.

Dekanin e FSHMT-së, Prof. Dr. Petrit Bara, për mbështetjen dhe suportin gjatë këtij kërkimi shkencor.

Fëmijët e mi, një ndër arsytet që unë zgjedha këtë temë studimi. Endit, djalit tim, i cili u bë pjesë e këtij studimi shkencor, i përket grupmoshës që unë kam në studim (parametrat e Endit ishin perfekt). Tani, Endi tani ka më shumë informacion rreth Obezitetit tek fëmijët. Faleminderit, Endi!

Klaudia, vajza ime e vogël, e cila e ka ndër më shumë “mungesën” time. *Kur do i mbarosh detyrat mami?* - janë fjalët që Klaudia thotë sa herë më sheh përpara kompjuterit.

Prindërit e Mi! Faleminderit Babi, Mami për mbështetjen Tuaj. Gjithmonë pranë meje që nga bankat e shkollës e deri më tani, për mua dhe fëmijët e mi. Faleminderit, Egla, Megi që e keni argëtuar pa fund Klaudian.

Bashkëshortit Tim! Faleminderit,Cimi, për gjithcka! Mbështetja Jote në cdo moment ma bëri cdo gjë më të lehtë. Tani të gjithë, kanë dhe një mundësi informimi më tepër për këtë “epidemi globale” vetëm duke klikuar në Portalin Tuaj www.Syri.net (më i klikuari në Shqipëri) që ka marrë përsipër dhe Mediatizimin e këtij Studimi Shkencor.

Abstrakt

Qëllimi: Vlerësimi i prevalencës së obezitetit dhe lidhja e tij me faktorët demografike, socio-ekonomike, ndryshimet në stilin e të jetuarit tek fëmijët e grupmoshave 11, 13, 15 vjec.

Metodologjia: Një studim i tipit transversal u zbatua për vlerësimin e parametrave antropometrike bazuar në treguesin e masës trupore BMI, duke përdorur vlerat cut-off të BMI-së për mbipeshën dhe obezitetin të përcaktuara nga Cole & Al. Metoda e kampionimit të përdorur është ajo e kampionimit të shtresëzuar në klastera, në përputhje me përmasën e popullatës (WHO/UNICEF). Metoda e përzgjedhjes sipas vendbanimit dhe tipit të shkollës u bazua në madhësinë e popullatës target. Klasteri është në nivel shkolle. Një klaster përbëhej nga 20 nxënës të përzgjedhur në mënyrë të rastësishme nga lista e nxënësve të klasës 5-7-9 të shkollës së përzgjedhur. Madhësia e kampionit: 520

Rezultatet: 15.2% e fëmijëve rezultuan mbipeshë ku 3.1% prej tyre obezë. Prevalenca e mbipeshës ishte më e lartë në qytet (18.5%) sesa në fshat (7.6%), tek meshkujt në raport me femrat, në shkollat jo publike (23.3%) në raport me ato publike (14.1%). U vu re tendenca e përmirësimit të mënyrës së ushqyerjes në familje, pas lindjes së një fëmije. Fëmijët ishin të ndërgjegjshëm për imazhin e tyre trupor dhe dëshironin ta përmirësonin këtë imazh, vecanërisht për fëmijët mbipeshë apo obezë.

Përfundimi: Mbipeshja dhe obeziteti në fëmijët e Tiranës janë një problem i shëndetit publik. Të dhënat theksojnë nevojën e një fokusi të vecantë në përmirësimin e zakoneve ushqyese dhe të qenurit aktiv, gjatë fëmijërisë e adoleshencës për një impakt direkt mbi mirëqënien, rritjen, zhvillimin mendor, por edhe në ndikimin mbi gjendjen e shëndetit në moshë të rritur në të ardhmen.

Fjalë kyç: obeziteti, mbipeshja, fëmijë, faktore socio-ekonomike, parandalimi.

Abstract

Objective: Assessment of the prevalence of obesity and its links with socio-economic and demographic factors, changes in the lifestyle to children ages 11, 13, 15 years.

Design: This is a transversal study conducted to evaluate the anthropometric parameters based on BMI (body mass indicator), using cut-off values of BMI for overweight and obesity by Cole & Al. Sampling method is "probability proportionate to size" cluster method recommended by WHO, UNICEF. The method of selection by location and type of school was based on the size of the target population. 520 children, aged 11-13-15 years, living in Tirana were enrolled for the study.

Main outcome: 15.2% of children are overweight which 3.1% of them obese. The prevalence of overweight was significantly higher in the city (18.5%) than in rural areas (7.6%), among the men related to the women, in non-public schools (23.3%) compared to public ones (14.1%). It was observed tendency of improving nutrition manner in the family after the birth of a child. Children were aware of their body image and want to correct this image, especially overweight or obese children.

Conclusion: Overweight and obesity in children in Tirana are a public health problem. However the data emphasize the need for a significant focus on improving nutritional habits and being active during childhood and adolescence for a direct impact on the welfare, growth and mental development, but also for the impact on the state of adults' health in the future.

Keywords: obesity, overweight, child, socio-economic factors, prevention

Lista e shkurtimeve

ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
ADHS	Studimet Demografike dhe Shëndetësore në Shqipëri
NCD	Kontrollin e Sëmundjeve jo Ngjitëse
OKB	Organizata e Kombeve të Bashkuara
UNICEF	Fondi i Kombeve të Bashkuara për fëmijët
MASH	Ministria e Arsimit dhe Shkencës
INRAN	Instituti Ndërkombëtare i Kërkimit për Ushqimin dhe të Ushqyerit
IOTF	Task Force Ndërkombëtare për Obezitetin
BMI	Treguesi i Masës Trupore
CDC	Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve ne SHBA

2. EPIDEMIA NE RITJE E OBEZITETIT:SFIDË QË KËRKON SI ADRESIMIN E MJEDISIT OBEZOGJENIK DHE ELEMENTËVE KRITIKE PËRGJATE GJITHE JETËS. (SFONDI)

2.1 PËRKUFIZIMI I OBEZITETIT

Në mungesë të kritereve të përcaktuara që përkufizojnë obezitetin në fëmijëri në bazë të përmbajtjes dhjamore të gjithë trupit dhe marrëdhënien e saj me rezultatet shëndetësore, në përgjithësi janë përdorur vlerat cut-off në bazë të shpërndarjeve të matjeve antropometrike (p.sh. pesha dhe treguesi i masës trupore-BMI).

Disa ekspert dhe grupe këshilluese kanë rekomanduar BMI si masë të preferuar për vlerësimin e obezitetit mes fëmijëve dhe adoleshentëve të moshës 2 deri në 19 vjec.(1-4)

BMI shpreh marrëdhënien peshë-për-lartësi si një raport, që është $\text{pesha (në kg) / [lartësi (në metra)]}^2$. Ekspertët rekomandojnë BMI, sepse ajo mund të merret lehtë, është e lidhur fort me përqindjen e yndyrës trupore (sidomos nivelet ekstreme të BMI), është e lidhur dobët me lartësinë (gjatësinë), dhe identifikon individët e dhjamur në mënyrë të saktë, me një saktësi të pranueshme në fundin e sipërme të shpërndarjes (p.sh. 85 apo 95 percentile për moshë dhe gjini).(5)

2.2 IMPLIKIMET NË MOSHËN E RRRITUR PËR FËMIJËT MBIPESHE DHE OBEZE

Analizat sistematike konfirmojnë vazhdimësinë e obezitetit nga fëmijëria në moshë të rritur .(6)

Është parë se sa më e lartë është BMI-ja në fëmijëri, aq më i madh është probabiliteti i të qenit obezë në moshën e rritur. Guo et al (7) analizuan të dhënat gjatë gjithë jetës nga Studimi longitudinal FELS dhe vlerësuan probabilitetet e të paturit të një BMI prej 30 kg / m² në moshën 35 vjec.

Për vajzat me BMI prej 95 percentile gjatë fëmijërisë, probabiliteti i të qenurit obezë në moshë të rritur ishte 20% në 39.9%, nga 3 deri në 5 vjeç, 40% në 59.9% nga 6 deri në 11 vjeç, dhe 60% nga moshë 12 deri në 20 vjet. Për djemtë me BMI prej 95 percentile gjatë fëmijërisë, probabiliteti i të qenurit obezë në moshë të rritur ishte 20% nga 3 deri në 4 vjeç, 20% në 39.9% nga 5 deri në 11.5 vjeç, 40% në 59.9% nga 11.5 deri 16 vjeç, dhe 60% nga 17 deri në 20 vjeç.

Për fëmijët me BMI prej 85 percentile gjatë fëmijërisë, probabiliteti i të qenurit obezë në moshë të rritur ishte më i ulët. Për vajzat, probabiliteti i të qenurit obezë në moshë të rritur ishte 20% nga 3 deri në 4 vjet, 20% deri në 39.9% nga 5 deri 17 vjeç, dhe 40% në 59.9%, nga moshë 18 deri në 20 vjet. Për djemtë me BMI prej 85 percentile gjatë fëmijërisë, probabiliteti i të qenurit obezë në moshë të rritur ishte 20% nga 3 deri 16 vjeç, 20% në 39.9% në 17 vjeç, dhe 40% në 59.9%, nga moshë 18 deri në 20 vjet.

Në bazë të këtyre të dhënave, shanset për të qenë obezë (BMI ≥ 30 kg / m²) në moshën 35 vjeç ishin të 19.3 për djemtë dhe 15.7 për vajzat. Në mënyrë të qartë, në qoftë se

individët përfundojnë në adoleshencë e tyre me BMI të ngritur në mënyrë të moderuar, atëherë gjasa e të qenurit një i rritur obezë është e lartë.

Mbipesha dhe obeziteti në fëmijëri dhe adoleshencë shoqërohen me rezultate negative socio-ekonomike, rritje të rreziqeve shëndetësore dhe sëmundshmërisë, si dhe rritje të shkallës së vdekshmërisë në moshë të rritur.(8-10)

Në veçanti fëmijët janë sot në risk për obezitet. Mbipesha konsiderohet sot si çrregullimi më i zakonshëm i kësaj moshe në rajonet evropiane të OBSH-së, duke marrë parasysh që 20 % e fëmijëve sot janë mbipeshë dhe rreth 1/3 e tyre janë obezë. Numri i foshnjave dhe fëmijë të vegjël mbipeshë apo obezë (të moshës 0 deri në 5 vjet) u rrit nga 32 milion në nivel global në vitin 1990 në 42 milion në vitin 2013. Pjesa më e madhe e fëmijëve mbipeshë apo obezë jetojnë në vendet në zhvillim, ku shkalla e rritjes ka qenë më shumë se 30% më e lartë se ajo e vendeve të zhvilluara. Në rajonin e vendeve të Afrikës anëtare të OBSH-së, numri i fëmijëve mbipeshë apo obezë është rritur nga 4 deri në 9 milionë gjatë të njëjtës periudhë. (11)

Pa ndërhyrje, foshnjat dhe fëmijët e vegjël obezë ka të ngjarë të vazhdojnë të jenë obezë gjatë fëmijërisë, adoleshencës dhe moshës madhore.

Obeziteti në fëmijëri është i lidhur me një gamë të gjerë të komplikimeve të rënda shëndetësore dhe një rritje të riskut të shfaqjes së parakohshme të sëmundjeve, duke përfshirë diabetin dhe sëmundjet e zemrës. Ushqyerja ekskluzive me gji nga lindja deri në moshën 6 muajshe është një mënyrë e rëndësishme për të ndihmuar në parandalimin e foshnjave për t'u bërë mbipeshë apo obezë më vonë.

Çdo aspekt i mjedisit në të cilën fëmijët janë konceptuar, lindur dhe rritur mund të kontribuojnë në riskun e tyre për t'u bërë mbipeshë apo obezë. Gjatë shtatzënisë, diabeti gestacional (një formë e diabetit që ndodhin gjatë shtatzënisë), mund të rezultojë në rritjen e peshës së lindjes dhe rrezikun e obezitetit më vonë në jetë.

Zgjedhja e ushqimeve të shëndetshme për fëmijët është kritike për shkak se preferencat ushqimore formohen që në jetën e hershme. Ushqyerja e tyre me ushqime me përmbajtje të lartë në energji, yndyrnë, sheqerna dhe kripë është një kontribues i rëndësishëm për obezitetin në fëmijëri.

Bota gjithnjë e më shumë e urbanizuar dhe dixhitalizuar ofron pak mundësi për aktivitet fizik nëpërmjet lojës së shëndetshme. Duke qenë mbipeshë apo obezë të zvogëlohen mundësitë e fëmijëve për të marrë pjesë në aktivitete fizike në grup. Ata pastaj mund të bëhen edhe më pak fizikisht aktiv, me gjasë të bëhen më shumë mbipeshë me kalimin e kohës.(11)

Nëse trendet aktuale do të vazhdojnë, numri i fëmijëve mbipeshë apo ai obezë në nivel global do të rritet në 70 milion deri në vitin 2025, që do të thotë më i predispozuar për të zhvilluar diabet të tipit 2, hipertension dhe pagjumësi, çrregullime psikologjike dhe sociale. (12)

Zakonet e përfuara në fëmijëri, lidhur me dietën dhe aktivitetin fizik nuk ndryshojnë lehtësisht gjatë jetës. Prandaj parandalimi dhe frenimi i rritjes së obezitetit në moshën feminare dhe në atë në zhvillim paraqet sot një sfidë për shëndetin publik pasi: është shumë i vështirë trajtimi i obezitetit të instaluar, është shumë i lartë probabiliteti i të qenit një adoleshent apo adult obezë, është i vështirë

korrigjimi i zakoneve të gabuara ushqyese në moshë të rritur, të fituara që në fëmijëri. (12)

2.3 SHKAQET E OBEZITETIT

Shkaku themelor i obezitetit dhe mbipeshës është një çekuilibër i energjisë mes kalorive të konsumuara dhe kalorive të shpenzuara. Globalisht, ka pasur: një marrje të rritur të ushqimeve të pasura në energji dhe me përmbajtje të lartë në yndyrë; dhe një rritje të pasivitetit fizik për shkak të natyrës gjithnjë e më sedentare të shumë proceseve të punës, duke ndryshuar mënyrat e transportit, dhe rritjen e urbanizimit. Ndryshimet në modelet e dietës dhe aktivitetit fizik janë shpesh rezultat i ndryshimeve mjedisore dhe shoqërore të lidhura me zhvillimin dhe mungesën e politikave mbështetëse në sektorë të tillë si shëndetësia, bujqësia, transporti, planifikimi urban, mjedisi, përpunimi i ushqimit, shpërndarja, marketingu dhe arsimi.

Shkaqet e epidemisë së obezitetit janë komplekse. Struktura e shoqërisë sot, politikat dhe zhvillimi socio-ekonomik kanë kontribuar në krijimin e një “*ambienti obezogen*” që inkurajon sjelljet me risk drejt obezitetit. Në thuajse të gjitha vendet e rajonit obeziteti është më i përhapur midis kategorive të ulëta sociale, atyre që kanë më pak të ardhura, nivel më të ulët arsimor si dhe më shumë vështirësi për t’u trajtuar dhe mjekuar. Të dhënat tregojnë që në vendet e varfra, por me një zhvillim të shpejtë, po ndeshet një rritje e shpejtë e obezitetit. (13)

Një shkak tjetër i dukshëm i rritjes së obezitetit është edhe moskryerja e mjaftueshme e një aktiviteti fizik dhe situata vazhdon të përkeqësohet. Mjedisi ku jetohet (shtëpi, shkollë, punë, etj) shpesh dekurajon aktivitetin fizik. Kështu, edhe distanca nën 5 km që mund të përshkohen me këmbë ose biçikletë, preferohen të bëhen me makinë duke reduktuar ndjeshëm mundësitë e një aktiviteti fizik të vlefshëm për një jetë të shëndetshme. Sipas OBSH-së, një i rritur duhet të bëjë të paktën 30 minuta/ditë aktivitet fizik të moderuar ndërsa fëmijët duhet të bëjnë të paktën 60 minuta aktivitet fizik/ditë. Një nivel i tillë aktiviteti, rrit gjatësinë e jetës së njeriut nga 3-5 vjet. (14)

Përse njerëzit akumulojnë dhjam trupor të tepërt? Përgjigja e qartë që u dha edhe me lart është se ata marrin më tepër energji nga ushqimet sesa harxhojnë. Por kjo përgjigje nuk shpjegon pse ata e bëjnë këtë gjë. A është gjenetike? Mjedisore? Kulturore? Social-ekonomike? Psikologjike? Metabolike? Të gjitha së bashku? Me shumë gjasa, obeziteti ka disa shkaqe që ndërliken me njëri-tjetrin.

Gjenetika dhe epigjenetika Gjenetika është vërtet shkaktar relativisht, në pak raste obeziteti, si p.sh., në sindromin Prader-Willi—një çrregullim gjenetik i karakterizuar nga uri e tepërt, obezitet i rëndë, shtat i shkurtër, dhe shpesh vonesë mendore. Megjithëse shumica e rasteve të obezitetit nuk buron nga një gjen i vetëm, sërish ndikimet gjenetike duket se janë të pranishme.(15)

Mjedisi. Me normat e obezitetit në rritje dhe grupin e gjeneve që mbetet relativisht i pandryshuar, mjedisi gjithashtu ndikon tek obeziteti. Obeziteti pasqyron ndërveprimin midis gjeneve dhe mjedisit. Mjedisi përfshin të gjitha rrethanat që hasim çdo ditë, të cilat na shtojnë drejt shëndoshjes apo dobësimit. Gjatë katër dekadave të shkuara, kërkesa për aktivitet fizik është ulur ndërsa bollëku i ushqimit është rritur.

Duhet mbajtur parasysh se faktorët gjenetikë dhe mjedisorë nuk përjashtojnë njëri-tjetrin; në fakt, ndërveprimet midis tyre krijojnë epigjenetikën, e cila na jep njohuri më të thella për obezitetin dhe sëmundjet që lidhen me të. Gjenet mund të ndikojnë për shembull tek sjelljet që lidhen me ngrënien, kurse sjelljet që lidhen me ushqimin dhe aktivitetin ndikojnë gjenet që rregullojnë peshën e trupit. Interesant është fakti se edhe marrëdhëniet sociale mund të ndikojnë tek obeziteti. Mundësia që një person të bëhet obez rritet nëse një mik, vëlla, ose bashkëshort bëhet obezë. (16.17)

Mbingrënia. Një shpjegim për obezitetin është se njerëzit mbipeshë hanë më tepër, megjithëse historiku i dietës mund të mos i pasqyrojë këto. Jetojmë në një mjedis që na ekspozon në një bollëk ushqimesh me shumë kalori dhe shumë yndyrna, dhe që janë të disponueshme, relativisht të lira, shumë të reklamuar dhe mjaft të shijshme. Ushqimi është i disponueshëm kudo, gjatë gjithë kohës kryesisht falë fast-food-eve. Rrugët janë të mbushura me restorante fast-food, por edhe dyqanet ofrojnë këtë lloj ushqimi. Fast-food-i është i disponueshëm në shkolla, në qendra tregtare dhe në aeroporte. Është i volitshëm dhe i disponueshëm në mëngjes, drekë dhe darkë dhe ndërmjet këtyre vakteve. Edhe më alarmante janë porcionet jashtëzakonisht të mëdha dhe ushqimet e gatshme që ofrojnë kombinime të tilla. Pakësimi i madhësisë së racionit na ndihmon disi, por përfitimi më i madh vjen nga ulja e densitetit të energjisë. Në fund të fundit, porcione të mëdha ushqimesh me densitet të ulët energjie si mish pa dhjamë, frutat dhe perimet mund të ndihmojnë për rënien në peshë. Për fat të keq, ushqimet me densitet të ulët energjie zakonisht janë më të shtrenjta dhe më pak të volitshme se ushqimi me densitet të lartë energjie. (18-20)

Pasiviteti fizik. Mjedisi ynë gjithashtu nxit pasivitetin fizik. Jeta kërkon pak përpjekje, përdorim ashensorët për të ngjitur shkallët, automobilët për të lëvizur në qytet, pulsantët ulin xhamat e dritareve dhe telekomanda ndërron kanalet televizive nga larg. Teknologjia moderne ka zëvendësuar aktivitetin fizik në shtëpi, punë dhe transport. Pasiviteti ndikon në shtimin e peshës dhe në një shëndet të dobët. Ndjekja e televizionit, lojërat elektronike dhe përdorimi i kompjuterit ndikojnë shumë në pasivitetin fizik. Sa më shumë kohë njerëzit shpenzojnë me këto aktivitete sedentare, aq më shumë ka mundësi që të jenë mbipeshë. Aktivitetet sedentare sjellin shtimin në peshë në disa mënyra:

Së pari, kërkojnë shumë pak energji mbi normën metabolike të pushimit.

Së dyti, marrin nga koha që mund të shpenzohej për aktivitete fizike.

Së treti, ndjekja e televizionit ndikon në blerjen e ushqimeve dhe ndërlidhet me konsumin e ushqimeve me shumë kalori dhe yndyrna që reklamohen më tepër.

Disa njerëz obezë janë jashtëzakonisht jo aktivë saqë, edhe kur hanë më pak se njerëzit me peshë normale, kanë një tepri energjie. Pakësimi i mëtejshëm i ushqimit për ta mund të sjellë mungesa në nutrientë dhe të rrezikojë shëndetin.

Aktiviteti fizik është një komponent i nevojshëm i shëndetit nutritional. Njerëzit duhet të jenë fizikisht aktivë nëse duan të hanë ushqimin e mjaftueshëm për të marrë të gjithë nutrientët që i nevojiten, pa pësuar shtim në peshës. Në fakt, për parandalimin e shtimit në peshë, rekomandohet rreth 60 minuta aktivitet fizik të moderuar në ditë, përveç aktivitetit më pak intensiv të jetës së përditshme. Rekomandimet për rënien në peshë sugjerojnë kohëzgjatje, intensitet dhe frekuencë më të lartë të aktivitetit fizik. Pra, njerëzit mund të jenë obezë jo për shkak se hanë shumë, por sepse lëvizin pak, si në aktivitete fizike ashtu dhe në aktivitetin e jetës së përditshme. Studimet tregojnë se diferenca në kohë që obezët dhe njerëzit normalë shpenzojnë të shtrirë, të ulur, në këmbë dhe duke ecur llogaritet në rreth 350 kalori në

ditë. Në përgjithësi, njerëzit me peshë normale priren të jenë spontanisht më aktivë në punë dhe në kohën e lirë. Energjia e shpenzuar në këto aktivitete spontane të përditshme luan rol kryesor në balancën e energjisë dhe menaxhimin e peshës. (21)

Prandaj mund të themi se obeziteti ka shumë shkaqe dhe kombinime të ndryshme shkaqesh tek njerëz të ndryshëm. Disa shkaqe, si mbingrënia dhe pasiviteti fizik, mund të jenë në dorë të njeriut, kurse të tjera si gjenetika, nuk varen prej tij.

2.4 SITUATA E OBEZITETIT DHE MBIPESHËS SOT NE NIVEL GLOBAL

Gjatë tre dekadave të fundit prevalenca e obezitetit dhe mbipeshës është rritur ndjeshëm (22). Globalisht, rreth 170 milionë fëmijë (të moshës nën 18 vjec) janë vlerësuar të jenë mbipeshë (23). Prevalenca më e lartë e mbipeshës në fëmijëri është në vendet me të ardhura mesatare dhe të larta, dhe, kur të merren si një grup, vendet me të ardhura të ulëta kanë nivelin më të ulët të prevalencës. Megjithatë, mbipeshë është në rritje në pothuajse të gjitha vendet, me normat e përhapjes në rritje të shpejtë në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme (23). Në Afrike numri i fëmijëve që janë mbipeshë ose obese është thuhetse dyfishuar që prej viti 1990 duke shkuar nga 5.4 milion në 10.3 million. (24)

Nga 43 milionë fëmijë mbipeshë ose obezë të moshës parashkollore, 35 milionë jetojnë në vendet në zhvillim. Në vitin 2020, nëse kjo epidemi do të vazhdojë që të mos ulet, 9 për qind e të gjithë fëmijëve të moshës parashkollore do të jetë mbipeshë ose obezë, e thënë në shifra afërsisht 60 milionë fëmijë (25).

Niveli i obezitetit është më i lartë tek të rriturit në raport me fëmijët. Por, në terma relative në vende si SHBA-ja, Brazili, Kina apo vende të tjera është vënë re se problemi përparon më shpejt tek fëmijët në krahasim me të rriturit (26).

Edhe në Europë obeziteti ka arritur përmasa epidemike. Organizata Botërore e Shëndetësisë lëshon alarmin e gjëndjes përballë një epidemie botërore, dhe gjithmonë e më shpesh po përmendet termi "Globezitet". Prevalenca e mbipeshës është trefishuar në 30 vitet e fundit.

Obeziteti në nivel botëror është më shumë se dyfishuar që nga viti 1980. Në vitin 2014, më shumë se 1.9 miliardë të rritur ishin mbipeshë. Nga këto më shumë se 600 milionë ishin obezë, 39% e të rinjve të moshës mbi 18 vjeç ishin mbipeshë në vitin 2014, dhe 13% ishin obezë. (27) Edhe pse në mënyrë të ngadaltë numri i të nënushqyerve po vjen duke u reduktuar ndërsa ai i njerëzve me mbipeshë apo obezë vazhdon të rritet. Shumica e popullsisë së botës jeton në vende ku mbipeshë dhe obeziteti vret më shumë njerëz se sa nënpesha.

Në tri dekadat e fundit, niveli i obezitetit në SHBA është trefishuar dhe sot vendi ka një nga nivelet më të larta në botë të mbipeshës dhe të obezitetit: një në gjashtë fëmijë është obez dhe një në tre fëmijë është mbipeshë ose obez (28). Që prej vitit 2008, ky nivel ka mbetur i pandryshuar, më pas disa grupe kanë vazhduar të shohin rritje, ndërsa disa grupe kanë nivele më të larta se të tjerët. Në vitet 1970, 5 për qind e fëmijëve 2-18 vjeç ishin obezë (sipas përkufizimit të sotëm të CDC-së për obezitetin), në vitin 2008, rreth 17 për qind e fëmijëve ishte obezë, përqindje e cila mbeti e pandryshuar edhe në vitin 2010 (28,29).

Në Kanada është vënë re gjithashtu një rritje e obezitetit tek fëmijët, pasi që nga vitet '70, në përgjithësi, obeziteti është dyfishuar, dhe në disa grupe edhe trefishuar (30). Por niveli i obezitetit paraqitet pak më i ulët se në SHBA. Në vitet 2007-2008 rreth 9 për qind e fëmijëve kanadezë të moshës 6-17 vjeç ishin obezë, bazuar në vlerat limit të IOTF-së.

Edhe pse të dhënat për Amerikën Latine dhe Karaibet janë të pakta, është e qartë se mbipësia dhe obeziteti i moshës feminare është bërë një problem i ndjeshëm, pasi në përgjithësi në rajon ka më shumë fëmijë mbipeshë se nëneshë. E thënë në shifra, 7 për qind e fëmijëve të moshës nën pesë vjeç, në vitin 2010, rezultonte mbipeshë ose obezë, kundrejt një uljeje të ndjeshme të nëneshës nga 7 për qind në vitin 1990 në 3 për qind në vitin 2010 (25, 26), referuar standardeve të rritjes së OBSH-së.

Uria, nënësia dhe prapambetja në rritje (stunting) kanë qenë më të pranishme në fëmijët e Afrikës, duke u ndeshur akoma edhe në ditët e sotme, ku 20-25 për qind e fëmijëve të moshës parashkollore në Afrikën Subsahariane janë nëneshë (26). Megjithatë edhe niveli i obezitetit është duke u rritur. Kështu, numri i fëmijëve të moshës parashkollore mbipeshë dhe obezë gjatë dy dekadave të fundit është dyfishur nga 4 për qind në vitin 1990 në 8.5 për qind në vitin 2010, një shifër veçanërisht e ndjeshme për Afrikën Veriore, ku një në gjashtë fëmijë është mbipeshë ose obez. (25) Edhe pse uria tek fëmijët është çështja më e prekshme nutricionalë për pjesën më të madhe të Azisë (si Azia e Jugut, p.sh., ku një në tre fëmijë është nëneshë) rajoni po ndeshet edhe me një rritje dramatike të obezitetit të fëmijët. Kështu, në të gjithë Azinë (përfshirë Japoninë) rreth 5 për qind e fëmijëve të moshës parashkollore në vitin 2010 vlerësohej mbipeshë ose obeze me një rritje prej 53 për qind të prevalencës së para viteve 1990 (25). E thënë ndryshe, rreth 17.7 milionë fëmijë aziatikë janë mbipeshë ose obezë.

Përsa i përket Evropës, ajo paraqitet me të dhëna jo të përfunduara për sa i përket trendit të obezitetit, veçanërisht për vendet e Evropës Lindore. Deri vonë këto të dhëna nuk janë mbledhur në mënyrë konsistente në të gjithë kontinentin, duke e bërë të vështirë krahasimin e të dhënave midis shteteve. Megjithatë nga analiza e të dhënave të disponueshme vihet re se në dy dekadat e fundit niveli i obezitetit mes fëmijëve, në shumë vende është rritur (31, 32). Së fundi, mes disa grup-moshave të disa vendeve ky nivel duket se ka arritur një plateau.

Mbipësia dhe obeziteti i fëmijëve, të matur në 27 vende të Evropës, tregoi ndryshime mes tyre, me prevalencën më të lartë të ndeshur në Spanjë (32 për qind) dhe vlerën më të ulët në Rumani me 12 për qind (33).

Qiproja, Greqia, Spanja dhe Anglia paraqiten me nivelin më të lartë të obezitetit mes fëmijëve të moshës 10-18 vjeç të 30 shteteve të studiuara (32). Por sërish të dhënat janë të kufizuara dhe cilësisht të ndryshme.

Përsa u përket fëmijëve të moshës shkollorë 6-9.9 vjeç, Iniciativa e Organizatës Botërore të Shëndetësisë për vlerësimin e obezitetit në moshën feminare, së fundi ka filluar të ndjekë nivelet e obezitetit tek fëmijët në rreth 15 vende, duke përdorur standardet e rritjes së fëmijëve të OBSH-së. Analiza e parë, bazuar në të dhënat e viteve 2007-2008 të 13 shteteve, nxori në pah se 24 për qind e fëmijëve të moshës 6-9 vjeç janë mbipeshë, duke u hasur në një interval nga 19% në 49% mes djemve dhe nga 18% në 43% mes vajzave, dhe një interval obeziteti nga 6% to 26.6% mes djemve dhe nga 5% në 17% (33) mes vajzave. Prevalenca më e lartë e mbipeshës u vu re në Itali, Portugali dhe Slloveni (bazuar në referencat e rritjes së fëmijëve të OBSH-së, 2007). (34)

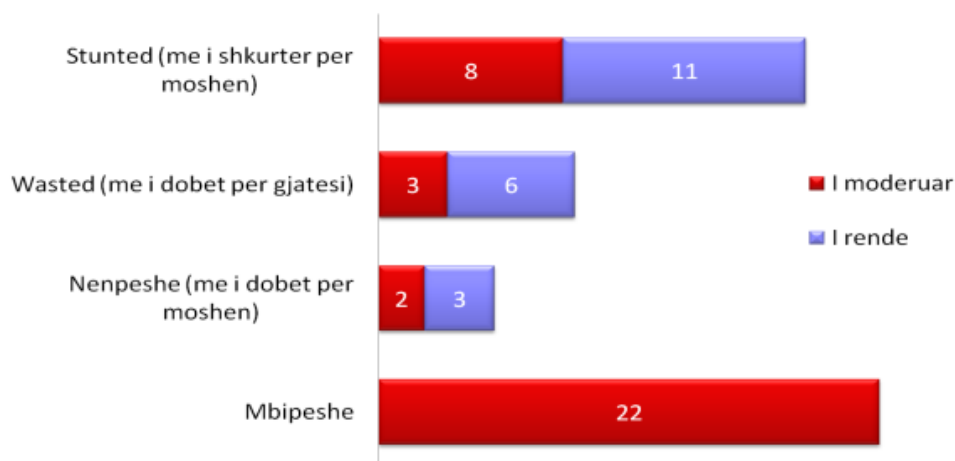
Një fazë e dytë e mbledhjes së të dhënave është kryer në vitin 2010 me përfshirjen e 17 shteteve.

Në vazhdim, katër shtete të tjera, mes tyre edhe Shqipëria, u është bashkuar shteteve pjesëmarrëse në fazën e tretë të mbledhjes së të dhënave për vitin shkollor 2012-2013 dhe në fazën e katërt që është në zbatim në periudhën 2015-16.

2.5 SITUATA E MBIPESHËS DHE E OBEZITETIT NË SHQIPËRI

Në Shqipëri, mbipesha dhe obeziteti janë një faktor risku i rëndësishëm për shëndetin, veçanërisht për sëmundjet jo të transmetueshme. Ky faktor risku vepron që në moshën e fëmijërisë. Situata e tanishme tregon se në Shqipëri ekzistojnë njëkohësisht të dy format e kequshqyerjes: nënushqyerja dhe mbiushqyerja (Diagrama 1). Të dhënat e ADHS-së, 2008-2009, nxorën në pah se rreth 22 për qind e fëmijëve të moshës nën pesë vjeç janë mbipeshë ose obezë, ndërkohë që mes të rriturve mbi 15 vjeç, 53% e meshkujve 15-49 vjeç ishin mbipeshë (prej të cilëve 9% obezë) dhe 39% e grave të së njëjtës grup-moshë rezultuan mbipeshë (prej të cilave 10% obezë).(35)

Diagrama 1. Gjendja e ushqyerjes te fëmijët 0-5 vjeç



Të dhënat e studimit të ISHP-së të kryer në 2013 tregojnë shpërndarjen e masës trupore të fëmijëve (BMI) sipas vlerave kufi të Cole Jt et al, ku rezultoi se 14.4% e fëmijëve në nivel kombëtar ishin mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin), prej të cilëve 3.3% obezë. Vetëm 1.6% e fëmijëve ishin të dobët.(12)

Lidhur me adoleshentët (grup-mosha 15-19 vjeç) sipas ADHS 2008-2009, prevalenca e mbipeshës ishte më e lartë midis djemve (20.5%) se sa midis vajzave (7.9%). Përqindja e djemve dhe e vajzave 15-19 vjeç obezë ishte respektivisht 1.3% dhe 1.4(35)

Për të rriturit mbi 15 vjeç, të dhënat e ADHS 2008-2009, tregojnë se 53% e meshkujve 15-49 vjeç ishin mbipeshë (prej të cilëve 9% obezë) dhe 39% e grave të së njëjtës grup-moshë rezultuan mbipeshë (prej të cilave 10% obezë), (35)

2.6 EFEKTET SHËNDETËSORE TË OBEZITETIT NE FËMIJËRI

Prevalenca e lartë e mbipeshës dhe obezitetit ka dhe pasoja të rënda shëndetësore. Rritja e indeksit të masës trupore (BMI) është një faktor i madh risku për sëmundje të tilla si sëmundjet kardiovaskulare, diabeti i tipit 2 dhe shumë kancere (përfshirë, për shembull, kancerin kolorektal, kancerin në veshka dhe kancerin esophageal) (36, 37). Këto sëmundje - shpesh të referuara si sëmundjeve jo-të transmetueshme (NCD-së) - shkaktojnë jo vetëm vdekjen e parakohshme, por edhe sëmundshmëri afatgjatë. Përveç kësaj, mbipesha dhe obeziteti tek fëmijët janë të lidhur me ulje të konsiderueshme të cilësisë së jetës dhe një risk më të madh të ngacmimit, fyerjeve dhe izolimit social (38).

Për shkak të rritjes së shpejtë të prevalencës obezitetit dhe pasojave të rënda në shëndet publik, obeziteti konsiderohet zakonisht si një nga sfidat më serioze të shëndetit publik në fillim të shekullit të 21-të (39,40).

Obeziteti në fëmijëri i ka të dy efektet si ato të menjëhershme dhe ato afatgjata mbi shëndetin dhe mirëqenien.

Efektet e menjëhershme shëndetësore:

- Të rinjtë obezë kanë më shumë gjasa që të ketë faktorë risku për sëmundje kardiovaskulare, të tilla si kolesterolit i lartë apo presion të lartë të gjakut. Në një kampion popullate të moshës nga 5 deri 17-vjeç, 70% e të rinjve i obezë kishin pasur të paktën një faktor risku për sëmundje kardiovaskular.(41)
- Adoloshentët obezë kanë më shumë gjasa që të ketë prediabet, një gjendje në të cilën nivelet e glukozës në gjak tregojnë një risk të lartë për zhvillimin e diabetit.(42,42)
- Fëmijët dhe të rinjtë të cilët janë obezë janë në risk më të madh për probleme të kockave dhe artikulacioneve, për apneane gjumit, dhe probleme sociale dhe psikologjike të tilla si stigmatizimit dhe vetë-vlerësimi i ulët. (44,45)

Efektet afatgjata shëndetësore:

- Fëmijët dhe të rinjtë që janë obezë kanë të ngjarë të jenë obezë në moshë të rritur. (46-49) dhe për këtë arsye janë më shumë në risk për probleme shëndetësore të moshës së rritur të tilla si sëmundje të zemrës, diabet tip 2, goditje cerebrale, disa lloje kanceresh, dhe osteoarthroze.(50) Një studim ka treguar se fëmijët që u bënë obezë para moshën 2 vjeçare kishin më shumë gjasa të beheshin adult obezë. (47)
- Mbipesha dhe obeziteti janë të lidhur me rritje të riskut për shumë lloje kanceresh, duke përfshirë kancerin e gjirit, zorrës së trashë, endometriumit, ezofagut, veshkave, pankreasit, tëmthit fshikëz, tiroide, vezore, qafës së mitrës dhe prostatës, si dhe mielomën e shumëfishtë dhe lymphomën Hodgkin. (51)

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) është angazhuar totalisht për të përballuar problemin e obezitetit. Ajo ka zhvilluar "Planin e Veprimt Global për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jorgjithëse (NCD) 2013-2020", i cili synon të arrijë angazhimet e Deklaratës Politike të OKB-së për NCD-të e cila ishte miratuar nga Kryetarët e Shteteve dhe Qeverive në shtator 2011. Plani ndër të tjera do të kontribuojë për të përparuar në 9 objektivat globale të NCD-ve dhe përmbushjen e tyre brenda vitit 2025, duke përfshirë një reduktim relativ me 25%

të vdekshmërisë së parakohshme nga NCD-të nga 2025 dhe ndalim të nivelit të obezitetit globale në vlerat e vitit 2010. (52)

Mbipesha dhe obeziteti, si dhe sëmundjet e tyre të lidhura jongjitëse, janë kryesisht të parandalueshme. Mjediset mbështetëse dhe komunitetet janë themelore në formësimin e zgjedhje të njerëzve, duke i bërë zgjedhjen e shëndetshme të ushqimeve dhe aktivitetin e rregullt fizik si zgjedhjet më të lehta (të arritshme, të disponueshme dhe të përballueshme), në parandalimin e obezitetit.

2.7 USHQYERJA DHE OBEZITETI

Ushqyerja, shëndeti dhe edukimi janë tre shtyllat kryesore të zhvillimit të një kombi. Pa një ushqyerje të duhur edhe shëndeti nuk është i mirë. Sasia e ushqimit që njerëzit hanë, cilësia dhe siguria nutricionalë kanë efekt direkt mbi shëndetin dhe mirëqënien e tyre dhe si rrjedhojë aftësinë e tyre për të vepruar që të përmirësojnë jetët e tyre.

Ushqyerja është procesi nëpërmjet të cilit njerëzit marrin dhe përdorin ushqimin për funksionimin normal, rritje dhe mirëmbajtje të trupave të tyre.

Ushqyerja është shuma totale e proceseve të përfshira në marrjen në dhe përdorimin e lëndëve ushqyese nga ushqimet për të arritur rritjen dhe mirëmbajtjen e organizmit. Ajo përfshin, gjëllitjen, tretjen thithjen, dhe asimilimin. Lëndët ushqyese depozitohen në trup në forma të ndryshme dhe përdoren kur marrja e ushqimit nuk është e mjaftueshme.(53, 54)

Ushqimi i shëndetshëm është i nevojshëm gjatë gjithë fazave të jetës. Ushqyerja është një nga shtyllat themelore të jetës, shëndetit dhe zhvillimit, gjatë gjithë jetës së një individi. Duke filluar nga fazat më të hershme të zhvillimit të fetusit, në lindje, përmes foshnjërisë, fëmijërisë, adoleshencës, në moshën e rritur dhe deri në moshën e vjetër, ushqimi i duhur dhe ushqyerja e mirë janë thelbësore për mbijetesën, rritjen fizike, zhvillimin mendor, performancën, produktivitetin, shëndetin dhe mirëqënien. Ushqyerja është në themel të zhvillimit njerëzor dhe kombëtar. (55)

Ushqyerja e shëndetshme është veçanërisht e rëndësishme për rritjen dhe zhvillimin; parandalimin e problemeve shëndetësore të tilla si psh anemi nga mungesa e hekurit; obezitet nga kequshqyerja, etj; uljen e riskut për zhvillimin e sëmundjeve të tilla si p.sh sëmundje të zemrës, kancerit, diabeti, dhe osteoporozë.(56)

Mirëqënia nutricionalë varet nga katër faktor kryesor: *ushqimi, kujdesi, shëndeti dhe mjedisi*. Mirëqënia nutricionalë kërkon një larmishmëri ushqimi të sigurt dhe të pranueshëm që plotëson të gjitha nevojat ushqyese. Shëndeti i mirë, është shumë i rëndësishëm për mirëqënien nutricionalë ashtu si ushqyerja e mirë është e rëndësishme për të mbajtur rritjen dhe zhvillimin e mirë

Kequshqyerja është një term i përgjithshëm që mbulon çrregullimet shëndetësore që shkaktohen nga marrja e jo e duhur e lëndëve ushqyese dhe e energjisë me ushqimet. Ajo përfshin mbiushqyerjen dhe nënushqyerjen.

Nënushqyerja është një gjëndje e shkaktuar nga mungesa e lëndëve ushqyese dhe energjisë që merren me ushqime. Nënushqyerja mund të ndahet më tej sipas llojit të lëndës ushqyese që mungon p.sh kequshqyerja proteiniko-energjetike, ose kequshqyerja nga mangësitë e lëndëve të veçanta ushqyese si p.sh nga mungesa e jodit, hekurit. Mbiushqyerja është një gjëndje e shkaktuar nga ngrënia e tepërt e

ushqimeve të pasura me energji, ose lëndë të tjera ushqyese së bashku me një aktivitet të pakët fizik. (55,57)

2.8 ZGJEDHJA EUSHQIMIT DHE SHËNDETI I NJERIUT

🌈 Dallimi një dietë të ushqyeshme

Një dietë e ushqyeshme ka pesë karakteristika. *E para* është mjaftueshmëria: ushqimet japin mjaftueshëm nga secili nutrient thelbësor, fibra dhe energji. *E dyta* është ekuilibri: zgjedhjet të mos bien mbi një nutrient ose lloj ushqimi në dëm të një tjetri. *E treta* është kontrolli i kalorive: ushqimet na japin sasinë e energjisë që na duhet për mbajtjen e peshës së përshtatshme as më pak, as më shumë. *E katërta* është moderimi: ushqimet të mos kenë tepri yndyre, kripe, sheqeri ose përbërësish të tjerë të padëshiruar. *E pesta* është varieteti: ushqimet e zgjedhura të ndryshojnë nga një ditë në tjetrën. Përveç kësaj, për të patur një furnizim të qëndrueshëm me nutrientë, vaktet duhet të konsumohen në orare të caktuara gjatë ditës. (58,59)

Mjaftueshmëria. Çdo nutrient mund të përdoret për të treguar rëndësinë e mjaftueshmërisë së dietës. Hekuri është një shembull i njohur. Ai është një nutrient thelbësor: humbim pak çdo ditë, prandaj duhet ta zëvendësojmë; dhe mund ta kemi në trup vetëm duke ngrënë ushqime që e përmbajnë. Nëse hamë shumë pak ushqime që përmbajnë hekur, mund të prekemi prej anemisë nga mungesa e hekurit: kjo do të na sjellë dobësi, lodhje, ftohtësi, mërzi; mund të kemi dhimbje koke të shpeshta; dhe mund të bëjmë vetëm pak ushtrime fizike pa u ndjerë të lodhur. Disa ushqime janë të pasura me hekur, të tjera jo. Nëse i shtojmë dietës tonë ushqime me përmbajtje hekur, do të ndihemi më energjikë. Mishi, peshku, shpendët dhe bimët bishtajore janë në kategorinë e ushqimeve të pasura me hekur, dhe përfshirja e tyre në dietë do të na ndihmonte për të marrë sasinë e duhur të hekurit. (58)

Ekuilibri. Për të kuptuar rëndësinë e ekuilibrit të dietës, le të marrim një tjetër nutrient thelbësor, kalçiumin. Një dietë e varfër në kalçium sjell një zhvillim të dobët të kockave përgjatë viteve. Shumë ushqime që janë të pasura me hekur, janë të varfëra në kalçium. Ushqimet më të pasura me kalçium janë qumështi dhe prodhimet e tij, të cilët janë jashtëzakonisht të varfër në hekur. Është e qartë se për të marrë mjaftueshëm hekur dhe kalçium, njerëzit duhet të ekuilibrojnë zgjedhjet e tyre mes llojeve të ushqimeve që ofrojnë nutrientë të veçantë. Megjithatë, ekuilibrimi i një diete të tërë, për të marrë sasinë e duhur të rreth 40 nutrientëve që i duhen trupit, nuk është i lehtë.

Kontrolli i kalorive. Energjia e marrë nuk duhet të tejkalojë energjinë që nevojitet. Kjo karakteristikë, e quajtur kontroll i kalorive, siguron që energjia e marrë nga ushqimi të jetë në balancë me energjinë e harxhuar nga funksionet e trupit dhe aktiviteti fizik. Kjo na ndihmon të kontrollojmë yndyrnat në trup dhe peshën. (58, 60)

Moderimi. Marrja e përbërësve të caktuar si yndyrnat, kolesteroli, sheqeri dhe kripa duhet të jetë e kufizuar për hir të shëndetit. Një udhëzim i rëndësishëm, për njerëzit e shëndetshëm, është marrja e kalorive nga yndyrnat në një nivel nën 30% të kalorive totale. Disa njerëz me këtë kuptojnë se nuk duhet të hanë kurrë biftek apo akullore, por ata janë të keqinformuar: moderimi është çelësi, e jo heqja dorë. Një dietë e qëndrueshme me biftek dhe akullore mund të jetë e dëmshme, por një herë në javë si

pjesë e një diete të moderuar, këto ushqime kanë pak ndikim; nëse merren një herë në muaj, nuk do të kishin aspak ndikim. Moderimi gjithashtu do të thotë se kufijtë janë të rëndësishëm, madje edhe për përbërës të dëshirueshëm. Për shembull, një sasi e caktuar fibrash ndihmon për një sistem tretës të shëndetshëm, por shumë fibër sjell humbje të nutrientëve. (60, 61)

Varieteti. Sa për varietetin, shkencëtarët e ushqyerjes bien dakord se njerëzit nuk duhet të hanë çdo ditë të njëjtat ushqime, qoftë edhe shumë të ushqyeshme. Një arsye është se një dietë me varietet është më e mundshme që të jetë e mjaftueshme me nutrientë. Përveç kësaj, disa nutrientë më pak të njohur dhe phytokimikate mund të jenë të rëndësishëm për ushqimin, dhe disa ushqime mund të jenë burime më të mirë se disa të tjerë. Arsye tjetër është se, një dietë monotone mund të na japë sasi të mëdha toksinash dhe papastërtish. Këto përbërës të padëshirueshëm në një ushqim hollohen nga të gjitha ushqimet e tjera që hahen bashkë me to, dhe hollohen akoma nëse ushqimi nuk hahet sërish për disa ditë. E fundit, varieteti sjell interes të provosh një ushqim të ri është burim kënaqësie. (60,61)

Secili nga këto parime i vetëm nuk mund të sigurojë dietë të shëndetshme. Për shembull, rezultati më i mundshëm i një diete me varietet mund të jetë e varfër me nutrientë, me shumë kalori, e përbërë nga një varietet ushqimesh ‘snack’ dhe ëmbëlsirash. Nëse e bëjmë zakon që të përdorim të gjithë këto parime, do të kuptojmë se zgjedhja e një diete të shëndetshme bëhet po aq automatike sa larja e dhëmbëve ose rënia për të fjetur. Kjo mund të kërkojë pak përpjekje, por përfitimi prej saj është i madh. (58)

2.8.1 FAKTORË T DHE ARSYET PSE NJERËZIT ZGJEDHIN USHQIMET

Ngrënia është një veprim i vullnetshëm. Çdo ditë njerëzit zgjedhin ushqimet e disponueshme dhe i përgatisin ato, vendosin se ku do të hanë, cilat zakone të ndjekin dhe me kë. Shumë faktorë ndikojnë në zgjedhjet që lidhen me ushqimin.

✚ Kuptimet kulturore dhe sociale që ka ushqimi

Ashtu si të veshësh kostume tradicionale apo të flasësh gjuhën vendase, shijimi i kuzhinës tradicionale dhe mënyrës së të ushqyerit mund të jetë si një festë për secilin. Ngrënia së bashku e ushqimit etnik mund të jetë simbolike: njerëz që ofrojnë ushqim po shprehin vullnetin për të ndarë vlera të gëzueshme me të tjerët. Njerëzit që pranojnë atë ushqim, pranojnë simbolikisht jo vetëm personin që po ofron, por edhe kulturën e personit. Arritja e një kompetence kulturore është e rëndësishme për profesionistët që ndihmojnë të tjerët në përcaktimin e dietave të ushqimit. (58)

Traditat kulturore që lidhen me ushqimin nuk janë të pandryshueshme; ato janë gjithnjë në zhvillim, ndërsa njerëzit mësojnë ushqime të reja. Në ditët e sotme, disa njerëz nuk janë më gjithçkangrënës dhe po bëhen vegjetarianë. Vegjetarianët shpesh zgjedhin këtë stil jete sepse respektojnë jetën e kafshëve ose sepse kanë parë përfitime dhe avantazhe të tjera që kanë dietat e pasura në fasule, drithëra intergrale, fruta, arra dhe perime.

✚ Faktorët që ndikojnë në zgjedhjen e ushqimit

Në ditët e sotme, konsumatorët vlerësojnë aq shumë lehtësinë saqë janë të gatshëm të harxhojnë më shumë se gjysmën e buxhetit ushqimor për vakte që kërkojnë pak ose aspak përgatitje. Ata shpesh hanë jashtë, marrin në shtëpi ushqim të gatshëm, ose porositin ushqim me shërbimet taksi. Në kuzhinat e tyre duan të përgatisin ushqimin

për 15 apo 20 minuta, duke përdoruar vetëm katër deri në gjashtë përbërës. Por, kjo lehtësi nuk do të thotë medoemos ushqim i shëndetshëm (61).

Lehtësia është vetëm njëra konsideratë. Faktorët fizikë, psikologjikë, socialë dhe filozofikë ndikojnë në mënyrën se si zgjedhim ushqimet tona. Këtu përfshihen:

- *Reklama*. Media ju ka bindur që të konsumoni këto ushqime.
- *Disponueshmëria*. Janë të pranishme dhe të disponueshme në mjedisin tuaj.
- *Kostoja*. Janë brenda mundësive tuaja financiare.
- *Komforti emocional*. Ju bëjnë të ndiheni më mirë për njëfarë kohe.
- *Zakoni*. Janë të njohura për ju, i hani gjithnjë.
- *Preferencat personale dhe trashëgimia gjenetike*. Ju pëlqen shija e këtyre ushqimeve, disa preferenca ndoshta të përcaktuara nga gjenet.
- *Lidhje pozitive ose negative*. *Pozitive*: Ushqimet hahen nga njerëz që ju admironi, tregojnë status social, ose ju bëjnë të ndiheni të gëzuar. *Negative*: Jua jepnin pa dëshirë ose jeni sëmurrur kur i keni përdorur.
- *Rajoni i vendit*. Janë ushqime të preferuara në rajonin tuaj.
- *Presioni social*. Ushqimet ofrohen; ju ndjeni se nuk mund t'i refuzoni.
- *Vlerat ose besimet*. Përputhen me traditën tuaj fetare, pikëpamjet tuaja politike, ose respektojnë etikën ambientaliste.
- *Pesha*. Ju mendoni se do t'ju ndihmojnë ta mbani peshën nën kontroll.
- *Ushqyerja dhe dobitë shëndetësore*. Mendoni se ju bëjnë mirë. (60)

Vetëm dy të fundit nga këto arsye i japin prioritet shëndetit në ushqyerje. Në mënyrë të ngjashme, zgjedhjet se ku, si dhe çfarë të hahet shpesh bazohen më tepër në konsiderata sociale se në gjykime mbi ushqyerjen. Studentët shpesh zgjedhin të hanë në fast-food dhe restorante për t'u shoqëruar me të tjerët, për të dalë jashtë, për të kursyer kohë, ose për takime; ata jo gjithnjë janë të ndërgjegjshëm për nevojën e ngrënies së një ushqimi të shëndetshëm. Kuptimi i ushqyerjes varet nga një themel i fortë njohurish shkencore.

Ndikimet e mjedisit. Faktorët e mjedisit përfshijnë ato që lidhen me eksperiencën e të ngrënit, ashtu si dhe ato që lidhen me vetë ushqimin. Ndryshimi i çdonjërit prej këtyre faktorëve mund të ndikojë tek sasia e ushqimit që ha një person. (58,62)

Sjellja dhe qëndrimi. Ndryshimet në sjellje dhe qëndrim mund të jenë mjaft efektive në përpjekjet për të arritur dhe mbajtur një peshë trupore të përshtatshme. Ndryshimi isjelljes merret me mënyrën sesi të ndryshojmë sjelljet për të rritur energjinë e shpenzuar dhe ulur energjinë e marrë. Një person duhet të angazhohet për të vepruar. Një qëndrim pozitiv dhe praktik ndihmon në arritjen e suksesit. Ushqimi i shëndetshëm dhe aktiviteti fizik janë një pjesë themelore e jetesës së shëndetshme dhe duhet të përfshihen në ditën tonë, ashtu si larja e dhëmbëve apo vënia e rripit të sigurimit. (58,62)

2.9 REKOMANDIME TË PËRGJITHSHME PËR VLERËSIMIN E DIETËS

Vlerësimi i modeleve ushqimore mes fëmijëve dhe të adoleshentët duhet të trajtojë si vijon: vlerësimin e e vetë-efikasitetit dhe gatishmërinë për të ndryshuar, (63, 64) vlerësimin cilësor të modeleve dietike, dhe (65) të punohet në bashkëpunim me pacientët dhe familjet për të identifikuar praktikatat dietike që janë objektiva për

ndryshim. Ekspertet rekomandojnë si më poshtë: (63) Vlerësimi cilësor i modeleve të dietës duhet të kryhet për të gjithë pacientët pediatrik e pakta në çdo vizitë klinike, për udhëzime paraprake. (64) Vlerësimi duhet të adresojë praktikën dietike për të cilat provat mbështesin një bashkëshoqërim pozitiv për disa individë mes konsumit të energjisë dhe sjelljes që mund të jetë në shënjestër për ndryshim. Duke ulur marrjet e energjisë në vakt pa rritur futjen e energjisë gjatë gjithë ditës ose nga ushqime të tjera, ndryshimet në këto sjellje mund të parandalojnë shtimin në peshë të tepërt. Këto sjellje përfshijnë frekuencën e ngrënies jashtë shtëpisë në restorante ose qendrat të shpejta të ushqimit (fast-food), konsumimin e tepërt të pijeve të ëmbla, dhe konsumimin e racioneve të mëdha për moshën.

Ekspertet gjithashtu sugjerojnë vlerësimin e praktikave të tjera ushqimore për të cilat ka një baza evidence më të dobët për lidhjen me marrjet energjetike, por që mund të jenë të rëndësishme për disa individë dhe që përfaqësojnë sjellje që mund të vihen në shënjestër për ndryshim.

Grupi i shqyrtimit të rekomandimeve sugjeron marrjen në konsideratë (63) të konsumit të tepërt të lëngjeve të frutave 100%, (64) konsumit të mëngjesit (si për cilësinë dhe frekuencën), (65) konsumit të tepërt të ushqimeve që janë me densitet më të lartë energjetik, (66) konsumit të ulët të frutave dhe perime, dhe (67) modeleve të frekuencës mes vakteve dhe mesvakteve (përfshirë cilësinë). Versioni fëmijë i mjetit të vlerësimit WAVE, e cila siguron një mjet për vlerësim të shpejtë si të dietës dhe aktivitetit, mund të jetë i dobishëm për klinikistët në mjediset e kujdesit parësor.

2.9.1 METODAT E VLERËSIMIT USHQIMOR

Metodat më shpesh të përdorshme për vlerësimin e ushqimeve janë:

- Rregjistrimi i ushqimeve (ditari ushqimor)
- Kujtesa e 24-orëve
- Historia e dietës
- Pyetësorët e shpeshtësisë së konsumit (59)

Rregjistrimi i ushqimeve dhe kujtesa 24-orëshe, sjellin të dhëna të konsumit të ushqimeve të një individi në një ose më shumë ditë, ndërsa pyetësorët e shpeshtësisë së ushqimit përdoren për vlerësimin e marrjeve mesatare për një periudhë kohe më të gjatë. Mënyra për një kohë të shkurtër lejon një specificitet më të madh për përshkrimin e ushqimeve dhe metodave të përgatitjes si dhe lejon gjithashtu një fleksibilitet më të madh të analizës të të dhënave. Meqënëse kërkohet një sforcë e dukshme në mbledhjen dhe përpunimin e informacionit të marrë në kuadrin e disa ditëve, regjistrimi i ushqimeve dhe kujtesa 24-orëshe janë përdorur shumë rrallë si metoda kryesore për vlerësimin e marrjeve mesatare në studime epidemiologjike.

Megjithatë, këto metoda janë të përdorshme për të përshkruar vlerat mesatare të marrjeve në grup si dhe në validim pyetësorësh (FFQ) nutricionalë, të cilët paraqesin për momentin metodën më të përdorshme për matjen e ekspozimit ushqimor në studimet epidemiologjike. (59)

🚩 Pyetësorët e shpeshtësisë së konsumit (FFQ)

Konsistojnë në regjistrimin e frekuencës së marrjeve të ushqimeve dhe analizës sasiore të tyre, në bazë të kujtesës. Principi bazë i kësaj metode është që dieta mesatare për një periudhë të gjatë, psh. marrjet javore, mujore apo vjetore

konceptohet si një ekspozim I rëndësishëm në raport me marrjet e pak ditëve. (68) D.m.th është më mirë të sakrifikohen matjet e sakta të marrjeve ushqimore në një apo pak ditë në shkëmbim të një informacioni më pak të detajuar por që I përket një periudhe kohore më të madhe; Nga ana tjetër është më e lehtë të përshkruhet frekuenca e konsumit të një ushqimi sesa të përshkruhet se cili ushqim është konsumuar në një vakt të vecantë në të kaluarën;

Një FFQ konsiston në 2 komponentë: Lista specifike e ushqimeve; Sesioni i shpeshtësisë së konsumit. (59, 68)

Përparësitë e përdorimit të pyetësorit të shpeshtësisë së konsumit qëndrojnë në faktet se FFQ:

- Shërben për të klasifikuar individin në raport me dietën ushqimore rutinë për një ushqim apo grup ushqimesh.
- Lejon vlerësimin e zakoneve të ndryshme ushqyese, pasi frekuenca e ushqimeve është konsideruar me një kontribut më të madhe në raport me porcionin, në variacionin e dietës.
- Lejon studimin e lidhjes midis mënyrës së ushqyerjes dhe riskut të sëmundjeve.
- Është i thjeshtë në plotësim, kërkon pak kohë, i lexueshëm në mënyrë optike automatike gjë që sjellë aplikueshmëri në një numër të madh kampioni.

Gjithsesi edhe ky mjet ka kufizimet e veta:

- Shumë detaje të dietës nuk vihen në dukje, për këtë arsye kuantifikimi i marrjeve është i saktësi tek mjeti i kujtesës së 24 orëve.
- Hartimi i listës së ushqimeve dhe përcaktimi i porcioneve është i një rëndësie të vecantë. Ajo duhet të përfshijë të gjithë ushqimet që përcaktojnë ushqyerjen e popullatës në studim.
- Pra nuk është e mundur të përdoren të njëjtët pyetësore për vlerësimin e popullatave me mënyra ushqyerje të ndryshme. (59)

2.9.2 HISTORIA FAMILJARE. VLERËSIMI I RISKUT SHËNDETËSOR TË OBEZITETIT

Vlerësimi klinik i riskut është i rëndësishëm për të ndihmuar në vlerësimin e gjasave e pasojave negative shendetësore (aktuale dhe në të ardhmen) bazuar në gjendjen e peshës së një fëmije. Edhe pse persistenca e gjendjes mbipeshë në përgjithësi është me më pak gjasa për fëmijët e vegjël, risku i persistencës për një fëmije në vecanti ndikohet fuqimisht nga gjendja e peshës prindërore.

Në mënyrë të ngjashme, risku i një fëmije mbipeshë për praninë e njëhershme të disa sëmundjeve ndikohet nga faktorët gjenetik dhe mund të ndikojnë në intensitetin e ndërhyrjeve (p.sh. ata që synojnë parandalimin e shtimit të metejshëm në peshë, në krahasim me ata që synojnë humbje të peshës aktuale).

Historia familjare është një aspekt i rëndësishëm i vlerësimit të riskut, së bashku me të dhëna të tjera klinike dhe sidomos ato antropometrike dhe biokimike. Tre kushtet e rekomanduara për vlerësimin e historisë familjare (në mesin e të afërmeve të brezit të parë dhe të dytë) për të gjithë fëmijët janë obeziteti, diabeti I tipit 2 dhe sëmundjet kardiovaskulare (duke përfshirë hyperlipidemitë dhe hipertensionin). (5)

2.9.3 VLERËSIMI I GJENDJES USHQYESE

Organizata Botërore e Shëndetësisë e përcakton gjendjen ushqyese si “një gjendje-rezultante e marrjes, përthithjes dhe përdorimit të nutrientëve, si dhe ndikimit të veçantë të gjendjes fiziologjike dhe patologjike”.

Gjendja e shëndetit fizik karakterizohet nga ruajta e një ekuilibri homeostatik të aktivitetit metabolik, të funksionit indor dhe përbërjes trupore. Të vlerësosh gjendjen ushqyese të një individi, do të thotë të stabilizosh pozicionin e secilës prej këtyre tri kategorive, dhe të krahasosh rezultatet me ato të popullatës së shëndoshë.

Ushqyerja ndihmon praktikën klinike në të gjitha degët e saj, dhe është e rëndësishme përgjatë gjithë fazave të jetës. Si rrjedhojë, edhe nutricioni klinik nuk është gjë tjetër veçse, aplikimi i parimeve të shkencës së ushqyerjes dhe praktikës mjekësore në diagnostikimin, trajtimin dhe parandalimin e sëmundjeve humane të shkaktuara nga mungesa, teprica apo çekuilibri metabolik i substancave ushqyese. (58,59, 68)

Vlerësimi i gjendjes nutricionale kryhet me anë të përpunimit të të gjithë informacionit të grumbulluar nga anamneza klinike, ekzaminimit objektiv, analizave të parametrave biokimike dhe klinike, vlerësimi i masave antropometrike dhe përbërjes trupore, si dhe studimi i zakoneve ushqimore. Të gjitha këto shërbejnë për të përcaktuar korrektesën e bilancit energjetik dhe ekuilibrin midis lëndëve ushqyese (nutrientëve) të futura në organizëm dhe atyre të përdorura. Objektivi final është verifikimi i ruajtjes së homeostazës së përgjithshme të trupit, ose e thënë më thjesht gjendjes së shëndetit të individit.

Vlerësimi i gjendjes ushqyese është shumë i rëndësishëm, pasi ai është në gjendje të nxjerrë shpejt në dritë kequshqyerjet (mbiushqyerjen dhe nënushqyerjen) ose kushte patologjike të përhapura kaq shumë sot në shoqërinë tonë. Për këtë arsye, sot literatura shkencore rekomandon futjen e vlerësimit të gjendjes nutricionale në rutinën e praktikës mjekësore, për të gjitha grupmoshat.

Gjendja nutricionale përcaktohet nga bilanci energjetik, përbërja trupore dhe funksionaliteti i organizmit.

Metodat e vlerësimit të gjendjes nutricionale klasifikohen në metoda të drejtpërdrejta dhe të tërthorta (59,68) si:

- anamneza e përgjithshme
- anamneza nutricionale
- ekzaminimi klinik objektiv
- vlerësimi i parametrave nutricionalë
- matjet antropometrike
- vlerësimi i parametrave biokimike
- vlerësimi i parametrave imunologjik
- matja e përbërjes trupore
- testet funksionale
- diagnostikimi imazherik dhe analizat laboratorike

Matjet antropometrike

Antropometria ose matja e parametrave antropometrike është metoda më e përdorur për vlerësimin e gjendjes nutricionale dhe përbërjes trupore, sidomos në studimet e kryera në popullatë. Të tilla parametra, të matura si veç e veç ashtu edhe të kombinuara mes tyre, lejojnë vlerësimin e kujdesshëm të rezervave energjetike dhe masës trupore të individëve të veçantë.

Antropometria përdoret me sukses në vlerësimin e gjendjes nutricionale dhe shëndetësore të individëve në popullatë. Karakteristikat antropometrike të individëve janë vlera të thjeshta dhe potente në parashikimin e gjendjes shëndetësore, dëmtimin e saj dhe vdekshmërinë. Të dhënat antropometrike mund të modifikohen nga gjendje patologjike. Indikatorët antropometrikë lejojnë, nëpërmjet përcaktimit të grupit të riskut, të seleksionohen ato grupe në popullatë, që kanë më shumë nevojë për ndërhyrje nutricionale. (58, 59)

Në nivel individual, antropometria lejon identifikimin e personave që kanë nevojë për ndërhyrje specifike. Parametrat antropometrike, në veçanti pesha dhe gjatësia, janë masat më të përdorshme për vlerësimin e gjendjes nutricionale, pasi janë të thjeshta edhe në mbledhjen e të dhënave.

Metodat antropometrike përshkruajnë përbërjen trupore me metoda të thjeshta dhe joinvazive. Rëndësia e tyre konsiston në dhënien e një vlerësimi të përafërt të indit dhjamos dhe muskolor të organizmit të njeriut.

Parametrat antropometrike përfshijnë: peshën, gjatësinë, treguesin e masës trupore (BMI), plikat kutane, cirkumferencat e belit, ijeve dhe krahëve.

Pesha, është një parametër që nuk ndan masën muskulore nga masa dhjamos, duke qenë kështu në vetvete pak i dobishëm, por i përdorshëm për thjeshtësinë dhe shpejtësinë e matjes.

Pesha e trupit nëse është normale, është shprehje e një rritjeje të mirë dhe ushqyerjeje energjetike të ekuilibruar. Është një variabël shumë i ndryshueshëm, i cili mund të tregojë një çrregullim nutritional akut apo kronik. Megjithatë, vetëm pesha si indikator ka vlera të ulta diagnostike. Prandaj ajo duhet të krahasohet me indikatorë të tjerë si gjatësia, mosha, etj.

Me qëllim që vlerësimi i peshës të jetë i pavarur nga gjatësia e individit, si dhe për të bërë të mundur krahasimin e peshës mes individëve të ndryshëm, janë llogaritur tregues të ndryshëm peshë për gjatësi.

Treguesi më i përdorshëm është treguesi i masës trupore (BMI-body mass index) i llogaritur si : $BMI = \text{pesha} / \text{gjatësi}^2$. (27, 68)

Matjet antropometrike paraqesin pa dyshim përparësinë e dhënies së indikacioneve mbi historinë e gjendjen nutricionale. Ato ndryshojnë me kalimin e kohës me karakteristika të caktuara, në përgjigje të çrregullimeve nutricionale të zgjata pak a shumë në kohë.

2.9.4 TË DHËNAT REFERENCË. STANDARDET IOTF PËR PËRCAKTIMIN E MBIPESHËS DHE OBEZITETIT TE FËMIJËT

Në vitin 2000, u zhvilluan kategoritë referencë të BMI bazuar në 6 grupe të të dhënave ndërkombëtare për fëmijët e moshës 2 deri 18 vjec. (69) Këto kurba reference janë bërë të njohura si standardet e IOTF (International Obesity Task Force). Ato supozojnë se pikat më të përshtatshme cut-off për mbipeshën dhe obezitetin të fëmijët janë ato që korrespondojnë me BMI prej 25 kg / m² dhe 30 kg / m², respektivisht, në shpërndarjen e BMI për të rriturit, pikat që janë të njohura ndërkombëtarisht si përcaktuese të mbipeshës dhe obezitetit. (70)

Veçanërisht jashtë Shteteve të Bashkuara (përfshirë Europën), standardet IOTF janë përdorur gjerësisht për të klasifikuar mbipeshën dhe obezitetin tek fëmijët. Grafikët e IOTF sigurojnë vetëm kategoritë e mbipeshës dhe obezitetit dhe jo një grup të plotë të niveleve në percentile. Prandaj, ato nuk janë të rekomanduara për monitorimin e progresit të BMI së një fëmijë të veçantë. Ndjeshmëria dhe specifikat e pikave cu-off IOTF në identifikimin e fëmijëve obezë dhe parashikimin e sëmundshmërisë në moshëtë rritur janë të ngjashme me ato të BMI nga CDC 2000.(71, 72)

Vlerat referencë të IOTF nuk janë të rekomanduara për përdorim rutinë në klinikë. Në mjedise të ndryshme kërkimore dhe në literaturën shkencore, përdoren shpesh masa të tjera nga BMI që lidhen me obezitetin në fëmijëri. Është vërtetuar përshtatshmëria e tyre për përdorim rutinë klinik në vlerësimin e mbipeshës pediatrike dhe obezitetit, si dhe ofrimi prej tyre i një informacioni të rëndësishëm, përtej asaj që BMI ofron.

Tabela 1 Vlerat cut-off të BMI për përcaktimin e mbipeshës dhe obezitetit te fëmijët e moshës 2-18 vjec (sipas IOTF).(73)

Adapted from Cole et al, BMJ 2000; 320: 1240-1243.

Age (years)	BMI 25 kg/m ²		BMI 30 kg/m ²	
	Boys	Girls	Boys	Girls
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

2.9.5 AKTIVITETI FIZIK

Qasja më e mirë për menaxhimin e peshës përfshin aktivitetin fizik. Sa më e madhe të jetë energjia e përdorur në ushtrime, aq më e madhe është humbja e yndyrnave të trupit. Megjithatë, ndër personat që përpiqen të bien në peshë, më pak se gjysma janë fizikisht aktivë dhe vetëm gjysma e këtyre përmbushin rekomandimet minimale. Për të parandaluar shtimin në peshë dhe për të arritur rënie në peshë, rekomandimet e fundit këshillojnë 60 minuta aktivitet fizik me intensivitet të moderuar në ditë, përveç aktivitetit të jetës së përditshme. Njerëzit që kombinojnë dietën me ushtrimet, zakonisht humbin më tepër yndyrna, mbajnë muskujt dhe rimarrin më pak peshë se ata që ndjekin vetëm dietë për rënie në peshë. Edhe kur personat që përfshijnë aktivitetin fizik në programet e tyre nuk bien në peshë, ata duket se i ndjekin më me kujdes planet e dietës, si dhe ruajnë humbjet në peshë më mirë se ata që nuk kryejnë aktivitet fizik. Për rrjedhojë, ata përfitojnë duke marrë disi më pak energji, si dhe duke shpenzuar disi më shumë gjatë aktivitetit fizik. E rëndësishme është se ata që kryejnë aktivitet reduktojnë obezitetin abdominal dhe përmirësojnë tensionin e gjakut, rezistencën e insulinës dhe gjendjen kardio-respiratore, pavarësisht rënies në peshë apo jo. (58)

Vlerësimi i aktiviteti fizik dhe nivelet e tij

Aktiviteti fizik është një komponent i rëndësishëm i shëndetit dhe mirëqenien për njerëz të të gjitha moshave. Fëmijët të cilët janë fizikisht aktiv mund të fitojnë efekte pozitive të menjëhershme dhe afatgjata, të tilla si status të shëndetit mendor dhe vetë-vlerësim të përmirësuar; formë të rritur fizike, e cila përmirëson performancën e aktiviteve të përditshme; promovim të formimit të kockave; ruajtjen e peshës; dhe parandalimin e faktorëve të riskut kardiovaskulare.(74, 75)

Përveç kësaj, modelet e aktivitetit fizik të vendosura gjatë fëmijërisë mund të vazhdojnë në moshën e rritur, duke krijuar zgjedhje të shëndetshme përgjatë gjithë jetës.(76,77)

Përfitimet shëndetësore për rriturit fizikisht aktivë përfshijnë risqe më të ulta për sëmundje të arterieve koronare, diabetin mellitus tip 2, hipertensionin, hiperlipidemite, osteoporozën, disa lloje kanceresh, dhe për simptoma depresive.(78,79,80) Ushqimi dhe aktiviteti fizik janë të lidhura në mënyrë të pazgjidhshme. Mbipeshja dhe obeziteti rezulton kur marrja e përditshme e energjisë është më e madhe sesa shpenzimi i përditshëm energjetik në kohë. Ky koncepti i bilancit të energjisë është vendimtar për vlerësimin e suksesshëm, parandalimin dhe menaxhimin e mbipeshës dhe obezitetit në fëmijëri dhe adoleshencë.

Marrja e energjisë është një koncept relativisht i lehtë, sepse ajo përfshin të gjitha ushqimet dhe pijet e konsumuara gjatë ditës. Shpenzimi i energjisë është më kompleks, për shkak se ai është një kombinim i metabolizmit bazal, efekteve termike të ushqimit dhe shumëllojshmërisë së aktiviteve individuale të kryera gjatë ditës. (81, 82)

Metodat e vlerësimit të aktivitetit fizik

Vlerësimi i duhur i modeleve të aktivitetit fizik kërkon instrumente të vlefshme (të sakta) dhe të besueshme. Hulumtuesit kanë zhvilluar disa qasje për matjen e aktivitetit fizik tek fëmijët dhe të adoleshentët, dhe shumica janë relativisht të besueshme, me vlefshmëri nga të ulët në të moderuar.(81)

Shkurtimisht, këto përfshijnë pyetësorët (me vetë-raportim apo i administruar nëpërmjet intervistimit), vëzhgimin e drejtpërdrejtë dhe monitorimin elektronik ose mekanik (me një hapamatës, akselerometer, ose monitor të ritmit të zemrës). Çdo metodë ka anët e forta dhe të dobëta.(83,84)

Mjedisi dhe mbështetja Sociale

Pacientët e çdo moshe rrallë, ose ndonjëherë, veprojnë ose përgjigjen në mënyrë të pavarur nga mjedisi i tyre fizik dhe social.

Fëmijët dhe adoleshentët janë të ndikuara nga shtëpia, shkolla, dhe mjedis pas shkollës (mësimi), si dhe nga familjarët dhe dinamikat mes moshatarëve (85,87,89,90)

Mjekët duhet vlerësojnë pengesat dhe lehtësuesit në këto mjedise, për të përcaktuar mënyrat më të mira për të rritur nivelet e aktivitetit fizik te fëmijët dhe adoleshentët si:

Në shtëpi:

Televizionin në dhomën e gjumit (89, 91)

Rutinën e aktivitetit fizik në familje (85,89,90)

Gatishmërinë e anëtarëve të familjes për të qenë aktiv me pacientin (92, 93)

Opsione dhe qasje për lojëra të lira dhe të sporte të organizuar (86, 89, 93, 94)

Në shkollë:

Klasat e edukimit fizik (89)

Statusin e përballueshmërinë / socio-ekonomik (89, 93, 94)

Sigurinë(89, 93, 94)

Aktivitete të ndryshme (p.sh. ecje me këmbë ose me bicikletë për në shkollë, ngjitje e shkallëve, dhe kryerja e porosive të ndryshme) (89)

Nivelet aktuale të aktivitetit fizik dhe sjelljes sedentare

Hulumtimet e aktivitetit fizik janë përqëndruar në matjen e llojit, frekuencës, intensitetit, dhe kohëzgjatjes së aktivitetit fizike. Konsensusi i rekomandimeve nga një sere organizatash qeveritare dhe profesionale është që fëmijët dhe të rinjtë duhet të grumbullojnë 60 minuta aktivitet fizik të paktën të moderuar në ditë. (5, 95-97) Kjo kohëzgjatje e përgjithshme nuk duhet të jetë e njëpasnjëshme, por dhe në periudha të shkurtra që mund të shtohen për një total prej 60 minutash.

Mosha është një konsideratë e rëndësishme për vlerësimin e aktiviteti fizik tek fëmijët dhe adoleshentët. Adoleshentët kanë modele të aktivitetit fizikë të ngjashme me ato të të rriturve, të cilat mund të vlerësohen duke përdorur kornizën e aktivitetit fizik nga i moderuar / në të fuqishëm që përdoret gjerësisht për popullatën e rritur.

Provat shkencore në dispozicion për grupmoshën 5-17 vjet mbështesin konkluzionin e përgjithshëm se aktiviteti fizik siguron përfitime shëndetësore themelore për fëmijët dhe të rinjtë. Ky përfundim është bazuar në gjetjet e studimeve vëzhguese ku është gjetur se nivelet e larta të aktivitetit fizik shoqërohen me parametra më të favorshme

shëndetësore si dhe në studimet eksperimentale në të cilat ndërhyrjet në aktivitet fizik shoqërohen me përmirësime në treguesit e shëndetit. Përfitimet e dokumentuara në shëndet përfshijnë formën fizike (si fitnesin kardio-respirator dhe forcën muskulare), profile më të favorshme të riskut të sëmundjeve kardiovaskulare dhe metabolike, shëndet të forcuar të kockave dhe simptoma të reduktuara të depresionit. (98-100)

Aktiviteti fizik është i lidhur pozitivisht me shëndetin kardiorespirator dhe metabolik në fëmijët dhe të rinjtë. Për të shqyrtuar lidhje midis aktivitetit fizik dhe shëndetit kardiovaskular e metabolik, është shqyrtuar Literatura e CDC (2008) dhe evidencat e rishikuara nga Janssen (2007) dhe Janssen, Leblanc (2009). (98-100)

Një marrëdhënie dozë-përgjigje duket se ekziston, e tillë që doza më të mëdha të aktivitetit fizik janë të lidhur me treguesit e përmirësuar të shëndetit kardiorespirator dhe metabolik. Të marra së bashku, evidencat (provat shkencore) nga studimet vëzhgimore dhe eksperimentale (98-100) mbështesin hipotezën se mbajtja në sasi të larta të intensitetit të aktivitetit fizik duke filluar që në fëmijëri dhe duke vazhduar në moshë të rritur do t'u mundësojë njerëzve që të mbajnë një profil të favorshëm të riskut dhe norma të ulëta të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare dhe diabetit më vonë në jetë. Kolektivisht, hulumtimi tregon se aktiviteti fizik me intensitet nga i moderuar në të fuqishëm për të paktën 60 minuta në ditë do të ndihmojë fëmijët dhe të rinjtë të mbajnë një profil risku kardiorespirator dhe metabolike të shëndetshëm.

Një vlerësim i përgjithshëm i provave sugjeron se përfitime të rëndësishme në shëndet kanë prirjen të rriten në shumicën e fëmijëve dhe të rinjve të cilët grumbullojnë 60 ose më shumë minuta të aktivitetit fizike nga të moderuar në të fuqishëm çdo ditë. (99,100)

Nivelet e rekomanduara të aktivitetit fizik për fëmijët e moshës 5 - 17 vjet

Për fëmijët dhe të rinjtë, aktiviteti fizik përfshin lojrat, sportet, transportet, punët ndihmëse, aktivitetet rekreative, edukimin fizik, apo stërvitjet e planifikuara, në kuadër të aktiviteteve të familjes, shkollës dhe komunitetit.

Në mënyrë që të përmirësohet kapaciteti kardiorespirator dhe muskujt, shëndeti i kockave, dhe biomarkerat shëndetësore kardiovaskulare dhe metabolike:

1. Fëmijët dhe të rinjtë e moshës 5-17 duhet të kryejnë të paktën 60 minuta aktivitetit fizik me intensitet nga i moderuar në të fuqishëm çdo ditë.
2. Një aktivitetit fizik më i madh se 60 minuta ofron përfitime të tjera të shtuara shëndetësore.
3. Shumica e aktivitetit të përditshëm fizik duhet të jetë aerobik, duke përfshirë të paktën 3 herë në javë aktivitete me intensitet të fuqishëm si psh. ato që forcojnë muskujt dhe kockat. (101)

Për këtë grupmoshë, aktivitetet me ngarkesë të kockave- mund të kryhen si pjesë e lojërave, te tilla si duke vrapuar, duke kërcyer apo duke u hedhur.

Këto rekomandime janë të rëndësishme për të gjithë fëmijët e shëndetshëm të moshës 5-17 vjet, përveç se kur kushte të veçanta mjekësore indikojnë për të kundërtën.

Koncepti i akumulimit ka të bëjë me përmbushjen e qëllimit për 60 minuta në ditë duke kryer aktivitete në periudha të shkurtra të shpërndara gjatë gjithë ditës (psh. periudhave të shkurtra 2 herë me nga 30 minuta), pastaj duke mbledhur së bashku kohën e kaluar gjatë secilës prej këtyre periudhave të shkurtra.(101,102)

Kur është e mundur edhe fëmijët dhe të rinjtë me aftësi të kufizuara duhet të plotësojnë këto rekomandime. Megjithatë ata duhet të punojnë me ofruesin e tyre të

kujdesit shëndetësor për të kuptuar llojet dhe sasinë e përshtatshme të aktivitetit fizik duke pasur parasysh paaftësinë e tyre.

Këto rekomandime janë të aplikueshme për të gjithë fëmijët dhe të rinjtë, pavarësisht gjinisë, racës, etnisë, ose nivelit të ardhurave. Për fëmijët dhe të rinjtë joaktivë është e rekomanduar një rritje progresive e aktivitetit me qëllim arritjen e objektivit të treguar më lart. Është e përshtatshme për të filluar me sasi të vogla të aktivitetit fizik dhe rritjen e tij gradualisht në kohëzgjatje, frekuencë dhe intensitet me kalimin e kohës. Duhet gjithashtu të theksohet se në qoftë se fëmijët nuk janë duke bërë asnjë aktivitet fizik, kryerja e një aktiviteti nën nivelet e rekomanduara patjetër që do të sjellë më shumë përfitime se sa të mos bëjnë asgjë.

Praktikat e duhura të aktivitetit fizik ndihmojnë të rinjtë për:

- zhvillimin e shëndetshëm të indeve muskuloskeletike (psh. kockave, muskujve dhe nyjeve);
- zhvillimin e një sistemi të shëndetshëm kardiovaskular (psh. zemrës dhe mushkërive);
- zhvillimin e vetëdijes neuromuskulare (psh: koordinimit dhe kontrollit të lëvizjes);
- mbajtjen e një peshe të shëndetshme të trupit.

Aktiviteti fizik lidhet gjithashtu me përfitime psikologjike mes të rinjve duke përmirësuar kontrollin e tyre mbi simptomat e ankthit dhe depresionit. Në mënyrë të ngjashme, pjesëmarrja në aktivitet fizik mund të ndihmojë në zhvillimin social të të rinjve duke ofruar mundësi për vetë-shprehje, ndërtimin e vetë-besimit, bashkëveprim social dhe integrim. Të rinjtë fizikisht aktiv adoptojnë më lehtë sjellje të tjera të shëndetshme (p.sh. shmangien e duhanit, alkoolit dhe përdorimit të drogës) dhe tregojnë performancë më të lartë akademike në shkollë. (102)

2.10 PARANDALIMI I SHTIMIT NË PESHË

Parandalimi i shtimit në peshë do të ishte i dobishëm për të gjithë. Obeziteti është një faktor kryesor rrisht për një sërë sëmundjesh dhe rënia në peshë është sfiduese, e shpesh e përkohshme. Strategjitë për të parandaluar shtimin në peshë janë shumë të ngjashme me ato të rënies në peshë, me një përjashtim: ato fillojnë më herët. Gjatë viteve, ato bëhen pjesë e pandashme e jetës së njeriut. Është më e lehtë për një person që t'i rezistojë ngrënies së petullave në mëngjes, nëse ai i ha rrallë ato. Gjithashtu, një person do ta ketë më pak problem të ecë çdo mëngjes, nëse ka qenë gjithnjë aktiv. (58, 103)

Udhëzimet Dietike

Për të mbajtur humbjen e peshës në moshë të rritur, kryeni të paktën 60 deri 90 minuta aktivitet fizik me intensitet të moderuar, pa tejkalar marrjen e kalorive të kërkuara.

Përveç kufizimit të energjisë së marrë dhe stërvitjes së rregullt, një tjetër strategji që ndihmon në mbajtjen e peshës është: vetë-monitorimi i shpeshtë. Njerëzit që peshohen rregullisht dhe monitorojnë ngrënien dhe zakonet e tyre, mund ta kuptojnë shtimin në peshë që në fazat e para dhe menjëherë të nisnin ndryshimet për të

shmangur ripërsëritjen. Rënia në peshë dhe mbajtja e saj mund të mos jetë e lehtë, por është e mundur. (103-106)

Strategjitë e atyre që kanë qenë të suksesshëm mund të variojnë në detaje, por në përgjithësi, shumica vepron sipas këtyre udhëzimeve (105,106:

- Hanë një dietë me pak kalori (zakonisht porcione të vogla 4-5 herë në ditë).
- Hanë një dietë të qëndrueshme ditë pas dite (thjeshtësia ndihmon për të mbajtur fokusin e duhur).
- Hanë mëngjes (frenon urinë).
- Janë fizikisht aktivë (të paktën 60 minuta aktivitet të moderuar në ditë).
- Peshohen shpesh (marrin masa për çdo shtim të vogël).
- Nuk shohin televizor për shumë kohë (më pak se 10 orë në javë).
- Nuk lejojnë që një shtim i vogël në peshë të bëhet i madh.

Ç'është më e rëndësishmja, njerëzit që janë të suksesshëm me rënien në peshë kuptojnë se kjo bëhet më e lehtë me kalimin e kohës—ndryshimet në dietë dhe në aktivitet bëhen të përhershme (107,108).

Programet e shëndetit publik

Nuk ka njeri që të mos ketë dëgjuar se obeziteti rrit risqet e sëmundjeve kronike dhe se njerëzit mbipeshë duhet të synojnë një peshë të shëndetshme, duke ngrënë me masë dhe duke qenë fizikisht aktivë. Megjithatë, zbatimi i kësaj këshille është i vështirë në një mjedis me bollëk ushqimi dhe pasivitet fizik.

Për të trajtuar obezitetin me sukses, mund të na duhet të ndryshojmë mjedisin në të cilin jetojmë me anë të ligjeve në shëndet publik. Mbetet për t'u parë nëse ndryshime të tilla në politikat publike si p.sh. një taksë mbi pijet dhe ushqimet me sheqer do të ndikojnë tek zakonet dietike apo thjesht do të sjellin më shumë të ardhura për tregëtuesit. (107)

Është e qartë se strategjitë efektive duhet të shkojnë përtej individëve, duke ju adresuar rrjeteve sociale, institucioneve të komunitetit dhe politikave qeveritare. (109)

2.11 MENAXHIMI I OBEZITETIT NE FËMIJËRI

Menaxhimi konvencional i obezitetit ne femijeri

Përfshirja e familjes. Programet e trajtimit të obezitetit duhet të marrin parasysh ndikimin e familjes së fëmijës në zgjedhjet e ushqimit dhe nivelin e aktiviteti fizik. Studimet e ruajtjes afat të gjatë të humbjes së peshës kanë treguar rëndësinë e shprehive të ndryshuara (alteruara) ushqimore brenda familjes, mbështetjes për fëmijën dhe lavdërimin prindërorë për sjelljen ushqimore dhe aktivitetin fizike të ndryshuar. (5, 110)

Qasje te përshtatshme zhvillimore. Trajtimi i obezitetit në preadoleshencë me prindërit si ndikues të veçantë në ndryshimin e stilit të jetesës rezultojnë më efektiv se targetimi vetëm i fëmijës. (111) Ka pasur disa suksese me seanca të veçanta për adoleshentët dhe prindërit dhe programe të strukturuar e mjaft fleksibël që lejonin imputin nga adoleshentët. (112) Rezultatet afatshkurtra pozitive kanë sjellë edhe një

program të bazuar në menaxhimin e peshës së adoleshentëve me email ose telefon. (113)

Ndryshim i dietes. Ka disa shqetësime lidhur me faktin që kufizimi i ngurtë ose kontrolli i marrjes të ushqimit të fëmijës mund të shkaktojë çrregullime të ngrënies, ose, në fëmijët e vegjël mund të çojë në reduktim e rritjes lineare të lartësisë. Dietat me marrje më të ulët të energjisë janë ato që po përdoren tani, me një theks të veçantë në të gjithë anëtarët e familjes duke drejtuar në zakone ushqyese më të shëndetshme.(114) Qëllimi është që të sigurojë një program fleksibël për të ndihmuar familjen dhe fëmijët për të bërë ndryshime të qëndrueshme në zgjedhjet ushqimore dhe zakonet ushqyese. Në përgjithësi, ndërhyrjet dietike duhet të theksojnë reduktimin e energjisë, zgjedhje e ushqimeve me përmbajtje të ulët në yndyrna, konsum të rritur të perimeve dhe frutave, snackeve më të shëndetshëm dhe masë të reduktuar të racionit ushqimor. Uji duhet të përdoret si pija kryesore, dhe konsumi i pijeve me përmbajtje të lartë të sheqerit duhet të jetë i kufizuar. Efekti i këtyre ndërhyrjeve duhet të jetë një reduktim në total i konsumit të energjisë nëpërmjet uljes së densitetit të energjisë së dietës. Ndryshimet në zakonet ushqyese, praktikat e blerjeve ushqimore dhe llojet e ushqimeve për të gjithë familjen do të mbështesin aftësinë e fëmijës për të vetë-rregulluar konsumin e tij /e saj ushqimor

Rritja e aktivitetit fizik dhe ulja e sjelljes sedentare. Përmirësimi i aktivitet fizik është komponent i rëndësishëm i programeve të menaxhimit të peshës për fëmijët obezë, edhe pse, sikurse për marrjet dietetike, nuk ka prova të recetës me efektive për aktivitet fizik. Në një studim të efektivitetit afatgjatë të ndërhyrjeve në aktivitet fizik, grupi që ushtronte aktivitet fizik si stil të jetës për mbajtjen e një peshe më të mirë se sa grupi që praktikonte ushtrime të programuara. (115) Ka disa prova se një reduktim në sjelljen sedentare është një përbërës efektiv në programet emenaxhimit të peshës për fëmijë. (116)

Modifikim i sjelljes. Modifikim i sjelljes është një komponent i shumicës së programeve të menaxhimit të peshës. Një shumëllojshmëri e strategjive të modifikimit të sjelljes së ndryshuar janë përdorur në studimet e trajtimit të obezitetit.

Lloji dhe vendosja e ndërhyrjeve. Janë përdorur disa lloje ndërhyrjesh për të trajtuar obezitetin në fëmijëri: Seanca individuale të këshillimit, programe në grup, dhe takime me profesionistë të ndryshëm të kujdesit shëndetësor. (117) Ndërhyrjet janë kryer në mjedise të ndryshme, përfshirë qendra të kujdesit parësor, qendra të shëndetit komunitar, institucione terciare dhe kampe pushime. Ka disa të dhëna mbi efektivitetin e programeve të ndërhyrjeve në grup, në kampe pushimi ose dhe me e-maile telefon.(113)

Menaxhimi jokonvencional i obezitetit në fëmijëri

Menaxhimi jokonvencional i obezitetit në fëmijëri përfshin: dietat me përmbajtje shumë të ulët në kalori, trajtimin me medikamente dhe ndërhyrjet kirurgjikale. (5)

2.12 STRATEGJITË PËR TË LUFTUAR KËTË EPIDEMI

Strategjitë për të luftuar epideminë e obezitetit duhet të inkurajojnë zakone ushqyese korrekte, nëpërmjet reduktimit të konsumit të yndyrnave dhe sheqernave, duke e drejtuar popullatën drejt një konsumi më të lartë të frutave dhe perimeve, pa lënë pas dore edhe promovimin e një aktiviteti fizik, duke nënvizuar që një dietë e ekuilibruar dhe aktiviteti i mirë fizik sjellin avantazhe të konsiderueshme jo vetëm për shëndetin por edhe në nivel ekonomik dhe zhvillim. (4,5)

Në nivel individual,

Njerëzit mund: të kufizojnë futjen e ushqimeve me shume kalori, yndyrna dhe sheqerna; të rrisin konsumin e frutave dhe perimeve, si dhe bishtajoreve, drithërave dhe arrave; të angazhohen në aktivitet të rregullt fizik (60 minuta në ditë për fëmijët dhe 150 minuta në javë për të rriturit).(4,5, 11)

Aksioni individual mund të ketë efektin e vet të plotë, ku njerëzit kanë qasje për një mënyrë jetese të shëndetshme.

Në nivel shoqëror

Është e rëndësishme që: individët të mbështeten në ndjekjen e rekomandimeve të mësipërme, përmes angazhimit të qëndrueshëm politik dhe bashkëpunimin e shumë aktorëve publikë dhe privatë; të bëjnë aktivitet të rregullt fizik dhe zgjedhjet me të shëndetshme të dietës në dispozicion, të përballueshme dhe lehtësisht të arritshme për të gjithë - veçanërisht për individët më të varfër. (5,11)

Në nivel industrie

Industria ushqimore mund të luajë një rol të rëndësishëm në promovimin e dietave të shëndetshme duke: reduktuar përmbajtjen e yndyrës, sheqerit dhe kripës së ushqimeve të përpunuara; duke siguruar që zgjedhje të shëndetshme dhe të ushqyeshme janë në dispozicion dhe të përballueshme për të gjithë konsumatorët; praktikuar marketing të përgjegjshëm sidomos ato që synojnë fëmijët dhe adoleshentët; siguruar disponueshmërinë e zgjedhjes të shëndetshme ushqimore dhe duke mbështetur praktikimin e rregullt të aktivitetit fizik në vendin e punës.(4,5,11,14)

3. Hipoteza e studimit

Pas ndryshimeve socio-ekonomike, të mjedisit global, stilit të jetesës veçanërisht mënyrës së të ushqyerit dhe aktivitetit fizik të popullatës shqiptare, si dhe ndryshimeve të konstatuara dekadat e fundit në barrën kombëtare të sëmundjeve (me mbizotërin të NCD-ve), pritet një impakt i tyre në gjendjen nutricionale edhe të fëmijëve të moshës në zhvillim, reflektuar me një trend në rritje të numrit të fëmijëve mbipeshë apo obezë, si dhe ndryshim të zakoneve të tyre ushqyese dhe krahas familjeve respektive.

4. Qëllimi i studimit

- ✚ Vlerësimi i gjendjes ushqyese të një grupi fëmijësh të moshës 11-13-15 vjeç të rrethit të Tiranës (mbipësha dhe obeziteti)
- ✚ Vlerësimi i njohurive dhe zakoneve ushqyese të fëmijëve të moshës në zhvillim, si një nga pikënisjet për të zhvilluar sjellje dhe stil jete në përputhje me objektivat për shëndet.
- ✚ Përdorimin e të dhënave si një bazë e rëndësishme për aktivizimin dhe funksionimin e një zinxhiri ndërhyrjesh korrigjuese, të programuara dhe të vazhdueshme në kohë, bazuar në nismat e informimit dhe edukimit.

5. Objektivat e studimit

Objektivi I: Vlerësimi i prevalencës së obezitetit, mbipeshës, nëneshës të fëmijët e moshës në zhvillim 11-13-15 vjeç.

Objektivi II: Vlerësimi i korrelacioni të prevalencës të fëmijët me gjendjen socio-ekonomike të familjeve relative.

Objektivi III: Grumbullimi i informacionit mbi zakonet ushqimore si dhe faktorëve që ndikojnë në zgjedhjet ushqimore, nëpërmjet një pyetësori anonim të plotësuar nga prindërit.

Objektivi IV: Grumbullimi i informacionit mbi njohuritë në fushën e nutricionit shijet ushqimore dhe vlerësimi i imazhit të tyre trupor nëpërmjet një pyetësori të plotësuar nga fëmijët.

Objektivi V: Promovimi i një stili jete korrekte dhe parandalimi klinik i grupeve në risk.

6. Përfituesit nga studimi

Ky data base do të shërbejë si një burim i mirëfilltë të dhënash për planifikimin e aksioneve komplekse që duhet të persistojnë në ndryshime të shpejta të faktorëve sociale, ekonomike edhe mjedisor që ndikojnë me mënyrën e jetesës së fëmijëve, duke e kthyer atë në një stil jete të shëndetshme, nëpërmjet një diete të ekuilibruar dhe një aktiviteti fizik.

Përfituesit direktë:

- Fëmijët shqiptare dotë përfitojnë nga implementimi i programeve parandaluese apo të ndërhyrjes që do të zhvillohen mbi bazën e të dhënave nga survejanca e obezitetit dhe sjelleve me risk dietetik .
- Prindërit e fëmijëve të përfshirë në studim, do të kenë një pasqyrë të qartë të situatës shëndetësore të fëmijëve të tyre lidhur me gjendjen nutricionale.
- Gjthashtu ky projekt i informon ata mbi problemet e një ushqyerjeje të njëanshme, një stili jete jo të shëndetshëm, një prirje drejt një sjelljeje me risk dietetik, dhe i bën të ndërgjegjshëm për pasojat në shëndet .

Përfituesit indirektë:

- Punonjësit e Sektorit të Shëndetësisë do të kenë në dispozicion një bazë të dhënash që do të ndihmojnë ata për hartimin dhe zbatimin e programeve të ndërhyrjes në të ardhmen.
- Të dhënat e këtij studimi do të inkurajojnë punonjësit e arsimit për zhvillimin e mëtejshëm të promovimit të një ushqyerjeje të shëndetshme të fëmijëve sipas grup-moshave të ndryshme, si dhe të përmirësojnë mendimin e tyre shkencor në funksion të përsosjes së kurrikulave të nutricionit në shkolla, në përputhje me tendencat e shoqërisë së sotme në këtë fushë.

7. Metodologjia e kërkimit

Një studim i tipit transversal u skicua për vlerësimin e parametrave antropometrike (përcaktimin e prevalencës së mbipeshës dhe obesitetit bazuar në treguesin e masës trupore BMI, duke përdorur vlerat kufi (cut-off) të BMI-së për mbipeshën dhe obezitetin të përcaktuara nga Cole & Al.

Metoda e kampionimit të përdorur është ajo e rekomanduar nga WHO e kampionimit të stratifikuar në klastera, në përputhje me përmasën e popullatës (probability proportionate to size”).

Është përdorur ky tip studimi sepse këto tipe studimi vlerësojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë peshën e faktorëve të riskut në popullatë. Janë gjithashtu studime të përshtatshme si nga kohëzgjatja, kostoja dhe burimet njerëzore që nevojiten.

Objekti i studimit ishin nxënës të ciklit 9-vjecar (grupmosha 11,13 &15 vjec). U përzgjedhën gjithsej 520 fëmijë në gjithë rrethin e Tiranës. Që të gjithë fëmijët pranuan të marrin pjesë në studim dhe iu nënshtruan matjeve antropometrike (peshë dhe gjatësi).

Nxënësit u ftuan gjithashtu edhe për plotësimin e një pyetësori nutricional. Pësha specifike e numrit të nxënësve përcaktoi raportin urban/rural: 72% / 28%.

Fëmijëve të përzgjedhur, pasi i'u shpjegua qëllimi i studimit, i'u mor pëlqimi paraprak dhe i'u kërkua të plotësojnë pyetësozin. Të gjithë pranuan të marrin pjesë në studim. Ata plotësuan një pyetësor ushqimor me qëllim grumbullimin e një informacioni të detajuar mbi mënyrën e ushqyerjes, njohuritë dhe preferencat e fëmijëve mbi ushqyerjen, aktivitetin fizik si dhe perceptimin e pamjes së tyre trupore.

Përzgjedhja e kampionit

Metoda e kampionimit të përdorur është ajo e kampionimit të shtresëzuar në klastera, në përputhje me përmasën e popullatës, rekomanduar nga WHO/UNICEF. Metoda e përzgjedhjes sipas vendbanimit (urban/rural) dhe tipit të shkollës u bazua në madhësinë e popullatës target. Tipi i shkollës (publik/privat) nuk u konsiderua shtresë në përzgjedhje, por një variabël në analizë, për arsye se në shtresën "rural", nuk përfaqësohet tipi i shkollës "privat".

Klasteri është në nivel shkolle. Një klaster përbëhet nga 20 nxënës të përzgjedhur në mënyrë të rastësishme nga lista e nxënësve të klasës 5-7-9 të shkollës së përzgjedhur.

Numri total i klasterave: 26 Madhësia e kampionit: 520

Instrumentet e studimit

Mënyrat e përdorura për kryerjen e matjeve antropometrike janë ato të rekomanduara nga OBSH-ja. Cdo fëmijë u mat vecmas, në një ambient të qetë për të shmangur kështu parehatinë e fëmijës gjatë matjeve dhe për të ulur gabimin gjatë leximit të rezultateve.


U shpërnda gjithashtu një pyetësor për fëmijët për t'u plotësuar nga ata direkt në klasë. Gjithashtu u tentua edhe një vlerësim i faktorëve socio-ekonomik, që ndikojnë në zgjedhjet ushqimore në familje, nëpërmjet një informacioni të marrë nga prindërit e këtyre fëmijëve. U ftuan të gjithë prindërit e fëmijëve të përzgjedhur për grumbullimin e këtij informacioni nga të cilët pranuan të plotësojnë pyetësorin 484 prej tyre ose 93% e tyre. Pyetësorë të standardizuar u përkthyen dhe u përshtatën. Për hartimin e pyetësorëve u mbështetëm edhe në përvojën e INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca për gli Alimenti e Nutrizione, Rome, Italia)

Pyetësori i fëmijëve përmbante pyetje që kishin për qëllim eksplorimi:

- Njohuritë e fëmijëve në fushën e një ushqyerjeje dhe një stili jete të shëndetshëm.
- Mjetet dhe mënyrat nga të cilat ata do të preferonin të mësonin për ushqyerjen.
- Preferencat dhe zakonet ushqimore, raportet e tyre me ushqimin.
- Vlerësimin e imazhit të tyre trupor.

Pyetësori për prindërit përmbante pyetje që synonin grumbullimin e një sërë të dhënash mbi:

- familjen: pësha, gjatësia, mosha, niveli i arsimimit, profesioni i prindërve.
- fëmijën: ushqyerjen me gjë, aktivitetin e tij fizik, aspektet cilësore dhe frekuencën e konsumit të ushqimeve, preferencat ushqimore, etj.
- Dietën dhe shëndetin: burimet e informacionit mbi ushqyerjen, kush përgatit ushqimin në familje, etj.
- Së fundi perceptimin e imazhit trupor të fëmijës së tyre nga ana e prindërve.

 **Përpunimi statistikor i të dhënave:** Analiza univariate u pasua nga analiza bivariate sipas vendbanimit (urban / rural), gjinisë, moshës, etj. Analiza u realizua me ndihmën e paketave statistikore SPSS 20.0 dhe M.Office.Excel 2010.

8. Paraqitja dhe diskutimi i rezultateve

A. GJENDJA USHQYESE E FËMIJËVE

Të dhëna të përgjithshme

Në studim u përfshinë gjithsej 26 shkolla prej të cilave 18 në qytet dhe 8 në fshat. Nga shkollat e përzgjedhura 3 prej tyre ishin jopublike dhe 23 shkolla publike, me një numër të përgjithshëm kampioni prej 520 fëmijë (Tabela 1).

Tabela 1. Popullata e përfshirë në studim sipas shkollave

Emri i shkollave	Frekuenca në numër	Frekuenca në %	Frekuenca kumulative %
1 Qershor	20	2,3	42,5
A Gashi	20	2,3	44,8
Ali Demi	20	2,3	47,1
Berxull	20	2,3	49,4
Fan Noli	20	2,3	51,7
Ferraj	20	2,3	54,0
Haki Shehu	20	2,3	56,3
Kamëz	20	2,3	58,6
Kongresi Lushnjës	20	2,3	60,9
Kristal	20	2,3	63,2
Laknas	20	2,3	65,5
Lasgush Poradeci	20	2,3	67,8
Mihal Grameno	20	2,3	70,1
Misto Mame	20	2,3	72,4
Musine Kokalari	20	2,3	74,7
Naim Frasheri	20	2,3	77,0
Ndroq	20	2,3	79,3
Pezë vogël	20	2,3	81,6
R.Jarani	20	2,3	83,9
Rreze Drite	20	2,3	86,2
Siri Kodra	20	2,3	88,5
Shkolla e Kuqe	20	2,3	90,8
Shyqyri Peza	20	2,3	93,1
Tufinë	20	2,3	95,4
Vorë	20	2,3	97,7
Ylber	20	2,3	100,0
Totali	520	100,0	100,0

Shpërndarja fshat/ qytet e fëmijëve të përfshirë në studim ishte në vlerat respektive 362 fëmijë nga qyteti dhe 158 nga fshati (Tabela 2).

Tabela 2. Popullata e përfshirë në studim sipas vendbanimit

Vendndodhja qytet/fshat	Frekuenca në numer	Frekuenca në %
QYTET	362	69,6
FSHAT	158	30,4
Totali	520	100,0

Raporti meshkuj /femra ishte thujtë i njëjtë, ku 259 fëmijë ishin meshkuj dhe 261 femra (Tabela 3).

Tabela 3. Popullata e përfshirë në studim sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
MASHKULL	259	49,8
FEMER	261	50,2
Total	520	100,0

Fëmijë të moshës 13 vjeç ishin pak më shumë (37%) se fëmijë të moshës 11 dhe 15 vjeç (Tabela4).

Tabela 4. Popullata e përfshirë në studim sipas moshës

Mosha e fëmijëve	Frekuenca në numër	Frekuenca në %	Frekuenca kumulative %
11 vjeç	168	32,3	69,3
13 vjeç	192	37,0	100,0
15 vjeç	160	30,7	
Total	520	100,0	

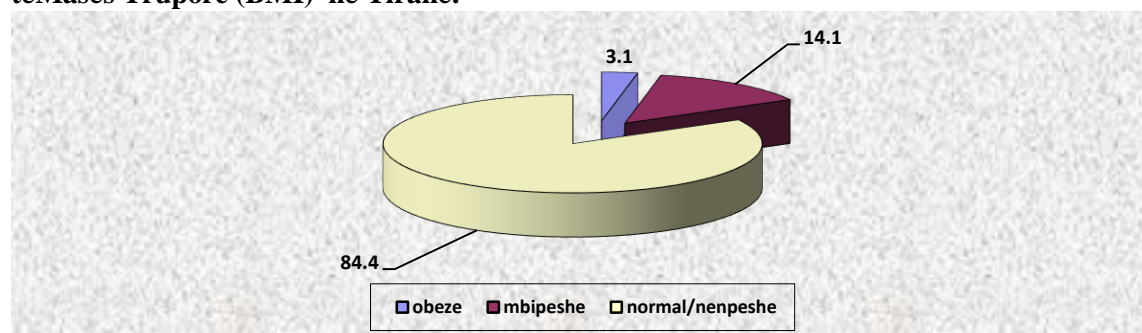
Nga analiza e të dhënave antropometrike (matja e peshës dhe gjatësisë për çdo fëmijë) rezultoi se prevalenca e mbipeshës te fëmijët e moshës 11-15 vjeç në Tiranë ishte në vlerën 15.2% dhe prevalenca e obezitetit 3.1%. Pjesa tjetër e fëmijëve (84.8%) ishin normal ose nëneshë (Tabela 5).

Tabela 5. Gjendja ushqyese e fëmijëve në bazë të Treguesit të Masës Trupore

BMI	Frekuenca në numër	Frekuenca %
Mbipeshë*	79	15.2
Obezë	16	3.1
Nënpeshë ose normal	425	84.8
Totali	520	100.0

* mbipeshë përfshin edhe obezët

Diagrama 1: Shpërndarja e gjendjes ushqyese e fëmijëve (në %) në bazë të Treguesit të Masës Trupore (BMI) në Tiranë.



Të dhënat treguan një prevalencë më të lartë të mbipeshës në zonën urbane në raport me atë rurale mbi dyfishë. Ndërkohë nuk u gjet asnjë fëmijë obezë në fshat kundrejt 16 fëmijëve obezë në qytet (Tabela 6).

Tabela 6. Treguesi masës trupore sipas vendndodhjes së shkollës

BMI	Vendndodhja e shkollës		Totali
	QYTET	FSHAT	
Mbipeshë*	67	12	79
	18,5%	7,6%	15.2%
Obezë	16	0	16
	4,4%	0%	3.1%
Nënepeshë ose Normal	279	146	425
	81.5%	92,4%	84.8%
Totali	362		520
	100,0%		100,0%

* mbipesha, përfshirë edhe obezë

Numri i fëmijëve mbipeshë në shkollat jopublike (23,3%) rezultoi rreth 2 herë më i lartë se në shkollat publike (14,1%), po kështu është edhe diferenca e fëmijëve obezë në shkollat respektive (5,0% me 2,8%) (Tabela 7).

Tabela 7. Treguesi masës trupore të fëmijëve sipas tipit të shkollës.

Tipi i shkolles	BMI			Totali
	MBIPESHE*	OBESE	NEN PESHE OSE NORMAL	
PUBLIKE	65	13	382	460
	14,1%	2,8%	83,0%	100.0%
JOPUBLIKE	14	3	43	60
	23,3%	5,0%	71,7%	100.0%
Totali	79	16	425	520
	15.2%	3.1%	84.8%	100.0%

* mbipesha përfshirë edhe obezë

Mbipeshë apo obezitet tek fëmijët e moshës 13 vjeçç ishte më i lartë se fëmijët e moshës 11 dhe 15 vjeç (Tabela 8)

Tabela 8. Treguesi masës trupore të fëmijëve sipas grupmoshave

Moshë	Treguesi masës trupore BMI			Totali
	Mbipeshë*	Obezë	Nëneshë ose normal	
11 vjeç	21	4	143	168
	12.5 %	2.3 %	85.2%	100.0%
13 vjeç	39	8	145	192
	20.3%	4.2%	75.5%	100.0%
15 vjeç	19	4	137	150
	11.8%	2.5%	85.6%	100.0%
Totali	79	16	425	520
	15.2%	3.1%	84.8%	100.0%

* mbipeshë, përfshirë edhe obezë

Djemtë ishin më shumë mbipeshë se vajzat ndërsa obeziteti u ndesh dukshëm më shumë tek djemtë (5,0%) sesa tek vajzat (1,1%) (Tabela 9).

Tabela 9. Treguesi masës trupore të fëmijëve sipas gjinisë.

Gjinia	Treguesi masës trupore			Totali
	Mbipeshë*	Obezë	Nëneshë ose normal	
MASHKULL	46	13	200	259
	17,8%	5,0%	82.2%	100,0%
FEMER	33	3	225	261
	12,6%	1,1%	87.4%	100,0%
Totali	79	16	425	520
	15.2%	3.1%	84.8%	100.0%

* mbipeshë, përfshirë edhe obezë

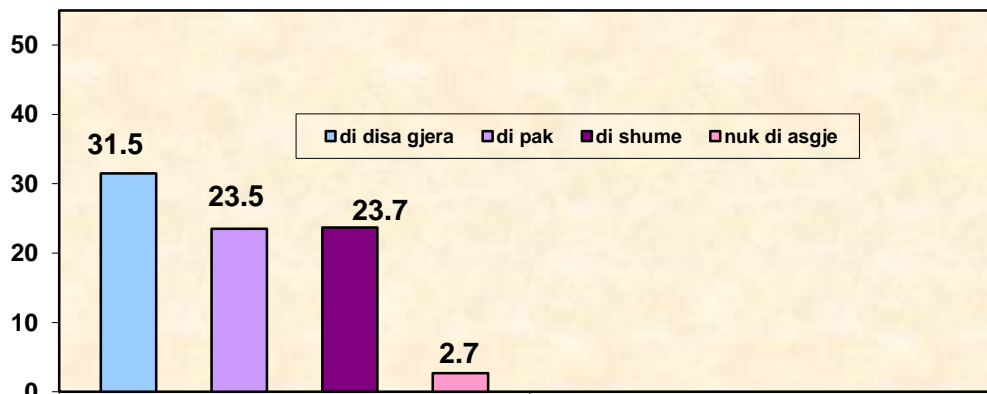
B. NJOHURITË E FËMIJËVE NË FUSHËN E USHQYERJES, SHIJET USHQIMORE, ZAKONET E TË USHQYERIT

Për t'u orientuar më mirë lidhur me masat e nevojshme parandaluese dhe korigjuese në fushën e nutricionit është e rëndësishme të merren në konsideratë edhe njohuritë dhe aftësitë në fushën nutricionale si të fëmijëve ashtu edhe të prindërve të tyre. Në këtë mënyrë mund të programohen dhe realizohen programe edukimi dhe promovimi në shëndet por edhe të vlerësohet efektiviteti i këtyre programeve.

Për të kënaqur të tilla nevoja dhe për të kuptuar më mirë nivelin dhe cilësinë e njohurive mbi ushqyerjen është shumë me vlerë analiza e të dhënave të përfutuara nga plotësimi i pyetësorëve nutricionale nga ana e fëmijëve

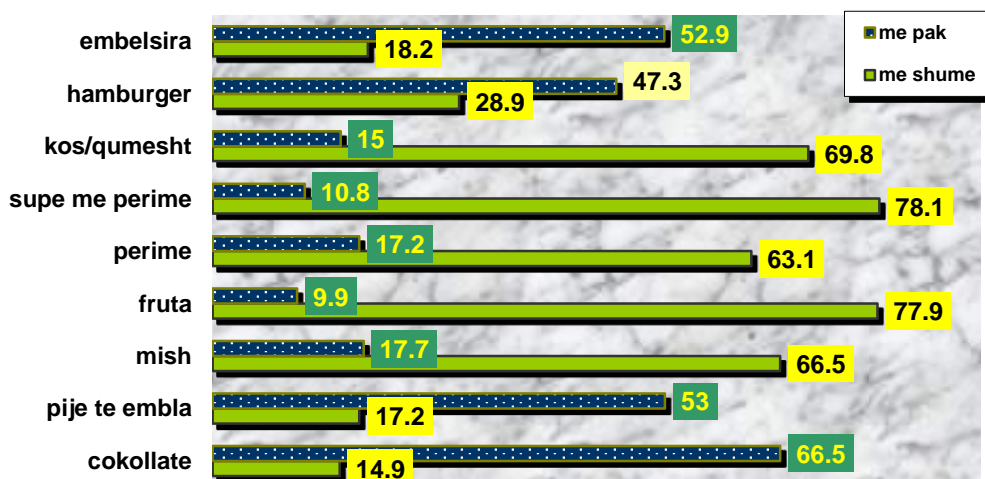
Pyetjes së përgjithshme mbi *shkallën e njohurive të tyre mbi ushqyerjen*, 26.2% (mbi 1/4) e tyre i janë përgjigjur me *di pak ose nuk di fare*, rreth 31.5 % e tyre pohojnë se *dinë disa gjëra* dhe rreth 24 % *dinë shumë mbi ushqyerjen*. (Diagrama 2)

Diagrama 2 Niveli i njohurive mbi ushqyerjen (%), sipas perceptimit të fëmijëve.



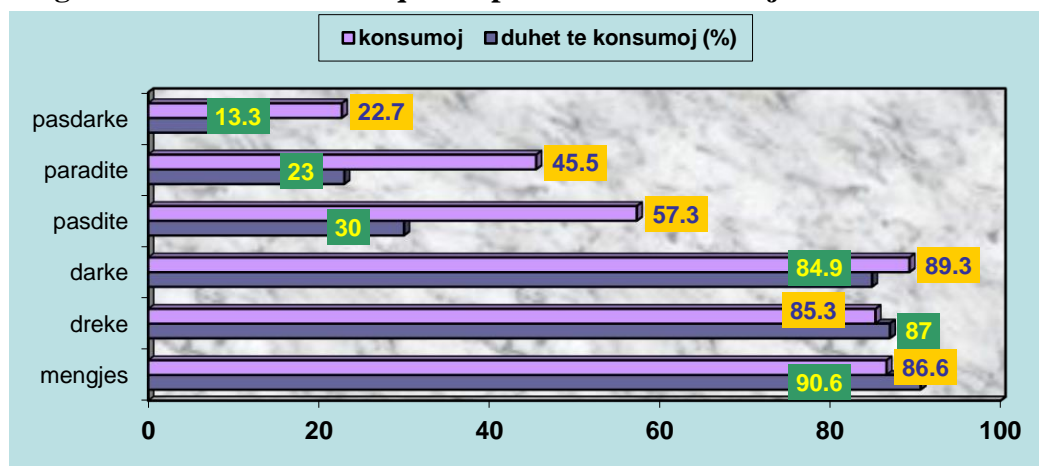
Pyetjes: *"Mendoj se duhet të ha më pak ose më shumë"*: fëmijët i janë përgjigjur si vijon (Diagrama3) duke treguar se ata kanë njohuri të mira lidhur me ushqimet e mira apo të dëmshme.

Diagrama 3. Orientimi lidhur me konsumin e disa ushqimeve dhe pijeve mendoj se duhet te konsumoj.....



Lidhur me konsumin ushqimor sipas vakteve shprehen se *për të qënë i shëndetshëm është shumë i rëndësishëm konsumi i mëngjesit* (90.6% e fëmijëve mendojnë kështu), 87% thonë *po për konsumin e drekës* dhe 84.9% të *darkës*. Më pak të rëndësishme ata shohin vaktet e ndërmjetme si paradite (23%) pasdite (28.7%), duke shpërfillur në parim vaktin e pasdarkës. Megjithatë kanë ushqim paradite 45.5% e tyre, pasdreke 57.3% dhe pasdarke 24% e fëmijëve (Diagrama 4). Ndërkohë konsumojnë mëngjes rreth 87% e tyre.

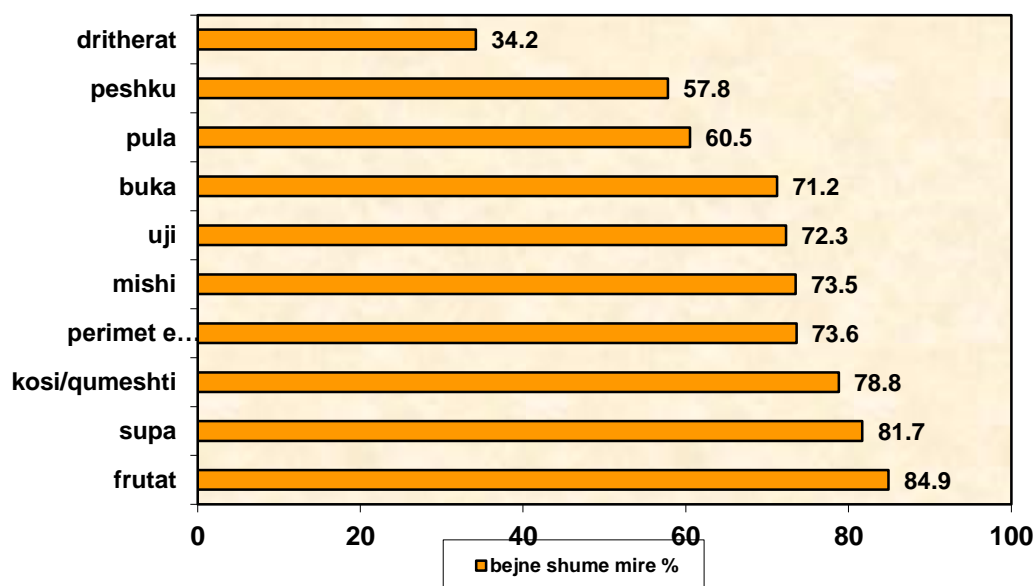
Diagrama 4. Konsumi i ushqimit sipas vakteve tek fëmijët.



Pyetjes: *“Je i shëndetshëm kur...” i janë përgjigjur* duke pohuar se *je i shëndetshëm kur “nuk sëmuresh”* (62.8% e fëmijëve), *“fle mire”* (64.9%), *“ke oreks”* (43.8%) dhe *“je i qetë”* (44%), dhe më pak 1/3 e tyre mendojnë se *je i shëndetshëm* edhe kur *“je aktiv”* dhe *“luan me dëshirë”*.

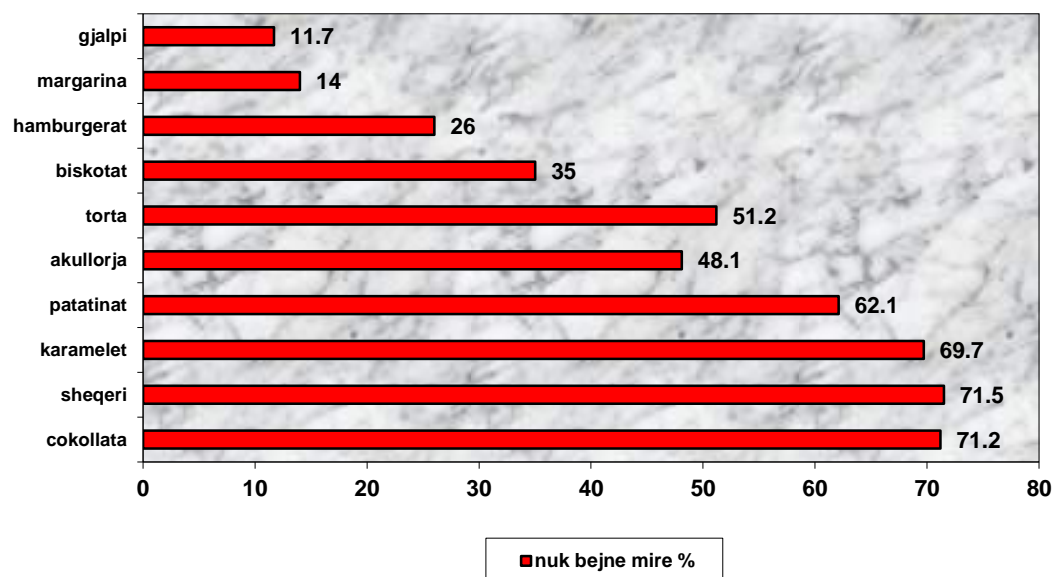
Lidhur me ushqimet e shëndetshme fëmijet kanë njohuri të kënaqshme mbi atë çka ju bën mirë në pjesën më të madhe të ushqimeve si frutat dhe perimet, qumështin, supën etj por rreth 65% nuk mendojnë se *drithërat janë gjithashtu të shëndetshme* dhe rreth 42% e tyre mendojnë se *peshku* nuk është i tillë. (Diagrama 5)

Diagrama 5. Ushqime të shëndetshme sipas mendimit të fëmijëve (%).



Ndaj ushqimeve jo të shëndetshme vihet re një numër më i ulët i fëmijëve që i pranojnë ato si të tilla në raport me ushqimet e shëndetshme. Por është e paqartë nëse kjo vjen nga padija apo dëshira (tundimi) për të konsumuar këto kategori ushqimesh si: margarinën, hamburgerat, tortat, apo akulloret, pasi vetëm 14% e fëmijëve shohin *margarinën si ushqim jo të shëndetshëm*, 26% e tyre mendojnë se *hamburgeri* nuk është i tillë dhe rreth 50% janë në njëjtin mendim edhe për *tortat dhe akulloret*.

Diagrama 5. Ushqime jo të shëndetshme sipas mendimit të fëmijëve



Jo vetëm ushqimet por edhe lëndët ushqyese të nevojshme për një organizëm të shëndetshëm fëmijët i njohin pjesërisht pasi jo të gjithë korrelojnë në një mendim lidhur me nevojat e organizmit për yndyrna, kalori, fibra apo ujë. (Tabela10).

Tabela 10. Trupi i njeriut ka nevoje për*:

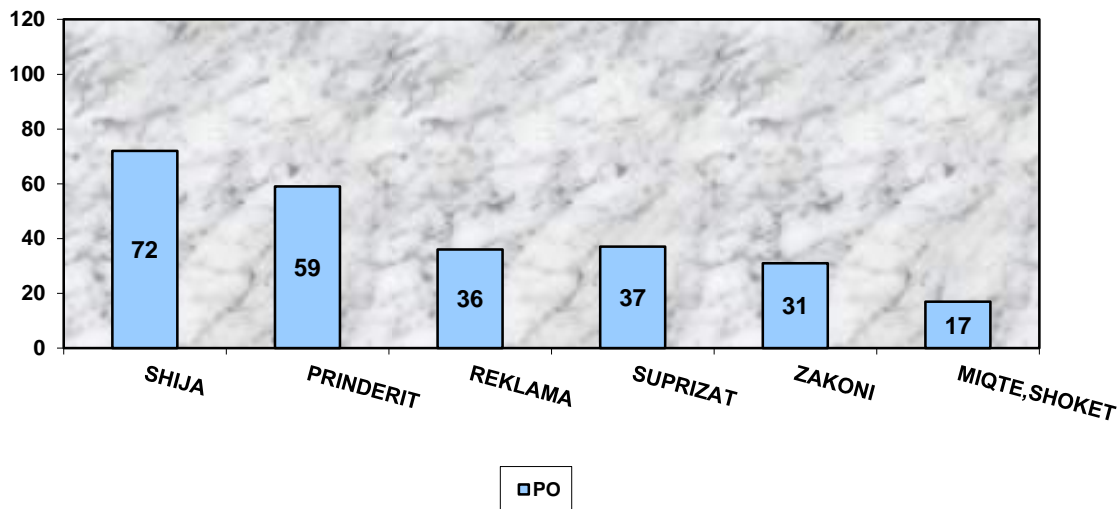
Lëndët ushqyese	Nr. përgjigjeve	PO (%)	Jo (%)
Proteina	520	67.5%	32.5%
Yndyrna	520	12.8%	87.2%
Hekur	520	52.7%	47.3%
Vitamina	520	93.1%	6.9%
Kripë	520	10.9%	89.1%
Fibra	520	43.9%	56.15
Kalori	520	48.5%	51.5%
Kalcium	520	56.3%	43.7%
Ujë	520	65.6%	37.4%

* pyetje me përgjigje multiple

Kur fëmijët u pyetën se cilët ishin faktorët kryesorë që ndikojnë në mënyrën e tyre të ushqyerjes 3% e tyre nuk dinin të tregonin çfarë faktorë ndikojnë tek ata për përzgjedhjen e ushqimit. Ndërsa rreth 72% e fëmijëve vënë si faktorët më

tërëndësishëm *shijen* dhe pastaj *familjen/prindërit* (59%). Faktori *shije* shpjegon në një fare mase edhe vështirësinë për këta fëmijë të kategorizimit të ushqimeve jo të shëndetshme. Rreth 37% janë të tërhequr nga surprizat dhe, më pak se 36 % nga reklamat ushqimore. Interesant është ndikimi i pakët i shokëve dhe miqve në zgjedhjet e tyre konsumative (17%).

Diagrama 7. Faktorët që ndikojnë në mënyrën e ushqyerjes së fëmijëve (%)



Nëse do t'u ofrohej informacion mbi ushqimin dhe ushqyerjen, do të preferonin ta kishin atë nga *revistat* 48.5 % e fëmijëve, nga *programet televizive* 28.5%, nga *materialet shkollore* 14.4%, nga *kurset e kuzhinës* 7.7 %, dhe shumë pak do të dëshironin nga *materiale informative* (0.6%) apo *vizita në ndërrmarje prodhuese* (0.4 %).

Mbi zakonet ushqyese dhe raportin e tyre të përditshëm me ushqimin në tavolinë, fëmijët pohuan se 74% e tyre “*preferojnë ushqime që të shtojnë oreksin*”, 39.1% e “*kanë të vështirë të hanë lloje të ndryshëm ushqimesh*”, 59% e fëmijëve “*pëlqen shumë të hajë mes vakteve*”, vetëm 19.3% e tyre thonë se “*momenti i ngrënies është shumë i vështirë për ta*”, 42.8% janë më tepër të interesuar “*për sasinë sesa për cilësinë e ushqimit që konsumojnë*”, rreth 1/3 (32.9%) e tyre do të “*preferonte të hante jashtë*”.

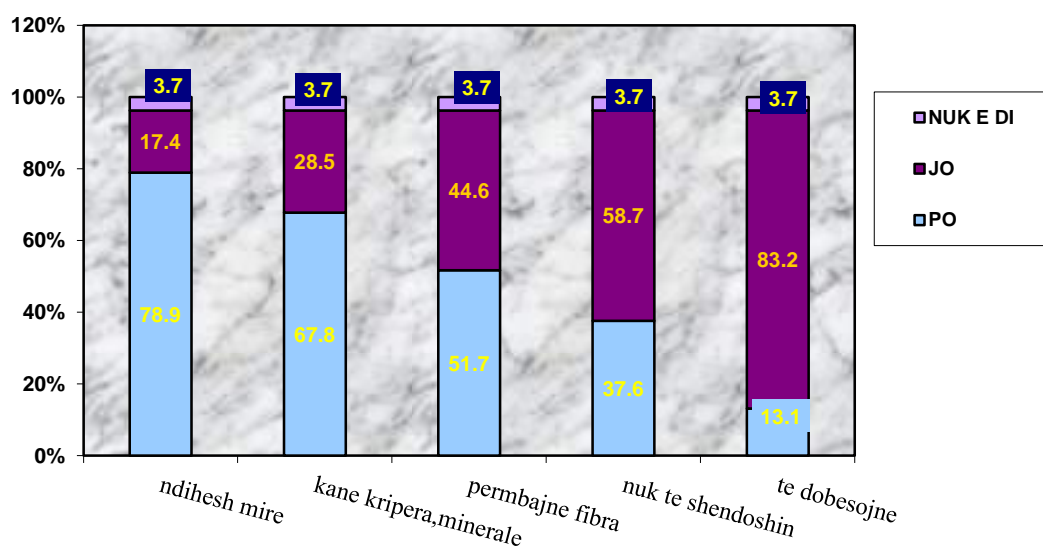
Sic duket edhe nga rezultatet ata kanë një stil të ndryshëm ushqyerjeje. Kjo ndryshueshmëri preferencash korrelohet edhe me njohuritë dhe konceptet e ndryshme që ata mbartin në fushën e ushqyerjes, referuar edhe përgjigjeve të dhëna lidhur me pohimet e mëposhtme.

Tabela 11 A jeni dakort me pohimet.

Nr	A jeni dakort me pohimet?	Po	Jo	Nuk e di	Pa përgjigje	Total
1.	Është e rëndësishme të hash ushqime si bukë, drithëra.	81.2%	8.7%	10%	0.2%	100%
2.	Për të qënë i shëndetshëm duhet ngrënë pak yndyrë.	57.2%	24.4%	17.9%	1.2%	100%
3.	Qumështi I bën kockat e forta	74.6%	6.7%	17.7%	1%	100%
4.	Është e shëndetshme të shkosh në fastfood gjithë javës?	14.6%	70.8%	12.9%	1.7%	100%
5.	Është mirë të hash ushqime si karamele, cokollata por jo cdo ditë.	50.6%	32.7%	13.8%	2.9%	100%
6.	Më mire të hash pak lloje e të ndryshme ushqimesh sesa sasi të mëdha të të njëjtit ushqim?	59.2%	14.8%	25%	1%	100%
7.	Shëndeti juaj gjatë jetës varet nga ushqimi që ha.	77.3%	7.3%	14%	1.3%	100%
8.	Lëngjet me gaz shuajnë etjen njësoj si edhe uji.	25.8%	52.9%	19%	2.3%	100%
9.	Për t'u rritur i shëndetshëm sporti dhe gjimnastika janë po aq të rëndësishme sa edhe ushqimi?	66.9%	15.2%	17.1%	0.8%	100%

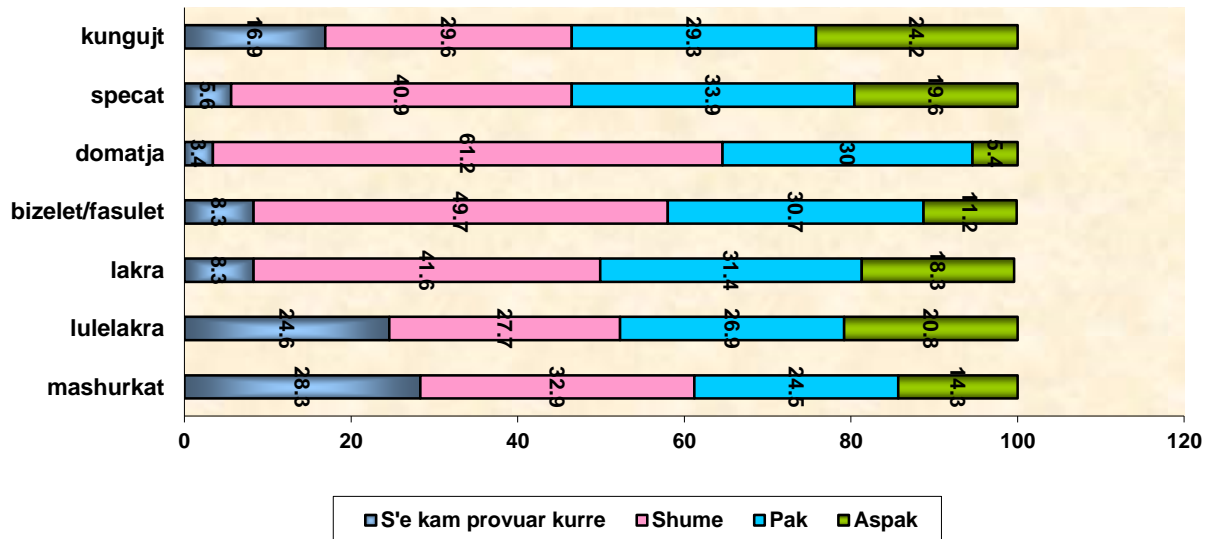
Përsa i takon vlerave ushqimore të frutave dhe perime të freskëta vetëm 3.7% e fëmijëve nuk e ndjejnë me vlerë nevojën e konsumit të tyre dhe as nuk dinë të japin një përgjigje lidhur me vlerat ushqimore që ato kanë, ndërkohë që 96.3% e fëmijëve besojnë se kanë përfitime nga konsumi i frutave dhe perimeve të freskëta duke dhënë ose jo edhe arsyt (Diagrama 8).

Diagrama 8 Përfitimet e një ushqyerjeje të pasur me fruta dhe perime të freskëta.



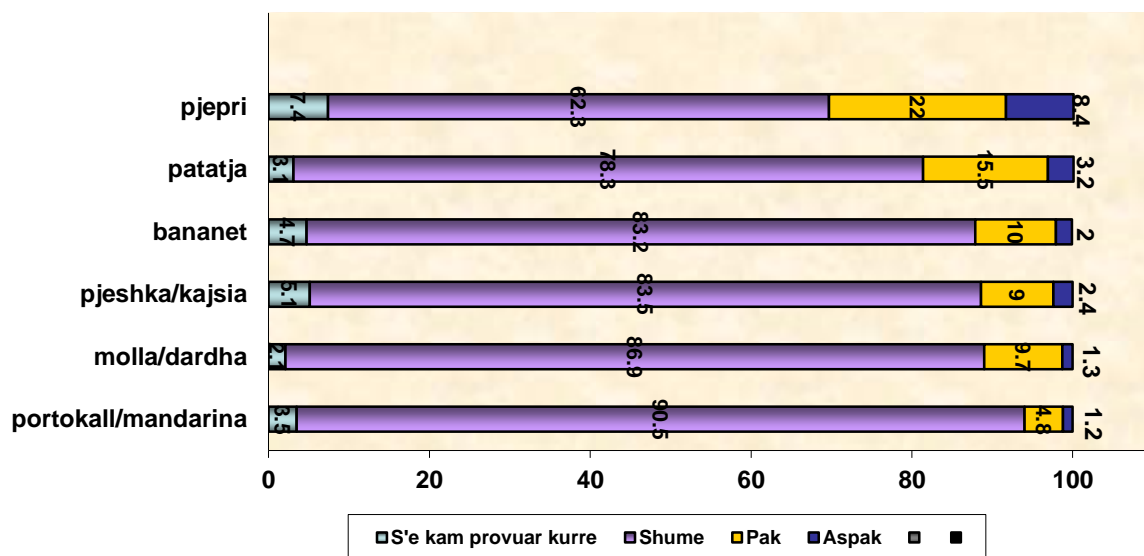
Krahas vlerësimit të opinionit mbi vlerat e frutave dhe perimeve të freskëta, fëmijët u pyetën edhe mbi preferencat që ata kishin ndaj kësaj kategorie ushqimore. Në bazë të përgjigjeve të dhëna perimet më pak të preferuara rezultojnë speci, lakra, lulëlakra, bizelet, kungujt (Diagrama 9)

Diagrama 9 Preferencat e fëmijëve për perimet e freskëta



E kundërta ndodh me frutat të cilat pëlqehen më shumë nga fëmijët në raport me perimet. Sidomos pjeshkët, kajsitë, mollët, dardhët dhe agrumet konsumohen me kënaqësi nga mbi 80% e fëmijëve të ndjekura nga patatja (77%) dhe pjepri (61%), (Diagrama 10).

Diagrama10 Preferencat e fëmijëve për fruta-perimet e freskëta



Me vlerë është edhe raportimi i fëmijëve lidhur zakonet e tyre ushqyesë për një sërë pyetjesh si vijojnë:

Tabela 12 Unë ha veçanërisht ushqime që të shtojnë oreksin

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vërtetë	377	72,6
E rreme	142	27,4
Totali	519	100,0

Tabela 13 Më pëlqen shume të ha mes vakteve

	Frekuenca në numer	Frekuenca në %
E vërtetë	295	56,8
E rreme	224	43,2
Totali	519	100,0

Tabela 14 Mëpëlqen të provoj lloje të ndryshme ushqimesh

	Frekuenca në numër	Frekuenca ne %
E vërtetë	436	84,5
E rreme	80	15,5
Totali	516	100,0

Tabela 15 Momenti ngrënies është i vështirë për mua, s'më pëlqen të ha

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vërtetë	81	15,7
E rreme	435	84,3
Totali	516	100,0

Tabela 16 Jam më i vëmendshëm ndaj sasisë së ushqimit sesa cilësia e tij

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vertete	203	39,8
E rreme	307	60,2
Totali	510	100,0

Tabela 17 Më pëlqen të ha të njëjtat gjëra

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vërtetë	123	23,7
E rreme	395	76,3
Totali	518	100,0

Tabela 18 Më pëlqen të ha jashtë, (jo në shtëpi)

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vërtetë	167	32,2
E rreme	351	67,8
Totali	518	100,0

Tabela 19 Ha gjithçka që më japin

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
E vërtetë	259	49,9
E rreme	260	50,1
Totali	519	100,0

Lidhur me vlerat që sjell konsumi i frutave dhe perimeve fëmijët janë thuajse të gjithë dakort (96.9%) se frutat dhe perimet sjellin përfitime në shëndet (Tabela 20 dhe 21).

Tabela 20 Frutat dhe perimet nuk të shëndoshin

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
PO	207	39,8
JO	297	57,1
Nuk e di	16	3,1
Totali	520	100,0

Tabela 21 Frutat dhe perimet të dobësojnë

	Frekuenca në numër	Frekuenca në %
PO	64	12,3
JO	440	84,6
Nuk e di	16	3,1
Totali	520	100,0

Tabelat në vazhdim japin shpeshësinë e konsumit nga ana e fëmijëve të disa kategori ushqimesh, të raportuar nga prindërit e tyre.

Tabela nr. 22 Shpeshësia e përdorimit të frutave dhe perimeve.

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
POTHUAJSE KURRE	13	2.7	2.7
NJEHERE NE DITE	188	38.8	41.8
2-3 HERE NE DITE	250	51.7	93.8
4-5 HERE NE DITE	30	6.2	100.0
Mungojnë të dhënat	481	99.4	
TOTALI	928	3	.6

Tabela 23 Shpeshtësia e përdorimit të leguminozeve, (fasule, bizele, thierza, etj)

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
KURRE	19	3.9	4.0
POTHUJSE KURRE	55	11.4	15.5
1 HERE NE DITE	129	26.7	42.6
2-3 HERE NE JAVE	273	56.4	100.0
Mungojnë të dhënat	8	1.7	
TOTALI	484	100.00	

Tabela 24 Shpeshtësia e përdorimit të mishit.

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
KURRE	6	1.2	1.3
1 HERE NE MUAJ	18	3.7	5.0
1 HERE NE JAVE	115	23.8	29.0
3-4 HERE NE JAVE	341	70.5	100.0
Mungojnë të dhënat	4	.8	
TOTALI	484	100.0	

Tabela 25 Shpeshtësia e përdorimit të peshkut.

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
KURRE	23	4.8	4.8
POTHUJSE KURRE	25	5.2	10.0
1 HERE NE MUAJ	152	31.4	41.6
1 HERE NE JAVE	281	58.1	100.0
Mungojnë të dhënat	3	.6	
TOTALI	484	100.0	

Tabela 26 Shpeshtësia e përdorimit të drithërave.

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
POTHUJSE KURRE	71	14.7	15.4
1 HERE NE DITE	205	42.4	59.7
2-3 HERE NE DITE	150	31.0	92.2
4-5 HERE NE DITE	36	7.4	100.0
Mungojnë të dhënat	22	4.5	
TOTALI	484	100.0	

Tabela 27 Shpeshtësia e përdorimit të ëmbëlsirave

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
THUJSE KURRE	60	12.4	12.4
1 HERE NE DITE	337	69.6	82.2
2-3 HERE NE DITE	59	12.2	94.4
3-4 HERE NE DITE	11	2.3	96.7
> 4 HERE NE DITE	16	3.3	100.0
Mungojnë të dhënat	1	.2	
TOTALI	484	100.0	

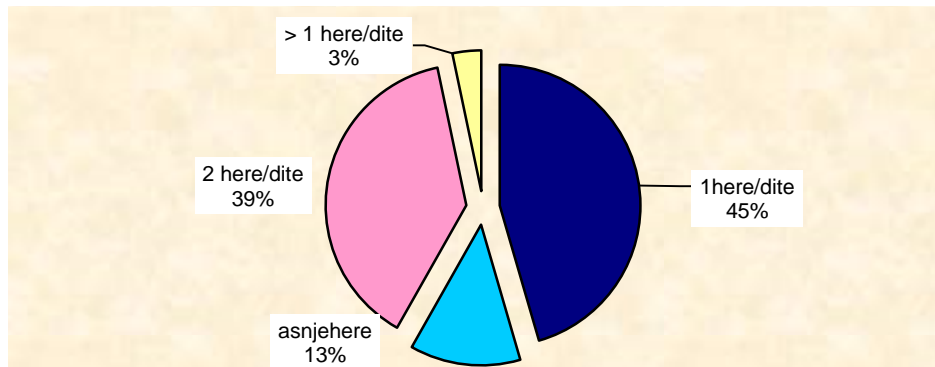
Tabela 28 Shpeshtësia e përdorimit të bulmetit, (qumësht, kos).

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
POTHUJSE KURRE	20	4.1	4.1
1 HERE NE DITE	215	44.4	48.8
2-3 HERE NE DITE	201	41.5	90.5
4-5 HERE NE DITE	46	9.5	100.0
Mungojnë të dhënat	2	.4	
TOTALI	484	100.0	

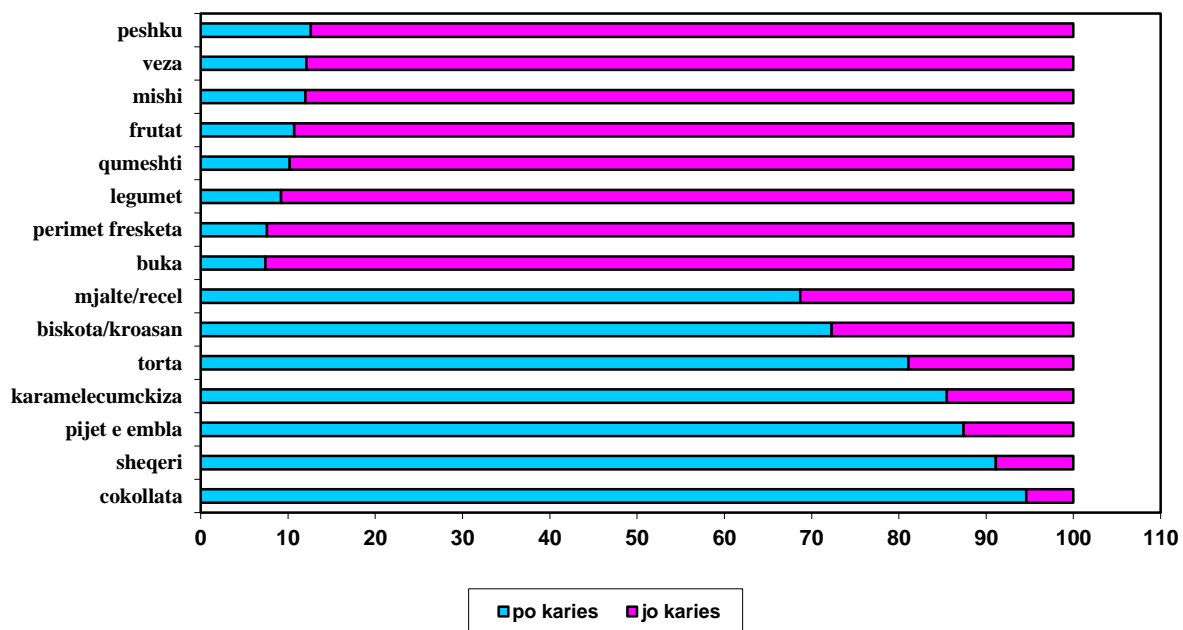
Tabela 29 Shpeshtësia e përdorimit të pijeve me gaz

	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca kumulative
KURRE	34	7.0	7.1
RRALLE	267	55.2	63.0
SHPESH	142	29.3	92.7
RREGULLISHT	35	7.2	100.0
Mungojnë të dhënat	6	1.2	
TOTALI	484	100.0	

Pyetësorët e fëmijëve sollën të dhëna edhe përsa përket higjenës së tyre orale, si dhe ushqimeve që fëmijët i mendojnë si shkaktarë të kariesit. Rreth 85.5 % e fëmijëve pranojnë se i lajnë dhëmbët 1-2 herë/ditë kundrejt 14.5% të atyre që nuk i lajnë ose i lajnë më pak se 1herë/ditë (Diagrama 11).

Diagrama 11 Shpeshtësia e larjes së dhëmbëve tek fëmijët.

Në bazë të listës së ushqimeve më të përzgjedhura si shkaktarë të kariesit dentar fëmijët tregojnë se kanë njohuri të sakta përsa i përket faktorëve që shkaktojnë prishjen e dhëmbëve duke renditur si shkaktarët kryesore çokllatat, sheqerin, pijet e ëmbla, tortat, kroasanët, reçelrat, etj (Diagrama 12)

Diagrama 12 Frekuenca e ushqimeve sipas shkallës së shkaktimit të kariesit

C. PERCEPTIMI I PAMJES TRUPORE.

Në vijim janë paraqitur perceptimet e fëmijëve lidhur me pamjen e tyre trupore bazuar në 7 (shtatë) figura të ndryshme që i'u tregua çdo fëmije për të krahasuar pamjen e vet me një prej këtyre figurave që ai/ajo i ngjasonte më shumë. (Anex 1. Pyetësori i fëmijës)

Tabela 30 Numri, mesatarja, mediana dhe SD i perceptimit të imazhit të tyre trupor, sipas fëmijëve.

		Cila prej figurave është e ngjashme me ty	Cilës prej figurave do të doje ti ngjaje
Nr	Nr. fëmijëve	491	489
	Mungojnë të dhënat	29	31
Mean		4.45	4.48
Median		5.00	5.00
Std. Deviation		1.241	1.254

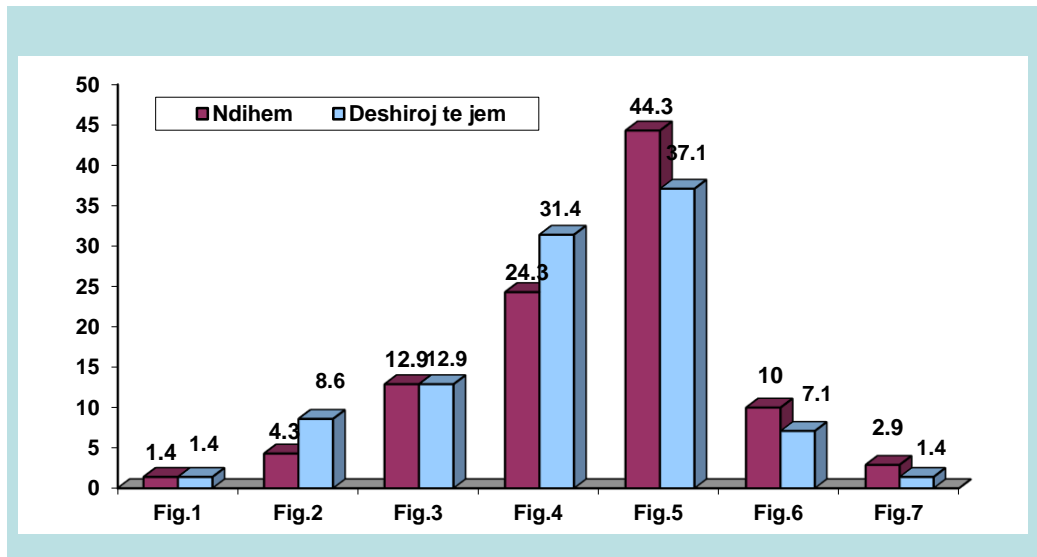
Fëmijët kanë një perceptim të saktë të pamjes së tyre trupore. Rreth 87% e fëmijëve obezë raportojnë se edhe vetëndihen të tillë, ndërsa 12.5% e tyre mendojnë se janë mbipeshë. Ndërsa mes fëmijëve mbipeshë rreth gjysma e tyre (47%) e konsiderojnë veten të tillë kundrejt 10.4% që mendojnë se janë normal dhe rreth 33% mendojnë se janë obezë. (Tabela 31)

Tabela 31. Vlerësimi i imazhit trupor të fëmijëve sipas treguesit të masës së tyre trupore, BMI.

BMI	Kush prej figurave është e ngjashme me ty?							Total
	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7	
	Nën-peshë ë III	Nën-peshë II	Nën-peshë I	Normal	Mbipeshë I	Obezë I	Obezë II	
Mbipeshë	0	0	7	8	36	22	4	77
	,0%	,0%	9,1%	10,4%	46,8%	28,6%	5,2%	100,0%
	,0%	,0%	9,0%	7,9%	18,7%	29,3%	28,6%	15,7%
Obezë	0	0	0	0	2	11	3	16
	,0%	,0%	,0%	,0%	12,5%	68,8%	18,8%	100,0%
	,0%	,0%	,0%	,0%	1,0%	14,7%	21,4%	3,3%
Nën-peshë ose normal	13	17	71	93	155	42	7	398
	3,3%	4,3%	17,8%	23,4%	38,9%	10,6%	1,8%	100,0%
	100,0%	100,0%	91,0%	92,1%	80,3%	56,0%	50,0%	81,1%
Total		13	17	78	101	193	75	14
		2,6%	3,5%	15,9%	20,6%	39,3%	15,3%	2,9%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

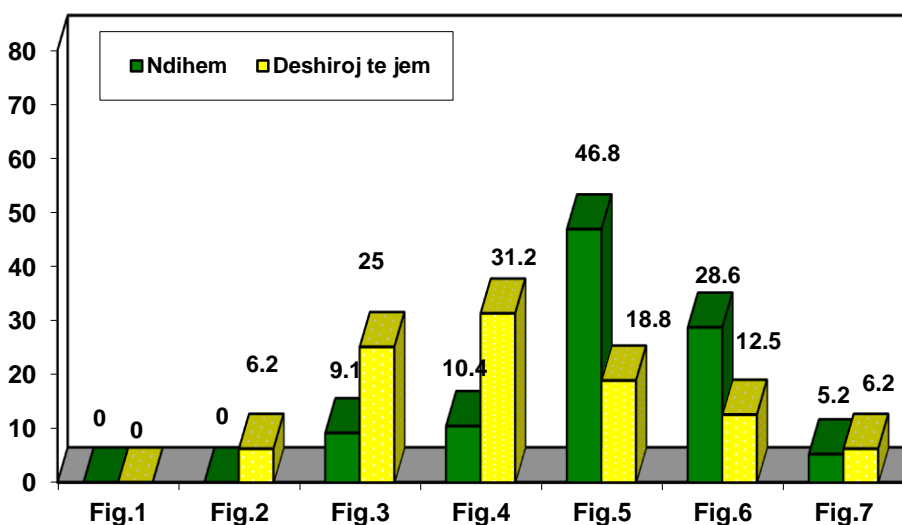
Gjithashtu vihet re se ata nuk ndihen mirë me pamjen e tyre dhe do të dëshironin ta përmirësonin atë. Kështu fëmijët mbipeshë dëshirojnë në 31.4% të tyre të jenë normal, 12.9% duan të jenë të dobët, 8.6% të jenë shumë të dobët, por ka edhe nga që ata duan të mbeten ashtu si janë (37.1%) ndërkohë që rreth 13% duan të jenë më të shëndoshë seç janë. (Diagrama 13)

Diagrama13 Perceptimi i imazhit trupor tek fëmijët mbipeshë.



Fëmijët obezë gjithashtu dëshirojnë të jenë nga shumë të dobët në të dobët (31.2 %). Ka edhe nga ata që ndihen mirë të ruajnë të njëjtën gjendje (12.5%) ose të dobësohen pak (pra mbipeshë13.8%). E rëndësishme është që 3 në 5 fëmijë obezë duan të ndryshojnë pamjen e tyre trupore drejt një gjendje më të përmirësuar.(Diagrama14)

Diagrama 14 Perceptimi i pamjes trupore tek fëmijët obezë.



D. KARAKTERISTIKAT SOCIO-EKONOMIKE DHE STRUKTURA E FAMILJES

Sjelljet ushqimore kushtëzohen në mënyrë të drejtpërdrejtë nga modeli kulturor ku ato ndërfiten dhe zbatohen. Karakteristikat e prindërve konsiderohen sot si faktorë përcaktues në patologjinë e obezitetit tek fëmijët e moshës në zhvillim. Studime të ndryshme kanë vënë në dukje rolin primar jo vetëm të sjelljes ushqimore të prindërve, por edhe të gjendjes së tyre nutricionale në mbivendosjen e obezitetit tek fëmijët.

Në bazë të këtyre konsideratave, në studimin tonë u përfshinë edhe disa variabëla socio-ekonomike të familjeve të fëmijëve në studim. (Tabela 32)

U ftuan të plotësojnë pyetësorët 520 prindër nga të cilët pranuan të bashkëpunojnë 484 prindër (93%) si më poshtë:

Tabela 32 Disa variabëla socio-ekonomike të familjeve të fëmijëve në studim

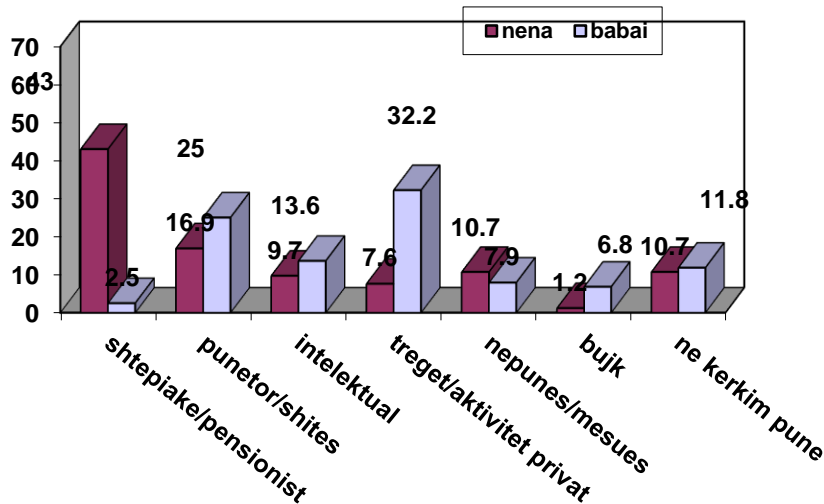
Kush e plotëson pyetësorin		
Nëna	71.1%	
Babai	27.9%	
Tjetër	1.0 %	
Totali	100%	
Zona		
Qytet -	349 (72.1%)	
Fshat -	135 (27.9%)	
Totali	100%	
Mosha		
	Babai	Nëna
Më pak se 30 vjec	1.9%	12.2 %
Midis 30-39 vjec	37.6 %	66.5 %
Midis 40-49 vjec	56.8 %	20.2 %
Mbi 50 vjec	3.5 %	1.0%
Totali	100%	100%
Niveli i arsimimit		
	Babai	Nëna
Filllore	9.9 %	14.9%
Kurse profesionale	7.2 %	6.0%
Arsimi I mesëm	61.8 %	60.1%
Arsim i lartë	17.8 %	17.4%
Specializime pasuniversitare	3.1%	1.7%
Totali	100%	100%

Familja tip që paraqitet sot është ajo e karakterizuar nga 2 fëmijë (45.2% e familjeve) ose 3 fëmijë (25.2%), me një moshë relativisht të re, nivel mesatar arsimimi dhe një status civil të martuar (95.7%).

Analiza e profesioneve të prindërve tregon një nivel socio-ekonomik midis i ulët dhe mesatar. Vihet re një nivel i lartë i nënave shtëpiake (43.0%). Është pothuajse i njëjtë numri i të dy prindërve që janë në kërkim të një pune (rreth 11-12% e tyre). Profesione më shpesh të ushtruara nga baballarët janë tregëtar/aktiviteti privat

(32.3%) dhe *punëtor ose shitës* (25 %), ndërsa nga nënat *punëtore/shitëse* (16.9%) dhe *mësuese / nënpunës* (10.7%).

Diagrama15 Profesionet e prindërve sipas kategorive të punës.

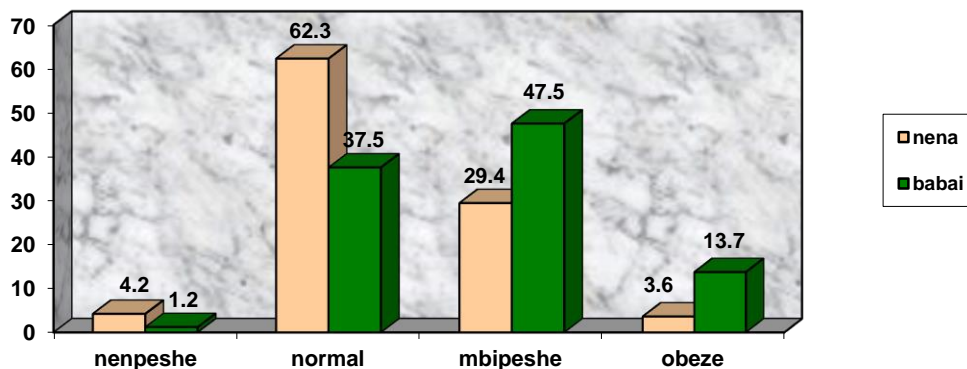


Të dhënave mbi antropometrinë i'u janë përgjigjur 270 prindër (190 nëna dhe 80 baballarë) ose 56 % e prindërve.

Në bazë të peshës dhe gjatësisë së referuar, u bë e mundur përlogaritja e treguesit të masës së tyre trupore (BMI). Nga analiza e të dhënave rezultoi rreth 1/2 e baballarëve mbipeshë nga të cilët 13.7% obezë. Më pak shqetësuese paraqiten të dhënat për nënat ku rreth 62.3% janë normal, dhe 29.4 % janë mbipeshë nga të cilat vetëm 3.6% paraqiten obezë.

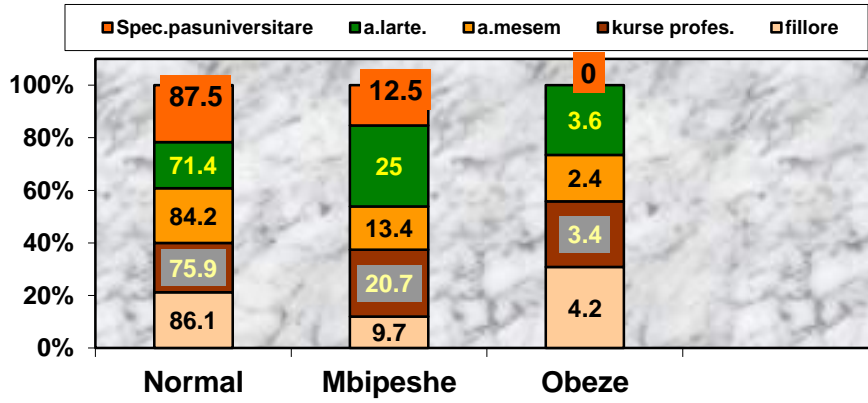
Do të ishte më shumë vlerë një korrelacion i gjendjes nutricionalë të fëmijëve në raport me atë të prindërve të tyre, por mungesa e të dhënave antropometrike të mbi 45% të prindërve e bëri të pamundur këtë informacion.

Diagrama16 Frekuenca e prindërve (%) në bazë të BMI-së së autoreferuar.



Vihet re një % më e lartë e fëmijëve mbipeshë dhe obezë me nëna me gradë të lartë arsimimi (respektivisht 25% dhe 3%) në raport me fëmijët e nënave me arsim postuniversitar ku shifrat shkojnë përkatësisht 12.5% fëmijë mbipeshë dhe asnjë fëmijë obezë.(Diagrama17)

Diagrama17. Shpërndarja e gjendjes nutricionale të fëmijëve sipas shkallës së arsimimit të nënës.



E. VLERËSIMI I ZAKONEVE USHQYESE DHE KONSUMI USHQIMOR I FËMIJËVE, SIPAS PRINDËRVE

Lidhur me mënyrën e ushqyerjes së fëmijës gjatë vitit të parë të jetës 94.6 % e prindërve pohojnë se *fëmija i tyre është ushqyer me gji*, prej të cilëve rreth 83% e tyre janë në peshë normale dhe 14.4% mbipeshë, ndërsa vihet re një lidhje sinjifikante e mbipeshës me fëmijët e paushqyer me gji ($p < 0.05$)

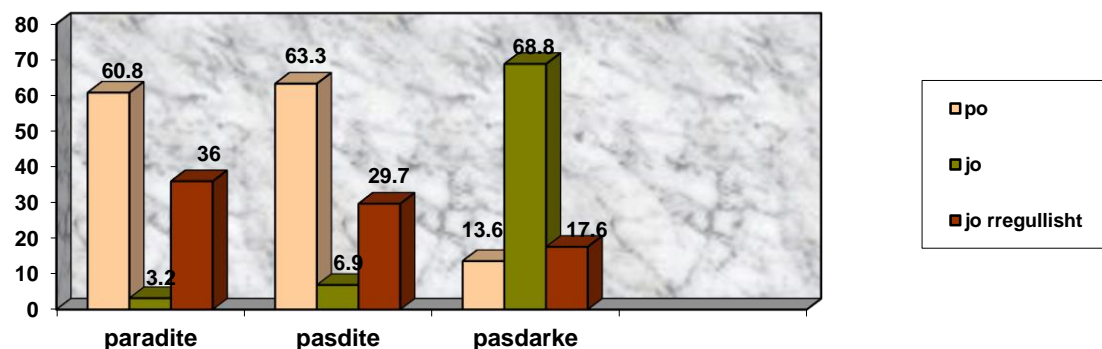
Tabela 33 Ushqyerja me gji sipas gjendjes nutricionalë të fëmijëve.

Fëmija juaj është ushqyer me qumësht gjiri.		BMI e fëmijëve			Totali
		Mbipeshë	Obezë	Normal	
PO		66 (14.4%)	12 (2.6%)	380(82.8%)	458 (100.0%)
JO		8 (30.8%)	2 (7.7 %)	16 (61.5%)	26 (100.0%)
Totali		74 (15.3%)	14 (2.9%)	369 (81.8%)	484 (100.0%)

$P < 0.05$

Përsa i përket ditës ushqimore të fëmijës, të referuar në pyetësoret e prindërve vihet re një shpërndarje konsumit në 5 vakte mëngjes, paradite, drekë, pasdite dhe darkë. Diagrama 18 paraqet më qartë këtë shpërndarje sipas frekuencës për 3 vaktet e ndërmjetëm, pasi dreka dhe darka konsumoheshin thuajse nga të gjithë fëmijët.

Diagrama 18. Shpërndarja e konsumit sipas vakteve



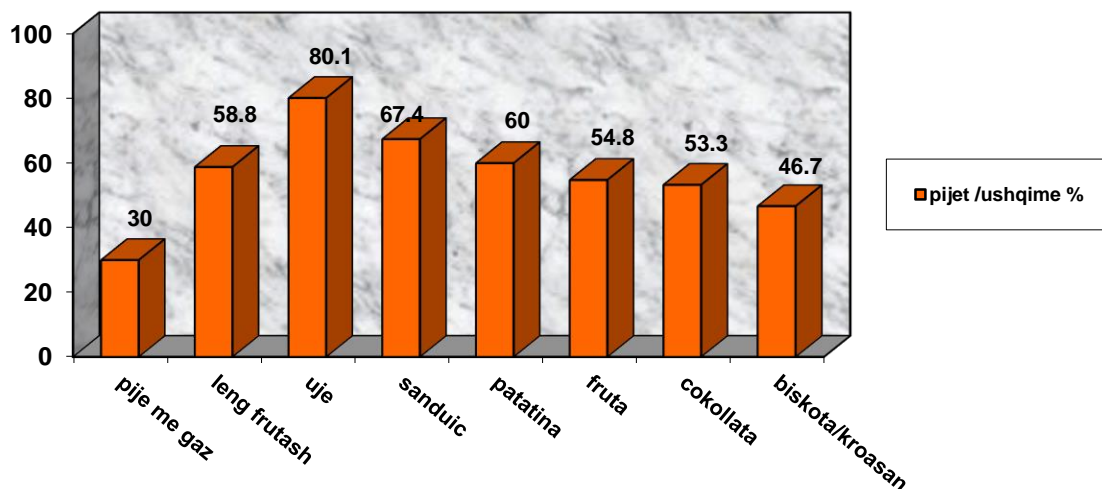
Një dukuri tjetër që bie në sy është numri i lartë i fëmijëve (një në pesë fëmijë) që nuk hanë mëngjes (19.2%) duke qënë se mëngjesi është një nga vaktet më të rëndësishëm për fëmijët, me anë të të cilit ata duhet të sigurojnë rreth 20-25 % të nevojave të tyre

energjete. Ushqimet më të konsumueshme gjatë mëngjesit janë qumeshti (82.8%), veza e sallami (80.2%), frutat (73.6%), lengjet e frutave (71.6%), buka dhe prodhime

furre të ëmbla (69.6%), djathi gjalpi (67%). Pjesa më e madhe e fëmijëve e shoqërojnë mëngjesin edhe me konsum uji (79%).

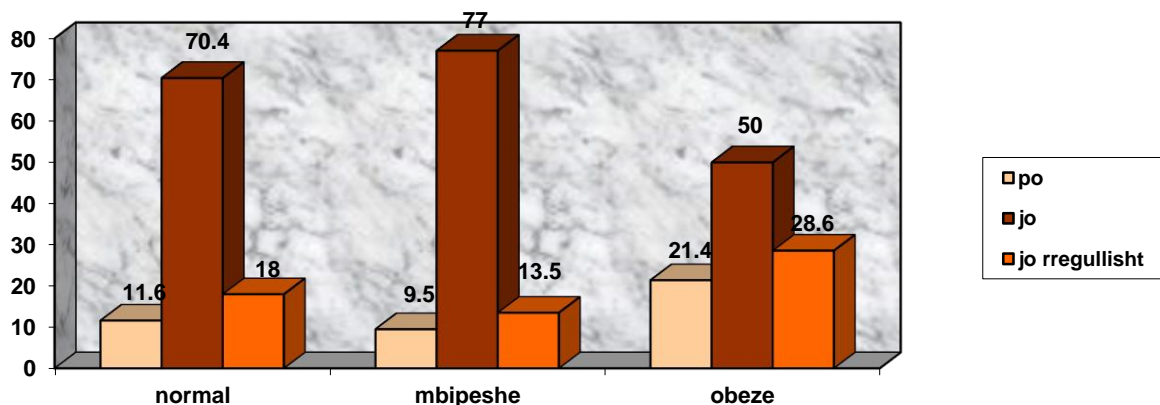
Ushqime në shkollë konsumojnë rregullisht 6.8 % e fëmijëve, jo rregullisht 34.7% e tyre. Vihet re një situatë e ngjashme konsumi i ushqimeve të shëndeteshme me ato të pasëndeteshme. (Diagrama 19)

Diagrama 19. Frekuenca e konsumit të ushqimeve dhe pijeve në shkollë (%).



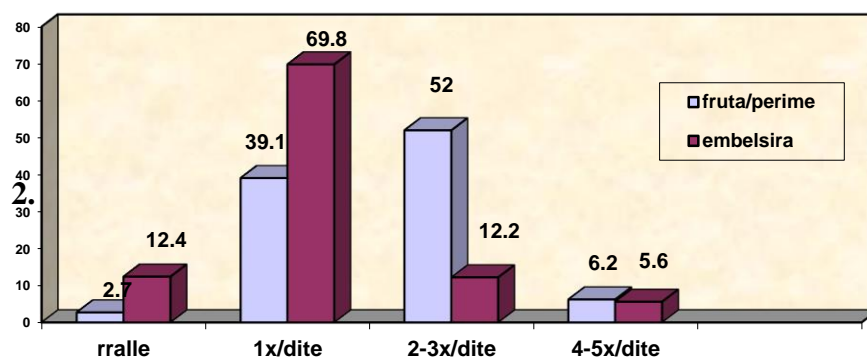
Fëmijët obezë konsumojnë më shpesh ushqime pasdarke (21.4% se fëmijët mbipeshë (9.55) dhe ata normalë (11.6%) ($p < 0.05$). Ndërkohë në total rreth 11.6% e fëmijëve konsumojnë ushqim pas darke (Diagrama20)

Diagrama20. Relacioni midis frekuencës së konsumit pasdarke të fëmijëve (%) dhe gjendjes se tyre nutricionale.



Një analizë më e thellë u bë lidhur me konsumin e disa kategorive ushqimore (Diagrama 21) ku u vu re një konsum relativisht i kënaqshëm i frutave dhe perimeve, por një nivel i lartë i preferencave përëmbëlsira çdo ditë (69.6%) ose edhe dy tre herë në ditë (12.2%) (produkte këto të pasura me yndyrna dhe sheqerna).

Diagrama 21. Konsumi i fruta/perimeve dhe ëmbëlsirave tek fëmijët, i deklaruar nga prindërit



F. AKTIVITETI FIZIK DHE SPORTI

Zhvillimi i obezitetit tek fëmijët në zhvillim njih një gjenezë multifaktoriale, duke qenë rezultat i shumë shkaqeve, pak a shumë të njohur dhe që bashkëveprojnë midis tyre.

Për parandalimin e obezitetit, krahas një ushqyerjeje të ekuilibruar është shumë e rëndësishme edhe vendosja e një praktike të përditshme aktiviteti fizik. Në studimin tonë një ditë tipike përsa i përket aktivitetit motorik të fëmijës është llogaritur duke i kërkuar prindërve të ndajnë ditën e fëmijës së tyre në bazë të kohës që i kushtojnë pushimit, mësimit dhe aktivitetit fizik. (Diagrama)

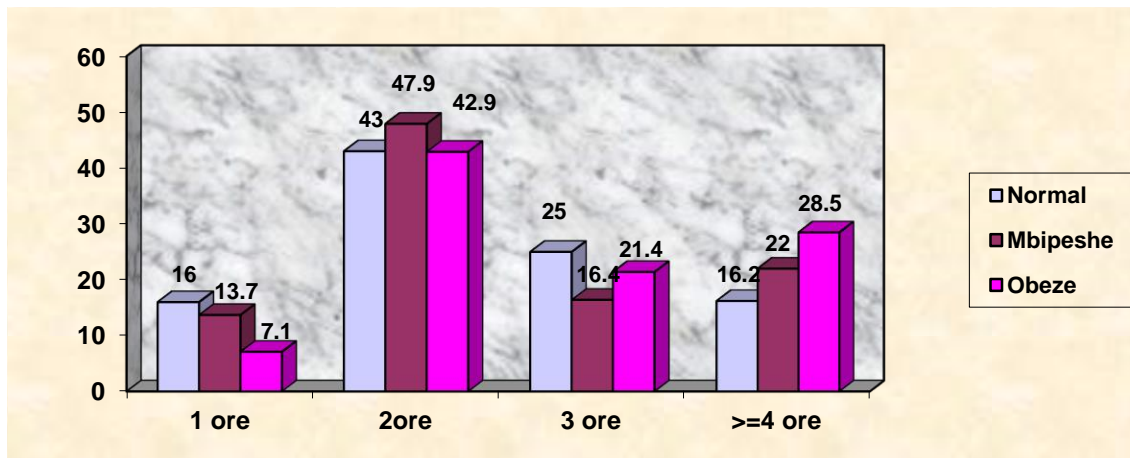
Me *aktivitet të lehtë* kemi parasysh kohën që fëmijët shpenzojnë për ngrënie, lexim, televizor, higjenë personale, playstation etj. Në aktivitet mesatar përfshihen ecje, lojra, bicikletë, gjimnastikë, vallëzim, etj. Dhe së fundi *aktiviteti intensiv* përfshin sportin e organizuar në skuadër.

Diagrama 22. Shpërndarja e aktivitetit gjatë ditës tek fëmijët.



Rritja e jetës sedentare të fëmijëve sot është meritë edhe e ekspozimit të gjatë përballë televizorit, videolojrave apo kompjuterit. Kështu pjesa më e madhe e fëmijëve qëndron mesatarisht 2 orë para televizorit, por vihet re se fëmijët mbipeshë dhe obezë e shfrytëzojnë këtë mjet për një kohë më të gjatë ($p < 0.05$) se 3-4 orë ose më shumë (Diagrama 23)

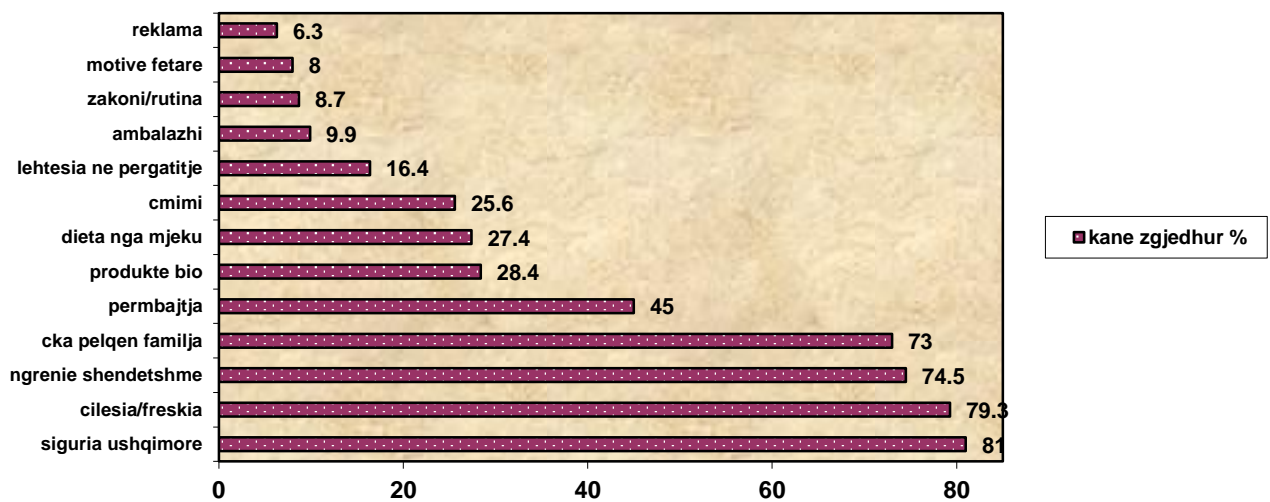
Diagrama 23. Lidhja midis gjendjes nutricionale të fëmijëve dhe orëve para televizorit.



G. FAKTORËT QË PËRCAKTOJNË ZGJEDHJET USHQIMORE DHE BARRIERAT PËR NJEË “USHQYERJE TË SHËNDETSHME”.

Në përgjithësi prindërit përpiqen që t’u zgjedhin fëmijëve të tyre ushqime të sigurta, cilësore dhe të freskëta, të shëndetshme duke u përpjekur të përputhen edhe me dëshirat etyre.

Diagrama 24. Faktorët që ndikojnë zgjedhjet ushqimore të prindërve



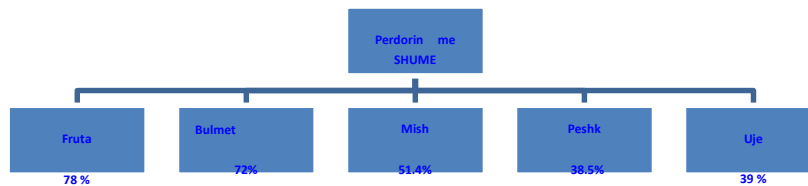
Pas lindjes së një fëmije, shumë prindër tentojnë të ndryshojnë mënyrën e të ushqyerit në familje me qëllim përshtatjen dhe përmirësimin e saj në funksion të mirërritjes së tij. I dukshëm është ky ndryshim veçanërisht në reduktimin e konsumit të yndyrnave, ushqimeve të pasura me glucide si dhe ushqimet e konservuara. Një në katër familje bën kujdes edhe për përdorimin e kripës. (Diagrama 25)

Diagrama 25. Tendencat e pakësimit të konsumit ushqimor, pas lindjes së fëmijës në familje.



Vëmendje i kushtohet edhe rritjes së disa ushqimeve që mendohet se janë të shëndetshme dhe të nevojshme për mirëritjen e fëmijës së tyre. Fokus të veçantë merr rritja e konsumit të frutave (78%), qumështit dhe nënprodukteve të tij (72%), mishit peshkut e ujit. (Diagrama 26)

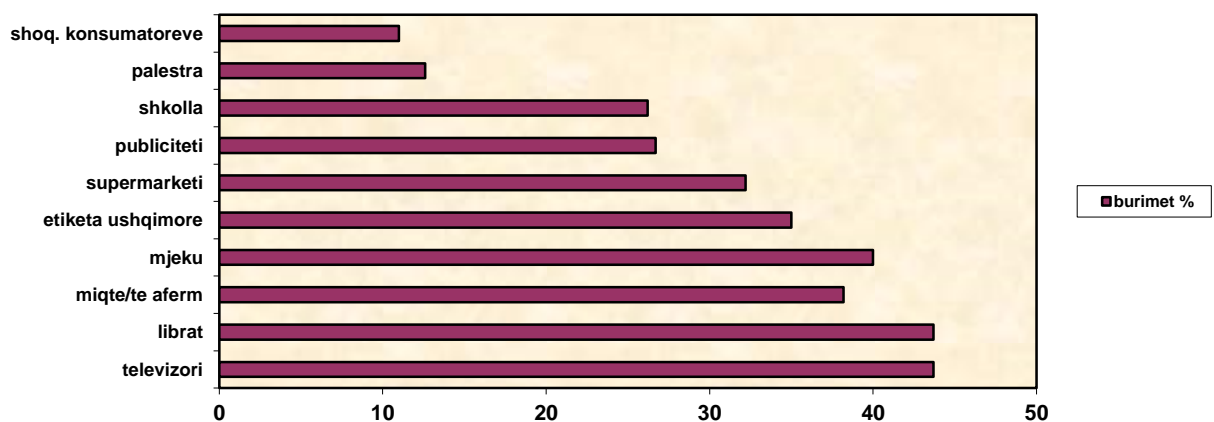
Diagrama 26. Tendencat e rritjes së konsumit ushqimor, pas lindjes së fëmijës në familje.



Prindërit nuk hezitojnë të pohojnë edhe vështirësitë për një ushqyerje të shëndetshme në familjet e tyre. Kështu *oraret e parregullta të shkollës e punës* (59%) është pengesa më e shpeshtë e ndjekur *çmimi i ushqimeve të shëndetshme* (40.7%), nga *preferencat e ndryshme në familje* (32.4%), *jeta shumë e ngarkuar më pak kohë për gatim* (31.6%), *koha e gjatë për përgatitjen e ushqimit* (17%), *ushqimet cilësore prishen shpejt* (16%), *njohuritë e pakta mbi ushqyerjen e shëndetshme* (9 %).

Atyre nuk ju mungojnë burimet e informimit mbi ushqyerjen, duke filluar së pari nga televizioni dhe librat (44%), mjeku e punonjësi shëndetësor (40%), miqtë e të afërmit (38%), etiketa ushqimore (35%), publiciteti deri tek shkolla dhe së fundi me një ndikim minimal shoqatat e konsumatorëve (11%). Megjithatë mbetet për t'u parë cilësia e informacionit si dhe pozicioni i këtyre burimeve përsa i përket rolit të tyre primar në informimin dhe edukimin nutritional. (Diagrama 27)

Diagrama 27. Burimet kryesore të informacionit për familjet në fushën e ushqyerjes



Për përgatitjen e ushqimit në shtëpi vazhdon tradita shqiptare e rolit primar të nënës në këtë angazhim. Në 85% të rasteve është ajo që gatuan në familje, e ndjekur nga

gjyshja 8 %, kush të jetë 4.8 %, motra ose vëllai 1.4% dhe së fundi me një angazhim shumë modest gjendet babai 0.6 %.

Gjithë familja mbledhet për të ngrënë *vaktin së bashku* më së shumti në *darkë* (58%) e ndjekur nga *ditët e pushimit* (27%) dhe *dreka* (11%). *Mëngjesi* është vakti më pak i konsumuar së bashku (4%).

Tabela 34 Frekuenca e ngrënies së bashku në familje.

VAKTET	Frekuenca	Frekuenca %	Frekuenca Kumulative
DITË	130	26.9	26.9
PUSHIMI			
MËNGJES	21	4.3	31.3
DREKË	52	10.7	42.0
DARKË	280	57.9	100.0
Totali	484	100.0	

Darka shoqërohet me televizorin *shpesh ndezur* në 58.8 % të familjeve, *rrallë në* 33.5 % dhe vetëm 7.6 % e tyre e kanë *të fikur* gjatë darkes.

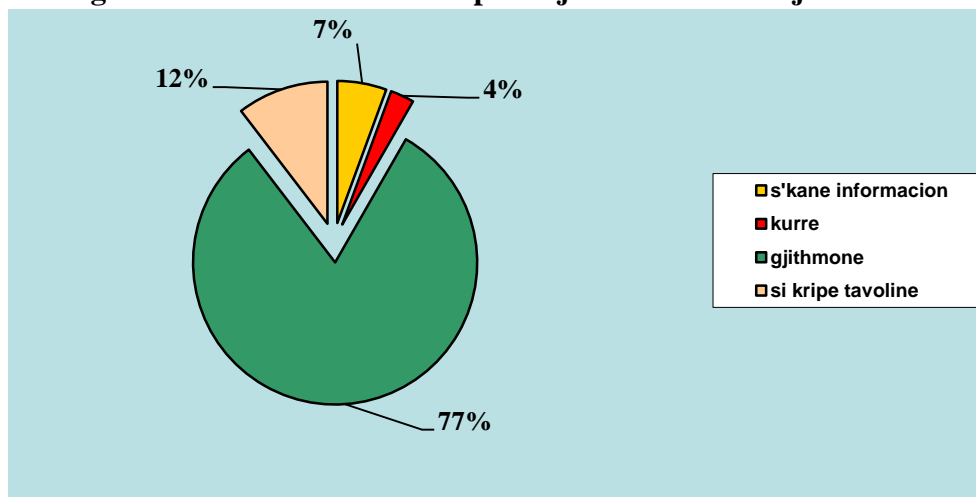
Prindërit japin gjykimin e tyre lidhur me imazhin trupor të fëmijës së tyre por nuk ngurrojnë të pohojnë se do të donin të ishte një imazh tjetër. Preferenca e tyre është me një prirje drejt një figure më lart se ajo çka fëmijët janë realisht, ndryshe edhe nga çka fëmijët dëshironin të ishin. Tabela 23 dhe 24)

Lidhur me përdorimin e kripës së jodizuar në familje 6.75% e prindërve *nuk kanë dëgjuar kurrë të flitet për të*, 3.8% *nuk e përdorin fare*, ndërsa *përdoret gjithmonë* në 77.5% të familjeve shqiptare dhe *vetëm si kripë tavolinë* në 11.9% të tyre.

Tabela 35. Shpeshësia e përdorimit i kripës të jodizuar në familje.

Përdorimi i kripës të jodizuar	Frekuenca	Frekuenca %	Frek. e vlefshme %	Frek. kumulative
Gjithmonë	391	80.8	81.3	81.3
Vetëm në tavolinë, jo për gatim	50	10.3	10.4	91.7
S'kam dëgjuar kurrë të flitet për të	27	5.6	5.6	97.3
Asnjëherë	13	2.7	2.7	100.0
Total	481	99.4	100.0	
Mungojnë të dhënat	3	.6		
Totali	484	100.0		

Diagrama 28. Përdorimi i kripës të jodizuar në familje



Pjesa më e madhe e familjeve konsumojnë kryesisht yndyrna bimore (85.1%) dhe më pak se 15% e tyre (një në gjashtë familje) përdorin kryesisht yndyrnat shtazore

Tabela 36. Përdorimi kryesisht yndyrna bimore në kuzhinë

Yndyrna bimore	Frekuenca	Frekuenca %	Frek. e vlefshme %	Frek. Cumulative
Për gatim	382	78.9	79.1	79.1
Për konsum të freskët	29	6.0	6.0	85.1
Nuk l përdor	72	14.9	14.9	100.0
Total	483	99.8	100.0	
Mungojnë të dhënat	1	.2		
Totali	484	100.0		

H. PERCEPTIMI I IMAZHIT TRUPOR TË FMËIJËVE SIPAS PRINDËRVE

Prindërit japin gjykimin e tyre lidhur me imazhin trupor të fëmijës së tyre por nuk ngurrojnë të pohojnë se do të donin që fëmija e tyre të ishte një imazh tjetër. Preferenca e tyre është me një prirje drejt një figure më lart (drejt mbipeshës) se ajo çka fëmijët janë realisht, ndryshe edhe nga çka fëmijët dëshironin të ishin. Kështu mediana e perceptimit të imazhit (4.59) është më e ulët se mediana e imazhit të dëshiruar nga prindërit (4.75). (Tabela 37)

Tabela 37. Numri, mesatarja, mediana dhe SD i perceptimit të imazhit të fëmijëve nga ana e prindërve

		Cila prej figurave është e ngjashme me fëmijën tuaj	Cilës prej figurave do të doje ti ngjante
N	Nr raportimeve	482	482
	Mungojnë të dhënat	2	3
Mean		4.59	4.75
Median		5.00	5.00
Std. Deviation		1.231	1.159

Tabelat në vijim japin të dhënat e detajuara të perceptimit dhe dëshirës së prindërve për fëmijën e tyre.

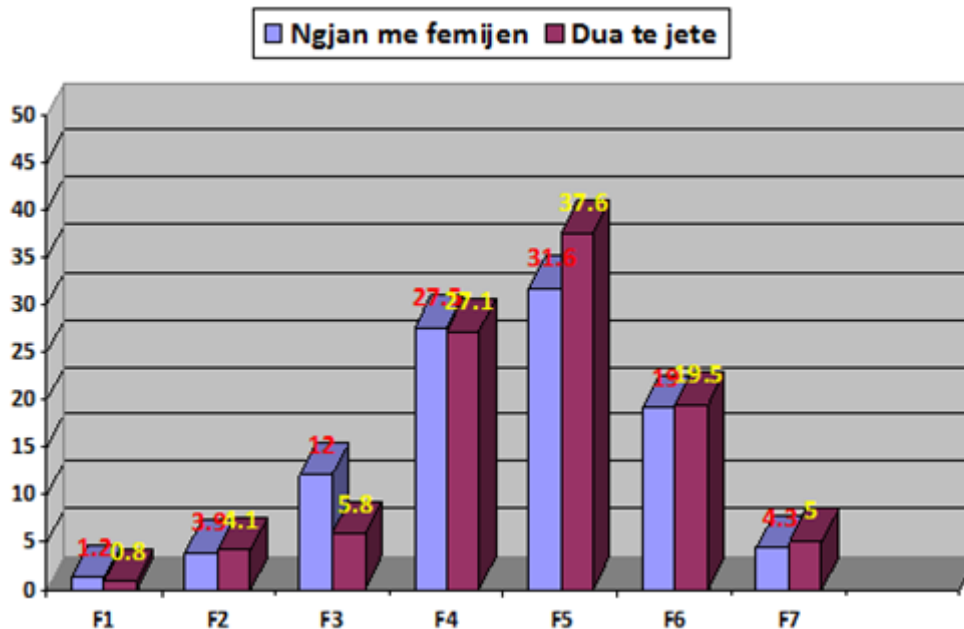
Tabela 38. Cila prej figurave është e ngjashme me fëmijën tuaj.

Figura nr.	Frekuenca	Frekuenca %	Frek. e vlefshme %	Frek. Kumulative
F1	6	1.2	1.2	1.2
F2	19	3.9	3.9	5.2
F3	58	12.0	12.0	17.2
F4	133	27.5	27.6	44.8
F5	153	31.6	31.7	76.6
F6	92	19.0	19.1	95.6
F7	21	4.3	4.4	100.0
Total	482	99.6	100.0	
Mungojnë të dhënat	2	.4		
Totali	484	100.0		

Tabela 39 Cilës prej figurave do të doje ti ngjante fëmija juaj

Figura nr.	Frekuenca	Frekuenca %	Frek. e vlefshme %	Frek. kumulative
F1	4	.8	.8	.8
F2	20	4.1	4.1	5.0
F3	28	5.8	5.8	10.8
F4	131	27.1	27.2	38.0
F5	181	37.4	37.6	75.5
F6	94	19.4	19.5	95.0
F7	24	5.0	5.0	100.0
Total	482	99.6	100.0	
Mungojne te dhenat	2	.4		
Totali	484	100.0		

Diagrama 29. Perceptimi i imazhit trupor sipas prindit



9. Përfundime

Të dhënat tona evidentuan se **15.2%** e fëmijeve janë mbi peshë dhe **3.1%** janë obezë, dhe sipas grup-moshave të marra në studim për fëmijët 11 vjeç rezultoi **12.5%** mbipeshë dhe **2.3%** obezë për fëmijet 13 vjeç rezultoi **20.3%** mbipeshë dhe **4.2%** obezë, ndërsa mosha 15 vjeç kishte **11.8%** mbipeshë dhe **2.5%** obezë. Prevalenca e mbipeshës është dukshëm më e lartë në qytet (18.5%) sesa në fshat (7.6%), tek meshkujt në raport me femrat dhe në shkollat jo publike (23.3%) në raport me ato publike (14.1%). Po kështu ndërsa obeziteti u ndesh dukshëm më shumë tek djemtë (5,0%) sesa tek vajzat (1,1%).

Duke e krahasuar me prevalencën e shteteve të EU sot, rezultatet e këtij studimi treguan se *mbipeshja dhe obeziteti në vendin tonë janë tashmë një problem evident i shëndetit publik*, si për efektet potenciale, nëse mendojmë lidhjen me zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare, ashtu edhe për ato psikike, ndërmjet të cilave përjashtimi i mundshëm nga grupi shoqëror apo humbja e vetëvlerësimit, që mund të provokojnë. Jemi të vetëdijshëm që në këtë fazë delikate, veprime korrigjuese si mbajtja e një diete kufizuese ndaj mbipeshës, mund t'i ekspozojnë ndaj disa risqeve potenciale si zhvillimi i irritimit, probleme të përqendrimit dhe të gjumit, deri në vonesa në zhvillim.

Studimi tregoi se si fëmijët prezantojnë, përgjithësisht, njohuri të mira në fushën e ushqyerjes, duke njohur në mënyrë korrekte ushqimet me vlera të larta ushqyese, në krahasim me ato me më pak vlera ushqyese. Të njëjtët fëmijë shprehin qartë preferencat se nga të "mësojnë mbi ushqyerjen", duke zgjedhur mënyra që bazohen në pjesëmarrjen aktive si kurset e kuzhinës në shkollë, materiale shkollore, vizita në ndërmarje prodhuese.

Një dukuri tjetër që bie në sy është numri i lartë i fëmijëve që nuk hanë mëngjes duke qenë se mëngjesi është një nga vaktet më të rëndësishëm për fëmijët, me anën e të cilit ata duhet të sigurojnë rreth 20-25 % të nevojave të tyre energjetike. Ndaj ushqimeve jo të shëndetshme, vihet re një numër më i ulët i fëmijëve që i pranojnë ato si të tilla në raport me ushqimet e shëndetshme. Por është e paqartë nëse kjo vjen nga padija apo dëshira (tundimi) për të konsumuar këto kategori ushqimesh

Në përzgjedhjen e ushqimit rreth 72% e fëmijëve vënë si faktorët më të rëndësishëm *shijen* dhe *pastaj familjen/prindërit (59%)*. Faktori *shije* shpjegon në një farë mase edhe vështirësinë për këta fëmijë të kategorizimit të ushqimeve jo të shëndetshme. Rreth 37% janë të tërhequr nga surprizat dhe, më pak se 36 % nga reklamat ushqimore. Interesant është ndikimi i pakët i shokëve dhe miqve në zgjedhjet e tyre konsumative (17%).

Duke analizuar mënyrën në të cilën fëmijet organizojnë ditën e tyre, është parë se si televizioni dhe kompjuteri zënë aktualisht pjesën më të madhe të kohës, në dëm të lojrave aktive ose praktikave sportive, elemente këto thelbësore për rritjen e vetëvlerësimit dhe kënaqësisë për trupin. pjesa më e madhe e fëmijëve në studimin tonë (14 % qëndrojnë mesatarisht 1 orë para TV, 40 % qëndron mesatarisht 2 orë dhe

mbi 45% qëndrojnë mbi 3 orë para televizorit). Fëmijët mbipeshë dhe obezë e shfrytëzojnë këtë mjet për një kohë më të gjatë.

Përdorja me tepriçë e këtyre mënyrave pasive shoqërohet, më pas, me ekspozimin ndaj spoteve publicitare të produkteve të ndryshëm ushqimor (prodhime të ëmbla ose të sheqerosura, që bien ndesh me një ushqyerje të ekuilibruar dhe të rekomanduar sot nga organizma të ndryshëm shkencore) si dhe me marrjen e ushqimeve hiperkalorike; ky kombinim faktorësh, edhe për popullatën e marrë në studim, rezultoi në rëndësishëm për vlerën e mbipeshës dhe obezitetit të gjetur, me pasoja që mendohet se shtohen me kalimin në moshën e adoleshencës.

Fëmijët janë cilësisht të ndërgjegjshëm për imazhin e tyre trupor dhe nuk hezitojnë të shprehin pakënaqësinë dhe dëshirën për ta ndryshuar këtë imazh, e dukshme kjo veçanërisht për fëmijët mbipeshë apo obezë.

Ndryshe nga fëmijët prindërit japin gjykimin e tyre lidhur me imazhin trupor të fëmijës së tyre por pohojnë se do të donin që fëmija e tyre të ishte një imazh tjetër. Preferenca e tyre është me një prirje drejt një figure më lart (drejt mbipeshës) se ajo çka fëmijët janë realisht, ndryshe edhe nga çka fëmijët dëshironin të ishin. Kështu mediana e perceptimit të imazhit (4.59) është më e ulët se mediana e imazhit të dëshiruar nga prindërit.

Ata raportojnë një përkujdesje të kënaqshme përsa i përket higjienës së tyre orale dhe njohuri shumë të mira lidhur me ushqimet që shkaktojnë kariesin dentar.

Gjendja nutricional e fëmijëve influencohet direkt nga ajo e prindërve. Ndryshe nga tendenca europiane ku fëmijët me prindër me shkallë të lartë arsimimi kanë një përkujdesje më të madhe ndaj problemit të mbipeshës, studimi ynë tregon se fëmijët mbipeshë ose obezë vijnë më së shumti nga kjo kategori prindërisht, megjithëse në zgjedhjet ushqimore ata udhëhiqen nga parime të drejta për një ushqyerje të ekuilibruar. Përfundimisht bën shtresa me arsimim postuniversitar e nënave).

Po kështu prindërit përpiqen që t'u zgjedhin fëmijëve të tyre ushqime të sigurt, cilësore dhe të freskëta, të shëndetshme duke u përpjekur të përputhen edhe me dëshirat e tyre, duke shfrytëzuar edhe mjete të ndryshme informimi për një ushqyerje të shëndetshme për veten dhe familjen e tyre.

Prindërit kanë njohuri të mira në fushën e ushqyerjes dhe, gjithashtu dëshirojnë të jenë më të informuar. Por megjithë njohuritë e mira që zotërojnë, jo në të gjitha familjet vihet re një ushqyerje e shëndetshme dhe një aktivitet i kënaqshëm motorik. Nga mjetet më të rëndësishme që shërbejnë si burim informacioni nutricional për familjet, vihet re ndikimi shumë i pakët i shoqatës së konsumatoreve dhe shkollës në promovimin e njohurive në fushën e ushqyerjes.

Vihet re edhe tendenca e përmirësimit të mënyrës së ushqyerjes në familje, pas lindjes së një fëmije, e fokusuar kjo në reduktimin e konsumit të yndyrave, produkteve të sheqerosura apo me përmbajtje konservantesh dhe ngjyruarish, si dhe reduktimin e konsumit të kripës duke u përpjekur të rritin konsumin e frutave, bulmetit, mishit dhe peshkut.

Në familjet shqiptare nuk mungojnë edhe vështirësitë për një ushqyerje të shëndetshme. Kështu *oraret e parregullta të shkollës e punës* (59%) është pengesa më

e shpeshtë e ndjekur nga çmimi i ushqimeve të shëndetshme (40.7%), nga preferencat e ndryshmenë familje (32.4%), jeta shumë ngarkuar më pak kohë për gatim (31.6%), koha e gjatë për përgatitjen e ushqimit (17%), ushqimet cilësore prishen shpejt (16%), njohuritë e pakta mbi ushqyerjen e shëndetshme (9 %).

Për përgatitjen e ushqimit në shtëpi rolin primar në këtë angazhim e luan nëna, pasi në 85% të rasteve është ajo që gatuan në familje, e ndjekur nga gjyshja 8 %, me një angazhim shumë modest në fund gjendet babai 0.6 %.

Është kufizuar koha e të qenit bashkë në familje pasi gjithë familja mbledhet për të ngrënë vaktin së bashku më së shumti në darkë (58%) e ndjekur nga ditët e pushimit (27%) dhe dreka (11%).

Mëngjesi është vakti më pak i konsumuar së bashku (4%).

Njohja e modeleve ushqyese të ndjekura nga fëmijët dhe familjet e tyre (çfarë hanë, ku, kur) lejojnë të zhvillohen mbështetjet e duhura për shërbimet e tregëtimit dhe shpërndarjes së ushqimit në shkollë, edhe në lidhje me konsumin gjithnjë e më të madh të ushqimeve të gatshme, që gjenden kudo dhe janë të shijshëm. Zakonet ushqyese, në fakt, gjatë fëmijërisë luajnë një rol shumë të rëndësishëm jo vetëm për impaktin direkt mbi mirëqënien, rritjen dhe zhvillimin mendor, por edhe për ndikimin mbi gjendjen e shëndetit në moshë të rritur në të ardhmen. Sjelljet korrekte ushqyese në moshat e rritjes mund të kenë ndikim mbi parandalimin e sëmundjeve si në kohë të shkurtër (anemi, obezitet, mungesëhekuri, crregullime ushqimore dhe karies) ashtu edhe në kohë të mesme e të gjatë (sëmundje kardiovaskulare, tumore, infarkt, hipertension dhe osteoporozë).

Mbi të gjitha popullata shqiptare ka një sensibilizim shumë të fortë të problemit të mbipeshës dhe obezitetit. E tregon këtë edhe numri i lartë i pyetësorëve të rimbledhur (92.8% e pyetësorëve të shpërndarë) nga prindërit, si dhe impenjimi në plotësimin e tyre.

10. Rekomandime

Mënyra më efektive në kontrollin e mbipeshës dhe obezitetit në moshën në zhvillim, e në të ardhmen, të moshës adulte është parandalimi.(12)

Fëmijët konsiderohen popullata prioritare për strategjitë e parandalimit sepse, humbja në peshë në moshë të rritur është e vështirë dhe ekziston një numër më i madh ndërhyrjesh të rëndësishme për fëmijët se për të rriturit. Parandalimi mund të arrihet nëpërmjet ndërhyrjesh të ndryshme që kanë si target: mjedisin, aktivitetin fizik dhe dietën.(12)

Edhe në vendin tonë është e nevojshme një punë e koordinuar mes sektoreve për parandalimin, duke qenë obeziteti një sëmundje multifaktoriale për të cilën ndërhyrjet parandaluese duhet të vendosen në të gjithë faktorët shkaktues.

Në bazë të të gjitha këtyre që thamë më lart do të jetë e rëndësishme:

- Ushqimet fast dhe junk food, si dhe marketimi i tyre të mbahen larg mjediseve të fëmijëve.
- Të bëhet i mundur sigurimi i ujit të pijshëm, të rrjedhshëm e të sigurt në mjediset e fëmijëve.
- Të sigurohen mjedise të jashtme ku fëmijët të kenë mundësi të luajnë në ajër të pastër, si dhe kohë e mjaftueshme pushimi mes orëve për këto aktivitete.
- Të bëhet e mundur një infrastrukturë optimale rrugore për ecjen në këmbë apo me biçikletë për fëmijët nga shtëpia në shkollë e anasjelltas.
- Të rritet aktivizimi i fëmijëve në sporte të organizuara si elemente me përfitime të dukshme jo vetëm në zhvillimin organik por edhe në sjelljen sociale dhe pavarësinë e fëmijës.
- Në makinat automatike (veçanërisht në mjediset shkollore) të ofrohen ushqime të shëndetshme e të sigurta.
- Strukturat shtetërore të mos lejojnë reklamat/marketingun e ushqimeve me vlera të dobëta ushqimore apo ofrimin e tyre me çmim të ulur, veçanërisht për fëmijët.
- Të vlerësohet në mënyrë të vazhdueshme (nëpërmjet survejancave nutricionalë) gjendja nutricionalë e popullatës fëminore, si dhe të njihen modelet të ushqyerjes dhe të aktivitetit të tyre fizik;
- Profesionistët e shëndetit dhe institucionet shëndetësore duhet të përdorin ndikimin e tyre si zëdhënës të shëndetit në advokim e mjediseve me ushqim të shëndetshëm dhe aktivitetit fizik si elemente thelbësore për shëndet të mirë.
- Planifikimi dhe zbatimi i programeve ndërhyrëse në shkollat për përmirësimin e cilësisë ushqyese në shkollat ku ofrohet ushqim.
- Ndërhyrjet promovuese për ushqyerje të shëndetshme të fëmijëve, duhet të bien mbi sjelljet dhe jo mbi njohuritë e tyre.
- Të rritet shkalla e bashkëpunimit mes prindërve dhe shkollës për të krijuar ndryshime të qëndrueshme lidhur me një tip ushqyerjeje të shëndetshme për të gjithë familjen.
- Të forcohet roli i mjekut dhe stomatologut të shkollave si një element kyç për prindërit lidhur me shëndetin e fëmijes së tyre, duke përdorur raportimin e treguesve të tillë si raportimin e BMI-së apo higjenës orale të fëmijëve, në mënyrë periodike prindërve të tyre.

- Të kontrollohet dhe kufizohet koha e ndjekjes së televizorit apo ngrënia para televizorit/laptopit/celularit si masa po aq të rëndësishme sa edhe shtimi i aktivitetit fizik.
- Të promovohet konsumi i vaktit të mëngjesit.
- Trajtimi i obezitetit të fokusohet drejt promovimit të njëkohshëm për një ngrënie të shëndetshme dhe ushtrimi aktiviteti fizik optimal e sporte, larg dietave për humbje në peshë.

11. Bibliografia

Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics. Prevention of BIBLIOGRAFIA

1. Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112:424–430
2. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee: the Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *Am J Clin Nutr*. 1994;59:307–316.
3. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, DC: National Academies Press; 2005
4. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
5. Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity Nancy F. Krebs, MD, MSa, John H. Himes, PhD, MPHb, Dawn Jacobson, MD, MPHc, Theresa A. Nicklas, DrPHd, Patricia Guilday, RNe, Dennis Styne, MD , p 2.
6. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005;116 (1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e125
7. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr*. 2002;76: 653–658
8. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23(suppl2):S2–S11
9. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*. 2003;88:748–752
10. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005;116(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e125.
11. Childhood overweight and obesity on the rise. Commission on Ending Childhood Obesity <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>.
12. Vleresimi i obezitetit dhe mbipeshes ne moshen feminare. http://www.ishp.gov.al/multimedia/Vleresimi_%20i_%20Obezitetit_%20One_%20moshen_feminore_V2.pdf.
13. Adult Obesity Causes & Consequences <http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>.
14. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.
15. R. A. Waterland, Epigenetic epidemiology of obesity: Application of epigenomic technology, *Nutrition Review* 3s 66 (2008): S21–S23.

16. J. Wardle and coauthors, Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment, *American Journal of Clinical Nutrition* 87 (2008): 398–404.
17. C. M. Lindgren and M. I. McCarthy, Mechanisms of disease: Genetic insights into the etiology of type 2 diabetes and obesity, *Nature Clinical Practice. Endocrinology & Metabolism* 4 (2008): 156–163.
18. A. Newell and coauthors, Addressing the obesity epidemic: A genomics perspective, *Preventing Chronic Disease* 4 (2007): 1–6;
19. R. J. F. Loos and T. Rankinen, Gene-diet interactions on body weight changes, *Journal of the American Dietetic Association* 105 (2005): S29–S34;
20. S. Tholin and coauthors, Genetic and environmental influences on eating behavior: The Swedish Young Male Twins Study, *American Journal of Clinical Nutrition* 81 (2005): 564–569.
21. J. M. McCaffery and coauthors, Gene x environment interaction of vigorous exercise and body mass index among male Vietnam-era twins, *American Journal of Clinical Nutrition* 89 (2009): 1011–1018.
22. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015.
23. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006;Suppl 450:76–85.
24. Ending childhood obesity Report of the commission on ending childhood obesity. WHO 2016 www.who.int/end-childhood-obesity/en.
25. De Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257-64.
26. Popkin BM, Conde W, Hou N, Monteiro C. Is there a lag globally in overweight trends for children compared with adults? *Obesity (Silver Spring).* 2006;14:1846-53.
27. Obesity and overweight Fact sheet N°311 Updated January 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
28. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA.* 2012;307:483-90.
29. Centers for Disease Control and Prevention. NCHS Health EStat: Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. 2010. Accessed March 2, 2012.
30. Public Health Agency of Canada. Obesity in Canada: A Joint Report from the Public Health Agency of Canada and the Canadian Institute for Health Information; 2011:12-6
31. Lien N, Henriksen HB, Nymoen LL, Wind M, Klepp KI. Availability of data assessing the prevalence and trends of overweight and obesity among European adolescents. *Public Health Nutr.* 2010;13:1680-7.
32. Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev.* 2010;11:389-98.
33. World Health Organization / Europe. European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2010. Accessed March 6, 2012.
34. OBSH Childhood Obesity Surveillance Initiative Dr. João Breda, OBSH - Regional Office for Europe.

- http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ev20120209_co03_en.pdf.
- 35 Albania Demographic and Health Survey (2008-09 ADHS) <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR230/FR230>.
 - 36 Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
 - 37 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC, AICR, 2007.
 - 38 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl 1):4–104.
 - 39 *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ [accessed February 2012].
 40. *Reducing risks, promoting healthy life. World Health Report 2002*. Geneva, World Health Organization, 2005.
 41. Freedman DS, Zuguo M, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overëeight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Journal of Pediatrics* 2007;150(1):12–17
 42. Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Prevalence of pre-diabetes and its association with clustering of cardiometabolic risk factors and hyperinsulinemia among US adolescents: NHANES 2005–2006. *Diabetes Care* 2009;32:342–347.
 43. CDC. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011[PDF - 2.7 MB]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
 44. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. [Disease and Conditions Index: What Are Overweight and Obesity?](#)Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2010.
 45. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*2007;120:S193–S228.
 46. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*1999;70:S145–148.
 47. Freedman DS, Kettel L, Serdula MK, Dietz EH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*2005;115:22–27.
 48. Freedman D, Wang J, Thornton JC, et al. Classification of body fatness by body mass index-for-age categories among children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2009;163:801–811.
 49. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SA, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001;108:712–718.
 50. Office of the Surgeon General. *The Surgeon General's Vision for a Healthy and Fit Nation*. [PDF - 840 KB]. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services; 2010

51. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health . Hyattsville, MD; U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
52. WHO response Obesity and overweight Fact sheet N°311 Updated January 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
53. I. B. J. Tepper, Nutritional implications of genetic taste variation: The role of PROP sensitivity and other taste phenotypes, *Annual Review of Nutrition* 28 (2008): 367–388.
54. A. A. Bachmanov and G. K. Beauchamp, Taste receptor genes, *Annual Review of Nutrition* 27 (2007): 389–414.
55. 14. U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010*.
56. *Midcourse Review*(Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, December 2006).
57. D. R. Jacobs and L. C. Tapsell, Food, not nutrients, is the fundamental unit in nutrition, *Nutrition Reviews* 65 (2007): 439–450.
58. Ellie Whitney / Sharon Rady Rolfes: *Understanding Nutrition*, 2013.
59. Costantini Mariani Aldo: *Alimentazione e nutrizione umana*, 2 edizione.
60. A. El-Sohemy and coauthors, Nutrigenomics of taste—Impact on food preferences and food production, *Forum of Nutrition* 60 (2007):176–182;
61. N. Larson and coauthors, Food preparation by young adults is associated with better diet quality, *Journal of the American Dietetic Association* 106 (2006): 2001–2007.
62. Position of the American Dietetic Association: Total diet approach to communicating food and nutrition information, *Journal of the American Dietetic Association* 107 (2007): 1224–1232.
63. Chumlea WC, Guo SS, Kuczmarski RJ, et al. Body composition estimates from NHANES III bioelectrical impedance data. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26:1596–1609
64. McCarthy HD, Cole TJ, Fry T, Jebb SA, Prentice AM. Body fat reference curves for children. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30: 598–602
65. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000;(314):1–27
66. Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112:424–430
67. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee: the Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *Am J Clin Nutr*. 1994;59:307–316.
68. Willett Walter :*Nutritional epidemiology*, 2 edition
69. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320:1240–1243.
70. World Health Organization Expert Committee on Physical Status. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee, Vol 854*. Geneva, Switzerland: world Health Organization; 1995.
71. Zimmermann MB, Gubeli C, Puntener C, Molinari L. Detection of overweight and obesity in a national sample of 6–12- y-old Swiss children: accuracy and validity of reference values for body mass index from the US Centers for

- Disease Control and Prevention and the International Obesity Task Force. *Am J Clin Nutr.* 2004;79:838–843.
72. Janssen I, Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. *Obes Res.* 2005;13:1106–1115.
 73. <http://easo.org/docs/Table%201.pdf>
 74. Fulton JE, Garg M, Galuska DA, Rattay KT, Caspersen CJ. Public health and clinical recommendations for physical activity and physical fitness: special focus on overweight youth. *Sports Med.* 2004;34:581–599
 75. Baranowski T, Mendlein J, Resnicow K, Frank E, Weber-Cullen KW, Baranowski J. Physical activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. *Prev Med.* 2000;31:S1–S10).
 76. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *Am J Public Health.* 1994;84:1121–1126
 77. Malina RM. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Res Q Exerc Sport.* 1996;67(suppl):S48–S57 .
 78. Fulton JE, Garg M, Galuska DA, Rattay KT, Caspersen CJ. Public health and clinical recommendations for physical activity and physical fitness: special focus on overweight youth. *Sports Med.* 2004;34:581–599.
 79. Rice MH, Howell CC. Measurement of physical activity, exercise, and physical fitness in children: issues and concerns. *J Pediatr Nurs.* 2000;15:148–156.
 80. Kohl HW, Fulton JE, Caspersen CJ. Assessment of physical activity among children and adolescents: a review and synthesis. *Prev Med.* 2000;31:S54–S76.
 81. Kohl HW, Fulton JE, Caspersen CJ. Assessment of physical activity among children and adolescents: a review and synthesis. *Prev Med.* 2000;31:S54–S76.
 82. Goran MI. Measurement issues related to studies of childhood obesity: assessment of body composition, body fat distribution, physical activity, and food intake. *Pediatrics.* 1998;101: 505–518.
 83. Sirard JR, Pate RR. Physical activity assessment in children and adolescents. *Sports Med.* 2001;31:439–454.
 84. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Res Q Exerc Sport.* 2000;71(suppl):S59–S73.
 85. McClelland JW, Keenan DP, Lewis J, et al. Review of evaluation tools used to assess the impact of nutrition education on dietary intake and quality, weight management practices, and physical activity of low-income audiences. *J Nutr Educ.* 2001; 33(suppl 1):S35–S48
 86. Taylor WC, Sallis JF, Dowda M, Freedson PS, Eason K, Pate RR. Activity patterns and correlates among youth: differences by weight status. *Pediatr Exerc Sci.* 2002;14:418–431
 87. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model change. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training.* 1982;20:161–173
 88. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47:1102–1114
 89. Dietz WH, Robinson TN. Clinical practice: overweight children and adolescents. *N Engl J Med.* 2005;352:2100–2109

90. Jonides L, Buschbacher V, Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional, and behavioral assessment. *Pediatrics*. 2002;110:215–221
91. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among loë-incom.
92. Fulkerson JA, French SA, Story M, Hannan PJ, Neumark- Sztainer D, Himes JH. Weight-bearing physical activity among girls and mothers: relationships to girls' weight status. *Obes Res*. 2004;12:258–266
93. Fulton JE, Garg M, Galuska DA, Rattay KT, Caspersen CJ. Public health and clinical recommendations for physical activity and physical fitness: special focus on overweight youth. *Sports Med*. 2004;34:581–599
94. Kohl HW, Hobbs KE. Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998;101: 549–554.
95. Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112:424–430
96. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. Washington, DC: National Academies Press; 2005
97. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans, 2005*. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005
98. 9. Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 2007, 32:S109–S121.
99. 10. Janssen I, Leblanc A. Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2009 [under review for publication].
100. Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2008.)
101. (Physical activity and Young people
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/)
102. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization 2010, p 17-
[23http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/)
103. D. L. Helsel, J. M. Jakicic, and A. D. Otto, Comparison of techniques for self-monitoring eating and exercise behaviors on weight loss in a correspondence-based intervention, *Journal of the American Diet Association* (2007): 1807–1810;
104. (R. R. Wing and coauthors, A self-regulation program for maintenance of weight loss, *New England Journal of Medicine* 355 (2006): 1563–1571.
105. R. R. Wing and S. Phelan, Long-term weight loss maintenance, *American Journal of Clinical Nutrition* 82 (2005): 222S–225S.
106. J. O. Hill, H. Thompson, and H. Wyatt, Weight maintenance: What's missing? *Journal of the American Dietetic Association* 105 (2005): S63–S66.
107. T. T. Huang and T. A. Glass, Transforming research strategies for understanding and preventing obesity, *Journal of the American Medical Association* 300 (2008): 1811–1813.
108. Position Paper: Nutrition and athletic performance: Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of

- Sports Medicine, *Journal of the American Dietetic Association* 100 (2000): 1543–1556.
109. Prevention of Overëeight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach Ruth S.M Chan* and Jean Woo, *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Mar; 7(3): 765–783.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872299/>
110. Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of paediatric obesity. *Pediatrics* 1998; 101 (3 Pt 2): 554-570.
111. Golan M, Fainaru M, Weizman A. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *Int J Obes Rel Metab Disord* 1998; 22: 1217-1224.
112. Brownell KD, Kelman JH, Stunkard AJ. Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics* 1983; 71: 515-523.
113. Saelens BE, Sallis JF, Wiffley DE. Behavioural weight control for overweight adolescents initiated in primary care. *Obes Res* 2002; 10: 20-32.
114. Epstein LH, Gordy CC, Raynor HA, et al. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk of childhood obesity. *Obes Res* 2001; 9: 171-178.
115. Epstein LH, Wing RR, Koeske R, et al. A comparison of lifestyle change and programmed aerobic exercise on ëeight and fitness changes in obese children. *Behav Ther* 1982; 13: 651-665.
116. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proc Nutr Soc* 2003; 62: 611-619.
117. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482

12. Anexe

Anex 1 Pyetësoni i fëmijëve

Pyetësoni Nr. ____

Shkolla _____ Rrethi _____

Data e plotësimit _____ / _____ / _____ Q F

Gjinia **M** _____ **F** _____ Data e lindjes _____ / _____ / _____

Pesha _____ kg Gjatesia _____ cm

A. Sa mendon se di mbi ushqyerjen ? (jep vetëm një përgjigje).

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Di shumë | 3. <input type="checkbox"/> Di disa gjëra |
| 2. <input type="checkbox"/> Di pak | 4. <input type="checkbox"/> Nuk di fare |

B. Nga do të dëshiroje të mësoje mbi ushqyerjen (mund të japësh deri në tre përgjigje):

1. Revista/Gazeta
2. Programe televizive
3. Materiale shkollore
4. Kurse guzhine në shkollë
5. Materiale informative(Filma ,CD, etj)
6. Vizita në ndërmarje prodhuese ushqimore

C. Cilët vakte je mësuar të hash Çdo ditë?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Mëngjes | 3. <input type="checkbox"/> Pasdite | 5. <input type="checkbox"/> Darkë |
| 2. <input type="checkbox"/> Paradite | 4. <input type="checkbox"/> Drekë | 6. <input type="checkbox"/> Pasdarke |

D. Sipas mendimit tënd cilët vakte duhet të konsumojmë për t'u rritur te shëndetshem ?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Mëngjes | 3. <input type="checkbox"/> Pasdite | 5. <input type="checkbox"/> Darkë |
| 2. <input type="checkbox"/> Paradite | 4. <input type="checkbox"/> Drekë | 6. <input type="checkbox"/> Pasdarke |

E. Në mënyrën tënde të ushqyerjes ndikojnë:

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Reklammat e ushqimeve dhe pijeve | 5. <input type="checkbox"/> Familja, prindërit |
| 2. <input type="checkbox"/> Zakoni | 6. <input type="checkbox"/> Shoket, miqtë |
| 3. <input type="checkbox"/> Shija | 7. <input type="checkbox"/> Suprizat |
| 4. <input type="checkbox"/> Nuk e di | |

F. Je i shëndetshëm kur: (mund të japësh deri në 3 përgjigje)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Nuk sëmuresh | 4. <input type="checkbox"/> Je i qetë |
| 2. <input type="checkbox"/> Luan me dëshirë | 5. <input type="checkbox"/> Ke oreks |
| 3. <input type="checkbox"/> Fle mirë | 6. <input type="checkbox"/> Je aktiv |

G. Mendoj se duhet të ha	Më shumë	Më pak	Njësoj
1. Pije të ëmbla (kola, fanta ,caj, etj)	O	O	O
2. Mish	O	O	O
3. Cokollata / krem Çokollate	O	O	O
4. Biskota, kroasan, torta	O	O	O
5. Karamete, camcakiza	O	O	O
6. Djath	O	O	O
7. Fruta	O	O	O
8. Akullore	O	O	O
9. Qumësht, kos	O	O	O
10. Bizele, fasule, thierza	O	O	O
11. Supë me zarzavate	O	O	O
12. Bukë	O	O	O
13. Makarona, oris	O	O	O
14. Patate	O	O	O
15. Patatina, hamburger, suflaçe	O	O	O
16. Peshk	O	O	O
17. Domate	O	O	O
18. Lëngje frutash, suko, amita	O	O	O
19. Vezë	O	O	O
20. Zarzavate të ziera	O	O	O
21. Zarzavate të freskëta	O	O	O

H. Për të qënë i shëndetshëm trupi ka nevojë për..... (mund të zgjedhësh më shume se një përgjigje)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Proteina | 4. <input type="checkbox"/> Vitamina | 7. <input type="checkbox"/> Kalori | 10. <input type="checkbox"/> Amidon(niseshte) |
| 2. <input type="checkbox"/> Yndyrna | 5. <input type="checkbox"/> Kripë | 8. <input type="checkbox"/> Kalcium | 11. <input type="checkbox"/> Vitamina/minerale tableta |
| 3. <input type="checkbox"/> Hekur | 6. <input type="checkbox"/> Fibra | 9. <input type="checkbox"/> Ujë | 12. <input type="checkbox"/> Sheqer shtesë |

K. Mund të më thuash nëse je dakort apo jo me pohimet më poshtë	Po	Jo	Nuk e di
1. Është e rëndësishme të hash ushqime si: buka dhe drithrat			
2. Për të qënë i shëndetshëm duhet të hash pak yndyrë			
3. Qumështi i bën kockat e forta			

4. Të shkosh në fast food gjithë javës të bën mirë për shëndetin			
5. Eshtë mirë të hash karamelë cokollata por jo cdo ditë			
6. Eshtë më mirë të hash nga pak lloje të ndryshme ushqimesh sesa sasi të mëdha të të njëjtit ushqim			
7. Shëndeti juaj gjatë rritjes varet nga ushqimi që ha			
8. Frutat dhe perimet e konservuara janë njësoj të ushqyeshme si të freskëtat			
9. Lëngjet me gas shuajnë etjen njësoj si ujë			
10. Për t'u rritur i shëndetshëm sporti dhe gjimnastika janë po aq të rëndësishme sa dhe ushqimi që konsumon			

M. Mendohu dhe pastaj përgjigju pohimeve më poshtë:	E vërtetë	Fallco
1. Unë ha vecanërisht ushqime të pasura dhe që të shtojnë oreksin		
2. E kam të vështirë të ha lloje të ndryshëm ushqimesh		
3. Më pëlqen shumë të ha midis vakteve		
4. Më pëlqen të provoj lloje të ndryshme ushqimesh		
5. Momenti i ngrënies është shumë i vështirë për mua (nuk më pëlqen të ha)		
6. Jam më i vëmendshëm ndaj sasisë së ushqimit sesa cilësisë së tij		
7. Më pëlqen të ha gjithmonë të njëjtat gjëra		
8. Më pëlqen të ha jashtë (jo në shtëpi)		
9. Ha gjithcka që më japin		

N. Sipas jush kemi përfitime nga një ushqim i pasur me fruta dhe perime të freskëta 1. Po 2. Jo

Nëse po trego pse: (mund të jepni deri në 3 përgjigje)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Nuk të shëndoshin | 4. <input type="checkbox"/> Janë të pasura me fibra |
| 2. <input type="checkbox"/> Të dobësojnë | 5. <input type="checkbox"/> Janë të pasura me vitamina dhe kripëra minerale |
| 3. <input type="checkbox"/> Të ndihmojnë të jesh mirë | 6. <input type="checkbox"/> Nuk e di |

P. Sa herë në ditë i lan dhëmbët? (vetëm një përgjigje)

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Më pak se një herë në ditë | 3. <input type="checkbox"/> Pas buke (mëngjesit, drekës, darkës) |
| 2. <input type="checkbox"/> Një herë në ditë | 4. <input type="checkbox"/> Dy herë në ditë |

R. Për sa kohe i fërkon dhëmbët me furçë? (vetëm një përgjigje)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Nuk e di | 3. <input type="checkbox"/> Më shumë se 1 minutë |
| 2. <input type="checkbox"/> Më pak se 1 minutë | 4. <input type="checkbox"/> Më shumë se 2 minuta |

S. Cfarë përdor tjetër për të pastruar dhëmbët, përvec furçës (vetëm një përgjigje).

1. Pastë dhëmbësh 2. Fill interdental

T. Mendohu dhe pastaj përgjigju pohimeve më poshtë:

	Shkakton karies	Nuk shkakton karies		Shkakton karies	Nuk shkakton Karies
1. Uji	☺	☺	11. Fasulet, bizelet	☺	☺
2. Cokollatat	☺	☺	12. Mjalti, reçeli	☺	☺
3. Pijet me sheqer	☺	☺	13. Cokokremi	☺	☺
4. Biskotat, kroasanët	☺	☺	14. Buka	☺	☺
5. Karamelë, çamçakizat	☺	☺	15. Gjalpi, vaji	☺	☺
6. Mishi	☺	☺	16. Peshku	☺	☺

7. Djathi	☺	☺	17. Torta	☺	☺
8. Frutat	☺	☺	18. Veza	☺	☺
9. Akullorja	☺	☺	19. Sheqeri	☺	☺
10. Qumështi	☺	☺	20. Zarzavatet e freskëta	☺	☺

U. Të pëlqejnë:	Nuk e kam provuar kurrë	Shumë	Pak	Aspak
1. Bizelet, fasulet	☺	☺	☺	☺
2. Lakra	☺	☺	☺	☺
3. Karota	☺	☺	☺	☺
4. Lulelakra	☺	☺	☺	☺
5. Domatja	☺	☺	☺	☺
6. Mashurkat	☺	☺	☺	☺
7. Sallata jeshile	☺	☺	☺	☺
8. Specat	☺	☺	☺	☺
9. Patatja	☺	☺	☺	☺
10. Spinaqi	☺	☺	☺	☺
11. Kungujt	☺	☺	☺	☺
12. Portokallja, mandarina	☺	☺	☺	☺
13. Babanet	☺	☺	☺	☺
14. Molla, dardha	☺	☺	☺	☺
15. Pjepri	☺	☺	☺	☺
16. Frutat e thata	☺	☺	☺	☺
17. Rrushi	☺	☺	☺	☺
18. Pjeshka, kajsia	☺	☺	☺	☺
19. Peshku i freskët	☺	☺	☺	☺
20. Peshku konserve	☺	☺	☺	☺

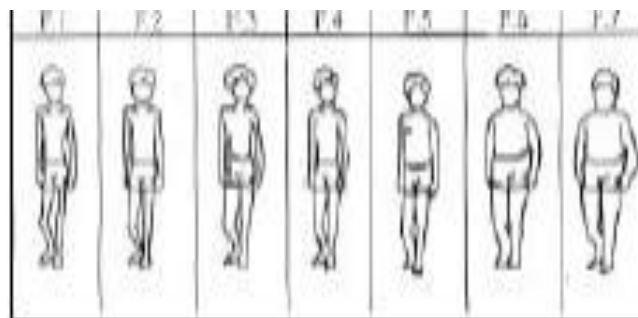
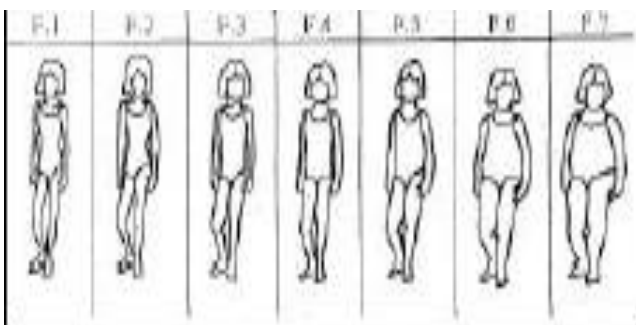
V. Të lutem zgjidh <u>vetëm</u> një përgjigje për çdo ushqim apo pije	Bën shumë mirë për shëndetin	Bën mirë për shëndetin	Nuk bën mirë për Shëndetin
1. Buka	☺	☺	☺
2. Djathi	☺	☺	☺
3. Uji	☺	☺	☺
4. Zarzavatet e freskëta	☺	☺	☺
5. Zarzavatet e ziera	☺	☺	☺
6. Frutat	☺	☺	☺
7. Mishi	☺	☺	☺
8. Qumështi, kosi	☺	☺	☺
9. Peshku	☺	☺	☺
10. Veza	☺	☺	☺
11. Dritherat për mëngjes	☺	☺	☺
12. Sallami, proshuta	☺	☺	☺
13. Gjalpi	☺	☺	☺
14. Biskotat	☺	☺	☺

15. Sheqeri	☺	☺	☺
16. Cokollatat	☺	☺	☺
17. Makaronat	☺	☺	☺
18. Patatinat/të kripurat	☺	☺	☺
19. Akullorja	☺	☺	☺
20. Pijet me gas	☺	☺	☺
21. Margarina	☺	☺	☺
22. Hamburgeri	☺	☺	☺
23. Pula	☺	☺	☺
24. Kamelet	☺	☺	☺
25. Patatet e skuqura	☺	☺	☺
26. Supa	☺	☺	☺
27. Vaji I ullirit	☺	☺	☺
28. Torta	☺	☺	☺

Ë. Mendon se duhet të ndryshosh mënyrën e të ushqyerit....si?

Mendoj se duhet te ha	Me shume	Me pak	Njesoj
1. Makarona/oris	☺	☺	☺
2. Buke/pica	☺	☺	☺
3. Mësh	☺	☺	☺
4. Peshk	☺	☺	☺
5. Vezë	☺	☺	☺
6. Supë	☺	☺	☺
7. Domate	☺	☺	☺
8. Perime të freskëta	☺	☺	☺
9. Patate	☺	☺	☺
10. Fasula/bizele	☺	☺	☺
11. Kos/qumesht	☺	☺	☺
12. Djath	☺	☺	☺
13. Fruta	☺	☺	☺
14. Sanduic ,sufllaqe	☺	☺	☺
15. Patatina	☺	☺	☺
16. Biskota , torta, kroasan	☺	☺	☺

Z. Kush prej këtyre figurave është më e ngjashme me ty. Figura e zgjedhur nr.



ZH. Cilës prej këtyre figurave do të dojë ti ngjaje? Figura e zgjedhur nr.

Anex 2 Pyetësi i Prindërve.

Shkolla _____	Rrethi _____
Data e plotësimit ____/____/____	Q <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Pesha e prindit _____kg, Gjatësia e prindit _____cm	

Pyetësi Nr . ____

Kush e plotëson pyetësin Gjendja civile

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Nëna | 1. <input type="checkbox"/> I Martuar |
| 2. <input type="checkbox"/> Babai | 2. <input type="checkbox"/> Divorcuar (i ndarë) |
| 3. <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko) | 3. <input type="checkbox"/> I (e) ve |
| 4. <input type="checkbox"/> Bashkëjetesë | |

Numri i fëmijëve _____

<u>Shkalla e arsimimit</u>	<u>Babai</u>	<u>Nëna</u>	<u>Mosha</u>	<u>Babai</u>	<u>Nëna</u>
1. Fillore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.Më pak 30 vjeç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kurse profesionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.Midis 30-39 vjec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arsimit mesëm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.Midis 40-49 vjec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arsimit i lartë <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Mbi 50 vjec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Specializime pasuniversitare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<u>Profesioni</u>	<u>Babai</u>	<u>Nëna</u>
1. Shtëpiake ose Pensionist/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Punëtor, shitës	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Intelektual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tregëtar, aktivitet privat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mësues, nëpunës	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bujk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Në kërkim të një pune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fruta	<input type="radio"/>	8. Lëng frutash	<input type="radio"/>
4. Veze, sallam	<input type="radio"/>	9. Ujë	<input type="radio"/>
5. Djath, gjalp	<input type="radio"/>	10. Lëngje me gas	<input type="radio"/>

C. A konsumon ushqime në shkollë ? 1. Po 2. Jo 3. Jo rregullisht

Nëse po, tregoni ushqimet dhe pijet që konsumon më shpesh (përgjigje e shumfishtë).

USHQIME		PIJE	
1. Prodhime të furrës tëëmblla (biskota, kroasan vafer)	<input type="radio"/>	7. Qumësht ose kos	<input type="radio"/>
2. Ëmbëlsira tip çokollata, akullore, kamele	<input type="radio"/>	8. Caj ose kafe	<input type="radio"/>
3. Fruta	<input type="radio"/>	9. Pije të gazuara	<input type="radio"/>
4. Prodhime të kripura tip patatina, kokoshka etj	<input type="radio"/>	10. Lëng frutash	<input type="radio"/>
5. Prodhime të furrës të kripura (biskota me kripë)	<input type="radio"/>	11. Ujë	<input type="radio"/>
6. Panine të mbushura (sanduiç, hamburger, etj)	<input type="radio"/>	12. Kakao	<input type="radio"/>

D. Ku e ha zakonisht drekën fëmija juaj (më shumë se një përgjigje) :

1. Në shtëpi, me familjen. 3. Në shkollë.
2. Në shtëpi, vetëm. 4. Në lokal (fast-food, byrektore).

E. Dreka përmban zakonisht (më shumë se një përgjigje) :

USHQIME		PIJE	
1. Vakt të plotë (sallatë, mish, perime, fruta)	<input type="radio"/>	6. Ujë	<input type="radio"/>
2. Vakt të pjesshëm (pa fruta)	<input type="radio"/>	7. Lëng frutash	<input type="radio"/>
3. Fruta	<input type="radio"/>	8. Pije të gazuara	<input type="radio"/>
4. Vakt tip pica, sanduiç	<input type="radio"/>	9. Caj ose kamomil	<input type="radio"/>
5. Vetëm ëmbëlsirë	<input type="radio"/>	10. Qumësht ose kos	<input type="radio"/>

F. Konsumon fëmija juaj ushqim pasdite : 1. Po 2. Jo 3. Jo rregullisht

G. Darka zakonisht përbehet nga :

USHQIME

PIJE

1. Vakt të plotë (sallatë, mish, perime, fruta)	<input type="radio"/>	7. Ujë	<input type="radio"/>
2. Vakt të pjesshëm (pa fruta)	<input type="radio"/>	8. Lëng frutash	<input type="radio"/>
3. Fruta	<input type="radio"/>	9. Pije të gazuara	<input type="radio"/>
4. Vakt tip pica, sanduiç	<input type="radio"/>	10. Caj ose kamomil	<input type="radio"/>
5. Vetëm sallatë	<input type="radio"/>	11. Kos ose qumësht	<input type="radio"/>
6. Vetëm ëmbëlsirë	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

H. Fëmija juaj konsumon ushqime pas darke :

1. Po 2. Jo 3. Jo rregullisht

J. Pasi kemi analizuar konsumin e fëmijës, është me interes të dimë shpeshësinë e përdorimit tëdise ushqimeve si : fruta, perime, peshk etj. (1 përgjigje)

1. Fruta dhe zezavate :

1. Pothuajse kurrë
2. 1-herë/ditë
3. 2-3 herë/ ditë
4. 4-5 hereë/ditë

b) Leguminoze (fasule, bizele, thierza) :

1. Kurrë
2. Pothuajse kurrë
3. 1-herë/ditë
4. 2-3 hereë/ ditë

c) Mish :

1. Kurrë
2. 1-herë / muaj
3. 1-herë/ javë
4. 3-4-herë/ javë

d) Peshk

1. Kurrë
2. Pothuajse kurrë
3. 1-herë/ muaj
4. 1-herë/ javë

e) Drithëra

1. Pothuajse kurrë
2. 1-herë/ditë
3. 2-3 herë/ ditë
4. 4-5 herë/ditë

f) Embelsirat :

1. Thua jse nuk konsumon
2. 1-herë/ditë
3. 2-3 herë/ditë
4. 3-4 herë/ditë
5. Më shumë se 4 herë/ditë

g) Pije me gas :

1. Kurrë
2. Rrallë,
3. Shpesh
4. Rregullisht

h) Bulmet

1. Pothuajse kurrë
2. 1-herë/ditë
3. 2-3 herë/ ditë
4. 4-5 herë/ditë

K. Së fundi disa pyetje mbi aktivitetin fizik të fëmijës :

Si e kalon fëmija juaj një ditë të zakonshme shkolle nga pikpamja e aktiviteteve motorik (lëvizor) shprehur në orë/ditë(totali i orëve 24) :

1. Gjumëore/dite +
2. Mësimorë/ditë +
3. Aktiviteti i lehtë (higjena personale, TV, kompjuter, playstation, lexim)orë/ditë +
4. Aktivitet mesatar (ecje, lojra, biciklete, gjimnastike, vallzim , lojra aktive)orë/diteë +
5. Aktiviteti intensiv (sport i organizuar në skuadër)orë/ditë +

Ju lutemi verifikoni totalin që duhet të jetë e barabartë me 24 ore _____

DIETA DHE SHËNDETI**A. Cilët faktorë ndikojnë në zgjedhjet ushqimore në familjen tuaj (maksimumi 5 përgjigje):**

1. Të dish çfarë ka brenda
2. Zakoni , rutina
3. Atë që pëlqen gjithë familja
4. Cilësia dhe freskia
5. Reklama, publiciteti
6. Siguria ushqimore
7. Përmbajtja në konservant dhe ngjyrues
8. Tendenca për një ngrënie të shëndetshme
9. Cmimi
10. Motivet kulturore, fetare apo etnike
11. Paraqitja, ambalazhimi
12. Dietat e dhëna nga mjeku
13. Lehtësia në përgatitje
14. Produktet biologjike

B. Cfarë ndryshimesh ushqimore kanë ndodhur në familjen tuaj pas lindjes së fëmijës apo fëmijëve (maksimumi 5 përgjigje):

1. përdorim më pak sheqer dhe të ëmbla
2. nuk përdorim ushqime me konservues , ngjyrues
3. përdorim më pak yndyrna dhe ushqime me yndyrë qumësht,djath,kos
4. është ulur sasia e ushqimit që konsumojmë
5. përdorim më shumë fruta dhe perime
6. pijmë më shumë ujë
7. përdorim më pak mish
8. përdorim më shumë mish
9. përdorim më pak bukë
10. përdorim më pak kafe dheçaj
11. përdorim më shumë
12. përdorim më pak qumësht, djath,kos
13. shmangim ngrënieve jashtë vakteve
14. përdorim më shumë ushqime me fibra
15. përdorim më pak kripë
16. përdorim më shumë peshk

C. Cilat janë në familjen tuaj, vështirësitë/ pengesat më të mëdha, që nuk ju lejojnë të hani në mënyrë të shëndetshme (për një dietë të ekuilibruar):

1.	<input type="checkbox"/>	oraret e parregullta të shkollës dhe punës
2.	<input type="checkbox"/>	ushqimet e shëndetshme pak të preferueshme
3.	<input type="checkbox"/>	jeta shumë e ngarkuar, më pak kohë për gatim
4.	<input type="checkbox"/>	zgjedhjet e kufizuara të ushqimit, kur ha jashtë shtëpie
5.	<input type="checkbox"/>	preferencat/ shijet e familjes
6.	<input type="checkbox"/>	heqja dorë nga ushqimet e preferueshme
7.	<input type="checkbox"/>	një ndryshim shumë i madh në raport me mënyrën time të ushqyerjes
8.	<input type="checkbox"/>	cmimi i ushqimeve të shëndetshme
9.	<input type="checkbox"/>	ushqimet cilësore (të shëndetshme) prishen më shpejt.
10.	<input type="checkbox"/>	specialistët ndryshojnë shpesh rekomandimet për një stil të shëndetshëm ushqyerje
11.	<input type="checkbox"/>	frika për të tërhequr vëmendjen e të tjerëve
12.	<input type="checkbox"/>	njohuritë e pakta mbi ushqyerjen e shëndetshme
13.	<input type="checkbox"/>	vështirësia në gatim (nuk di të gatuj)
14.	<input type="checkbox"/>	koha e gjatë e përgatitjes së ushqimit (gatimit)
15.	<input type="checkbox"/>	nuk dua të ndryshoj
16.	<input type="checkbox"/>	mungesa e vullnetit
17.	<input type="checkbox"/>	tjetër (specifiko)

D. Cilat prej burimeve të mëposhtme ju shërbejnë si burim informacioni nutricional:

1.	<input type="checkbox"/>	publiciteti (reklamat)	7.	revista të specializuara
2.	<input type="checkbox"/>	etiketa ushqimore	8.	artikujt e gazetave
3.	<input type="checkbox"/>	mjekë, profesionistë të shëndetësisë	9.	librat
4.	<input type="checkbox"/>	shkolla/universiteti	10.	të afërm/miq/ kolegë
5.	<input type="checkbox"/>	qendra sportive/ palestra	11.	supermarkete
6.	<input type="checkbox"/>	shoqatat e konsumatorëve	12.	programi tv/ radio

NË TAVOLINË

A. Kush e përgatit ushqimin zakonisht në shtëpi:

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Nëna | 2. <input type="checkbox"/> Babai | 3. <input type="checkbox"/> Vëllai/motra |
| 4. <input type="checkbox"/> Gjyshja | 5. <input type="checkbox"/> Kush të jetë | 6. <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko) |

B. Gjithë familja mbidhet për të ngrënë sëbashku në :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Ditë pushimi | 2. <input type="checkbox"/> Mëngjes | 3. <input type="checkbox"/> Drekë | 4. <input type="checkbox"/> Darkë |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

C. Sa shpesh e gjithë familja ha dreka apo darka jashtë (restorante/piceri):

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Të paktën 1 herë/javë | 2. <input type="checkbox"/> Gati 1-2 herë/muaj |
| 3. <input type="checkbox"/> Në raste të rralla | 4. <input type="checkbox"/> Kurrë |

D. A është televizori ndezur gjatë ngrënies :

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Kurrë | 2. <input type="checkbox"/> Ndonjëherë | 3. <input type="checkbox"/> Shpesh |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|

E. C'farë lloj yndyrne / vaji përdorni në familje:

Për gatim Për konsum të freskët

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Thuajse vetëm vaj luledielli ose ulliri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Yndyrna vegjetale dhe shtazore sëbashku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kryesisht yndyrna shtazore (gjalp, dhjamë, pana) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vetëm vaj ulliri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Përdorni kripë të jodizuar?

1. Po, gjithmonë
 2. Vetëm në tavolinë (jo për gatim)
 3. Nuk kam dëgjuar kurrë të flitet
 4. Jo, kurrë.

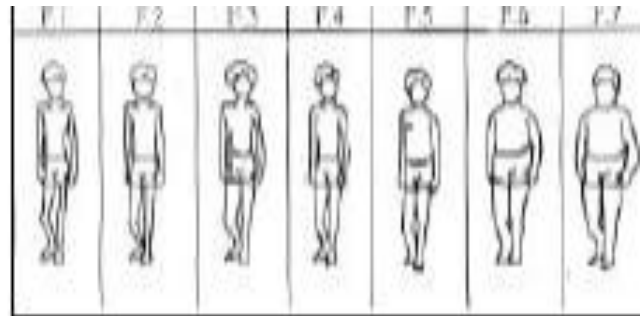
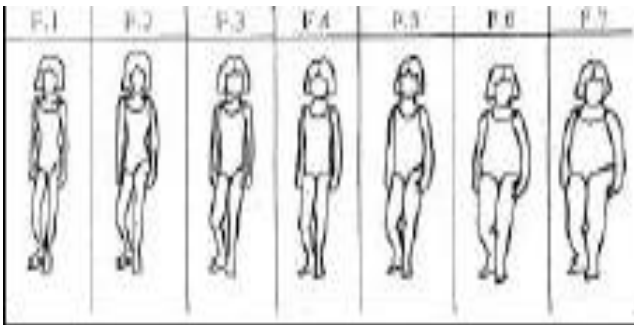
G. Për përgatitjen e ushqimit përdorni zakonisht :

1. produkte të freskëta
 2. ushqime të ngrira
 3. ushqime të gatshme
 4. ushqime biologjike
 5. ushqime konserva
 6. ushqime dietetike

H. Cilat janë vështirësitë që nuk ju lejojnë të konsumoni më shumë : (më shumë se një përgjigje)

Peshk	Perime	Fruta	Mish
1. Cmimi i lartë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nuk na pëlqejnë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Duan shumë kohë për tu përgatitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nuk i kemi shpesh në shtëpi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Në familje nuk i ha asnjëri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Z. Cila prej këtyre figurave është më e ngjashme me fëmijen tuaj? Figura e zgjedhur nr.



Zh. Cilës prej figurave më lart do të doje ti ngjante fëmija juaj?

Figura e zgjedhur nr.

