Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç

Raport

INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK

SJELLJET E SHËNDETSHME TEK FËMIJËT E MOSHËS SHKOLLORE 11, 13 DHE 15 VJEÇ

RAPORT

Tetor 2014

Gentiana Qirjako, Genc Burazeri, Engjëll Mihali, Mariana Bukli, Elsona Agolli

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të dokumentit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNICEF dhe UNFPA në Shqipëri.

Titulli:

Sjelljet e shëndetshme tek
fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç

Redaktor letrar: Kleopatra Sava, Daniela Sufati
Art design: Genc Musa

Shtypi "ADEL CO"
Tetor 2014

ISBN:978 - 99956 - 32- 47 - 2

PËRMBAJTJA

Mirënjohje 4
Hyrje 5
Qëllimi dhe objektivat e studim 9
Metodologjia 9
Hartimi i studimit 9
Popullata target 10
Madhësia e kampionit 10
Përftimi i kampionit 10
Mbledhja e të dhënave 12
Pyetësori i nxënësit 12
Hapat për të kryer punën në terren 12
Çështje etike të studimit 13
Analiza e të dhënave 13
Rezultatet dhe diskutimi i studimit 14

1. Jeta në familje 15
2. Mjedisi shkollor 19
3. Marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve 23
4. Zakonet e të ushqyerit 27
5. Aktiviteti fizik dhe jeta sedentare 33
6. Sjelljet që kontrollojnë peshën trupore
   Imazhi trupor dhe Indeksi i Masës Trupore 37
7. Larja e dhëmbëve 41
8. Mirëqenia 45
9. Pabarazitë sociale 51
10. Përdorimi i substancave 55
11. Shëndeti seksual 61
12. Nëpërkëmbjet, grindjet dhe dëmtimet 65

Përfundimet 70
Referencat 76

MIRËNJOHJE

Studimi *"Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç"* viti 2013/2014 (Health Behaviour School-age Children-HBSC) u mbështet financiarisht nga UNICEF, UNFPA dhe Instituti i Shëndetit Publik (ISHP).

Falenderime të veçanta për skuadrën kombëtare të HBSC-së në Shqipëri:

- Gentiana Qirjako, koordinatore kombëtare e HBSC-së, Shefe e Departamentit të Promocionit të Shëndetit, ISHP
- Genc Burazeri, Shef i Departamentit të Teknologjisë dhe Informacionit, ISHP
- Arjan Bregu, Drejtor i Institutit të Shëndetit Publik
- Engjëll Mihali, specialist i promocionit shëndetësor, Departamenti i Promocionit të Shëndetit, ISHP
- Rudina Çumashi, specialiste e promocionit shëndetësor, Departamenti i Promocionit të Shëndetit, ISHP
- Jolanda Hyska, Sektori i ushqyerjes dhe sigurisë ushqimore, ISHP

si dhe për të gjithë anëtarët e tjerë të grupit të punës për kontributin e vazhdueshëm dhe komentet e vyera:

- Milva Ekonomi - Zv. Ministre e Shëndetësisë
- Gazmend Bejtja - Drejtor i Drejtorisë së Kujdesit Shëndetësor, Ministria e Shëndetësisë
- Enver Roshi - Instituti i Shëndetit Publik
- Roland Bani - Instituti i Shëndetit Publik
- Albana Ahmeti - Instituti i Shëndetit Publik
- Mariana Bukli - Zyra e UNICEF-it, Tiranë
- Elsona Agolli - Zyra e UNFPA-së, Tiranë

Falenderime të veçanta për të gjithë institucionet bashkëpunëtore që realizuan kryerjen e këtij studimi: Ministria e Shëndetësisë, Ministria e Arsimit dhe Shkencës dhe Instituti i Shëndetit Publik. Falenderime për Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) dhe Drejtoritë Arsimore Rajonale (DAR), në të 12 prefekturat e Shqipërisë, për gatishmërinë në krijimin e aksesit për kryerjen e studimit. Veçanërisht, falenderimet shkojnë për profesionistët e Edukimit dhe Promocionit Shëndetësor në Institutin e Shëndetit Publik dhe Drejtoritë e Shëndetit Publik në zonat e studimit, të cilët me profesionalizmin dhe përkushtimin e tyre, bënë të mundur kryerjen e studimit në afatet e parashikuara.

Falenderime për të gjithë nxënësit që besuan në këtë studim dhe pranuan të intervistoheshin. Së fundi, falenderime të veçanta për kontribuesit e Kombeve të Bashkuara, UNFPA dhe UNICEF, të cilat bënë të mundur realizimin e projektit, si dhe për grupin e autorëve të raportit:

Gentiana Qirjako, Genc Burazeri, Engjëll Mihali, Mariana Bukli, Elsona Agolli

HYRJE

Zhvillimi i edukimit shëndetësor efektiv dhe i politikave të promocionit shëndetësor, kushtëzohet në një masë të konsiderueshme nga sjelljet e shëndetshme dhe faktorët që influencojnë në to, nga programet dhe praktikat e punës së përditshme, sidomos kur bëhet fjalë për shëndetin e fëmijëve që frekuentojnë sistemin shkollor. Ky konstatim është tashmë një realitet i shpalosur në sytë e të gjithëve ditë pas dite, ashtu sikurse është edhe i faktuar nga studime të shumta shkencore, të cilat lidhen me shëndetin e fëmijëve në vendin tonë dhe në shumë vende të tjera.

Është e rëndësishme të theksojmë që shëndeti i fëmijëve dhe i të rinjve duhet parë në tërësi duke përfshirë në të mirëqenien fizike, sociale dhe emocionale; siç është e rëndësishme që shëndeti të vlerësohet si një kusht i patjetërsueshëm për aktivitetin në jetën e përditshme, dhe jo vetëm si mungesë e sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike në organizëm[1].

Faktori bazë për një shëndet gjithmonë e më efektiv i të rinjve lidhet me stilin e jetës, i cili në mënyrë tipike reflekton qëndrimet, vlerat dhe një shikim personal për botën nga çdo individ. Në këtë kuptim, jo gjithmonë aspektet e stilit të jetës janë totalisht voluntariste. Njeriu jeton në shoqëri i rrethuar nga individualitete dhe komunitete të caktuara dhe si i tillë, ai është i detyruar t'i përshtatet mënyrës së jetesës së shoqërisë dhe grupeve të caktuara pranë të cilave ai socializohet. Ndikimi i këtyre të fundit është i rëndësishëm për stilin e jetës së çdo individi. Por, nga ana tjetër, çdo individ është tërësisht i lirë të bëjë zgjedhjet e veta, të kushtëzuara nga njohuritë që ai zotëron për jetën e shëndetshme, nga mundësitë që ai ka për të realizuar ato, nga koha që ka në dispozicion për të konkretizuar këto zgjedhje, dhe nga mundësitë financiare apo shoqërore për t'i realizuar ato.

Në këtë kuptim duhet të jemi të ndërgjegjshëm se, stili i jetës është një mundësi sa shoqërore edhe individuale, sa e kushtëzuar aq edhe e pakushtëzuar, sa e dobishme aq edhe e dëmshme, sidomos kur nuk merr parasysh rrezikun e sjelljeve të caktuara. Pra, stili i jetës kushtëzohet nga niveli dhe standardi social i një shoqërie të caktuar, si dhe nga niveli i zhvillimit individual dhe njohuritë e çdo individi. Në këtë kuptim merr një rëndësi të dorës së parë nevoja për:

- sensibilizimin
- ndërgjegjësimin
- edukimin
- praktikimin

e një stili jete sa më të shëndetshëm për të rinjtë.
Me këtë nënkuptojmë praktika të jetës së përditshme për çdo individ, në bazë të një modelimi për këtë moshë lidhur me jetën aktive, mënyrën e të ushqyerit, përdorimin e substancave abuzive, aktivitetin fizik, menaxhimin e stresit etj.

Marrja në konsideratë e konteksit social dhe ndikimit të tij në shëndetin e fëmijëve është tepër i rëndësishëm për të sotmen dhe perspektivën e zhvillimit të tyre. Studime të shumta në dekadat e fundit kanë treguar se, rrethana sociale të pafavorshme janë shoqëruar me rritjen e rreziqeve në shëndet.

Për këtë arsye, studimi dhe marrja në konsideratë e rrethanave shoqërore që influencojnë në shëndetin e fëmijëve është një kusht *sin e quanon* për një analizë tërësore të faktorëve pozitivë në shëndet dhe rreziqeve që e shoqërojnë atë.

Kjo nevojë bëhet edhe më e domosdoshme po të kemi parasysh edhe një "nënvleftësim si gruppopullate në statistikat shëndetësore" të fëmijëve të moshës shkollore[2], që në shumë raste jepen të bashkuara me statistikat e të rinjve. Akoma më pak vëmendje i kushtohet pabarazive që lidhen me statusin socio-ekonomik, moshën dhe gjininë midis grupmoshës së fëmijëve të moshës shkollore (11-15 vjeç). Ndaj, një nga synimet e këtij studimi është identifikimi i këtyre pabarazive dhe nevoja për veprime parandaluese për ta "kthyer këtë moshë vulnerabël në një moshë të mundësive[3].

Në përgjithësi, të rinjtë në vendet e Evropës gëzojnë sot shëndet dhe zhvillim më të mirë se kurrë ndonjëherë më parë, por ata dështojnë të arrijnë potencialin e tyre të plotë shëndetësor[2]. Për këtë arsye ka dhe do të ketë gjithmonë hapësirë për të forcuar punën edukative me këtë grupmoshë, si për të ndryshuar sjelljet e shëndetshme ashtu edhe për të evituar sjelljet e rrezikshme në jetën e tyre.

Fokusimi i studimit në këtë grupmoshë është shumë i rëndësishëm po të marrin në konsideratë faktin se, shumë nga sjelljet shëndetësore në jetën e një individi fillojnë që në moshën e adoleshencës, si sjelljet pozitive e të shëndetshme ashtu edhe ato negative e të dëmshme për shëndetin e individit. Gjithashtu, kjo moshë, kur "zakonet" nuk janë ende një gjë e rrënjosur në ndërgjegjen dhe veprimet e individit, të lejon të jesh i suksesshëm në ndryshimin e mënyrës së jetesës dhe sjelljeve konkrete të jetës së përditshme. Eksperienca shëndetësore gjatë kësaj periudhe kritike moshe ka implikime afatshkurtëra dhe afatgjata për individët dhe shoqërinë.

Sipas UNICEF, është koha për të investuar në adoleshentët, sidomos në grupet më vulnerabël, për t'u siguruar mundësitë që të realizojnë plotësisht potencialin e tyre dhe të komuniteteve në të cilat jetojnë[4].

Në punimet e Graham & Power theksohet më shumë se një herë se "adoleshenca është mosha kritike për përcaktimin e sjelljeve të të rriturve përsa i përket çështjeve të tilla si përdorimi i duhanit dhe alkoolit, mënyra e të ushqyerit dhe aktiviteti fizik. Pabarazitë shëndetësore në moshën e rritur janë pjesërisht të përcaktuara nga rrethanat shoqërore në moshë të vogël[5].

Studimi "Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç"

Studimi "Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç" (Health Behavious in School Age-Children - HBSC) është i vetmi studim me natyrë ndërkombëtare, i Zyrës Rajonale të OBSH-së për Evropën, që del jashtë kufijve gjeografikë të saj. Ky studim ka në fokus sjelljet që lidhen me shëndetin e adoleshentëve në një numër të madh vendesh.

Të qenit anëtar me të drejta të plota në këtë projekt ka kushtëzuar edhe ndjekjen e një cikli periodik të kryerjes së këtij studimi, cikël që sugjerohet dhe është i detyrueshëm për t'u zbatuar nga të gjithë anëtarët e këtij rrjeti. Ky periodicitet zbatohet çdo 4 vjet mbi bazën e përdorimit të një pyetësori standard, si instrument i studimit, që shpërndahet nga zyra që menaxhon projektin në të gjitha vendet anëtare. Përdorimi i një pyetësori-tip ndërkombëtar, unik për të gjitha vendet anëtare, me përshtatje të vogla që lidhen me specifikat edukativo-shëndetësore të vendit tonë (dhe të çdo vendi tjetër anëtar), është një kusht i domosdoshëm për të realizuar studimin në fjalë. Rrjedhimisht, pyetësori në fjalë, që është instrumenti kryesor i studimit i aplikuar në Shqipëri, është identik me atë të përdorur nga të gjitha vendet anëtare. Njëkohësisht, pyetësori është i njëjtë me pyetësorin e përdorur që nga fillimi i studimit për vendin tonë e deri më sot. Ky fakt mundëson krahasimin e të dhënave dhe nxjerrjen e konkluzioneve për sjelljet e fëmijëve të moshës shkollore mes vendeve të ndryshme që e aplikojnë këtë projekt, ashtu sikurse mundëson edhe krahasimin e këtyre të dhënave në periudha të ndryshme të kohës brenda të njëjtit vend, duke treguar ndryshimet e sjelljeve, si dhe tendencat e zhvillimit për sjelljet e ndryshme në adoleshentët. Të dhëna të tilla të krijojnë mundësinë e parapritjes së zhvillimeve sjellore të adoleshentëve me politika të shëndetshme qeveritare në vendet respektive, duke favorizuar suksesin e këtyre politikave dhe arritjen e objektivave në nivel kombëtar.

Shqipëria është bërë pjesë e rrjetit të vendeve që marrin pjesë në studimin e HBSC-së që prej vitit 2007. Në vitin 2009, vendi ynë mori pjesë në studimin e radhës HBSC 2009-2010, përkrah 43 vendeve të tjera nga Evropa dhe Amerika e Veriut dhe, në vitin 2013 ky studim u përsërit si pjesë e e aktiviteteve të Planit Kombëtar të Veprimit për Ushqimin dhe Ushqyerjen, 2013-2020.

Studimi synon të realizojë një sërë objektivash me natyrë të përgjithshme për të gjitha vendet anëtare, por edhe një sërë objektivash specifikë për secilin vend më vete. Ndër këto synime mund të përmendim:

- Të iniciojë dhe të mbështesë studimet kombëtare dhe ndërkombëtare për sjelljet e shëndetshme në nxënësit e moshës shkollore.

- Të kontribuojë në zhvillimet teorike, konceptuale dhe metodologjike në sjelljet e shëndetshme tek nxënësit e moshës shkollore.
- Të shpërndajë gjetjet e studimit në studiues politikëbërës, mësues, prindër e nxënës.
- Të bëjë lidhjen me objektivat e OBSH-së për sjelljet e të rinjve që lidhen me shëndetin.
- Të mbështesë zhvillimin e promocionit shëndetësor në fëmijët e moshës shkollore.
- Të promovojë vendosjen e ekspertizës kombëtare në sjelljet e shëndetshme të fëmijëve të kësaj moshe.
- Të vendosë dhe të forcojë një rrjet ndërkombëtar të ekspertëve në fushën e sjelljeve të shëndetshme të fëmijëve të moshës shkollore.

Fushat kryesore të HBSC-së janë:

- Kultura familjare
- Kultura midis bashkëmoshatarëve
- Pabarazia sociale
- Mjediset e shkollës
- Ushqyerja
- Aktiviteti fizik
- Shëndeti pozitiv
- Puberteti
- Sjelljet e rrezikshme
- Shëndeti seksual
- Dhuna dhe nëpërkëmbja

Fëmijët janë e ardhmja e çdo shoqërie. Nëse atyre u krijon mundësinë të shprehen sesi e duan ata të ardhmen e tyre, si e duan shoqërinë e ardhme në të cilën duan të jetojnë, ata nuk do të hezitojnë të shprehen lirshëm dhe me kompetencë për kërkesat e tyre, ashtu siç do të shprehen për ndryshimet që kërkojnë të bëhen, për ritmet e këtyre ndryshimeve dhe për rolin e gjithsecilit aktor në këtë proces ndryshimi. Dhe pikërisht, studimi i HBSC-së është një nga mekanizmat shumë të rëndësishëm për t'u dhënë të rinjve të moshës 11,13 dhe 15 vjeç një zë në përshkrimin dhe definimin e të ardhmes së tyre.

Është më se e vërtetë që, aktualisht ne kemi një mungesë të theksuar të dhënash sistematike lidhur me sjelljet shëndetësore të fëmijëve të këtyre moshave. Kjo mungesë pengon hartimin e politikave të caktuara dhe relevante për këto grupmosha, si dhe pengon ndërmarrjen e iniciativave të caktuara, në bazë të prioriteteve që jo gjithmonë janë të definuara mbi bazën e nevojave objektive të zhvillimit shoqëror. Për të plotësuar këtë boshllëk, me setin e të dhënave të domosdoshme që duhen për sjelljet shëndetësore të fëmijëve, shërben edhe realizimi periodik i studimit të HBSC-së. Po ashtu, ky lloj studimi frymëzon forcimin e kapaciteteve për grumbullimin e të dhënave, analizimin dhe përdorimin sa më efikas të tyre.

Risija e studimit të HBSC-së është që të rinjtë pjesëmarrës në këtë studim nuk janë vetëm "subjekt" për t'u studiuar, por në të njëjtën kohë ata janë partnerë në krijimin e një databaze e cila do të influencojë në vendimmarrjen e politikëbërësve, ekspertëve të shëndetit publik, mësuesve, prindërve dhe aktorëve të tjerë të rëndësishëm në vendin ku këta të rinj jetojnë. Pjesëmarrja e tyre parashikon një vizion të thellë e të kuptueshëm të asaj që ata do të dëshironin të ishin duke u rritur shoqërisht në këtë periudhë aktuale zhvillimi.

Studimi i HBSC-së është një apel për politikëbërësit dhe profesionistët që të dëgjojnë më shumë zërin e fëmijëve të tyre, që vjen përmes të dhënave të studimit në fjalë, dhe të sigurojnë që këto zëra të udhëheqin përpjekjet e tyre për përballimin dhe konfrontimin me problemet e shëndetit në të gjithë gjërësinë e vet, sot dhe në të ardhmen. Të dhënat periodike të këtij studimi janë sfida të rëndësishme për zhvillimet pozitive në fushën e shëndetit dhe në të gjitha fushat e tjera sociale, ekonomike, edukative etj, brenda të cilave fëmijët e moshës shkollore rriten dhe zhvillohen.

Qëllimi dhe objektivat e studimit

Studimi i vlerësimit të sjelljeve të shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore synon të rrisë të kuptuarit tonë mbi sjelljet e shëndetshme të adoleshentëve, shëndetin dhe stilin e jetesës në kontekstin e tyre social. Gjithashtu, studimi synon rritjen e të kuptuarit sesi vetë të rinjtë e perceptojnë shëndetin e tyre.

Objektivat kryesore të studimit janë:

- Të përshkruajë kontekstin social të shëndetit të të rinjve: jetën në familje, marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve dhe mjedisin e shkollës;
- Të vlerësojë sjelljet e lidhura me shëndetin: zakonet e të ngrënit, aktivitetin fizik, shëndetin oral dhe energjitë e shpenzuara;
- Të përshkruajë gjendjen aktuale shëndetësore të të rinjve: shëndetin pozitiv, ankesat kryesore shëndetësore, peshën dhe imazhin trupor;
- Të vlerësojë prevalencën e sjelljeve të rrezikshme: duhanpirjen, përdorimin e alkoolit dhe drogës, marrëdhëniet seksuale, zënkat dhe nëpërkëmbjet;
- Të vlerësojë lidhjen midis kontekstit social të shëndetit/gjendjes shëndetësore të të rinjve/sjelljeve të lidhura me shëndetin të të rinjve/sjelljeve të rrezikshme të të rinjve dhe karakteristikave socio-demografike të tyre.

Metodologjia

HBSC është një studim i bazuar në shkolla, dhe mbështetur në vetadministrimin e pyetësorëve nga fëmijët në klasa. Pyetësori standard ndërkombëtar i hartuar çdo katër vjet, mundëson mbledhjen e të dhënave të njëjta në të gjitha vendet pjesëmarrëse, duke mundësuar kështu kuantifikimin e modeleve të sjelljeve kryesore shëndetësore, treguesit e shëndetit dhe variablat kontekstuale. Këto të dhëna lejojnë të bëhen krahasime ndërmjet vendeve, duke bërë të mundur që në studimet pasuese të bëhet një analizë e tendencave.

Hartimi i studimit

Gjatë muajve Prill-Maj 2014, në të 12 prefekturat e Shqipërisë u zhvillua një studim transversal midis 5084 fëmijëve të moshës 11, 13 dhe 15 vjeç. Të tri grupmoshat e fëmijëve u kampionuan sipas periudhave kohore që përfaqësojnë *fillimin e adoleshencës* -mosha 11 vjeç; *sfidën e ndryshimeve fizike dhe emocionale*-mosha 13 vjeç; *vitet kur fillojnë të merren vendime shumë të rëndësishme për jetën dhe karrierën*- mosha 15 vjeç.

Popullata target

Popullata specifike e zgjedhur për mostër përfshiu fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç, d.m.th. ata që ishin në të 12-at, 14-at dhe 16-at e tyre. Sipas protokollit të studimit, rekomandohej fuqishëm që prioriteti i parë duhet të ishte përftimi i një *kampioni bazë në shkallë vendi*.

Madhësia e kampionit

Bazuar në protokollin ndërkombëtar të HBSC-së, numri minimal i kampionit të nevojshëm për çdo grupmoshë ishte 1550, pra në total 4650 nxënës. Për të rritur fuqinë e studimit dhe për të llogaritur shkallën e refuzimit për pjesëmarrje në studim, u llogarit që të merrej një kampion prej 4944 individësh. Gjatë punës në terren ky numër shkoi në 5084.
Teknika e përdorur për zgjedhjen e mostrës ishte "zgjedhje me klaster", ku klasteri ishte klasa e një shkolle. Klasat u zgjodhën në mënyrë të rastësishme. Sipas protokollit të HBSC-së, numri i mostrës për çdo grupmoshë ishte 1550 fëmijë (bazuar në analizat e studimeve të kryera në vitet 1993-94 dhe 1997-98, kjo përllogaritje siguron një interval konfidence (CI) prej +/-3% në 95% dhe një efekt dizenjimi prej 1.2).

Përftimi i kampionit

Për zgjedhjen e mostrës, mosha ishte prioriteti i parë. Kjo do të thotë që mostrat për të tri grupmoshat u llogaritën nga kornizat përkatëse të kampionit sipas secilës grupmoshë përkatëse. Teknika e kampionimit konsistoi në kampinimin me klastera të shtresëzuar në disa stade, duke përdorur kampion me probabilitet sipas madhësisë (probability proportional to size (PPS).

Shtresëzimi u bazua në 12 prefekturat e Shqipërisë, në qytet dhe fshat. Duhet theksuar se ndarja e popullsisë target është pothuajse e barabartë në fshat dhe qytet. Ne përdorëm një shtresëzim të tillë në mënyrë që të siguronim një përfaqësim sa më të lartë në nivel kombëtar. Pas procesit të shtresëzimit (12 shtresa/prefektura), në procesin e kampionimit u kryen stadet e mëposhtme:

- *Stadi 1*: Nga çdo shtresë/prefekturë u zgjodh në mënyrë të rastësishme një rreth (që i korrespondon një njësie administrative në nivel prefekture). Përveç 12 rretheve të zgjedhura, në studim u përfshinë edhe 5 rrethe të tjera të mëdha të Shqipërisë, respektivisht: Lushnje, Mat, Kuçovë, Malësi e Madhe, Gramsh.

- *Stadi 2*: Nga secili rreth, në mënyrë të rastësishme u përzgjodhën shkollat që do merrnin pjesë në studim (me PPS-bazuar në numrin e nxënësve të moshës 11, 13 dhe 15 vjeç), të cilat u ndanë sipas vendndodhjes fshat/qytet.

- *Stadi 3*: Nga secila shkollë e përzgjedhur në fazën e dytë, u zgjodh në mënyrë të rastësishme një klasë nga klasa e 5-të deri në të 10-ën, duke i ndarë sipas vendndodhjes fshat/qytet.

- *Stadi 4*: Nga çdo klasë e zgjedhur në fazën e tretë, në mënyrë të rastësishme u zgjodhën 10 nxënës nga qyteti dhe 7-8 nxënës nga fshati, të cilët plotësonin kriterin e moshës.

Për të gjitha stadet, mostra respektive e përzgjedhur u mundësua nga databaza e Ministrisë së Arsimit dhe Sporteve.
Studimi u krye në fund të vitit akademik 2013-2014, dhe fëmijët e një grupmoshe të caktuar kishin gjasa të gjendeshin në dy nivele të ndryshme klasash. P.sh fëmijët që i përkisnin grupmoshës 11 vjeç gjendeshin si në klasën e pestë, ashtu edhe në klasën e gjashtë. Fëmijët që i përkisnin grupmoshës 13 vjeç gjendeshin si në klasën e shtatë, ashtu edhe në klasën e tetë, dhe fëmijët që i përkisnin grupmoshës 15 vjeç gjendeshin si në klasën e nëntë, ashtu edhe në klasën e dhjetë. Si rezultat, popullata target e studimit (mosha 11, 13 dhe 15 vjeç) ishte e shpërndarë në të 6 nivelet e klasave, specifikisht nga klasa e 5-të (11 vjeç) në klasën e 10-të (15 vjeç), duke përfshirë kështu në studim jo vetëm shkollat 9-vjeçare, por edhe ato të mesme (klasa e dhjetë). Pas një llogaritjeje paraprake, u vendos që të bëhej e njëjta shpërndarje e fëmijëve të së njëjtës grupmoshë nga çdo nivel klase (d.m.th 50% e fëmijëve nga klasa e pestë dhe 50% nga klasa e gjashtë) duke formuar kështu “klasat ekuivalente”.

Njësia bazë e kampionit ishte “*klasa ekuivalente*”, d.m.th. klasa të formuara nga bashkimi i fëmijëve të së njëjtës grupmoshë, por që i përkisnin niveleve të ndryshme të klasave. Sipas të dhënave të marra nga Ministria e Arsimit dhe Shkencës lidhur me numrin e nxënësve në një klasë, u vendos që numri mesatar i nxënësve në një klasë të qytetit të ishte 20, dhe në një klasë të fshatit të ishte 15. Kështu, një “klasë ekuivalente” në qytet, me fëmijë të moshës 11 vjeç, të përbëhej nga 10 fëmijë të klasës së pestë dhe 10 fëmijë të klasës së 6-të, kurse një “klasë ekuivalente” në fshat (për të njëjtën grupmoshë) të përbëhej nga 7-8 fëmijë të klasës së pestë dhe 7-8 fëmijë të klasës së gjashtë.

Numri total i pjesëmarrësve në studim ishte 5084, nga të cilët 29 ishin jo të besueshëm. Nga 5055 pyetësorë që hynë në analizë, u përjashtuan edhe 157 pyetësorë. Shkalla e pjesëmarrjes në studim ishte 4898/5084=96.% dhe shpërndarja e pjesëmarrësve (pas pastrimit të databazës) paraqitet në tabelën 1.

Tabela 1 **Numri i nxënësve, sipas prefekturave, shkollave, klasave dhe shpërndarjes demografike (qytet/fshat)**

Nr.	Qarku	Nr. i shkollave 9-vjeçare dhe të mesme në fshat	Nr. i shkollave 9-vjeçaredhe të mesme në qytet	Numri total i shkollave	Numri total i klasave	Numri total i fëmijëve
1	Berat	5	4	9	30	244
2	Dibër	6	4	10	29	274
3	Durrës	9	7	16	52	514
4	Elbasan	11	8	19	54	560
5	Fier	10	8	18	52	506
6	Gjirokastër	2	2	4	12	117
7	Korçë	7	6	13	37	315
8	Kukës	4	4	8	24	200
9	Lezhë	6	4	10	30	247
10	Shkodër	8	6	14	42	344
11	Tiranë	27	20	47	145	1314
12	Vlorë	6	4	10	30	263
	Totali	**101**	**77**	**178**	**537**	**4898**

Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave konsistoi në vetadministrimin e një pyetësori anonim, i cili përbëhej nga pyetjet e detyruara dhe ato opsionale.

Pyetësori i nxënësit

Pyetësori i nxënësit është standard dhe përdoret në të gjitha vendet pjesëmarrëse në studimin e HBSC-së. Ai përbëhet nga 74 pyetje të detyruara. Për shkak të diferencave moshore në pyetje, për fëmijët e moshës 15 vjeç ka disa pyetje shtesë, të cilat përfshijnë pyetje për mbledhjen e informacionit mbi shëndetin seksual, përdorimin e paligjshëm të drogës, si dhe moshën e fillimit të përdorimit të duhanit, alkoolit dhe dehjes alkoolike.
Ky studim përdori pyetjet e detyruara të pyetësorit të HBSC-së 2013-2014 dhe 2 pyetje opsionale. Pyetësori u administrua në klasa, dhe koha mesatare e plotësimit të tij ishte 30-35 minuta. Konfidencialiteti ishte jashtëzakonisht i rëndësishëm, si një procedurë që siguronte anonimitetin e nxënësit nëpërmjet procesit të mbledhjes së të dhënave. Intervistuesit, përveç instruksioneve të shkruara në krye të pyetësorit, iu dhanë nxënësve instruksione verbale mbi mënyrën e plotësimit të pyetësorit në mënyrë anonime. Në studim u përfshinë vetëm nxënësit që e plotësuan pyetësorin.

Pyetësori i detyruar përmban çështjet e mëposhtme:

- **Të dhënat demografike** (mosha, gjinia, klasa)
- **Sjelljet** - ngrënia e mëngjesit, shpeshtësia e ushqyerjes, uria, shëndeti oral, sjelljet që lidhen me mbajtjen e dietës apo kontrollin e peshës, aktiviteti fizik, duhanpirja, frekuenca e konsumit të alkoolit, dehja, mosha e fillimit të duhanit, alkoolit dhe dehjes alkoolike), përdorimi i drogës, nëpërkëmbja, zënkat dhe dëmtimet, sjelljet që lidhen me sedentaritetin.
- **Shkolla** - arritjet akademike, sadisfaksioni me shkollën, mbështetja nga shokët e klasës, stresi lidhur me shkollën.
- **Shëndeti dhe "vlerësimi i zhvillimit fizik"** -vetëvlerësimi i shëndetit, pesha dhe gjatësia, sadisfaksioni me jetën, imazhi trupor, puberteti, shëndeti seksual.
- **Familja** - struktura e familjes, mirëqenia familjare, profesioni i prindërve, lehtësia për të biseduar me prindërit/motrat/vëllezërit apo shokët.
- **Shokët** - numri i shokëve, frekuenca e kontakteve me shokët**.**
- **Aktivitetet gjatë kohës së lirë**

Pyetësori opsional përmbante dy pyetje që lidheshin me pabarazinë sociale, të cilat paraqiten më poshtë:

1. Disa nxënës shkojnë në shkollë ose flenë të uritur sepse nuk kanë ushqim të mjaftueshëm në shtëpi. Sa shpesh ju ndodh juve kjo gjë?
2. A paguajnë prindërit tuaj njerëz të tjerë për të punuar në shtëpinë tuaj gjatë javës?

Hapat për të kryer punën në terren

Për të filluar punën në terren u ndoq eksperienca e studimit të vitit të kaluar. Hapi i parë

filloi në Shkurt 2014, kur Ministria e Arsimit dhe Shkencës, nëpërmjet një shkrese, njoftoi paraprakisht të gjitha Drejtoritë Rajonale të Arsimit mbi studimin e HBSC-së.
Përveç kësaj, një javë para fillimit të studimit, punonjësit e promocionit nga prefekturat ku do të kryhej studimi, bënë njoftimin e shkollave nëpërmjet një letre nga drejtori i Institutit të Shëndetit Publik. Në të njëjtën kohë, shkollave iu kërkua të bënin njoftimin e prindërve, fëmijët e të cilëve do të merrnin pjesë në studim, në mënyrë që të merrej miratimi i tyre.

Hapi i dytë ishte trajnimi i intervistuesve dhe pilotimi i pyetësorit. Përpara se të fillonte puna në terren, grupi i punës organizoi një trajnim 2-ditor me të gjithë intervistuesit, të cilët ishin kryesisht profesionistë shëndeti, pjesë të strukturave të Edukimit dhe Promocionit në rrethe dhe ISHP. Pjesëmarrësit morën instruksione të detajuara, udhëzime mbi mënyrën e ruajtjes së konfidencialitetit dhe si të shmangnin përgjigjet e influencuara. Gjatë ditës së dytë të trajnimit të intervistuesve, u krye në terren pilotimi i pyetësorit. Ai u krye në prezencë të të gjithë grupit të punës së studimit dhe për çdo grupmoshë. Ky proces u krye në dy shkolla të Tiranës, dhe numri i fëmijëve të përfshirë ishte 40.

Hapi i fundit ishte shpërndarja e të gjithë pyetësorëve. Gjatë muajve Prill-Maj 2014 u realizua shpërndarja e pyetësorëve në çdo prefekturë sipas shkollave të përzgjedhura. Çdo grup intervistuesish përbëhej nga 5 persona: një punonjës lokal nga promocioni i çdo rrethi, dhe 4 intervistues të tjerë të ardhur nga Tirana.

Çështje etike të studimit

Të gjithë fëmijët u informuan mbi qëllimin dhe objektivat e studimit, si dhe iu shpjeguan në detaje të mjaftueshme veçanërisht aspektet e lidhura me anonimitetin e studimit. Kryerja e studimit u miratua nga Ministria e Arsimit dhe Shkencës, dhe gjatë procesit u aprovua nga Komisioni i Etikës Bio-Mjekësore.

Analiza e të dhënave

Analiza e të dhënave identifikoi ndryshime të rëndësishme në prevalencën e pasojave shëndetësore, të krahasuara sipas gjinisë dhe grupmoshës. Testi i Hi-katrorit u përdor për të vlerësuar ndryshimet statistikore sinjifikante të lidhura me gjininë dhe grupmoshën. Në raport janë përfshirë vetëm rezultatet statistikisht sinjifikante. Në krahasimin e proporcioneve u përdor një nivel sinjifikance 95%.
E gjithë analiza e të dhënave u krye nëpërmjet paketës statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 17.0).

Rezultatet dhe diskutimi i studimit

Karakteristikat demografike të kampionit të përfshirë në studim

Në studim morën pjesë 4898 nxënës, nga të cilët 48.2% ishin djem dhe 51.8% vajza. Mosha mesatare e kampionit të nxënësve të përfshirë në studim ishte 13.5±1.7 vjeç. Të dhënat demografike më të detajuara jepen në tabelën 2.

Tabela 2 **Të dhënat demografike**

Karakteristikat demografike	N (%)
Gjinia:	2391 (48.2)
Meshkuj	2507 (51.8)
Femra	
Grupmosha, mesatarja (SD)	13.5 (±1.6)
11 vjeç	1592 (32.5)
13 vjeç	1619 (33.1)
15 vjeç	1687 (34.4)

1

Jeta në familje

- Shumica e fëmijëve 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën jetojnë me të dy prindërit.
- Në përgjithësi, si djemtë dhe vajzat e moshës 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën, komunikojnë më lehtë me nënat (61.7%) sesa me baballarët.
- Tre në katër fëmijë 11-15 vjeç që ndjekin shkollën, e shohin familjen si një mjedis shumë të rëndësishëm për të diskutuar gjërat e rëndësishme apo për të sqaruar keqkuptimet.
- Krahasuar me djemtë, vajzat mbështeten më shumë tek familjet për t'u ndihmuar, për të marrë vendime dhe mbështetje emocionale.

Jeta familjare luan rol shumë të rëndësishëm në zhvillimin dhe mirëqenien e adoleshentëve. Përbërja e familjes (p.sh. prindër biologjik, familjet me njerk/njerkë apo prindër të vetëm), ka pësuar ndryshime të rëndësishme gjatë dekadave të fundit në shumicën e vendeve evropiane. Të rinjtë po rriten në mjedise të tilla, ku vërehet një rritje e numrit të familjeve me një prind. Rrjedhimisht, po merr një vëmendje gjithnjë e më të madhe mënyra sesi struktura familjare mund të ndikojë sjelljet e rrezikshme dhe pasojat shëndetësore[6]. Struktura e familjes është e lidhur me një gamë të gjerë të sjelljeve shëndetësore, të tilla si larja e dhëmbëve[7], pirja e duhanit[8] dhe përdorimi i substancave[9].
Të gjitha këto ndikohen në një masë të konsiderueshme, përveç të tjerash, edhe nga mungesa e kohës së mjaftueshme që një prind i vetëm kalon me fëmijën e tij. Në këto kushte, këtë vend bosh gjatë ditës e zëvendëson ose vetmia me pasojat e saj, ose shokët në mjedise të hapura, që shpesh stimulojnë sjellje të rrezikshme.

Në shëndetin e adoleshentëve ndikon jo vetëm struktura e familjes, por edhe aspekte të funksionimit të saj. Një marrëdhënie e dobët dhe konfliktuale me prindërit mund të rezultojë në vetëvlerësim më të ulët, dhe mirëqenie psikologjike më të varfër tek adoleshentët[10]. Komunikimi i mirë me prindërit lidhet me ankesa psikologjike më të pakta (p.sh. ndjenja e të ndierit pa humor, pagjumësi)[11] dhe me një nivel më të lartë të kënaqësisë ndaj jetës[12].

Me rritjen e moshës, të rinjtë adoleshentë zakonisht shpenzojnë më pak kohë me familjen, dhe më shumë kohë me bashkëmoshatarët[13]. Megjithatë, kalimi i kohës me familjen kufizon konsumin e tepërt të alkoolit nga adoleshentët dhe rrit cilësinë e dietës[14],[15]. Gjatë fëmijërisë, ngrënia së bashku me familjen mund të çojë në përfitime të shumta shëndetësore në vitet e mëvonshme, dhe shoqërohet me rritjen e kohezionit familjar[16].

Kjo edhe për faktin se këto tavolina të përbashkëta, në shumicën e rasteve, kthehen në "kuvende diskutimi" ku secili është më i lirshëm të shprehë mendimet e veta, dhe të diskutojë hapur shqetësimet e jetës dhe problemet që e shoqërojnë fëmijën në procesin e rritjes.

Gjetjet e studimit

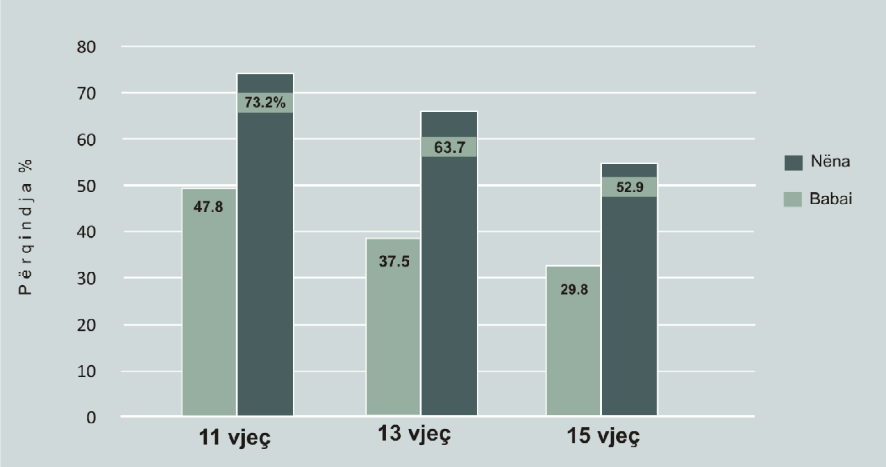
Struktura e familjes

Shumica absolute e familjeve (94%) të nxënësve pjesëmarrës në studim jetonin me të dy prindërit. Vetëm 0.5% (26) e tyre jetonin me njerkë dhe 0.2% (12) e tyre jetonin me njerk.

Komunikimi me prindërit

Nxënësit u pyetën mbi *lehtësinë në komunikim* me prindërit e tyre. Në përgjithësi, ata raportuan më shumë lehtësi në komunikim me nënat (61.7%) në krahasim me baballarët e tyre (37.4%). Sipas gjinisë rezultoi se vajzat komunikonin më lehtë me nënat, kurse djemtë me baballarët. Me rritjen e moshës, për të dyja gjinitë, vërehet se komunikimi *me shumë lehtësi* vjen duke u zvogëluar si për nënën dhe për babain (grafiku 1).

Grafiku 1 **Lehtësia për të folur me nënën dhe babain sipas grupmoshës**



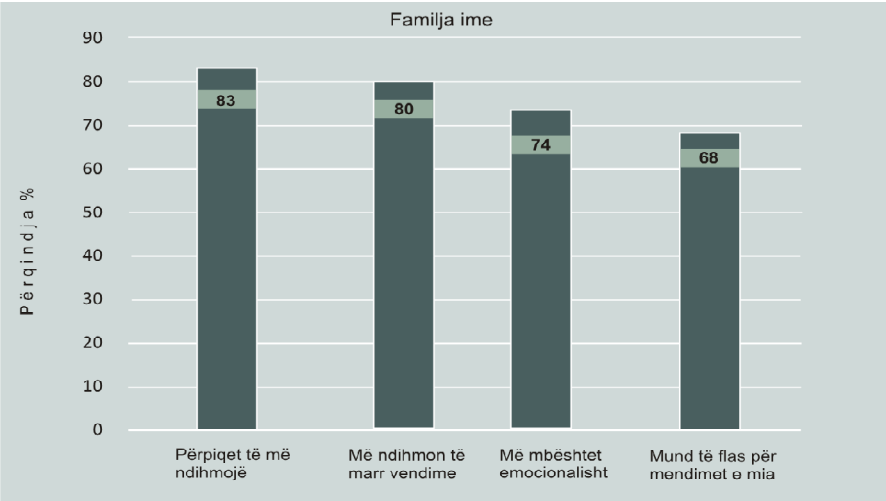
Cilësia e komunikimit në familje

Shumica e nxënësve e shohin familjen si një mjedis shumë të rëndësishëm për të diskutuar gjërat e rëndësishme (75%) apo për të sqaruar të gjitha keqkuptimet (67%) midis anëtarëve të familjes. Në të gjitha rastet u konstatua një diferencë e rëndësishme gjinore, ku vajzat mbështeten më shumë në familje sesa djemtë.

Mbështetja nga familja

Pjesa dërrmuese e fëmijëve 11-15 vjeç që ndjekin shkollën, mendojnë se mund të mbështeten tek familja e tyre për t'u ndihmuar (83%), për të marrë vendime (80%), për t'u mbështetur emocionalisht (74%) dhe për të folur për problemet e tyre (68%). Sikurse edhe në rezultatet e mësipërme, konstatohet se vajzat besojnë më shumë në mbështetjen tek familja, krahasuar me djemtë, (grafiku 2)

Grafiku 2 **Mbështetja nga familja**



2

Mjedisi shkollor

- Rreth 62% e fëmijëve të moshës 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën e pëlqejnë *shumë* shkollën, por me rritjen e moshës pëlqyeshmëria vjen duke u ulur.
- 57% e fëmijëve 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën raportojnë një performancë të lartë në shkollë.
- Gati 1 në 10 fëmijë të moshës 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën raportojnë *shumë* presion nga volumi i punës në shkollë, presion I cili rritet me rritjen e moshës.
- Rreth 80% e fëmijëve 11,13,15 vjeç shprehen se *"Shumica e shokëve dhe shoqeve të klasës janë të sjellshëm dhe të ndihmojnë".*

Adoleshentët kalojnë një pjesë të madhe të kohës së tyre në mjedisin shkollor. Mënyra sesi ata e perceptojnë mjedisin e tyre shkollor mund të ndikojë jo vetëm në arritjet e tyre akademike[17], por edhe në shëndetin e tyre fizik dhe mendor[18]. Perceptimet pozitive për klimën sociale në shkollës lidhen me më pak probleme emocionale dhe të sjelljes[19].
Në krijimin e një mjedisi mbështetës shkollor luajnë rol shumë të rëndësishëm marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve, shokëve dhe mësuesve. Gjetjet e mëparshme konfirmojnë se mjedisi shkollor dhe klima disiplinore mund të parashikojnë pasojat shëndetësore dhe mirëqenien tek të rinjtë[20]. Të rinjtë që kanë mendime pozitive për mjedisin e tyre shkollor, i perceptojnë mësuesit e tyre si mbështetës, kanë një rrjet mbështetës bashkëmoshatarësh, dhe kanë më shumë gjasa për t'u angazhuar në promovimin e sjelljeve të shëndetshme[21]. Perceptimet pozitive për shkollën lidhen edhe me arritje të larta akademike, numër të ulët të mungesave të paarsyeshme, si dhe me një shëndet më të mirë emocional dhe incidencë të ulët të nëpërkëmbjes[17]. Mjedisi shkollor tregon se ndikon në perceptimin e përgjithshëm të shëndetit dhe kënaqësinë ndaj jetës, më shumë tek vajzat sesa tek djemtë[22].

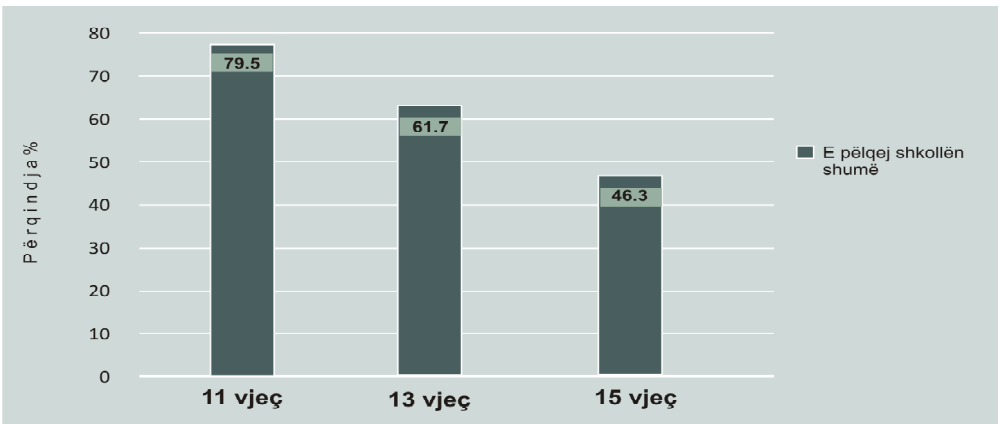
Gjetjet e studimit

Studimi i HBSC-së përmban një numër pyetjesh që lidhen ngushtë me mjedisin e shkollës: sa e pëlqejnë nxënësit shkollën, perceptimi i performancës akademike, presioni prej shkollës dhe mbështetja nga shkolla.

Pëlqyeshmëria e shkollës

Përsa i takon pëlqyeshmërisë së shkollës, 3032 (61.9%) nxënës raportuan që e pëlqenin *shumë* shkollën, ndërkohë që 119 (2.4%) nxënës deklaruan se nuk e pëlqenin aspak atë. Djemtë kishin më pak gjasa ta pëlqenin shkollën krahasuar me vajzat (58% vs. 66% respektivisht). Nga ana tjetër, ka një diferencë të theksuar moshore lidhur me pëlqimin apo jo të shkollës. 79.5% e nxënësve 11 vjeç e pëlqenin shumë shkollën, krahasuar me 61.7% të nxënësve 13 vjeçarë, dhe 46.3% të atyre 15 vjeçarë (grafiku 3).

Grafiku 3 **Pëlqyeshmëria e shkollës sipas grupmoshës së nxënësve**

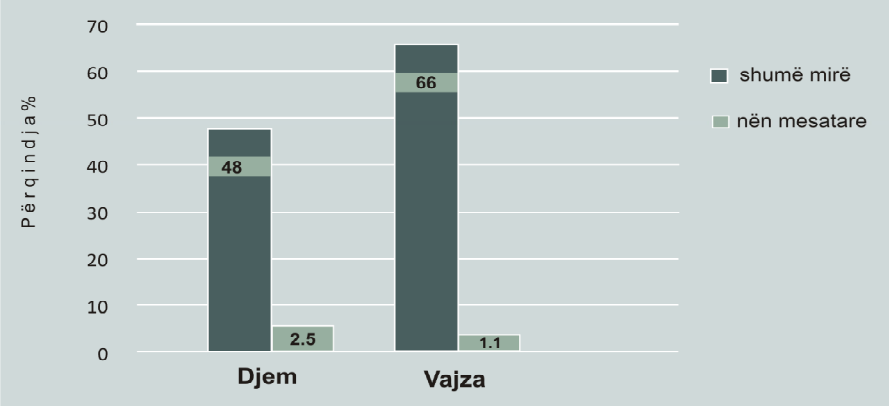


Performanca në shkollë

Nxënësit u pyetën se çfarë mendojnë mësuesit për mbarëvajtjen e tyre në shkollë, krahasuar me shokët e tjerë të klasës.

Përsa i takon performancës akademike, 57.1% e fëmijëve të moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç raportojnë një performancë *shumë të mirë* në shkollë, kundrejt 1.7% që raportojnë performancë *nën mesatare*. Vajzat raportojnë më shumë performancë *shumë të mirë* (66% vs. 48%) në shkollë kurse djemtë raportojnë më shumë performancë *nën mesatare (2.5% vs. 1.1%)*.

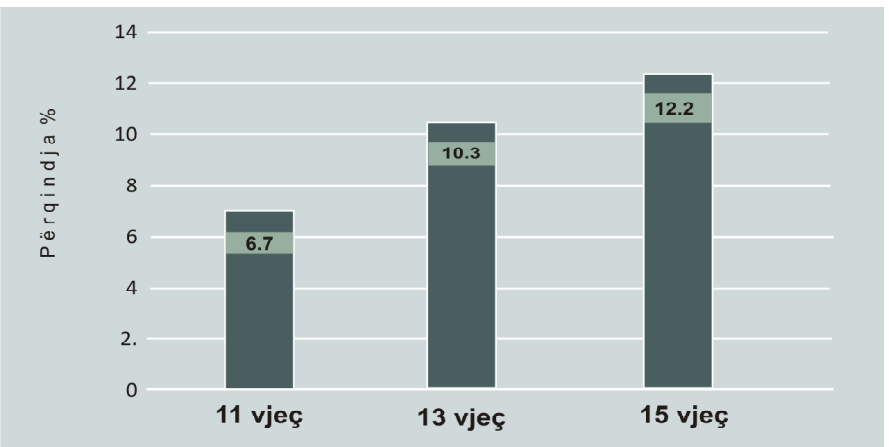
Grafiku 4 **Performanca në shkollë sipas gjinisë**



Presioni nga volumi i punës në shkollë

Përsa i takon presionit nga volumi i punës në shkollë, 476 (9.7%) nxënës deklaruan se kishin *shumë* presion nga volumi i punës në shkollë, kundrejt 1519 (31%) nxënës që raportuan se nuk kishin aspak presion. Si vajzat dhe djemtë shprehnin të njëjtin presion nga shkolla, ndërkohë që u kontatua se me rritjen e moshës rritej edhe presioni nga volumi i punës në shkollë. Kështu, 15 vjeçarët deklaronin dyfishin e presionit nga volumi i punës në shkollë, krahasuar me 11 vjeçarët (grafiku 5).

Grafiku 5 **Rritja e presionit nga volumi i punës në shkollë sipas grupmoshës**



Mbështetja nga shokët e klasës

Rreth 80% e nxënësve ishin dakord (ose shumë dakord) me shprehjen: *Shumica e shokëve dhe shoqeve të klasës time janë të sjellshëm dhe të ndihmojnë.* Edhe pse s'kishte dallime gjinore, shifrat janë më të ulëta për nxënësit me moshë më të vogël, respektivisht: 76.4% për 11 vjeçarët, 82,4% për 13 vjeçarët dhe 85% për 15 vjeçarët.

3

Marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve

- 42% e fëmijëve 11,13,15 vjeç kanë kontakte *të përditshme* me shokët e tyre (47.6% djem dhe 36.7% vajza), dhe kjo dukuri është më e shprehur tek 15 vjeçarët.

- Mjetet më të përdorshme të komunikimit janë Facebook (40.6%), SMS-të, E-mail, dhe mjete të tjera si My Space, Twitter, Apps (p.sh. histagram), lojra (p.sh. Xbox), YouTube, etj.

- Vajzat kanë më shumë besim se djemtë për të patur shokë, me të cilët mund të ndajnë gëzime dhe hidhërime.

Rritja e moshës së adoleshentëve shkon në raport të drejtë me rritjen e kohës që të rinjtë shpenzojnë me bashkëmoshatarët, si brenda ashtu edhe jashtë shkollës[23]. Adoleshenca është koha kur zhvillohen sjelljet e shëndetshme, të cilat lënë gjurmë edhe në moshën e rritur[24]. Marrëdhënia që formohet midis të rinjve mund të ketë efekt në tipin e sjelljeve që ata do të adaptojnë. P.sh, vihet re se ata ndajnë midis tyre të njëjtat sjellje të rrezikshme, duke përfshirë pirjen e duhanit[25], alkoolit[26], sjelljet seksuale të rrezikshme dhe çrregullime të të ngrënit[27]. Nga ana tjetër, mbështetja sociale nga shokët lidhet pozitivisht me nivelet në rritje të aktivitetit fizik[28]. Vajzat adoleshente, për shembull, janë fizikisht më aktive nëse shokët/shoqet e tyre të ngushtë angazhohen me sport[29].

Numri i shokëve që ka një adoleshent dhe mënyra me të cilën përshtatet në rrjete të tilla shokësh mund të ndikojë edhe mirëqenien. Izolimi nga moshatarët mund të çojë në shfaqjen e simptomave psikologjike, si depresioni dhe vetëvlerësimi i ulët[30], ndërsa adoleshentët të cilët janë të integruar në rrjete miqsh dhe shokësh përjetojnë më pak shenja dhe simptoma depresive[31].

Një element thelbësor i grupeve të bashkëmoshatarëve është aftësia për ndërveprim dhe komunikim të shpeshtë[32]. Të rinjtë të cilët raportojnë komunikim më të mirë me shokët e tyre tregojnë më pak ankesa psikologjike[33]. Komunikimi përmes përdorimit të medias elektronike tek të rinjtë është në rritje, duke shtuar kështu një dimension shtesë në marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve, dhe duke krijuar mundësi të reja për komunikim midis tyre.

Gjetjet e studimit

Në studimin e HBSC-së janë vlerësuar disa aspekte të marrëdhënies midis bashkëmoshatarëve. Këto përfshijnë numrin e shokëve, kohën e kaluar me shokët, përdorimin e mjeteve të komunikimit elektronik, dhe lehtësinë për të folur me shokët.

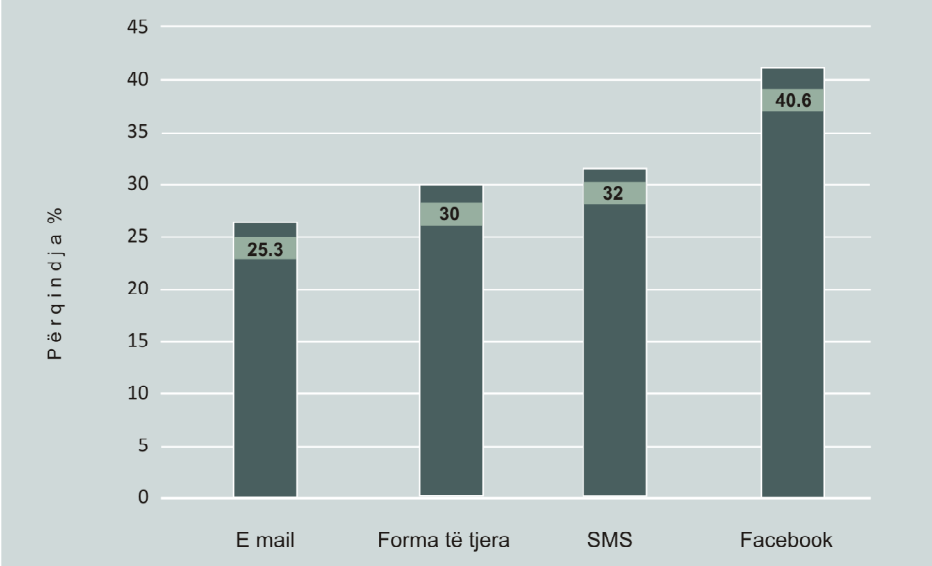
Kontaktet me bashkëmoshatarët

Pothuaj 42% (2045) e nxënësve kanë kontakte *të përditshme* me shokët e tyre (47.6% djem dhe 36.7% vajza), dhe kjo dukuri është më e shprehur tek 15 vjeçarët. Djemtë (25%) kanë më shumë gjasa se vajzat (7%) të takojnë shokët pas orës 8 të mbrëmjes, dhe kjo dukuri ndodh më shpesh për nxënësit e moshës 15 vjeç.

Komunikimi elektronik

Lidhur me komunikimin *e përditshëm* elektronik, 40.6% e nxënësve raportuan se komunikonin me shokët nëpërmjet mesazheve të çastit , (psh. chat në Facebook); 32% raportuan se komunikonin nëpërmjet SMS-ve; 25.3% nëpërmjet e-mailit dhe 30% nëpërmjet mjeteve të tjera të komunikimit elektronik, duke përdorur media sociale, si Facebook, (duke postuar në mur, jo nëpërmjet chat-it), My Space, Twitter, Apps (p.sh. histagram), lojra (p.sh. Xbox), YouTube etj. Në të gjitha rastet u konstatua një diferencë gjinore e rëndësishme, ku djemtë raportuan shifra më të larta të komunikimit elektronik, krahasuar me vajzat, (grafiku 6).

Grafiku 6 **Format e komunikimit elektronik**



Mbështetja nga bashkëmoshatarët

Shumica e fëmijëve (73%) raportuan se kanë shokë me të cilët mund të ndajnë gëzime dhe hidhërime, ndërsa vajzat kanë më shumë besim se djemtë për të patur shokë dhe miq të tillë (76% vs. 69%). Nga ana tjetër, më shumë se gjysma e fëmijëve raportuan se shokët përpiqen t'i ndihmojnë me të vërtetë (57.3%); mund të mbështeten tek shokët kur gjërat shkojnë keq (55%); mund të flasin me ta kur gjërat shkojnë keq (52%).

Zakonet e të ushqyerit

- 43,7% e fëmijëve 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën konsumojnë mëngjes çdo ditë të javës. Vajzat konsumojnë më pak mëngjes krahasuar me djemtë.
- Një në dy fëmijë të moshës 11,13,15 vjeç konsumon fruta *çdo ditë,* dhe një në tre fëmijë konsumon fruta *më shumë se një herë në ditë*.
- Një në tre fëmijë konsumon perime *çdo ditë,* dhe një në katër fëmijë konsumon perime *më shumë se një herë në ditë*.
- Vajzat konsumojnë më shumë fruta dhe perime krahasuar me djemtë.
- Vajzat konsumojnë më shumë ëmbëlsira, ndërsa djemtë më shumë pije që përmbajnë sheqer.

Një dietë e balancuar gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës është thelbësore për një shëndet të mirë, veçanërisht, pasi zakonet e të ngrënit të formuara gjatë kësaj periudhe zakonisht ndiqen edhe gjatë moshës adulte, duke ndikuar në rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve të rënda kronike[34]. Gjatë dekadës së fundit, në Shqipëri ka një rritje të vëmendjes së qeverisë shqiptare për t'u fokusuar në dietën dhe mënyrën e ushqyerjes së fëmijëve dhe të rinjve. Në vitin 2008, për herë të parë u hartuan "Rekomandimet për ushqyerjen e shëndetshme në Shqipëri", ku përfshihen edhe rekomandimet ushqimore për fëmijët e moshave 6-12 vjeç, dhe atyre të moshave 13 -18 vjeç.

Plani Kombëtar i Veprimit për Ushqimin dhe Ushqyerjen (PKUU) viti 2013 – 2020, u hartua në kuadrin e Programit të Përbashkët të Ushqyerjes, i zbatuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Bujqësisë, me mbështetjen e OBSH-së, UNICEF-it dhe FAO-s, dhe i financuar nga Fondi Spanjoll i Arritjes së Objektivave të Mijëvjeçarit. Qëllimi i PKUU është arritja e përfitimeve në shëndetin e popullatës, nëpërmjet rritjes së numrit të individëve që ushqehen me një dietë të ekuilibruar, rritjes së numrit të individëve që ruajnë një peshë trupore të shëndetshme, dhe rritjes së numrit të individëve me akses për ushqim të mjaftueshëm, të sigurt dhe të ushqyeshëm.

Në shkollat shtetërore shqiptare nuk aplikohet dhënia e drekës, edhe pse ka përpjekje serioze dhe po advokohet për ofrimin në shkollat publike të ushqimeve të shëndetshme nëpërmjet mencave. Rëndësia e një diete të shëndetshme ka qenë në qendër të një numri iniciativash gjatë promocionit shëndetësor në shkolla. Kështu, për arsimin e detyrueshëm 9-vjeçar është zhvilluar një paketë kurrikulare "Për një ushqyerje të shëndetshme", e cila përmban një set temash të lidhura me ushqyerjen, programin mësimor për grupmoshat 5-16 vjeç, udhëzuesin metodik për zbatimin e temave mësimore, si dhe librin e punës për nxënësit[35].

Nga gjithë aktivitetet e ndërmarra, është identifikuar nevoja e përmirësimit të promocionit shëndetësor në shkolla, për të ndihmuar fëmijët dhe të rinjtë që të zhvillojnë një kuptim më të mirë të marrëdhënies midis ushqimit, shëndetit dhe mirëqenies. Për më tepër, është identifikuar edhe nevoja për të zhvilluar vetëdijen për çështje të ndryshme në lidhje me ushqimin, duke përfshirë edhe ndryshimet kulturore. Trajnimi i stafit mësimor dhe shëndetësor në shkolla nga specialistët e promocionit duket se e ka lehtësuar këtë proces.

Një vakt i rregullt me familjen është një aspekt i jetës familjare, nga i cili është treguar se përfitojnë shumë të rinjtë. Ngrënia e vakteve së bashku me familjen gjatë fëmijërisë mund të ketë përfitime të shumta në vitet e mëvonshme[36]. Vaktet e shpeshta me familjen lidhen me zhvillimin e modeleve "të rregullta" të ngrënies, duke ulur në këtë mënyrë rrezikun e peshës trupore jo të shëndetshme[37], dhe përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien[38]. Konsumi i mëngjesit është një komponent i rëndësishëm i të ushqyerit dhe, si pjesë e një dietë të shëndetshme dhe mënyrës së jetesës, mund të ndikojë pozitivisht në shëndetin dhe mirëqenien e fëmijëve[39]. Moskonsumi i mëngjesit shoqërohet me rritjen e konsumit të vakteve të ndërmjetme gjatë pjesës tjetër të ditës[40]. Frutat dhe perimet janë komponentë vitalë të një diete të shëndetshme, dhe të mbrojnë ndaj disa sëmundjeve, si sëmundjet e zemrës dhe disa lloje kanceresh[41]. Ushqimet më të zakonshme që konsumohen në vaktet e ndërmjetme (zemrat) mes të rinjve përfshijnë pijet me sheqer,

. patatinat dhe ëmbëlsirat. Të dhënat lidhin përdorimin e lartë të sheqerit me praninë e kariesit dentar [42], si dhe rritjen e rrezikut për mbipeshë[43]. Për më tepër, koha e madhe e shpenzuar para televizorit lidhet edhe me norma më të larta të konsumit të përditshëm të pijeve të sheqerosura dhe ëmbëlsirave[44].

Gjetjet e studimit

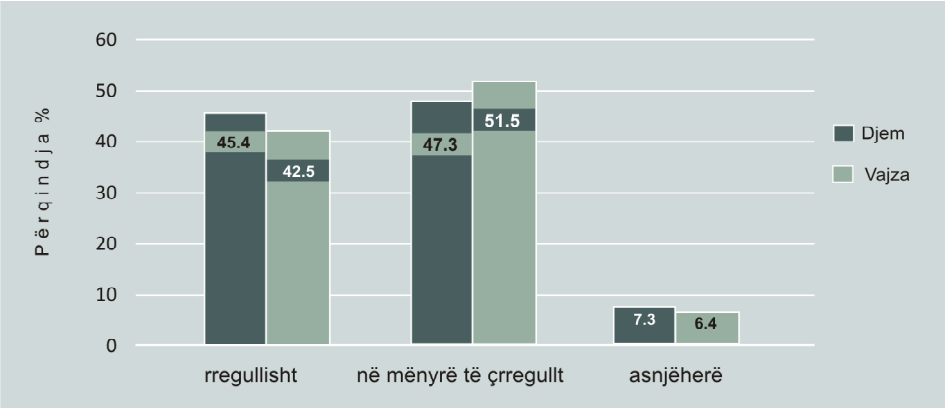
Gjatë studimit, nxënësit u pyetën mbi shpeshtësinë e konsumit të disa ushqimeve dhe pijeve, si dhe mbi eksperiencën e konsumit të një ose disa vakteve ushqimore së bashku me familjen, apo konsumit të mëngjesit gjatë ditëve të shkollës dhe fundjavës.

Konsumi i mëngjesit

Në total, 330 (6.7%) nxënës raportuan se nuk konsumonin mëngjes pothuajse *asnjëherë*, 2400 (49.0%) raportuan se konsumonin mëngjes në *mënyrë jo të rregullt* (nga 1-6 ditë), ndërsa 2141 (43.7%) nxënës raportuan se konsumonin mëngjes në mënyrë *të rregullt* (çdo ditë të javës).

Shpërndarja e konsumit të mëngjesit sipas gjinisë së nxënësve të përfshirë në studim paraqitet në grafikun 7. Me rritjen e moshës ulet numri i nxënësve që konsumojnë mëngjes çdo ditë të javës, dhe rritet numri i atyre që nuk konsumojnë asnjëherë mëngjes. Vajzat kanë më pak gjasa të konsumojnë mëngjes *çdo ditë të javës* krahasuar me djemtë (42.5% vs. 45.4%)

Grafiku 7 **Konsumi i mëngjesit sipas gjinisë**

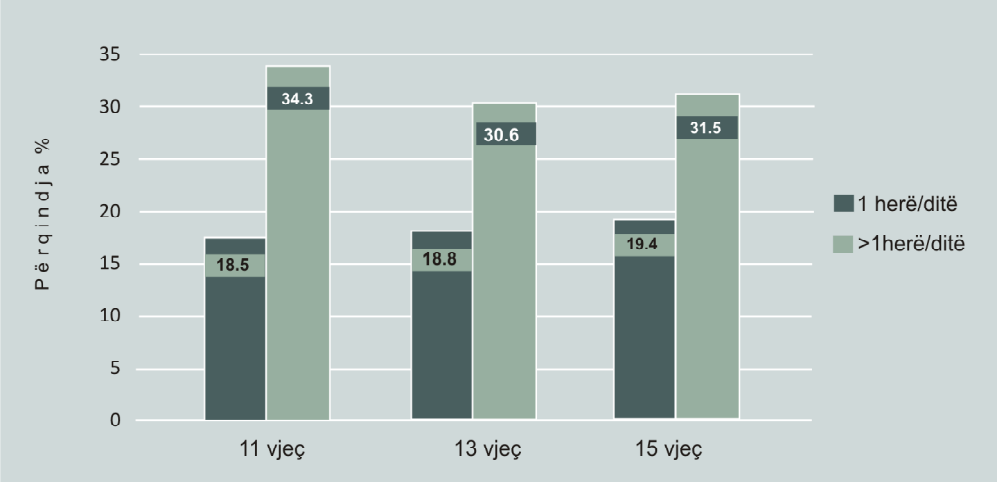


Konsumi i frutave dhe perimeve

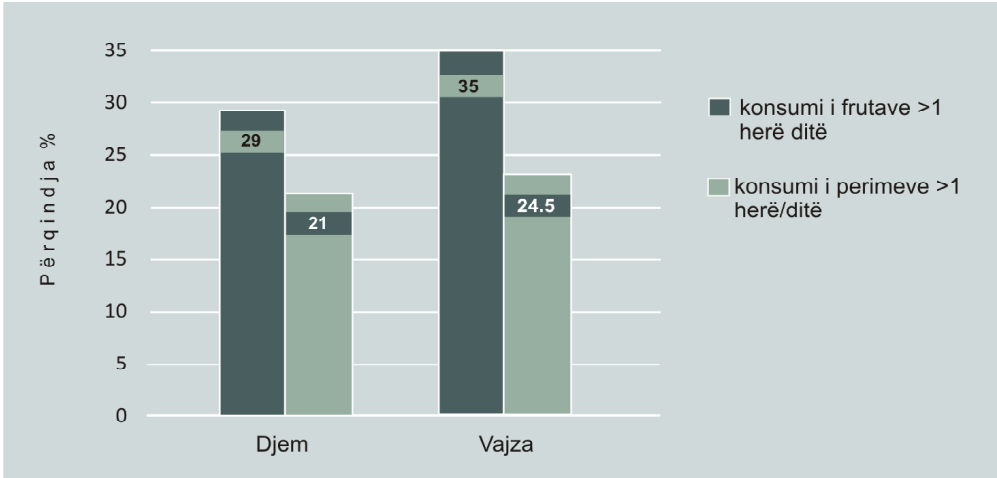
Mesatarisht, 50% e fëmijëve 11, 13, 15 vjeç që ndjekin shkollën raportojnë se konsumojnë fruta *çdo ditë* kundrejt 5.5% që konsumojnë *fruta një herë në javë*. Nga ana tjetër, 32% e fëmijëve raportojnë se konsumojnë fruta *më shumë se një herë në ditë* kundrejt 1.6% që nuk konsumojnë fruta asnjëherë (grafiku 8). Vajzat raportojnë se konsumojnë më shumë fruta *çdo ditë* krahasuar me djemtë. Grupmosha që konsumon më pak fruta është ajo 13 vjeç.

Vetëm 37.2% e fëmijëve 11, 13, 15 vjeç që ndjekin shkollën raportojnë se konsumojnë *çdo ditë* perime kundrejt 9.4% që konsumojnë perime *një herë në javë*. Gjithashtu, 22.8% e fëmijëve raportojnë se konsumojnë perime *më shumë se një herë në ditë* kundrejt 2.4% që nuk konsumojnë *asnjëherë*. Nuk ka dallime moshore në përdorimin e perimeve *çdo ditë*, por vajzat raportojnë se përdorin më shpesh fruta dhe perime *më shumë se një herë në ditë* krahasuar me djemtë (grafiku 9).

Grafiku 8 **Konsumi çdo ditë i frutave sipas shpeshtësisë/ditë dhe grupmoshës**



Grafiku 9 **Konsumi i frutave dhe perimeve > 1 herë/ditë sipas gjinisë**



Konsumi i ëmbëlsirave dhe pijeve joalkoolike

35.4% e nxënësve raportuan që konsumonin ëmbëlsira *çdo ditë, nga të cilët* 22.2% *më shumë se një herë në ditë*. Me rritjen e moshës u konstatua rritje e përdorimit të ëmbëlsirave nga nxënësit, ndërkohë që u evidentuan dallime gjinore midis djemve dhe vajzave, ku vajzat raportuan konsum më të lartë ditor të ëmbëlsirave krahasuar me djemtë (38.1% vs. 34.7% respektivisht).

Lidhur me konsumin ditor të pijeve si Coca-Cola apo pijeve të tjera që përmbajnë sheqer, vetëm 28.1% e nxënësve raportuan që konsumonin pije të tilla *çdo ditë*, nga të cilët 16.7% *më shumë se një herë në ditë,* me frekuencë më të lartë tek djemtë (31.2%) krahasuar me vajzat (25.2%). Konsumi ditor i pijeve që përmbanin sheqer rritej me rritjen e moshës.

Konsumi i vakteve me familjen

Lidhur me konsumin *çdo ditë* të një vakti ushqimor (mëngjes ose darkë) me prindërit, 40% e nxënësve raportuan se konsumonin mëngjesin, dhe 77.8% e tyre raportuan se konsumonin çdo ditë darkën me prindërit (të dy bashkë ose njërin prej tyre). Konsumi *i mëngjesit* me prindërit ishte pothuajse i njëjtë për të tri grupmoshat, ndërsa konsumi *i darkës* me prindërit ishte më i lartë tek 15 vjeçarët (80%) krahasuar me 11 vjeçarët (73.5%), dhe më i lartë tek vajzat (81%) krahasuar me djemtë (75%).

5

Aktiviteti fizik dhe jeta sedentare

- **74.2% e fëmijëve 11,13,15 vjeç janë përfshirë në aktivite fizik gjatë 3 ditëve të fundit të shkollës.**
- **Djemtë (82%) kryejnë më shumë aktivitet fizik *mbi 3 herë në javë* krahasuar me vajzat (70%).**
- **Tre në katër fëmijë të moshës 11,13,15 vjeç shpenzojnë *dy ose më shumë orë* në fundjavë duke parë televizor apo video.**
- **Djemtë luajnë lojëra në kompjuter më shumë se vajzat, si gjatë fundjavës ashtu edhe gjatë ditëve të javës.**

Aktiviteti fizik siguron përfitime të rëndësishme fizike, mendore dhe sociale[45]. Tek fëmijët dhe adoleshentët, pjesëmarrja në aktivitete fizike shoqërohet me përmirësimin e sistemit muskulo-skeletor, kardiovaskular dhe të shëndetit mendor, duke përfshirë edhe reduktimin e ankthit dhe depresionit[46].

Pjesëmarrja e adoleshentëve në aktivitet fizik varion në bazë të variableve të tilla si gjinia, mosha dhe përkatësia etnike[47]. Tashmë është i njohur fakti se aktiviteti fizik pakësohet me rritjen e moshës dhe se vajzat, në mënyrë tipike, shfaqin nivele më të ulëta të aktivitetit fizik se djemtë[48],[49].

Strategjia Kombëtare e Promocionit të Shëndetit nxjerr në pah rëndësinë e aktivitetit fizik në luftën ndaj obezitetit dhe jo vetëm. "Përfitimet shëndetësore nga aktiviteti i moderuar fizik përfshijnë humorin e mirë dhe vetëvlerësimin; paraqitje më të mirë fizike dhe posture më të mirë; reduktim të ndjeshëm të obezitetit, hipertensionit, sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit dhe osteoporozës, si edhe pakësimin e barrës nga sëmundjet e shmangshme, paaftësinë dhe vdekshmërinë që ato shkaktojnë. Udhëzimet e fundit rekomandojnë që të gjithë individët duhet të përpiqen të kryejnë gjatë ditës të paktën 30 minuta aktivitet të moderuar fizik si ecje e shpejtë, çiklizëm, vallëzim ose not[50]".

Sjelljet sedentare i referohen jo vetëm mungesës së aktivitetit fizik, por edhe angazhimit në aktivitete që përfshijnë lëvizje minimale dhe shpenzim të pakët të energjisë[51],[52]. Tashmë po njihet gjithnjë e më shumë fakti se, sjelljet sedentare zhvillohen në mënyrë të pavarur nga nivelet e aktivitetit fizik. Sjelljet sedentare, të tilla si qëndrimi për një kohë të gjatë para televizorit dhe luajtja me lojëra kompjuterike, kanë treguar se ato nuk zëvendësojnë kohën e shpenzuar për aktivitet fizik[53]. Megjithatë, sjelljet sedentare lidhen me konsumin në rritje të vakteve të ndërmjetme me shumë kalori[54], të pijeve me sheqer[55], si dhe me nivele të larta të obezitetit[56].

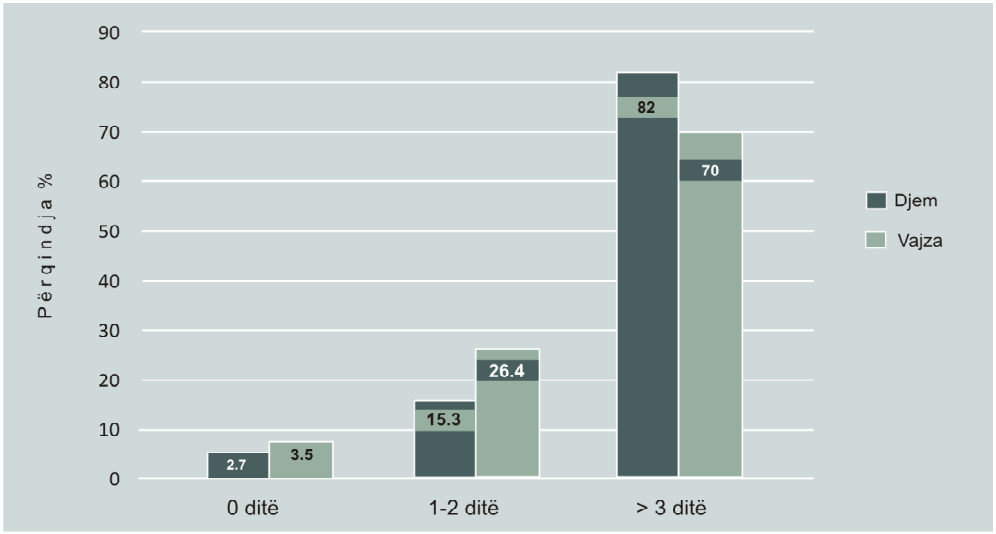
Studimi i HBSC-së 2013 në Shqipëri tregoi se prevalenca e aktivitetit të përditshëm fizik ishte dukshëm më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Nga ana tjetër, 3.7% e fëmijëve nuk kishin kryer aktivitet fizik një javë para studimit, kurse 24.6% e fëmijëve raportuan se kishin kryer aktivitet fizik në bazë ditore. Gjithashtu, nga studimi rezultoi se prevalenca e aktivitetit fizik ditor ulej në mënyrë lineare dhe të konsiderueshme me rritjen e moshës[57].

Gjetjet e studimit

Aktiviteti fizik

Pjesëmarrja në aktivitet fizik u vlerësua nëpërmjet pyetjes: *Gjatë 7 ditëve të fundit, në sa prej tyre keni qenë fizikisht aktiv për të paktën 60 minuta në ditë*. Numri i ditëve u kategorizua në 3 variabla: *0 ditë, 1-2 ditë dhe* $\geq$ *3* ditë. 150 nxënës (3.1%) raportuan se nuk kishin zhvilluar aktivitet fizik në asnjë nga 7 ditët e fundit, 1008 (20.6%) deklaruan se kishin zhvilluar aktivitet fizik 1-2 ditë, ndërsa 3634 (74.2%) nxënës raportuan se kishin zhvilluar aktivitet fizik të paktën tri ditë të javës së kaluar. Ka një diferencë gjinore sinjifikante midis djemve dhe vajzave, që kryejnë aktivitet fizik *mbi 3 ditë në javë,* (82% vs. 70% respektivisht) (grafiku 10).

Grafiku 10 **Grafiku 10: Kryerja e aktivitetit fizik mbi tri ditë në javë sipas gjinisë**

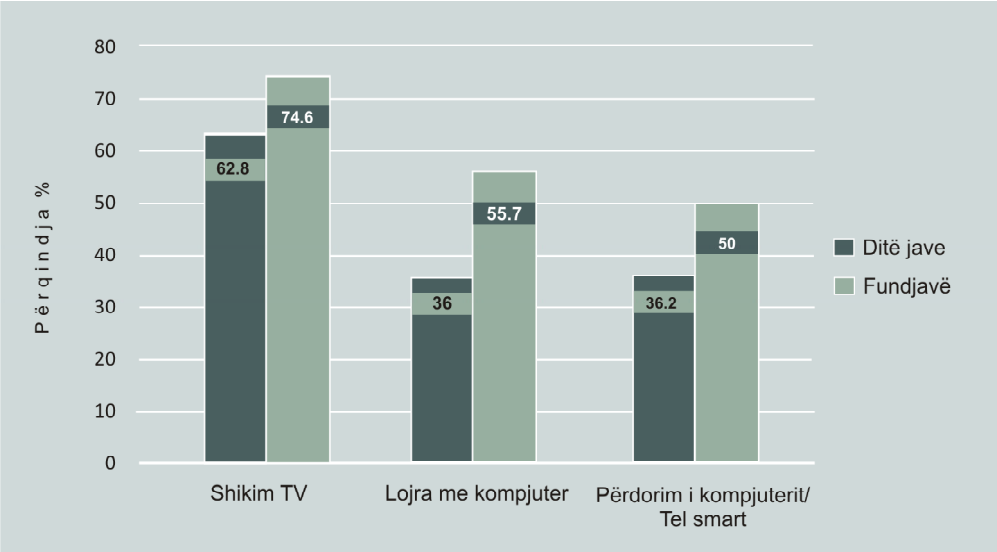


Koha e shpenzuar para televizorit

Nxënësit u pyetën sa orë në ditë, gjatë kohës së lirë, kalonin duke parë televizor, video, (përfshirë edhe YouTube apo shërbime të ngjashme), DVD dhe argëtime të tjera në ekran; sa orë kalonin duke luajtur me lojëra kompjuterike, si dhe sa orë kalonin duke përdorur kompjuterin apo telefona të tjerë smart. Nga përgjigjet e tyre u konstatua se për të trija pyetjet, gjatë fundjavës kishte më shumë të rinj që shpenzonin *dy ose më shumë orë* me këto aktivitete krahasuar me ditët e javës (grafiku). Aktiviteti më i shprehur ishte shikimi i televizorit, videos apo argëtime të tjera në ekran (74.6%).

Në përgjithësi nuk kishte ndryshime moshore lidhur me orët e shpenzuara gjatë kohës së lirë, por djemtë kishin më shumë gjasa të qëndronin më shumë orë se vajzat duke kryer këto aktivitete.

Grafiku 11 **Shpenzimi i kohës së lirë mbi dy orë në ditë gjatë javës**



6

Sjelljet që kontrollojnë peshën trupore. Imazhi trupor dhe Indeksi i Masës Trupore

- 6.7% e fëmijëve 11,13,15 vjeç janë në dietë për të rënë në peshë.
- Proporcioni i vajzave që kanë vetëperceptim negativ për peshën e tyre dhe/ose mbajnë dietë është më i lartë në krahasim me meshkujt (7.9% vs. 5.6%).
- 70.2% e fëmijëve 11-13-15 vjeç që ndjekin shkollën janë me peshë normale kundrejt 3.2% të klasifikuar si obezë.
- Krahasuar me djemtë, vajzat janë më shumë nënpeshën, (8.7% vs.7%).
- Fëmijët 11 vjeçare raportojnë më shumë nënpeshë mbipeshën dhe obezitetin krahasuar me 13 dhe 15 vjeçarët.
- Vajzat tentojnë më shumë të raportojnë peshë normale krahasuar me djemtë.

Kontrolli i peshës trupore

Mbajtja e dietës dhe sjelljet që kontrollojnë peshën janë të zakonshme mes adoleshentëve[58],[59]. Vajzat përpiqen më shumë për të rënë në peshë krahasuar me djemtë, të cilët kanë më shumë gjasa të angazhohen në sjellje të rrezikshme që kontrollojnë peshën[58].

Shqetësimet e adoleshentëve për imazhin e tyre trupor ndikohen nga mediat dhe bashkëmoshatarët, duke rezultuar në rritje të presionit për vajzat që të jenë të holla dhe djemtë me muskuj[60],[61]. Prandaj vajzat kanë tendencë të mbajnë dietë, ndërsa djemtë kanë më shumë gjasa të stërviten për të arritur trupin e tyre të dëshiruar në formë dhe madhësi[62].

Vetëperceptimi i mbipeshës është një faktor i rëndësishëm që çon në përpjekjet për të humbur në peshë, duke theksuar kështu rëndësinë për të promovuar një imazh të shëndetshëm të trupit[59]. Nga ana tjetër, pakënaqësia ndaj imazhit trupor lidhet me disa sjellje të rrezikshme të kontrollit të peshës, të tilla si konsumi i sasive të mëdha të ushqimit tek djemtë[63],[64]. Sjelljet për reduktimin e peshës tek nxënësit që nuk janë mbipeshë lidhen gjithashtu, me rrezik të konsiderueshëm për shëndetin fizik dhe mirëqenien emocionale[65]. Për këtë arsye, promovimi i qasjeve të sigurta dhe të ndjeshme në menaxhimin e peshës është mjaft i rëndësishëm për mirëqenien e të rinjve.

Imazhi trupor

Imazhi trupor përfshin vetëperceptimin e të rinjve lidhur me trupin e tyre, dhe luan një rol të rëndësishëm në zhvillimin e vetëvlerësimit[66], sikurse influencon sjelljet që lidhen me zakonet e të ngrënit dhe aktivitetin fizik[67].

Indeksi i masës Trupore (IMT), llogaritet duke përdorur madhësitë e peshës dhe të gjatësisë. Për llogaritjen e tij, në moshën fëminore përdoren kurbat e rritjes sipas OBSH-së.

“Epidemia e obezitetit” është një dukuri mbarëbotërore, çka i detyron politikëbërësit ta vendosin këtë çështje në agjendën e tyre politike. Kështu, parandalimi i mbipeshës dhe obezitetit në Shqipëri është adresuar në Planin Kombëtar të Veprimit për Ushqimin dhe Ushqyerjen, i cili planifikon një sërë ndërhyrjesh në nivel lokal dhe kombëtar, për përmbushjen e këtij objektivi nën optikën e një përqasjeje të integruar për reduktimin e faktorëve të riskut, të lidhur me sëmundjet kronike, ku bën pjesë edhe obeziteti.

Pesha e perceptuar jo gjithmonë pasqyron gjendjen aktuale të peshës bazuar në IMT-në. Tek adoleshentët është më i zakonshëm nënvlerësimi i peshës trupore sesa mbivlerësimi i saj. Prevalenca e nënvlerësimit të peshës trupore është më e madhe tek djemtë dhe minoritetet etnike. Midis IMT dhe pakënaqësisë ndaj imazhit trupor është gjetur një lidhje pozitive[68]. Kështu, pakënaqësia ndaj imazhit trupor është më e lartë dhe më e zakonshme tek vajzat sesa djemtë, midis adoleshentëve mbipeshë sesa ata me peshë normale, dhe midis atyre që janë më të rritur në moshë[69,70].
Në shoqëritë përendimore është shumë e zakonshme dëshira për të patur një trup të hollë, veçanërisht tek vajzat. Kjo dukuri bën që shumë vajza me peshë normale ta perceptojnë veten mbipeshë[59]. Nivelet e larta të pakënaqësisë ndaj imazhit trupor janë parashikues të një

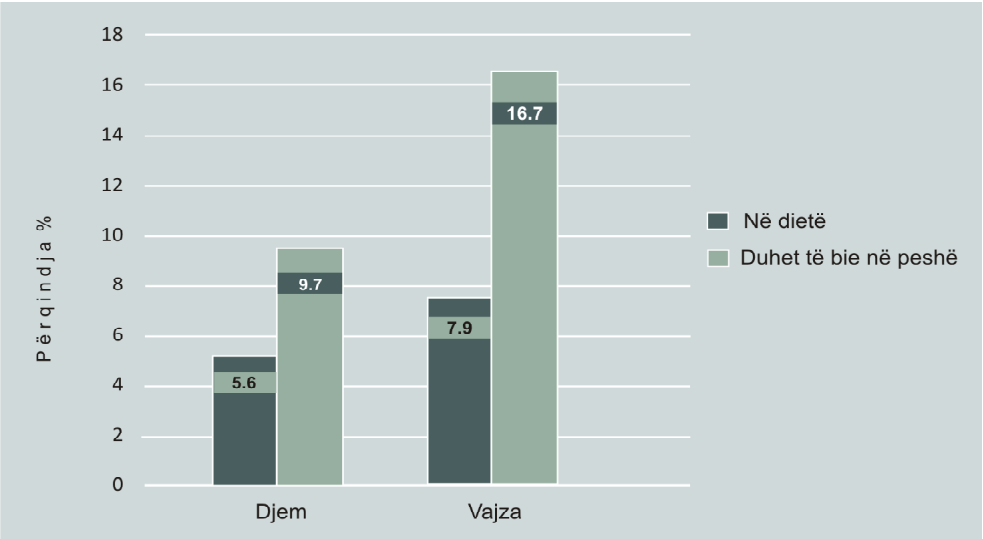
perceptimi negativ të shëndetit[71], çrregullimeve të ngrënies[72], dhe gjendjeve depresive[73]. Nga ana tjetër, ndikimi i mediave rrit rëndësinë e pamjes fizike[74]. Megjithatë, rritja e komunikimit me prindërit kontribuon në uljen e nivelit të pakënaqësisë ndaj imazhit trupor [70].

Gjetjet e studimit

Sjelljet që kontrollojnë peshën trupore

Për vlerësimin e sjelljeve që kontrollojnë peshën trupore, nxënësit u pyetën nëse ishin në dietë apo duke bërë ndonjë gjë tjetër për të rënë në peshë. Në total, 6.7% e nxënësve raportuan se ishin në dietë. Nga këta, vajzat kishin më shumë gjasa të ishin me dietë krahasuar me djemtë (7.9% vs.5.6%), ose të mendonin se duhej të fillonin të mbanin dietë për të rënë në peshë (16.7% vs. 9.7%) (grafiku 12). Nevoja për të mbajtur dietë rritej me rritjen e moshës së nxënësve.

Grafiku 12 **Shpërndarja e nxënësve që janë në dietë ose që duhet të bien në peshë**



Lidhur me vetëperceptimin e imazhit trupor, 2.6% e nxënësve mendojnë se trupi i tyre është shumë i shëndoshë dhe 2% mendojnë se trupi i tyre është shumë i dobët. Megjithatë, ka evidencë të një ndryshimi statistikisht sinjifikativ në nivelin e perceptimit jo të mirë të imazhit trupor mes djemve dhe vajzave. Kështu, proporcioni i vajzave që kanë vetëperceptim negativ për peshën e tyre dhe/ose mbajnë dietë është më i lartë në krahasim me meshkujt.

Treguesi i masës trupore

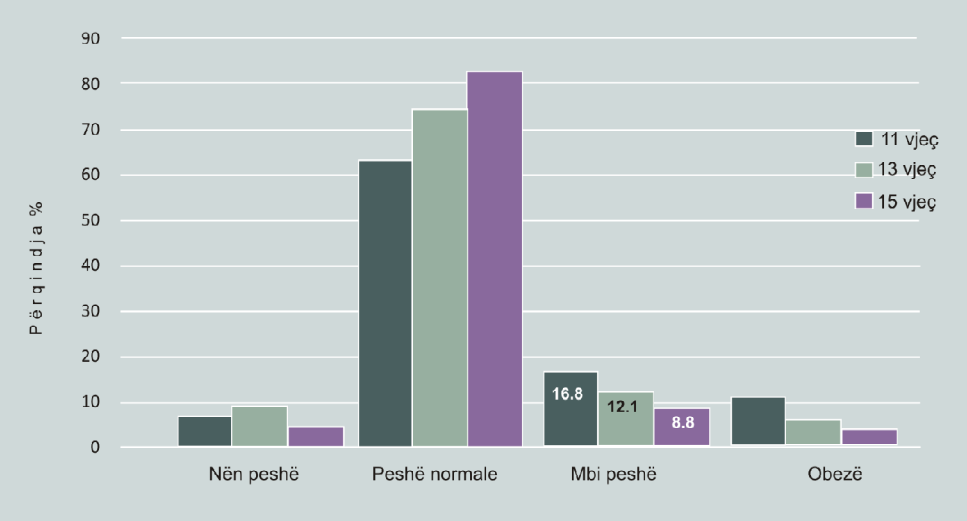
Vlerësimi i masës trupore të nxënësve u bazua në vetëraportimin e peshës (në kg), gjatësisë (në metra) dhe cutt-off-eve të standardizuara, duke përdorur katër kategori: nënpeshë, peshë normale, mbipeshë dhe obezë. Duhet theksuar se vlerat e obezitetit

që variojnë nga vetëraportimi tentojnë të jenë më të ulëta sesa ato të marra nga ekzaminimet shëndetësore[75].

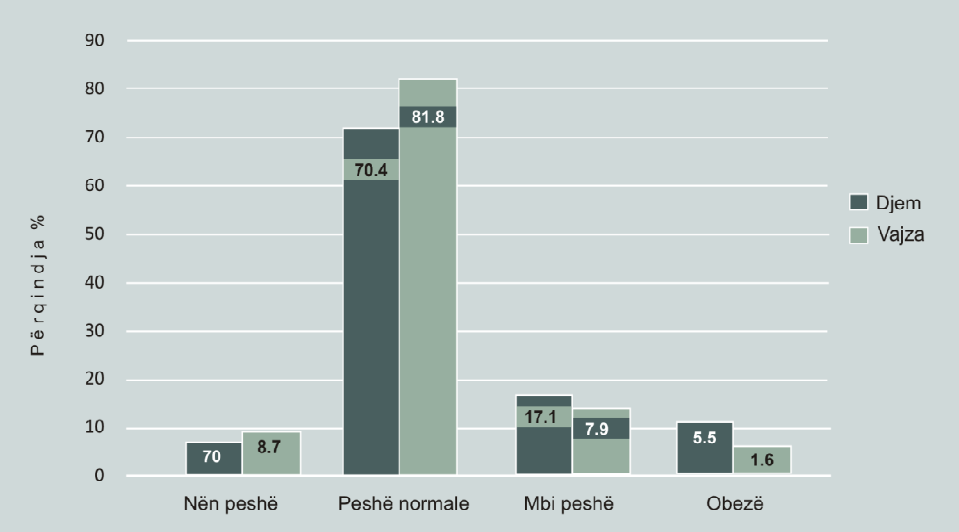
Përsa i takon kategorive të treguesit të masës trupore sipas klasifikimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), 355 (7.2%) e nxënësve ishin nënpeshë, 3439 (70.2%) kishin një peshë trupore normale, 559 (11.4%) ishin mbipeshë, ndërsa 159 (3.2%) e nxënësve ishin obezë.

Mbipesha, nënpesha dhe obeziteti u raportuan më shumë nga nxënësit 11 vjeçarë krahasuar me ata 15 vjeçarë (grafiku 13). Gjithashtu, vajzat tentojnë më shumë të raportojnë peshë normale krahasuar me djemtë. Një përqindje më e lartë e vajzave (8.7%) sesa e djemve (7%) u klasifikuan si nënpeshë, dhe një përqindje më e lartë e djemve (17% krahasuar me 8% tek vajzat) u klasifikuan si mbipeshë (grafiku 14).

Grafiku 13 **Prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit të raportuar sipas grupmoshës**



Grafiku 14 **Prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit të raportuar sipas gjinisë**



Larja e dhëmbëve

- Një në dy nxënës i lajnë dhëmbët më shumë se një herë në ditë.
- Krahasuar me djemtë, vajzat kanë më shumë gjasa t'i lajnë dhëmbët më shumë se një herë në ditë (65% vs. 44.7%).
- Shumica e fëmijëve 11,13,15 vjeç (59%) që hanë mëngjes rregullisht (në të shtatë ditët e javës) i lajnë dhëmbët më shumë se një herë në ditë.

Zakonet e higjienës orale krijohen që në vitet e para të jetës[76] dhe rëndësia e saj është theksuar në studimet që tregojnë se, adoleshentët të cilët lajnë dhëmbët e tyre të paktën dy herë në ditë në moshën 12 vjeç, kanë tendencë të vazhdojnë ta bëjnë këtë gjatë gjithë viteve të adoleshencës së tyre[77]. Bazuar në gjetjet e studimit të HBSC-së të kryer gjatë vitit 2013 në Shqipëri, gjendja e shëndetit oral e fëmijëve dhe e të rinjve nuk është e kënaqshme. Prevalenca e larjes së dhëmbëve *më shumë se një herë në ditë* sipas gjinisë ishte më e lartë tek vajzat (62.1%) krahasuar me djemtë (45.1%). Gjithashtu, nuk kishte dallime statistikisht të rëndësishme përsa i përket larjes së dhëmbëve me vendbanimin e nxënësve (qytet/fshat). Nga studimi rezultoi se prevalenca e larjes së dhëmbëve më shumë se një herë në ditë ulej me moshën[57].

Rezultatet e mësipërme lidhen jo vetëm me kulturën shëndetësore, por edhe me sjelljet e të ushqyerit. Kështu, të rinjtë të cilët konsumojnë pije me sheqer kanë më pak gjasa që të lajnë dhëmbët e tyre dy herë në ditë ose më shumë. E kundërta ndodh me ata që konsumojnë një dietë të pasur me fruta dhe perime[78].

Megjithatë, ende vazhdojnë pabarazitë socio-ekonomike dhe gjeografike në shëndetin oral[79,80]. Për reduktimin e nivelit të kariesit dentar dhe sëmundjeve të gingivave, rekomandohet larja e dhëmbëve të paktën dy herë në ditë[81]. Gjetjet e mëparshme të studimit të HBSC-së në vende të ndryshme kanë treguar një rritje të vazhdueshme të përqindjes së të rinjve që i lajnë dhëmbët e tyre të paktën dy herë në ditë, dhe vajzat kanë më shumë gjasa se djemtë ta raportojnë këtë sjellje[78,82]. Nga ana tjetër, edhe niveli i lartë socio-ekonomik është i lidhur me gjasa më të mëdha të larjes së dhëmbëve dy ose më shumë herë në ditë[82].

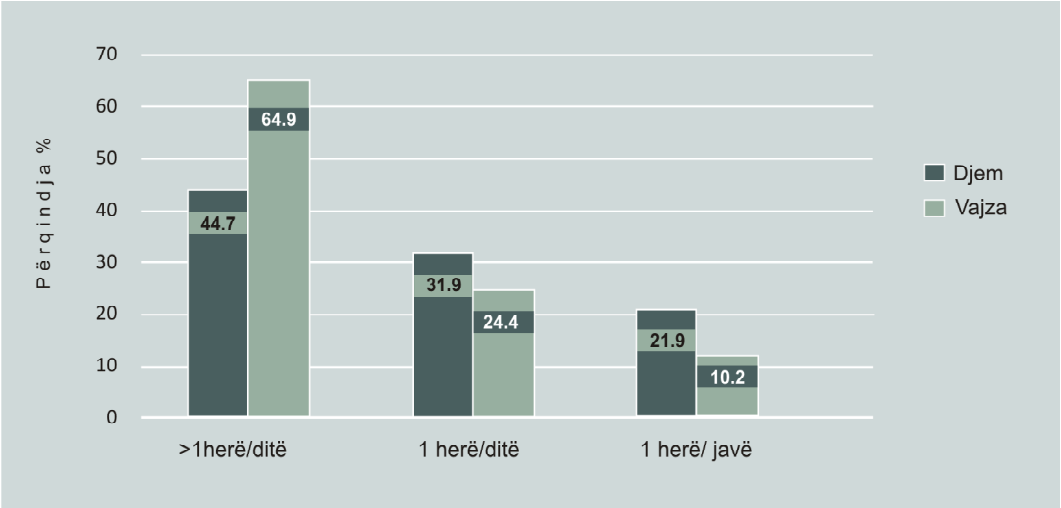
Hulumtimet e fundit, duke përdorur të dhënat e studimeve të HBSC-së, kanë gjetur se konsumi i mëngjesit është një faktor i rëndësishëm i lidhur me larjen e dhëmbëve tek vajzat dhe djemtë[83]. Familja dhe mjedisi i shtëpisë janë identifikuar si faktorë kryesorë në promovimin e shëndetit oral, veçanërisht në lidhje me vaktet e ngrëna me familjen, sjelljet e prindërve dhe marrëdhëniet pozitive familjare[83].

Gjetjet e studimit

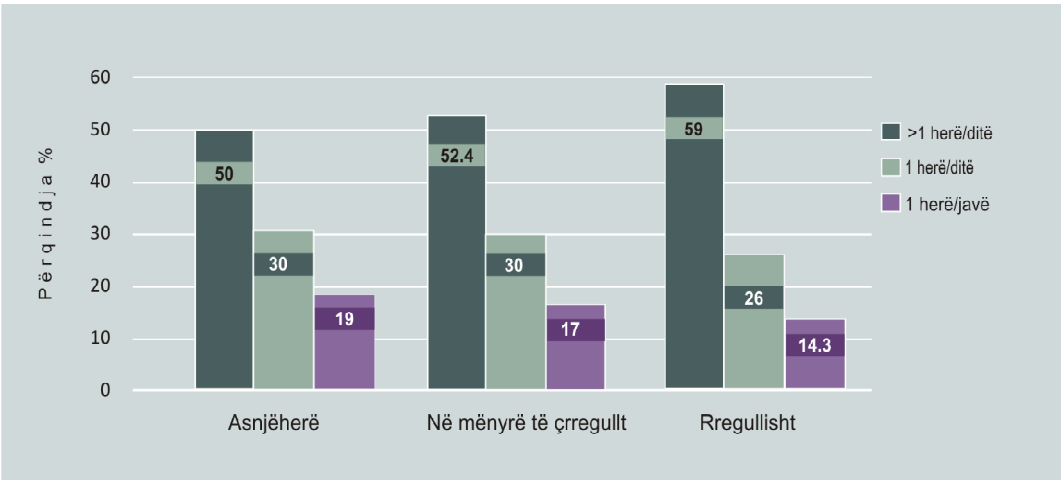
Larja e dhëmbëve

Përsa i takon larjes së dhëmbëve, më shumë se gjysma e nxënësve (2681, ose 54.7%) deklaruan se i lanin dhëmbët më shumë së një herë në ditë, 1366 (27.9%) raportuan se i lanin dhëmbët një herë në ditë, dhe vetëm 28 (0.6%) e nxënësve deklaruan se nuk i lanin asnjëherë dhëmbët. Krahasuar me djemtë, vajzat raportuan se i lanin dhëmbët *më shumë se një herë në ditë* më shpesh se djemtë (65% vs. 44.7%), (grafiku 15). Nga ana tjetër, u konstatua se rreth 59% e nxënësve që hanin mëngjes rregullisht (në të shtatë ditët e javës) i lanin dhëmbët më shumë se një herë në ditë, krahasuar me 49% të tyre që nuk hanin mëngjes asnjëherë (grafiku 16).

Grafiku 15 **Prevalenca e larjes së dhëmbëve sipas gjinisë**



Grafiku 16 **Ngrënia e mëngjesit dhe larja e dhëmbëve**



Mirëqenia

- 28.5% e fëmijëve 11, 13, 15 vjeç janë *shumë të kënaqur* me cilësinë jetës së tyre, kundrejt 2.5% që kanë një cilësi *shumë të keqe* të jetës.
- *Kënaqësia në jetë* vjen duke u zvogëluar me rritjen e moshës.
- Vajzat janë më shumë të kënaqura me jetën krahasuar me djemtë.
- Një në dy nxënës, raportojnë një gjendje *të shkëlqyer* shëndetësore.
- Prishja e humorit dhe dhimbja e kokës janë ankesat shëndetësore më të shpeshta mujore tek fëmijët e moshës 11,13, 15 vjeç.
- Fëmijët që e perceptojnë gjendjen ekonomike të familjes së tyre si *shumë të mirë* raportojnë një nivel maksimal të kënaqësisë në jetë.

Adoleshenca është një periudhë kritike e zhvillimit, me pasoja afatgjata për shëndetin dhe mirëqenien e individit. Mirëqenia e mirë emocionale dhe fizike i mundëson të rinjtë të përballojnë sfidat e kësaj kohe dhe lehtëson tranzicionin përmes adoleshencës[84]. Në kontekstin e HBSC-së, një perspektivë pozitive e mirëqenies konsiderohet themelore për një cilësi të mirë të jetës. Lumturia dhe vetëbesimi në fëmijëri janë të lidhura me kompetencën sociale, e cila çon në më shumë rezultate pozitive në moshën e rritur[85].

Ndër faktorët kyç mbrojtës për shëndetin mendor pozitiv mund të përmendim komunikimin e mirë në familje, i cili është i rëndësishëm në kënaqësinë (sadisfaksionin) ndaj jetës të adoleshentit[86]. Nga ana tjetër, marrëdhëniet mbështetëse të bashkëmoshatarëve janë shumë të rëndësishme gjatë zhvillimit të adoleshencës[87]. Miqësitë ndihmojnë të rinjtë t'i përshtaten situatave të reja dhe të përballojnë ngjarjet stresuese të jetës, të cilat janë sfida për të patur një mirëqenie të mirë[88]. Mbështetja nga bashkëmoshatarët është e lidhur me një vetëvlerësim më të lartë dhe me një mungesë të depresionit dhe izolimit[89]. Problemet shëndetësore emocionale dhe mendore tek të rinjtë lidhen me rritjen e përdorimit të substancave[90], çrregullime të të ngrënit[91], kequshqyerje dhe mungesë të aktivitetit fizik[92]. Gjithashtu, sëmundjet mendore mund të ndikojnë në shëndetin fizik nëpërmjet rënies së sistemit imunitar, apo angazhimit në sjellje të cilat çojnë në sëmundje fizike.

Ankesat shëndetësore subjektive janë të zakonshme tek adoleshentët[93] dhe përfshijnë simptoma somatike të tilla si dhimbje koke apo dhimbje barku, si dhe simptoma psikologjike të tilla si nervozizmi ose irritimi. Përjetimi subjektiv i ankesave shëndetësore lidhet me përvojat negative në shkollë[94], performancë të ulët akademike[95] dhe rritje të përdorimit të barnave[96]. Për më tepër, në shumë vende ekzistojnë dallime gjinore dhe pabarazi socio-ekonomike në lidhje me mirëqenien mendore të adoleshentëve dhe shëndetin subjektiv[97,98].

Të rinjtë zakonisht përdorin barna për ankesa të tilla si dhimbje koke, dhimbje stomaku, pagjumësi dhe nervozizëm[96,99]. Përdorimi i ilaçeve për dhimbje koke dhe dhimbje stomaku është parë të rritet me rritjen e moshës tek vajzat, kurse përdorimi i barnave nga djemtë për trajtimin e pagjumësisë dhe nervozizmit ka treguar rënie[100]. Megjithëse përdorimi i barnave zakonisht lidhet me trajtimin dhe parandalimin e sëmundjes, përsëri ekziston rreziku i përdorimit të tyre në mënyrë të dëmshme. Nga ana tjetër, përdorimi i barnave në adoleshencë mund të vazhdojë edhe në moshën adulte[101].

Gjetjet e studimit

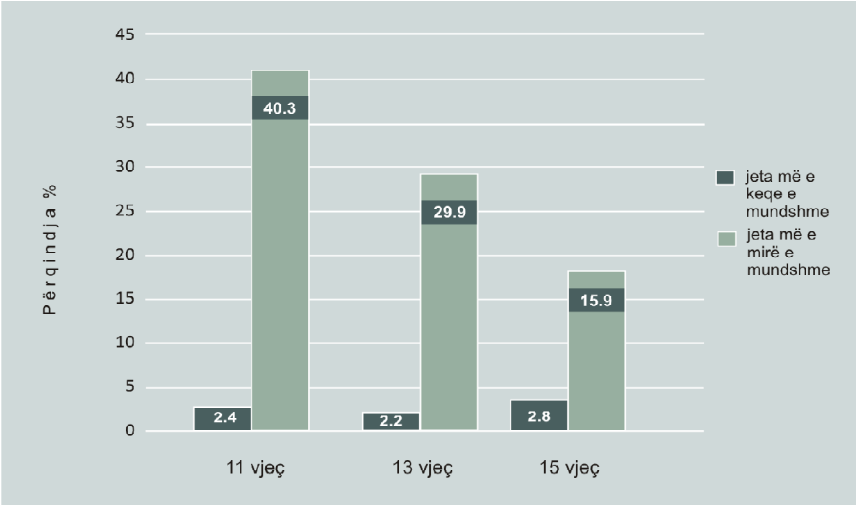
Për vlerësimin e mirëqenies fizike dhe mendore të nxënësve, në studimin e HBSC-së u përdorën indikatorë të ndryshëm, të tillë si: kënaqësia ndaj jetës, vetëbesimi, vetëperceptimi i shëndetit, ndjenja e të ndjerit mirë apo pashpresë. Gjithashtu, HBSC-ja mbledh të dhëna edhe për përdorimin e barnave dhe frekuencën e simptomave somatike.

Kënaqësia në jetë

Një pyetje interesante që iu drejtua nxënësve kishte të bënte me perceptimin e tyre lidhur me kënaqësinë në jetë. Atyre iu kërkua që të vlerësonin kënaqësinë në jetën e tyre në

një shkallë që varionte nga 0 (shumë e keqe) deri në 10 (shumë e mirë). Në total, 118 (2.5%) e nxënësve deklaruan se kishin një cilësi shumë të keqe të jetës së tyre, ndërsa 1353 (28.5%) e nxënësve raportuan se ishin shumë të kënaqur me cilësinë e jetës së tyre. *Kënaqësia në jetë* vinte duke u zvogëluar me rritjen e moshës, ndërsa *pakënaqësia në jetë* vinte duke u rritur me rritjen e moshës (grafiku 17). Vajzat ishin më shumë të kënaqura me jetën krahasuar me djemtë. Nga ana tjetër, kishte një lidhje të fuqishme pozitive midis kënaqësisë në jetë (Jeta më e mirë e mundshme) me perceptimin e gjendjes ekonomike të familjes (Shumë e mirë). Nxënësit që e perceptonin gjendjen ekonomike të familjes së tyre si *shumë të mirë* kishin dhe një nivel maksimal të kënaqësisë në jetë.
Në fakt, kënaqësia me jetën (në përgjithësi) është e vështirë që të lidhet me gjendjen shëndetësore të nxënësve, prandaj edhe këto dimensione raportohen si rezultate të veçuara nga njëra-tjetra.

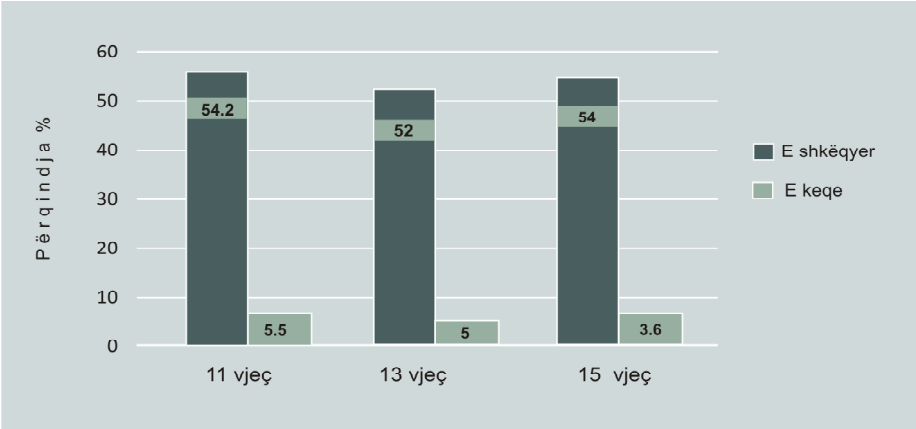
Grafiku 17 **Kënaqësia në jetë sipas grupmoshës**



Vetëperceptimi i gjendjes shëndetësore

Një shëndet subjektiv i keq/i varfër, lidhet me depresionin në adoleshencë dhe tek adultët e rinj[102]. Në popullatën adulte, indikatorët shëndetësorë subjektiv lidhen fuqimisht me përdorimin e shërbimeve shëndetësore, sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë[103].
Përsa i takon vetëperceptimit të gjendjes shëndetësore, 51.8% e nxënësve, apo një në dy nxënës, raportuan një gjendje të shkëlqyer shëndetësore, ndërsa vetëm 5% e nxënësve deklaruan se gjendja e tyre shëndetësore ishte e keqe. Përgjithësisht djemtë shprehen më pozitivisht për shëndetin e tyre krahasuar me vajzat, ndërkohë që kjo ndodh më shumë në moshë më të vogël, (grafiku 18).

Grafiku 18 **Perceptimi i shëndetit sipas grupmoshës**



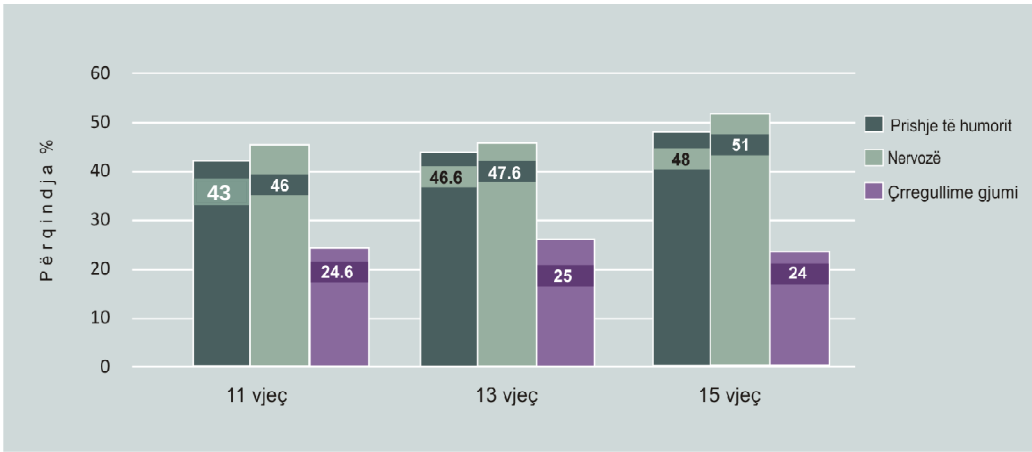
Ankesat shëndetësore

Nxënësit u pyetën nëse gjatë 6 muajve të fundit kanë patur një sërë simptomash. *Të paktën një herë në muaj,* 40.5% e nxënësve raportuan se kishin dhimbje koke, 22.4% e tyre kishin dhimbje stomaku, dhe 27.3% kishin dhimbje shpine. Krahasuar me 11 vjeçarët, nxënësit 15 vjeçarë dhe vajzat raportuan më shumë ankesat e mësipërme.

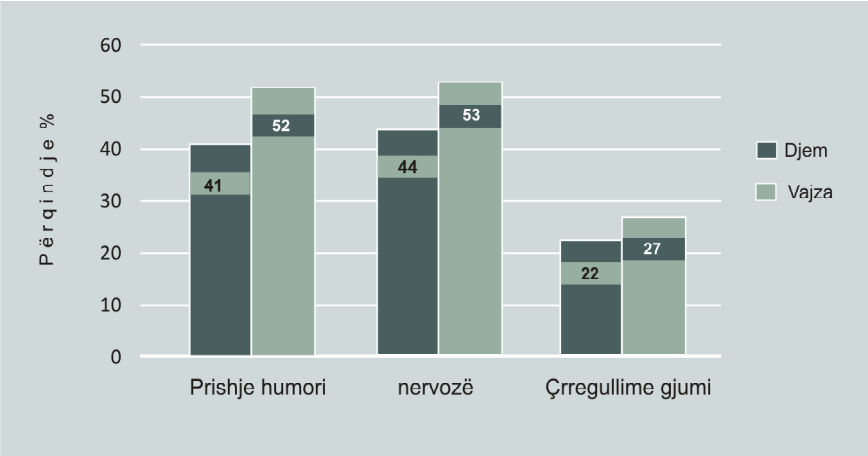
Shëndeti mendor i nxënësve të përfshirë në studim

Lidhur me komponentët e shëndetit mendor, *të paktën një herë në muaj* 45.3% të nxënësve raportuan se kishin prishje të humorit ose irritim, 47.6% se ishin nervozë dhe 24.2% se kishin çrregullime apo probleme të lidhura me gjumin. Krahasuar me 11 vjeçarët, fëmijët 15 vjeçarë dhe vajzat raportojnë më shumë ankesat e mësipërme (grafiku 19 dhe 20).

Grafiku 19 **Prevalenca e ankesave shëndetësore sipas grupmoshës**



Grafiku 20 **Prevalenca e ankesave shëndetësore sipas gjinisë**



Pabarazitë sociale

- Rreth 24% e baballarëve dhe 59% e nënave të fëmijëve 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën, që jetojnë me të dy prindërit, janë të papunë.
- Një në dy fëmijë 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën raportojnë se gjendja ekonomike e familjeve të tyre është mesatare krahasuar me gjendjen ekonomike te familjeve shqiptare.
- Një në dy fëmijë 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën kanë në shtëpi një kompjuter.
- Një në katër fëmijë 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën kanë dhomën e tyre personale të gjumit.

Pabarazitë në fëmijëri dhe adoleshencë kanë pasoja të rëndësishme në potencialin e zhvillimit të kësaj grupmoshe, dhe më gjerë pasoja për shoqërinë duke përfshirë probleme shëndetësore, zhvillim fizik të kompromentuar, probleme të sjelljes, varësi nga droga dhe alkooli, nivele të ulëta arsimimi dhe të ardhura më të ulëta në moshën e adultit[104].

Pabarazitë janë një barierrë madhore në plotesimin e të drejtave të adoleshentëve, siç përcaktohen në "Konventën e të Drejtave të Fëmijës" dhe në "Konventën për Eliminimin e të gjitha formave të Diskriminimit ndaj Grave".

Determinantët socialë që çojnë në pabarazi të gjendjes shëndetësore të adoleshentëve janë strukturorë (varfëria, pabarazitë gjinore) dhe të ndërmjetëm (cilësia e mjedisit të familjes, marrëdhëniet me bashkëmoshatarët, disponueshmëria e ushqimit, banimit dhe kushteve për aktivitete rekreative, si dhe aksesi ndaj edukimit)[105].
Ka evidencë që pabarazitë në të ardhura (income inequality/ varfëria) mund të ndikojnë negativisht në shëndetin e adoleshentëve[106,107].

Varfëria është një nga kërcënimet më të mëdha në realizimin e të drejtave të adoleshentëve. Ajo i kalon ata parakohe në moshën e të rriturit duke i larguar nga shkolla, i shtyn të punojnë në moshë të njomë, apo të martohen shumë herët[108].
Lidhjet ndërmjet pabarazisë në të ardhura, nivelit të zhvillimit ekonomik të një vendi dhe një serie treguesish të shëndetit të adoleshentëve (probleme të sjelljes dhe shëndeti mendor, shëndeti seksual, vdekshmërisë) u vërejtën edhe në serinë e artikujve për shëndetin e adoleshentëve botuar në vitin 2012 në revistën Lancet[109].

Adoleshentët rriten në mjedise sociale të caktuara që përfshijnë familjen, grupet e bashkëmoshatarëve, shkollën dhe lagjen/komunitetin dhe në kontekste të përcaktuara, nga determinantë strukturorë dhe faktorë socio-kulturorë. Literatura provon që determinatët e ndërmjetëm që lidhen me komunitetin, grupet e bashkëmoshatarëve, mjedisin e shkollës dhe nivelin e kënaqësisë me shkollën, ndikojnë dukshëm në ekspozimin dhe vulnerabilitetin e shtuar të adoleshentëve, ndaj kushteve që kompromentojnë shëndetin e tyre dhe gjenerojnë pabarazi në shëndet[110,111].

Në vendet me lidhje më të ngushta të familjes, adoleshentët paraqisnin më pak probleme të sjelljes dhe shëndetit mendor, kjo më e shprehur te vajzat[112].

Adoleshentët që rriten në komunitete me mungesa të theksuara të infrastrukturës publike, kushte të këqija banimi dhe nivele të larta të dhunës, përballen me rreziqe serioze për shëndetin e tyre, krahasuar me të rinjtë që jetojnë në komunitete me kushte të mira jetese[113].

Të dhëna socio-demografike të prindërve

Lidhur me gjendjen e punësimit të prindërve, nxënësit u pyetën nëse prindërit e tyre ishin aktualisht në punë apo jo. 23.9% e nxënësve deklaruan se baballarët e tyre ishin të papunë, kundrejt 58.4% të nxënësve që deklaruan se nënat e tyre ishin të papuna.
Lidhur me gjendjen ekonomike familjare, nxënësit u pyetën nëse ata mendonin se kishin një nivel ekonomik të mirë, mesatar apo të keq, krahasuar kjo me mesataren e familjeve të tjera shqiptare. Në total, 1530 (31.2%) e nxënësve raportuan se ata kishin një gjendje

ekonomike të mirë në familjet e tyre, kundrejt 711 (14.5%) të nxënësve që deklaruan se kishin një gjendje ekonomike të keqe në familjet e tyre, (tabela 3).

Për të vlerësuar mirëqenien e familjes, në studim u përdorën indikatorë të tillë si: numri i makinave që zotëron familja, prania e dhomës personale të gjumit, numri i banjove, numri i kompjuterave që zotëron familja, prania ose jo e makinës larëse të enëve, si dhe numri i pushimeve me familjen gjatë një viti. Nga përgjigjet e nxënësve rezultoi se një në dy fëmijë kanë të paktën një kompjuter dhe një makinë në shtëpi, një në katër fëmijë kishin dhomë gjumi personale, dy banjo, dhe bënin pushime me prindërit një herë në vit.

Tabela 3 **Të dhëna socio-demografike**

Variabli*	Të dhëna socio-demografike Numri	Përqindja (%)
Punësimi i babait		
Po	3540	72.3
Jo	1172	23.9
Punësimi i nënës	1958	40
Po	2862	58.4
Jo		
Gjendja ekonomike		
E mirë	1530	31.2
Mesatare	2492	50.9
E keqe	711	14.5

*****Janë hequr vlerat e munguara (missing)*

Pabarazitë sociale

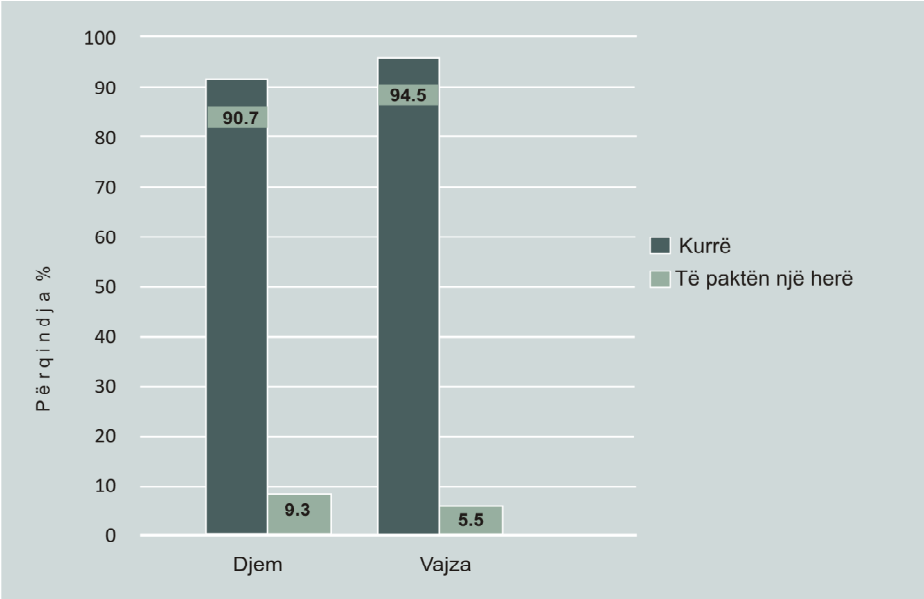
Tashmë pranohet gjerësisht se pasiguria apo mungesa e ushqimit në familje është e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me një sërë treguesish të dobët të shëndetit, mirëqenies, zhvillimit konjitiv dhe sjelljeve shëndetësore tek fëmijët dhe adoleshentët, madje edhe me rrezikun për mbipeshë dhe obesitet[114, 115].

Për të vlerësuar pabarazinë sociale, nxënësit u pyetën sesa shpesh shkonin të uritur në shkollë ose në mbrëmje në shtrat . Në total, vetëm 8% e nxënësve raportuan se ishin *të paktën një herë* të uritur para se të flinin në darkë ose kur shkojnë në shkollë, kundrejt 92% që nuk ishin *kurrë* . Nga ana tjetër, kishte dallime të rëndësishme gjinore, ku djemtë kishin më shumë gjasa të shkonin në shtrat të uritur krahasuar me vajzat (grafiku 21), ndërkohë që s'kishte dallime moshore.

Nga ana tjetër, nxënësit u pyetën nëse prindërit e tyre paguajnë njerëz të tjerë për të punuar në shtëpi gjatë javës. Vetëm 12.7% e tyre raportuan se prindërit paguajnë të

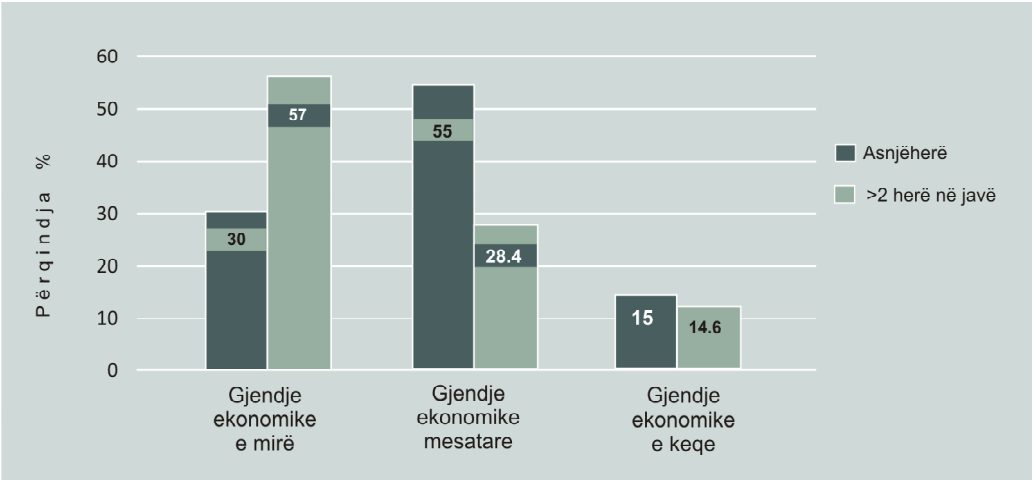
paktën *një herë gjatë javës* njerëz për të punuar në shtëpinë e tyre. Fëmijët që e perceptonin gjendjen ekonomike të familjes si *shumë të mirë,* kishin më shumë gjasa të kishin njerëz për të punuar në shtëpinë e tyre *më shumë se dy herë në javë.*

Grafiku 21 **Vajtja në shkollë ose në shtrat i uritur**



Nga ana tjetër, nxënësit u pyetën nëse prindërit e tyre paguajnë njerëz të tjerë për të punuar në shtëpi gjatë javës. Vetëm 12.7% e tyre raportuan se prindërit paguajnë të paktën *një herë gjatë javës* njerëz për të punuar në shtëpinë e tyre. Fëmijët që e perceptonin gjendjen ekonomike të familjes si *të mirë,* kishin më shumë gjasa të kishin njerëz për të punuar në shtëpinë e tyre *më shumë se dy herë në javë (grafiku 22).*

Grafiku 22 **Perceptimi i gjendjes ekonomike dhe prania e njerëzve të tjerë që punojnë në shtëpi**



Përdorimi i substancave

- Afërsisht një në dhjetë fëmijë 11,13,15 vjeç që ndjekin shkollën kanë provuar duhanin, dhe 2.6% e djemve dhe 0.8% e vajzave janë duhanpirës të rregullt.
- 3.4% e fëmijëve 11,13,15 vjeç raportojnë konsum *të rregullt* të alkoolit gjatë 30 ditëve të fundit.
- Pija alkoolike më e preferuar tek nxënësit është *birra.*
- 5.7% e të rinjve 15 vjeçarë kanë konsumuar kanabis *të paktën një herë* gjatë gjithë jetës së tyre.

Përdorimi i substancave (duhanit, alkoolit dhe drogave të paligjshme) tek të rinjtë është një shqetësim i rëndësishëm për shëndetin publik në mbarë botën. Në disa vende të Evropës Perëndimore, niveli i duhanpirësve të rregullt, konsumi i rregullt i alkoolit, dehja dhe përdorimi i kanabis në të dyja gjinitë është shumë i lartë. Përdorimi i substancave gjatë adoleshencës mund të bartet edhe në moshë të rritur, duke çuar në probleme të mundshme të varësisë[116].

Përdorimi i substancave është i lidhur gjithashtu me sjellje të rrezikshme seksuale[117] dhe shëndet të varfër mendor[118], duke patur kështu një impakt më të gjerë në shoqëri. Këto përfshijnë rritje të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor, rrezik për sëmundje infektive, krim dhe sjellje antisociale. Përveç kësaj, përdorimi i substancave ka qenë i lidhur me arritje të dobëta akademike[119]. Mjedisi familjar mund të ushtrojë efekt mbrojtës kundër përdorimit të substancave nëpërmjet marrëdhënieve pozitive familjare, komunikimit[120] dhe monitorimit nga prindërit[121]. Në të kundërt, përdorimi i substancave nga anëtarët e familjes mund të çojë në përdorim më të madh të tyre nga adoleshentët[122].

Duhani

Pirja e duhanit mbetet një nga shkaktarët madhorë të sëmundjeve të parandalueshme dhe vdekjeve të parakohshme. Fëmijët dhe të rinjtë duhanpirës janë më pak të aftë fizikisht, dhe sëmuren më shpesh nga sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes, sesa bashkëmoshatarët e tyre joduhanpirës[123]. Faktorët individualë të tillë si perceptimet e pirjes së duhanit nga prindërit dhe bashkëmoshatarët, lidhen fuqimisht me fillimin e duhanpirjes tek adoleshentët[124].
Në Shqipëri, konsumi i duhanit nga fëmijët dhe të rinjtë ka filluar të bëhet një problem shqetësues për shëndetin publik. Të dhënat e studimit të HBSC-së në vitin 2013, tregojnë se 4% e fëmijëve të intervistuar raportonin konsum të rregullt të duhanit [57].

Miratimi i ligjit antiduhan në 2006-ën dhe hyrja në fuqi e tij në 26 Maj 2007, i hapi rrugë ndërmarrjes së shumë masave me karakter fiskal, organizativ dhe legal për ndalimin e duhanit në vende publike. Edhe pse janë iniciuar fushata kombëtare për këtë qëllim, kërkohet një strategji gjithë përfshirëse për kontrollin e duhanit, parandalimin dhe lënien e tij. Kjo strategji duhet të adaptohet dhe të përfshijë elementet e mëposhtëm: programe shkollore për lënien e duhanit, kufizim i ekspozimit ndaj duhanpirjes së dorës së dytë, fushata mediatike dhe ndalim i konsumit të produkteve të duhanit nga minorenët.

Alkooli

Abuzimi me alkoolin është një çështje shëndetësore dhe sociale në Shqipëri. Konsumi i alkoolit gjatë adoleshencës lidhet me probleme të ndryshme fizike dhe emocionale[125]. Për më tepër, konsumi i alkoolit gjatë adoleshencës rrit rrezikun e konsumit të tepërt të tij dhe krijimin e varësisë në moshën e rritur[126]. Një sjellje e tillë mund të çojë në probleme shëndetësore të shumta, të tilla si sëmundje kronike të mëlçisë, zemrës, goditje, depresion, lëndime të paqëllimshme dhe vdekje[127]. Përgjithësisht, pirja a alkoolit dhe dehja mbetet më e lartë tek djemtë se tek vajzat. Megjithatë hendeku gjinor është në rënie pasi, në disa vende, nivelet ndërmjet vajzave po arrijnë ato të djemve[128]. Përdorimi i alkoolit

është i ndikuar nga disa faktorë si normat familjare, ndikimet nga bashkëmoshatarët, preferencat personale dhe faktorët e mjedisit[129,130].
Sipas të dhënave të studimit të fundit të HBSC-së, 72.9% e nxënësve nuk kishin konsumuar alkool një muaj para studimit, ndërsa 0.8% e tyre raportuan se kishin konsumuar alkool më shumë se 40 herë në 30 ditët e fundit. Prevalenca e konsumit të alkoolit rezultoi dukshëm më e lartë tek djemtë sesa tek vajzat, dhe më e lartë tek nxënësit nga qyteti krahasuar me homologët e tyre nga fshati. Gjithashtu, frekuenca e përdorimit të alkoolit ishte fuqimisht e lidhur me moshën e nxënësve [57].

Në Shqipëri, miratimi i ligjit Nr. 9518, "*Për mbrojtjen e të miturve nga përdorimi i alkoolit"* ka bërë që të minimizohet aksesi i të rinjve ndaj alkoolit, edhe pse ka ende shumë punë për të bërë.

Kanabis

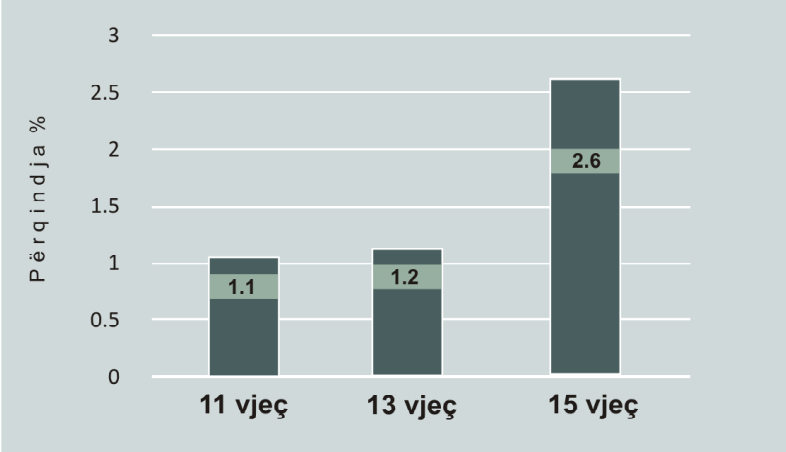
Pavarësisht se është e paligjshme, kanabisi është substanca më e përdorur në mesin e adoleshentëve pas duhanit dhe alkoolit[131]. Në Shqipëri, strategjia aktuale kombëtare për drogat (2012-2016) në lidhje me parandalimin ka planifikuar ndërhyrje parandaluese të hershme në shkolla, si dhe rishikim të kurrikulave shkollore[132].
Përdorimi i kanabisit nga të rinjtë është i lidhur me një numër problemesh shëndetësore, duke përfshirë rritjen e rrezikut për lëndime, sëmundje kronike, depresion dhe probleme të tjera të shëndetit mendor[133].
Përdorimi i lartë i kanabisit lidhet me faktorë të tillë si deprimimi ekonomik, mjedisi rrethues, koha e gjatë që kalohet me bashkëmoshatarë që janë përdorues të drogës, si dhe mbikëqyrja e paktë nga prindërit[134].
Studimi i fundit i HBSC-së në vitin 2013 në Shqipëri tregoi se 4.6% e të rinjve kishin përdorur kanabis[57].

Gjetjet e studimit

Duhanpirja

Të dhënat e mbledhura në studim synonin të evidentonin nëse nxënësit e pinin apo jo duhanin. Nëse ishin duhanpirës, ata u pyetën sesa shpesh e konsumonin atë. Përsa i takon duhanpirjes jetësore, shumica absolute e nxënësve (4389, ose 89.6%) raportuan se nuk kishin pirë asnjëherë duhan në jetën e tye, 332 (6.8%) deklaruan se pinin duhan me raste, ndërsa 100 (2.0%) nxënës raportuan se pinin duhan rregullisht.
Përsa i takon duhanpirjes aktuale, shumica absolute e nxënësve (4626, ose 94.4%) raportuan se nuk pinin aktualisht duhan, 128 (2.6%) deklaruan se pinin aktualisht duhan me raste, ndërsa 81(1.7%) nxënës raportuan se pinin aktualisht duhan në mënyrë të rregullt. Kishte një diferencë gjinore midis konsumatorëve aktualë të duhanit (ku 2.6% ishin djem dhe 0.8% vajza). Këto shifra vinin duke u rritur me rritjen e moshës; 1.1% e nxënësve 11 vjeçarë ishin konsumatorë aktualë të duhanit, krahasuar me 1.2% të 13 vjeçarëve dhe 2.6% të 15 vjeçarëve, (grafiku 23).

Grafiku 23 **Prevalenca e duhanpirjes aktuale sipas grupmoshës**



Konsumi i alkoolit

Pyetjet lidhur me konsumin e alkoolit konsistonin në shpeshtësinë dhe llojin e pijeve alkoolike të konsumuara, sasinë e alkoolit të konsumuar dhe nëse ishin dehur ndonjëherë. Përsa i takon konsumit jetësor të alkoolit, shumica e nxënësve (3610, ose 73.7%) raportuan se nuk kishin pirë asnjëherë alkool në jetën e tyre, 1007 (20.6%) deklaruan se kishin pirë alkool me raste, ndërsa 215 (4.4%) nxënës raportuan se kishin pirë alkool rregullisht.

Përsa i takon konsumit të alkoolit gjatë 30 ditëve të fundit, 3994 (81.5%) nxënës raportuan se nuk kishin konsumuar alkool, 547 (11.2%) nxënës deklaruan se kishin pirë alkool me raste, ndërsa 168 (3.4%) nxënës raportuan të kishin pirë alkool rregullisht gjatë 30 ditëve të fundit.

Lidhur me llojin e pijeve që pëlqeheshin më shumë (*një herë në javë*), në mes 15 vjeçarëve *Birra* (5.3%) rezultoi si pija më e preferuar që konsumohej prej tyre, krahasuar me verën (4.5%) dhe pijet e forta (2.4%).

Lidhur me sasinë e alkoolit të konsumuar në një ditë tipike, 68 (1.4%) nxënës raportuan që konsumonin të paktën 5 njësi alkool (pesë pije), ndërkohë që 662 (13.5%) nxënës deklaruan se konsumonin vetëm një njësi alkool.

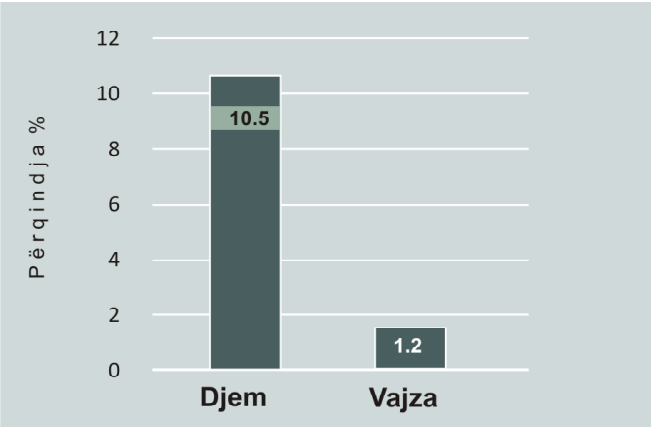
Përsa i takon dehjes jetësore, 665 (13.6%) nxënës raportuan se ishin dehur një herë në jetën e tyre, 230 (4.7%) raportuan se ishin dehur dy-tri herë, ndërsa 61 (1.2%) e nxënësve deklaruan se ishin dehur mbi 10 herë gjatë gjithë jetës së tyre.

Konsumi i kanabisit

Të rinjtë u pyetën nëse kishin përdorur ndonjëherë kanabis, a e kishin përdorur atë gjatë 30 ditëve të fundit, dhe nëse po, sa shpesh. Këto pyetje iu bënë vetëm nxënësve 15 vjeçarë.

Nga nxënësit 15 vjeçarë që u përfshinë në këtë pyetje, vetëm 5.7% e tyre deklaruan se kishin konsumuar kanabis të paktën një herë gjatë gjithë jetës së tyre, ndërsa 2.3% e tyre deklaruan se kishin konsumuar kanabis të paktën një herë gjatë 30 ditëve të fundit (para intervistës). Gjatë analizës (grafiku 24) u konstatua një diferencë gjinore në konsumin e kanabisit (*të paktën një herë gjatë jetës*), ku djemtë raportuan një shpeshtësi më të lartë se vajzat (10.5% vs.1.4% respektivisht).

Grafiku 24 **Prevalenca e konsumit jetësor të kanabis sipas gjinisë**



Shëndeti seksual

- Një në pesë të rinj 15 vjeçarë që ndjekin shkollën kanë kryer marrëdhënie seksuale, 95% e të cilëve janë djem.
- Nga të rinjtë që kanë kryer marrëdhënie seksuale, 63.7% e tyre përdorin kontraceptivë gjatë marrëdhënieve seksuale.
- 66% e djemve dhe 40% e vajzave kanë përdorur kondom në marrëdhënien e fundit seksuale.

Shëndeti seksual është përcaktuar si mirëqenie e plotë fizike, emocionale, mendore dhe sociale e individëve lidhur me sjelljet e tyre seksuale[135]. Adoleshenca është një periudhë kyçe në zhvillimin e marrëdhënieve personale dhe sjelljeve seksuale. Gjatë këtyre viteve, mendimet dhe ndjenjat rreth sjelljes seksuale dalin në dukje si rezultat i zhvillimit të marrëdhënieve, kuriozitetit dhe bashkëmoshatarëve seksualisht aktivë. Të rinjtë mund ta marrin informacionin nga familja, shkolla apo bashkëmoshatarët, si dhe nga mjetet e komunikimit masiv, shërbimet shëndetësore dhe programet me bazë komunitare. Si rrjedhojë, komunikimi është një lehtësues i rëndësishëm në fitimin e njohurive të sakta për parandalimin e infeksioneve seksualisht të transmetueshme (IST) dhe promovimin e shëndetit seksual[136].

Elementë kyç të sjelljeve të rrezikshme seksuale gjatë adoleshencës përfshijnë fillimin e hershëm të tyre, numrin e lartë të partnerëve seksualë dhe mospërdorimin e kontraceptivëve. Aktiviteti i hershëm seksual mund të ketë pasoja për shëndetin dhe mirëqenien e të rinjve, veçanërisht nëse ai fillon para se ata të jenë maturuar fizikisht dhe mendërisht për ta përballuar atë[137], lidhet me pasoja negative shëndetësore të tilla si IST-të dhe shtatzëni të padëshiruara[137], shëndet mendor të varfër[138] dhe performancë të ulët akademike[139].

Sipas studimit të HBSC-së 2013, , 14.5% e të rinjve 15 vjeçarë kishin kryer marrëdhënie seksuale[57]. Prevalenca e marrëdhënieve seksuale rezultoi dukshëm dhe në mënyrë të konsiderueshme më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat.

Një nga ndërhyrjet strategjike, të planifikuara në “Strategjinë Kombëtare të Shëndetit Riprodhues” viti 2009-2015, synon ofrimin e këshillimit dhe sigurimin e aksesit për këshillim dhe metoda kontraceptive për të rinjtë[140]. Kjo strategji planifikon sigurimin e aksesit për kondomët, që ata të merren lehtësisht në të gjitha vendet që frekuentohen nga adoleshentët.

Gjithashtu, familja është burimi primar i socializimit për adoleshentët dhe mund të ushtrojë ndikim në qëndrimet dhe sjelljet seksuale[141]. Për më tepër, perceptimi i sjelljeve seksuale të bashkëmoshatarëve lidhet me synimin për të bërë seks, marrëdhënie seksuale të hershme dhe të shpeshta[142].

Gjetjet e studimit

Të rinjtë 15 vjeçarë që morën pjesë në studimin e HBSC-së, u pyetën për kryerjen e marrëdhënieve seksuale, moshën e fillimit të tyre dhe mbi përdorimin e mjeteve kontraceptive.

Marrëdhëniet seksuale

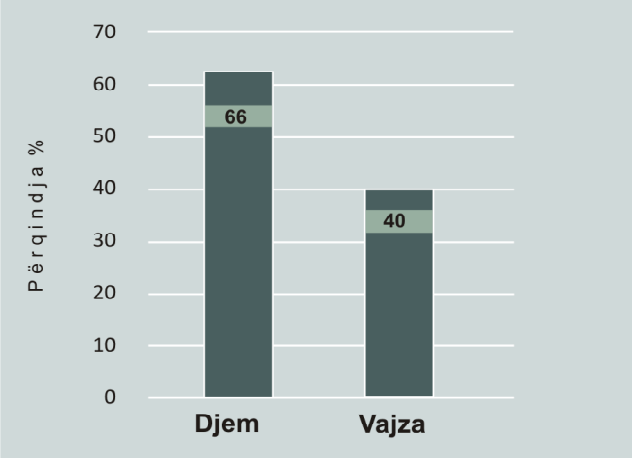
Nxënësit e moshës 15 vjeç u pyetën lidhur me kryerjen e marrëdhënieve seksuale. Në total, nga nxënësit e kësaj moshe, 320 (19.5% e kësaj grupmoshe) raportuan se kishin

kryer marrëdhënie seksuale. Në grupin e të rinjve që raportuan kryerjen e marrëdhënieve seksuale, kishte një diferencë të theksuar gjinore, pasi djemtë përbënin 95% (304) të rasteve, krahasuar me 5% (16) që përbënin vajzat. Moshat më të shpeshta të fillimit të kryerjes së marrëdhënieve seksuale ishin moshat 14 vjeç (105 raste) dhe 15 vjeç (96 raste).

Përdorimi i kontraceptivëve

Në këtë analizë u përfshinë vetëm ata që raportuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale. Nga 320 nxënës, 198 prej tyre (63.7%) deklaruan se përdornin kontraceptivë gjatë marrëdhënieve seksuale. 66% e djemve dhe 40% raportuan se kishin përdorur kondom në marrëdhënien e fundit seksuale (grafiku 25). Metodat e tjera kontraceptive nuk ishin shumë të përdorshme nga të rinjtë, dhe rezultatet e tyre nuk ishin statistikisht të rëndësishme.

Grafiku 25 **Përdorimi i kondomit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale**



Mosha e ardhjes së menstruacioneve tek vajzat

Përsa i takon ardhjes së menstruacioneve tek vajzat e përfshira në studim, mosha mesatare ishte 12.5±1.1 vjeç, dhe mediana e moshës së ardhjes së menstruacioneve ishte 13 vjeç.

Nëpërkëmbjet, grindjet dhe dëmtimet

- 13.5% e fëmijëve 11,13,15 vjeç i kanë ngacmuar moshatarët e tyre *gjatë muajit të fundit.*
- 11.3% e fëmijëve 11,13,15 vjeç ishin ngacmuar *gjatë muajit të fundit* nga ana e moshatarëve të tyre.
- Djemtë, krahasuar me vajzat, përfshihen më shumë në episode ngacmimi apo rrahjeje, ndërkohë që nuk ka diferenca moshore për të qenë autor apo viktimë e ngacmimit.
- Një në tre fëmijë dëmtohet të paktën një herë në vit, në një shkallë të tillë sa të kërkojë ndihmë mjekësore.
- Djemtë dëmtohen më shumë se vajzat.
- Mjedisi rreth shtëpisë, ambientet sportive dhe rruga, janë mjediset më të shpeshta ku ndodhin dëmtimet.
- Shumica e fëmijëve dëmtohen gjatë stërvitjes apo duke ecur në rrugë.

Nëpërkëmbja (bulling)

Nëpërkëmbja apo "bulling" është një lloj specifik i agresionit të qëllimshëm dhe të përsëritur, e cila përfshin një pabarazi në fuqi mes viktimës dhe dhunuesit. Nëpërkëmbja mund të jetë si fizike (p.sh. goditje apo shtyrje) ashtu dhe verbale (p.sh. duke i vënë nofka apo duke e kërcënuar me fjalë)[143]. Kohët e fundit, ajo ka marrë formën e "*cyber bullying*" (agresion i shprehur përmes kompjuterit personal ose telefonit celular)[144]. Nëpërkëmbja dhe viktimizimi fillojnë që në fëmijëri dhe vazhdojnë edhe në adoleshencë[145].

Nëpërkëmbja gjatë adoleshencës lidhet jo vetëm me probleme shëndetësore fizike dhe psikologjike[146], por edhe me rritje të përdorimit të ilaçeve, dëmtim të performancës akademike, mungesa në shkollë[147] dhe lëndime fizike[148]. Si e tillë, nëpërkëmbja është një shqetësim i rëndësishëm shëndetësor mes adoleshentëve[149]. Qenia viktimë e nëpërkëmbjes, është e lidhur gjithashtu edhe me pasoja negative të tilla si mirëqenie e ulët psikologjike, mospërshtatje sociale, ankth psikologjik dhe pafuqi fizike[150].

Marrëdhëniet mes bashkëmoshatarëve janë determinantë socialë të përbashkët për përfshirjen në nëpërkëmbje. Ndërhyrjet ndaj nëpërkëmbjes janë sugjeruar që duhen orientuar kryesisht në nivel të grupeve të bashkëmoshatarëve, sesa në nivel individual[151]. Mbështetja e prindërve (p.sh. të kuptuarit e problemeve dhe shqetësimeve, të bërit të ndihen më mirë kur janë të mërzitur), ka treguar se i mbron të rinjtë të nëpërkëmben apo të nëpërkëmbin të tjerët[144]. Në të vërtetë, lidhjet negative midis marrëdhënieve në familje dhe sjelljeve nëpërkëmbëse sugjerojnë rëndësinë e adresimit të problemit në nivel familjar, gjatë përpjekjeve parandaluese në të ardhmen.

Sipas raportit të HBSC-së 2013, 71.5% e nxënësve nuk ishin përfshirë në rrahje fizike gjatë 12 muajve të fundit, ndërsa 6.4% e tyre kishin pasur të paktën 4 episode rrahjeje fizike. Prevalenca e rrahjeve të shpeshta (4 ose më shumë) ishte më e ulët tek nxënësit e moshës 15 vjeç në krahasim me nxënësit më të rinj.

Gjithashtu, sipas studimit, prevalenca e nxënësve të cilët kishin qenë të nëpërkëmbur (të paktën një herë) gjatë 2 muajve të fundit para studimit ishte 25.1%, ndërsa prevalenca e të qenurit të nëpërkëmbur (disa herë në javë) gjatë 2 muajve të fundit ishte 2%.

Nga ana tjetër, prevalenca e nëpërkëmbjes së të tjerëve (të paktën një herë) gjatë dy muajve të fundit ishte 23.6%, ndërsa prevalenca e nëpërkëmbjes së të tjerëve në mënyrë frekuente (disa herë në javë) gjatë dy muajve të fundit ishte 1.9%.

Dëmtimet

Dëmtimet përbëjnë një rrezik të madh shëndetësor për fëmijët dhe të rinjtë në nivel global. Në vendet e industrializuara ato përbëjnë shkakun kryesor të vdekjeve për adoleshentët. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), shkaqet kryesore të vdekjeve nga dëmtimet tek fëmijët dhe adoleshentët janë aksidentet rrugore, mbytjet, djegiet nga zjarri, vetëdëmtimet dhe dhuna[152].

Dëmtimet mund të jenë të paqëllimshme (p.sh. aksidentet rrugore, rrëzimet, djegiet) ose të qëllimshme (p.sh. vetëdëmtime, vetëvrasje). Shumica e dëmtimeve jofatale tek të rinjtë ndodhin në shtëpi ose në një strukturë sportive, shpesh gjatë angazhimit në një veprimtari

sportive, ku djemtë raportojnë nivele më të larta të dëmtimeve krahasuar me vajzat[153]. Sjelljet e rrezikshme janë identifikuar si determinantë kryesor të dëmtimeve tek adoleshentët[154]. Në të vërtetë, prevalenca e lartë e dëmtimeve tek adoleshentët konfirmon rëndësinë e tyre si një problem shëndetësor[154]. Klima mbështetëse sociale mendohet të luajë rol mbrojtës në përfshirjen e të rinjve në sjellje të rrezikshme si dehja, mospërdorimi i rripit të sigurimit dhe përdorimi i drogës, duke i ruajtur kështu ata nga disa forma dëmtimesh[155].

Gjetjet e studimit

Nëpërkëmbja (ngacmimi) i moshatarëve

Në studimin e HBSC-së, nëpërkëmbja (bulling) është përkufizuar në rastet kur një nxënës ose grup nxënësish të tjerë, thonë apo bëjnë gjëra jo të hijshme në drejtim të një nxënësi tjetër. Nëpërkëmbje quhet edhe kur një nxënës tallet në mënyrë të vazhdueshme me një nxënës tjetër, gjë të cilën ai nuk e pëlqen, apo kur qëllimisht nuk e pranojnë në veprimtari të ndryshme[156] . Në studim, nxënësit u pyetën sesa shpesh ishin nëpërkëmbur apo kishin nëpërkëmbur të tjerë gjatë qëndrimit në shkollë.

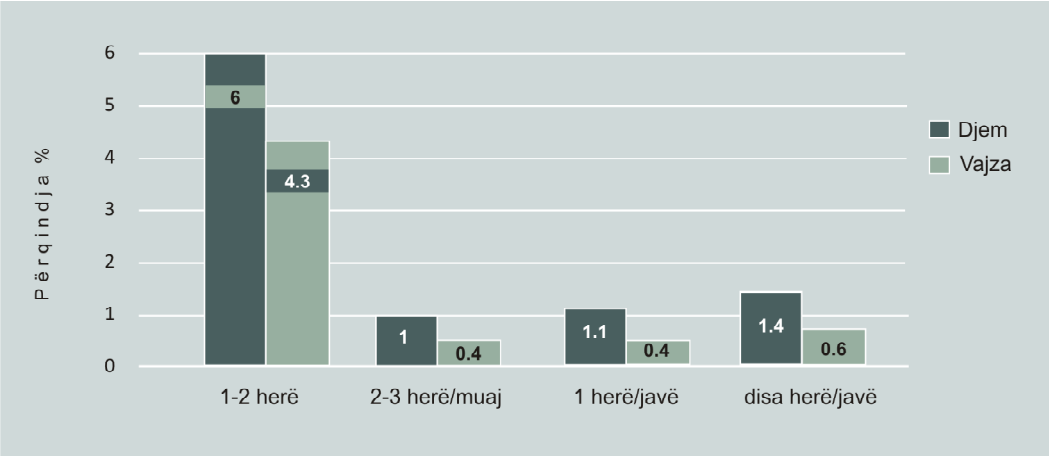
Nëpërkëmbja dhe të qenit i nëpërkëmbur

Vetëm 663 (13.5%) nxënës deklaruan se i ngacmonin *1-2 herë në muaj* moshatarët e tyre, dhe (3%) e nxënësve deklaruan se ata i ngacmonin moshatarët e tyre *disa herë në javë*. Nga ana tjetër, 555 (11.3%) nxënës deklaruan se ishin ngacmuar *1-2 herë gjatë muajit të fundit* nga ana e moshatarëve të tyre. Madje, 89 (1.8%) e nxënësve deklaruan se ishin ngacmuar *disa herë në javë* gjatë muajit të fundit nga ana e moshatarëve të tyre. Në të gjitha rastet e ngacmimit, djemtë ishin më shumë të ngacmuar (viktima), dhe po ashtu ngacmues (autorë). Nuk kishte diferenca të lidhura me moshën për të qenë autor apo viktimë e ngacmimit.

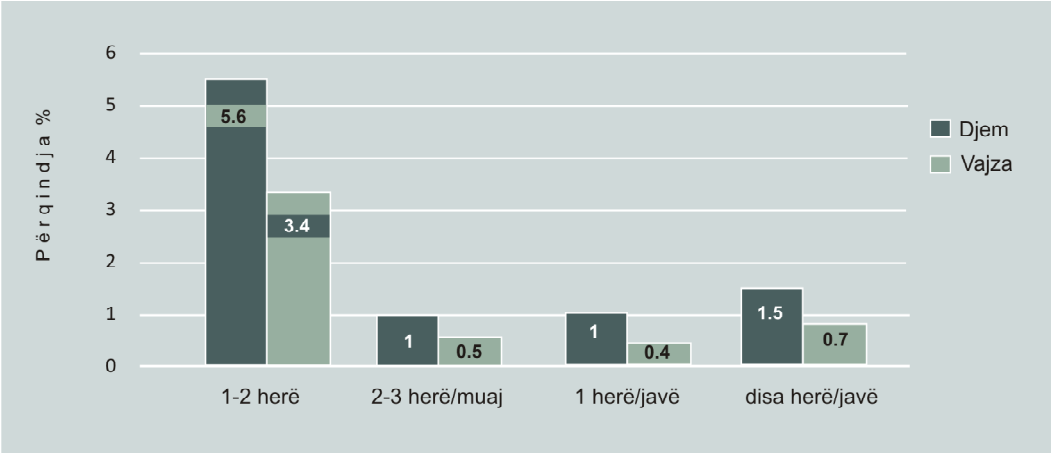
Nëpërkëmbja përmes mesazheve apo fotografive (cyberbulling)

Lidhur me tipologjinë e nëpërkëmbjes, nxënësit u pyetën nëse ishin nëpërkëmbur nëpërmjet mesazheve apo fotove të ndryshme. Në të dyja rastet, rreth 7% e nxënësve raportuan se ishin nëpërkëmbur në një nga këto dy mënyra. Kishte dallime të rëndësishme gjinore midis djemve dhe vajzave lidhur me frekuencën e këtyre lloj nëpërkëmbjesh. Në të gjitha rastet, djemtë rezultuan se ishin nëpërkëmbur më shumë sesa vajzat (grafiku 26) dhe (grafiku 27).

Grafiku 26 **Nëpërkëmbja nëpërmjet mesazheve apo fotografive sipas gjinisë**



Grafiku 27 **Nëpërkëmbja nëpërmjet fotove sipas gjinisë**



Rrahjet fizike mes nxënësve

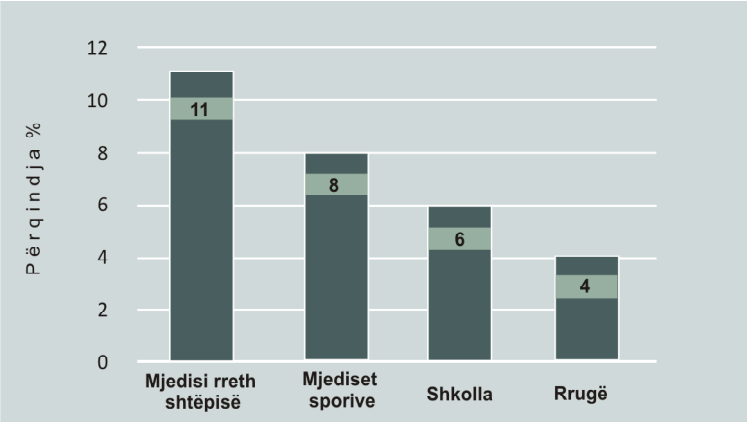
Nxënësit u pyetën nëse gjatë muajit të fundit kishin patur zënka që kishin precipituar në rrahje fizike me moshatarët e tyre. Në total, vetëm 703 (14.4%) nxënës deklaruan se kishin patur një episod rrahjeje fizike me moshatarët e tyre. Në mënyrë të veçantë, 402 (8.2%) nxënës deklaruan se kishin patur të paktën 4 episode rrahjeje me moshatarët e tyre gjatë muajit të fundit, madje kjo dukuri bëhej më e shprehur me rritjen e moshës. Nga ana tjetër, kishte një diferencë të theksuar gjinore, ku djemtë mbizotëronin krahasuar me vajzat, për të gjitha tipet e shpeshtësive të përfshirjes në grindje fizike.

Dëmtimet

35% e nxënësve raportuan se gjatë vitit të fundit ishin dëmtuar të paktën një herë, aq sa të kishin nevojë për ndihmë mjekësore, 11% e të cilëve kërkuan ndërhyrje të rëndësishme mjekësore deri në hospitalizim. Mjedisi rreth shtëpisë (11%), ambientet

sportive (8%) dhe rruga (4%) ishin mjediset më të shpeshta ku kishin ndodhur dëmtimet (grafiku 28). Rreth 14% e nxënësve ishin dëmtuar gjatë stërvitjes, kurse 7% e tyre ishin dëmtuar duke ecur në rrugë. Në të gjitha rastet kishte dallime të rëndësishme gjinore, ku djemtë rezultonin më të dëmtuar se vajzat.

Grafiku 28 **Mjediset ku ndodhin dëmtimet**



PËRFUNDIMET

Studimi "S*jelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore 11, 13 dhe 15 vjeç*", hedh dritë mbi sjelljet që lidhen me shëndetin e fëmijëve gjatë periudhës së adoleshencës, periudhë e ndryshimeve të rëndësishme jo vetëm fizike, por edhe e rritjes së pavarësisë, e cila mund të ndikojë në zhvillimin e shëndetit dhe sjelljet shëndetësore të tyre. Studimi synon të tregojë se si determinantët social afektojnë shëndetin dhe mirëqenien e të rinjve.

Jeta në familje

Në ndryshim nga shumica e vendeve evropiane, ku konstatohen ndryshime të theksuara të strukturës familjare (ku familjet me një prind po bëhen më të pranishme), në studimin tonë rezultoi se pjesa dërrmuese e fëmijëve 11-13-15 vjeç (94%) jetojnë me të dy prindërit. Ky rezultat duhet të konsiderohet si një faktor shumë i rëndësishëm që ndikon pozitivisht në mirëqenien e fëmijëve në Shqipëri, pasi struktura e familjes lidhet me një numër sjelljesh shëndetësore, të tilla si larja e dhëmbëve[7], përdorimi i duhanit[157] apo i substancave të tjera të dëmshme[158].

Sikurse edhe në studimet e tjera të mëparshme të HBSC-së, shumica e fëmijëve raportuan më shumë lehtësi në komunikim me nënat në krahasim me baballarët e tyre, komunikim i cili ishte më i lartë për vajzat, dhe vinte duke u pakësuar me rritjen e moshës. Ky rezultat, thekson nevojën për implementimin e programeve të prindërimit pozitiv, të cilët duhet të përmirësojnë përgjegjshmërinë prindërore dhe ndërveprimin prind-fëmijë.

Mjedisi shkollor

Përveç rolit që lidhet me performancën akademike, shkolla luan rol të rëndësishëm edhe në promovimin e shëndetit dhe mirëqenies së fëmijëve[159]. Në studimin tonë rezultoi të kishte diferenca në moshë dhe gjini, lidhur me pëlqyeshmërinë e shkollës dhe performancën akademike. Vajzat raportojnë performancë më të mirë në shkollë, dhe 11 vjeçarët e pëlqejnë më shumë shkollën se fëmijët më të rritur. Ndërsa presioni nga volumi i punës në shkollë rritet me rritjen e moshës.

Krijimi i një klime pozitive në shkollë lidhet jo vetëm me performancën e lartë akademike, por edhe me një vetëraportim më të mirë për shëndetin, mirëqenien dhe sjelljet shëndetësore të fëmijëve[160]. Një klimë e tillë mund të krijohet si në nivel klase ashtu edhe në nivel shkolle, nëpërmjet veprimeve të tilla si:

- krijimi i një atmosfere mbështetëse në klasë, e cila promovon autonominë;
- sigurimi i një feed-back-u pozitiv për nxënësit;
- zbatimi e një diversiteti në strategjitë e të mësuarit dhe të mësimdhënies për të promovuar më mirë përfshirjen e të rinjve;
- zgjerimi i rrjetit të shkollave që promovojnë shëndet në të gjithë vendin.

Marrëdhëniet midis bashkëmoshatarëve

Studimi i HBSC-së 2013/14 tregoi se forma kryesore e komunikimit rezultoi nëpërmjet Facebook-ut, ku djemtë raportuan shifra më të larta të komunikimit elektronik, krahasuar me vajzat. Nga ana tjetër, fëmijët më të rritur kishin më shumë kontakte *të përditshme* me shokët e tyre, krahasuar me fëmijët më të vegjël në moshë.
Përdorimi i rrjeteve sociale midis të rinjve tashmë është bërë një dukuri mjaft e zakonshme në shumicën e vendeve evropiane, duke pasqyruar kështu atë që po ndodh në të gjitha shoqëritë. Përveç efektit pozitiv që ka komunikimi nëpërmjet rrjeteve sociale në krijimin e miqësive, tashmë po konstatohet se qëndrimi gjatë mund të ketë efekte negative në shëndetin mendor dhe fizik të fëmijëve, nëpërmjet *cyperbulling (nëpërkëmbjes nëpërmjet mesazheve apo fotografive)* apo mungesës së aktivitetit fizik[2].

Zakonet e të ushqyerit

Moskonsumi i mëngjesit është një dukuri e shpeshtë tek adoleshentët, sidomos kjo tek vajzat. Gjatë tre studimeve të HBSC-së që janë kryer në Shqipëri, janë konstatuar vlera relativisht të ulëta të konsumit të mëngjesit nga fëmijët. Në dy studimet e fundit vërehen pothuajse të njëjtat vlera lidhur me konsumimin e mëngjesit *çdo ditë*, edhe pse kjo prevalencë ishte në mënyrë sinjifikante më e lartë tek djemtë krahasuar me vajzat. Megjithatë, sikurse e kemi theksuar edhe në studimin e vjetshëm, prevalenca e konsumit të mëngjesit vazhdon të jetë më e ulët se në shumë vende të tjera të Evropës, në të cilat konsumi i mëngjesit konsiderohet si një faktor shumë i rëndësishëm për shëndetin dhe mirëqenien e fëmijëve. Ky realitet dhe këto fakte shtrojnë para organeve përgjegjëse detyrën e gjetjes së zgjidhjeve, përmes të cilave të lehtësohet mundësimi i konsumit të mëngjesit nga nxënësit; gjë që mund të bëhet përmes çeljes së mencave në shkolla me ushqim të shëndetshëm dhe të kontrolluar, apo edhe përmes alternativave të tjera që përvoja evropiane i ofron me shumicë.

Lidhur me konsumimin e frutave, studimi i këtij viti tregoi se një në dy fëmijë konsumonin fruta *çdo ditë,* dhe një në tre fëmijë konsumonin fruta *më shumë se një herë* në ditë. Nga ana tjetër, vajzat raportuan se konsumonin më shumë fruta sesa djemtë, rezultat ky i krahasueshëm me studimet e HBSC-së të kryera në vendet e tjera të Evropës [2].

Meqenëse zakonet e të ngrënit zhvillohen gjatë adoleshencës dhe zakonisht ruhen gjatë moshës adulte, ka rëndësi ndërmarrja e masave të hershme dhe të vazhdueshme. Këto masa duhet të kenë parasysh që profilet e ushqyerjes së fëmijëve ndryshojnë nga mosha 11 në 15 vjeç, çka tregon se kjo është një moshë kyç për zhvillimin e ndërhyrjeve dhe se përpjekjet duhet të jenë të qëndrueshme. Gjithashtu, dallimet gjinore tregojnë se djemtë dhe vajzat kanë nevoja të ndryshme dhe tentojnë t'i përgjigjen ndërhyrjeve në mënyrë të ndryshme[161]. Rol të rëndësishëm në ndërhyrjet që duhen ndërmarrë kanë edhe përfshirja e familjes dhe shkollës, siç mund të jetë p.sh përfshirja e fëmijëve në përgatitjen e vakteve të shëndetshme me bazë frutat dhe perimet.

Aktiviteti fizik dhe jeta sedentare

Kryerja e aktivitetit fizik konsiderohet si faktor mbrojtës për ruajtjen e peshës trupore optimale, si dhe ndaj sëmundjeve kardiovaskulare. Sikurse në shumë studime të mëparshme, edhe në studimin tonë u konstatua se djemtë kryejnë më shumë aktivitet fizik krahasuar me

vajzat, si dhe niveli i aktivitetit fizik vjen duke u ulur me rritjen e moshës. Nga ana tjetër, shikimi i televizorit ishte aktiviteti sedentar më i shprehur tek fëmijët e moshës 11-13-15 vjeç.
Këto gjetje theksojnë nevojën e ndërhyrjeve që synojnë rritjen e aktivitetit fizik, veçanërisht tek fëmijët më të rritur dhe tek vajzat. Ndërhyrje të tilla mund të jenë:

- sigurimi i një sërë aktivitetesh që tërheqin veçanërisht vajzat;
- sigurimi i mjediseve të përshtatshme sportive për fëmijët[162];
- edukimi i publikut nëpërmjet fushatave mediatike, duke theksuar nevojën e kryerjes së aktivitetit fizik;
- zhvillimi i programeve shkollore që promovojnë klasat me aktivitet të lartë sportiv;
- përfshirja e prindërve në mbështetjen dhe inkurajimin e fëmijëve për të kryer aktivitet fizik[163];
- monitorimi i përdorimit të televizorit dhe videos[163].

Larja e dhëmbëve

Shëndeti oral është thelbësor për shëndetin e përgjithshëm dhe mirëqenien edhe tek të rinjtë[164]. Tashmë është treguar se fëmijët, të cilët i lajnë dhëmbët e tyre më shumë se një herë në ditë që në moshën 12 vjeç, kanë më shumë gjasa të vazhdojnë të veprojnë kështu gjatë viteve të tyre të adoleshencës dhe në moshën e rritur[165]. Nga studimi ynë rezultoi se 50% e fëmijëve 11-13-15 vjeç i lanin dhëmbët më shumë se një herë në ditë. Nga ana tjetër rezultoi se vajzat i lanin ato më shpesh se djemtë, ndoshta për shkak të shqetësimit më të madh që kanë ato lidhur me pamjen e jashtme dhe shëndetin e tyre.

Sëmundjet orale mund të parandalohen nëpërmjet larjes së dhëmbëve dy herë në ditë me pastë dhëmbësh të fluoruar[166], dhe nëpërmjet reduktimit të ushqimeve që përmbajnë sheqer[167]. Gjetjet e studimit tregojnë se ka pabarazi në shëndetin oral, çka tregon se politikëbërësit duhet të targetohen në grupet me rrezik më të madh siç janë djemtë, si dhe ata që nuk konsumojnë mëngjes. Disa ndërhyrje që mund të rekomandohen janë:

- përdorimi i një perspektive gjinore gjatë promovimit të aksesit të kujdesit shëndetësor oral dhe dentar[168];
- organizimi i fushatave që promovojnë shëndet, që kanë si qëllim të identifikojnë se çfarë i motivon djemtë për të larë dhëmbët;
- njohja e faktorëve mbrojtës, siç është familja, në zhdukjen e pabarazive të tilla në shëndet.

Zakonisht larja e paktë e dhëmbëve shoqërohet edhe me sjellje të tjera të rrezikshme si duhanpirja, zakone jo të shëndetshme të të ngrënit dhe aktivitet i pakët fizik[169]. Kështu që, është mirë që ndërhyrjet për parandalimin e sëmundjeve orale të integrohen në programet e përgjithshme të promocionit shëndetësor[170].

Pesha trupore

Përpjekjet për të rënë në peshë apo për të mbajtur dietë rezultuan shumë më evidente tek vajzat sesa tek djemtë. Kjo sjellje ishte më e shprehur me rritjen e moshës. Dallimet gjinore mund të shpjegohen pjesërisht me ndryshimet gjatë pubertetit, periudhë në të

cilën vajzat, peshën e rritur e shohin si një pengesë për të mbajtur formën ideale të trupit[171].

Djemtë tentojnë të jenë më shumë mbipeshë se vajzat. Arsyet për këtë rezultat mund të lidhen me faktin që vajzat hanë më shëndetshëm, djemtë hanë më shumë fast-food[172], dhe prindërit i inkurajojnë më pak djemtë që të kontrollojnë peshën e tyre.

Lidhur me imazhin trupor, nga studimi ynë rezultoi se vajzat kanë më pak gjasa të raportojnë "*jam shumë e shëndoshë*" krahasuar me djemtë. Ky rezultat është i ngjashëm në vendet e Evropës Lindore, ndërkohë që ndodh e kundërta për vajzat nga Evropa Perëndimore dhe Qendrore[2].

Duke qenë se problemet e lidhura me peshën janë të lidhura me gjininë, nevojitet hartimi i strategjive të specifikuara sipas gjinisë[173], pasi imazhi trupor dhe problemet e lidhura me peshën janë të varura fuqimisht nga zhvillimi pubertal i ndryshëm midis vajzave dhe djemve, si dhe nga pritshmëritë e ndryshme socio-kulturore.

Komponentët e nevojshëm parandalues duhet të përfshijnë ushqyerjen, promovimin e një jete aktive, reduktimin e stigmës mbi peshën dhe formën trupore, informacionin për median dhe menaxhimin efektiv të stresit[174].

Mirëqenia

Në përgjithësi, të rinjtë raportojnë shëndet të mirë, për shkak kjo të entuziazmit që karakterizon këtë moshë. Megjithatë, edhe midis të tyre ka pabarazi lidhur me treguesit shëndetësorë të raportuar apo me perceptimin e shëndetit. Kështu, vajzat në përgjithësi raportojnë më shumë ankesa shëndetësore të tilla si prishje të humorit, dhimbje koke, stomaku apo dhimbje shpine. Nga ana tjetër, djemtë përgjithësisht shprehen më pozitivisht për shëndetin e tyre krahasuar me vajzat.

Bashkekzistenca e simptomave fizike dhe psikologjike sugjeron nevojën e rishikimit të ndërhyrjeve të bazuara në shkollë, që synojnë zhvillimin e aftësive dhe kompetencave të të rinjve, për të përballuar sa më mirë sfidat e lidhura me moshën e adoleshencës.

Përdorimi i substancave

Në studimin tonë rezultoi se djemtë përfshihen më shumë në sjellje të rrezikshme të lidhura me konsumin e duhanit, alkoolit dhe drogës krahasuar me vajzat. Rezultatet e këtij viti mbi konsumin aktual të duhanit janë më të ulëta (4%), krahasuar me ato të dy studimeve të mëparshme të HBSC-së në Shqipëri (4.6% dhe 7.5%). E njëjta situatë paraqitet për përdorimin e alkoolit, ndërsa konstatohet një rritje e lehtë e përdorimit të kanabisit krahasuar me vitin e kaluar (5.7% kundrejt 4.6% respektivisht).
Gjetjet e mësipërme theksojnë nevojën për vazhdimin e programeve të orientuara në parandalimin e sjelljeve të rrezikshme. Politikat që kontribuojnë në reduktimin e përdorimit të duhanit dhe alkoolit duhet të orientohen në aspektin legal, në programet e bazuara në shkollë dhe në familje. Kështu, për duhanin duhet të përfshihen masat që lidhen me zbatimin e ligjit antiduhan si: ndalimi i pirjes së duhanit në vende publike; ndalimi i reklamave për duhanin; edukimi, komunikimi, trajnimi dhe rritja e njohurive për duhanin,

marrja e masave për ndërprerjen e tij, etj. Ndalimi i duhanpirjes në shkolla dhe ndalimi i shitjes së duhanit në mjediset pranë shkollave ka treguar se ka qenë efikas[175,176]. Edhe roli i familjes në parandalimin e përdorimit të duhanit dhe alkoolit duket i rëndësishëm, edhe pse është e nevojshme të bëhen kërkime të mëtejshme[177].

Adoleshentët që fillojnë herët të përdorin kanabis dhe bëhen përdorues të rregullt të tij, janë më të riskuar për të patur efekte anësore; për këtë arsye ata kërkojnë një vëmendje më të madhe nga politikëbërësit. Ndërhyrjet e bazuara në shkollë dhe familje mund t'i ndihmojnë ata në lehtësimin e problemit. Ndërhyrjet në shkolla, të cilat fokusohen në rritjen e njohurive mbi drogat, përmirësimin e aftësive për vendimmarrje, vetëvlerësimin dhe rezistencën ndaj presionit të bashkëmoshatarëve, reduktojnë efektivisht përdorimin e kanabisit[178].

Shëndeti seksual

Sikurse në shumë studime të tjera, edhe në studimin tonë rezultoi se djemtë kanë më shumë gjasa të raportojnë kryerjen e marrëdhënieve seksuale krahasuar me vajzat. Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale tek të rinjtë 15 vjeçarë ishte 19.5%, dhe 95% e tyre ishin djem. Krahasuar me studimin e vitit të kaluar të HBSC-së, këtë vit konstatohet një rritje e prevalencës së kryerjes së marrëdhënieve seksuale me 5%, çka rrit nevojën e kryerjes së programeve të integruara me pjesëmarrjen e shkollës, komunitetit dhe mjediseve të kujdesit shëndetësor.

Nga ana tjetër, brenda programeve që fokusohen në përdorimin e kontraceptivëve, mund të nevojiten mesazhe të ndryshme për djemtë dhe vajzat, pasi arsyet e përdorimit të kondomit apo barrierat e mundshme mund të jenë të ndryshme sipas gjinisë. P.sh. djemtë janë më të ndjeshëm ndaj mesazheve që lidhen me HIV/AIDS, ndërsa vajzat kanë më shumë gjasa t'i përgjigjen ndërhyrjeve për parandalimin e shtatëzanisë[179].

Ngacmimet, nëpërkëmbjet dhe dëmtimet

Studimi i HBSC-së 2013/14, përforcoi edhe më tepër atë që është konstatuar edhe në shumë studime të mëparshme, ku djemtë përfshihen më shumë në sjellje që lidhen me nëpërkëmbjen apo të qenit i nëpërkëmbur. Ekzistenca e këtyre sjelljeve në mjediset shkollore sugjeron nevojën e vazhdimit të ndërhyrjeve parandaluese. Evidencat tregojnë se ndërhyrjet e bazuara në shkollë mund të jenë të suksesshme në reduktimin e sjelljeve që lidhen me nëpërkëmbjen, nëse këto ndërhyrje bazohen në një përqasje të gjerë multidisiplinore dhe në pjesëmarrjen e gjithë komunitetit të shkollës[180]. Nga ana tjetër, përfshirja e stafit të shkollës në ndërhyrjet parandaluese luajnë një rol thelbësor në suksesin e këtyre programeve[180].

Gjetjet e studimit të HBSC-së na informojnë se dëmtimet kryesore ndodhin në mjediset sportive, mjediset rreth shtëpisë dhe në rrugë. Strategjitë e ndërhyrjes për reduktimin e dëmtimeve tek të rinjtë përfshijnë promovimin e hershëm të aftësive të lidhura specifikisht me sportin, ato edukative, trajnimet funksionale etj., në mënyrë që të parandalohen ato sjellje që lidhen me dëmtimet në sport[181]. Nga ana tjetër, ndërhyrjet duhen fokusuar në përdorimin e mjeteve mbrojtëse të tilla si rripi i sigurimit në makinë, helmeta gjatë

përdorimit të biçikletës apo motoçikletës, reduktimi i përdorimit të alkoolit apo instalimi i sistemit antizjarr në shtëpi.

Kufizimet e studimit

Teorikisht, ky studim mund të vuante nga mundësia e gabimit sistematik të seleksionit (përzgjedhjes së kampionit). Por, praktikisht, ky studim përfshiu një kampion të madh dhe përfaqësues në shkallë kombëtare, me një nivel përgjigjeje (pjesëmarrjeje) shumë të lartë. Prandaj, nuk ka evidencë për praninë e ndonjë gabimi sistematik në përzgjedhjen e kampionit, fakt i cili mundëson përgjithësimin e rezultateve të këtij studimi në të gjithë nxënësit e kësaj grup-moshe në vendin tonë.

Përsa i takon mundësisë së gabimeve sistematike të informacionit, sikurse e kemi thënë edhe në shpjegimin e metodologjisë së studimit, pyetësori i përdorur në studim është bazuar në informacionin e marrë nga vetë-raportimi i nxënësve. Bazuar në këtë fakt duhet të jemi të kujdesshëm në interpretimin e disa rezultateve që lidhen me çështje sensitive të tilla si: kryerja e marrëdhënieve seksuale, abuzimi me substancat, nëpërkëmbja, bashkëjetesa me të dy prindërit, mirëqenia në familje, niveli i kënaqësisë në jetë, etj. Duhet theksuar se shoqëria shqiptare vazhdon të mbetet shumë patriarkale dhe prandaj çështje të tilla si p.sh. bashkëjetesa me të dy prindërit është akoma tabu. Nga kjo pikëpamje, nuk duhet të surprizohemi me faktin që niveli i bashkëjetesës me të dy prindërit në studimin tonë është raportuar shumë i lartë (94%). Gjithashtu, në mënyrë të ngjashme me studime paraprake të realizuara në vendin tonë, vetë-raportimi i marrëdhënieve seksuale paraqet probleme të vlefshmërisë së diferencuar, sidomos lidhur me gjininë e të intervistuarve (p.sh., përtej çdo faktori tjetër, ka një vetë-raportim sistematikisht më të lartë tek nxënësit meshkuj në krahasim me femrat).

Së fundi, interpretimi i të gjitha rezultateve të studimit duhet bërë me shumë kujdes nisur edhe nga lloji/tipi i studimit. Meqenëse ky ishte një studim transversal (kros-seksional), gjetjet e përftuara nga ky studim nuk janë subjekt i marrëdhënieve shkakësore. Prandaj, për të konkluduar mbi praninë ose jo të lidhjeve shkakësore duhet të ndërmerren në të ardhmen studime kohort (prospektive) si e vetmja alternativë metodologjikisht bindëse për të konfirmuar (ose rrëzuar) praninë e lidhjeve shkakësore mes faktorëve të pavarur dhe ngjarjeve ose sjelljeve shëndetësore të nxënësve.

Referencat

1 World Health Organization 1946, *Constitucion*, WHO, Geneva.

2 Curri C. et al. Social determinants of health and well-being among young people. *Health behaviour in school-ag ed children (HBSC) study : International report from the 2009/ 2010 survey.*

3 *The state of the world's children 2011. Adolescence: an age of opportunity.* New York, UNICEF, 2011.

4 Progress for children – a report card on adolescents, New York, UNICEF, 2012

5 Graham H, Power C. *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework*. London, Health Development Agency, 2004.

6 Blum, R.W., Beuhring, T., Shew, M.L., Bearinger, L.H., Sieving, R.E. and Resnick, M.D. (2000) The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors, *American Journal of Public Health*, 90: 1879-1884

7 Levin, K.A. and Currie, C. (2010). Adolescent toothbrushing and the home environment: Sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 38: 10-18.

8 Griesbach D, Amos A, and Currie C (2003) Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 56: 41-52

9 McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. and Quensel, S. (2002) European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97: 329-336

10 Sweeting, H. and West, P. (1995) Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate. Social Science & Medicine, 40: 163-175.

11 Sweeting, H. and West, P. (1995) Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate. Social Science & Medicine, 40: 163-175.

12 Levin, K.A. and Currie, C. (2010) Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. Health Education, 110(3): 152-168.

13 Myers, D.G. (2000) *Psychology* 7th Edition. New York: Worth Publisher

14 Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S.L., Frazier, A.L., Rockett, H.R.H., Camargo, C.A., Field, A.E., Berkey, C.S. and Colditz, G.A. (2000) Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9: 235-240

15 Verzeletti, C., Maes, L., Santinello, M., Baldassari, D. and Vereecken, C.A. (2010) Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. Appetite, 54: 394-397

16 Franko, D.L., Thompson, D., Affenito, S.G., Barton, B.A. and Striegel-Moore, R.H. (2008) What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, 27: S109-S117.

17 Freeman, J.G., Samdal, O., Klinger, D.A., Dur, W., Griebler, R., Currie, D. and Rasmussen, M. (2009) The relationship of schools to emotional health and bullying. *International Journal of Public Health*, 54 (Suppl 2): S251-S259.

18 Roeser, R.W., Midgley, C. and Urdan, T.C. (1996) Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioural functioning in school; the mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology*, 88: 408-422.

19 Kuperminc, G.P., Leadbeater, B.J., Emmons, C.L. and Blatt, S.J. (1997) Perceived school climate and difficulties in the social adjustment of middle school students. *Applied Developmental Science*, 1: 76-88.

20 Saab, H. and Klinger, D. (2010) School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social Science & Medicine*, 70: 850-858.

21 McLellan, L., Rissel, C., Donnelly, N. and Bauman, A. (1999) Health behaviour and the

school environment in New South Wales, Australia. *Social Science & Medicine*, 49: 611-619.

[22] Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, G., Thomas, C.A. and Erhart, M. (2009) School as a determinant for health outcomes – a structural equation model analysis. *Health Education*, 109: 342-356.

[23] Kuntsche, E.N. and Delgrande Jordan, M. (2006) Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84: 167-174.

[24] Gordon-Larsen, P., Nelson, M.C. and Popkin, B.M. (2004) Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 27: 277-283.

[25] Holliday, J.C., Rothwell, H.A. and Moore, L.A.R. (2010) The relative importance of different measures of peer smoking on adolescent smoking behaviour: cross-sectional and longitudinal analyses of a large British cohort. *Journal of Adolescent Health*, 47(1): 58-66.

[26] Ali, M.M. and Dwyer, D.S. (2010) Social network effects in alcohol consumption among adolescents. *Addictive Behaviours*, 35: 337-342.

[27] Hutchinson, D.M. and Rapee, R.M. (2007) Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1557-1577.

[28] Duncan, S.C., Duncan T.E. and Strycker, L.A. (2005) Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychology*, 24: 3-10.

[29] Voorhees, C.C., Murray, D., Welk, G., Birnbaum, A., Ribisl, K.M., Johnson, C.C., Pfeiffer, K.A., Saksvig, B. and Jobe, J.B. (2005) The role of peer social network factors and physical activity in adolescent girls. *American Journal of Health Behavior*, 29: 183-190.

[30] Hall-Lande, J.A., Eisenberg, M.E., Christenson, S.L. and Neumark-Sztainer, D. (2007) Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166): 265-286.

[31] Ueno, K. (2005) The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms. *Social Science Research*, 34: 484-510.

[32] Steinberg, L. (2002) *Adolescence*. Vol. 6. New York: McGraw Hill.

[33] Moreno, C., Sanchez-Queija, I., Munoz-Tinoco, V., Gaspar de Matos, M., Dallago, L., Ter Bogt, T., Camacho, I., Rivera, F. and the HBSC Peer Culture Focus Group (2009) Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 54: S235-S242.

[34] McPherson, R.S., Montgomery, D.H. and Nichaman, M.Z. (1995) Nutritional status of children: what do we know? *Journal of Nutrition Education*, 27: 225-234.

[35] Hamza M., Sina E., Lakrori J., Burazeri G. (2012): *Për një ushqyerje të shëndetshme*.

[36] Franko, D.L., Thompson, D., Affenito, S.G., Barton, B.A. and Striegel-Moore, R.H. (2008) What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, 27: S109-S117.

[37] Videon, T. and Manning, C. (2003) Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32: 365-373.

[38] Eisenberg, M.E., Olson, R.E., N, Neumark-Sztainer, D., Story, M. and Bearinger, L.H. (2004) Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158: 792-796.

[39] Rampersaud, G.C., Pereira, M.A., Girard, B.L., Adams, J. and Metz, J.D. (2005) Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105: 743-760.

[40] Berkey, C.S., Rockett, H.R., Gillman, M.W., Field, A.E. and Colditz, G.A. (2003) Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *International Journal of Obesity*, 27: 1258-1266.

[41] Department of Health (2000) *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*. London: The Stationery Office.

[42] Sheiham, A. and Watt, R.G. (2000) The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28: 399-406.

[43] Nicklas, T.A., Yang, S.J., Baranowski, T., Zakeri, I and Berenson, G. (2003) Eating patterns and obesity in children. The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 25: 9-16.

[44] Vereecken, C.A., Todd, J., Roberts, C. Mulvihill, C. and Maes, L. (2006) Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *Public Health Nutrition*, 9: 244-250.

[45] Department of Health (2004) *At least 5 a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. A report from the Chief Medical Officer. London: Department of Health.

[46] Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J.R., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S. and Trudeau, F. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146: 732-737.

[47] Sallis, J.F., Prochaska, J.J. and Taylor, W.C. (2000) A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Medicine & Science in Sports & Exercise, 32(5): 963-975.

[48] Nelson, M.C., Neumark-Stzainer, D., Hannan, P.J. and Sirard, J.R. (2006) Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*, 118: e1627-e1634.

[49] Inchley, J., Kirby, J. and Currie, C. (2008) Physical activity among adolescents in Scotland: final report of the Physical Activity in Scottish Schoolchildren (PASS) study. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, The University of Edinburgh.

[50] Strategjia e Shëndetit Publik dhe Promocionit të Shëndetit, Tirane 2003, fq. 62-63

[51] Reilly, J.J., Coyle, J., Kelly, L.A., Burke, G., Grant, S. and Paton, J.Y. (2003) An objective method for measurement of sedentary behavior in 3–4 year olds. *Obesity Research* 2003, 11:1155–1158.

[52] Biddle, S.J., Gorely, T., Marshall, S.J., Murdey, I. and Cameron, N. (2004) Physical activity and sedentary behaviours in youth issues and controversies. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124: 29–33.

[53] Rey-Lopez, J.P., Vincente-Rodriguez, G., Biosca, M. and Moreno, L.A. (2008) Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 18: 242-251.

[54] Vereecken, C.A., Todd, J., Roberts, C., Mulvihill, C. and Maes, L. (2006) Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries.

[55] Kremers, S.P.J., van der Horst, K. and Brug, J. (2007) Adolescent screen-viewing behaviour is associated with consumption of sugar-sweetened beverages: The role of habit strength and perceived parental norms. *Appetite*, 48: 345-350.

[56] Rennie, K.L., Johnson, L. and Jebb, S.A. (2005) Behavioural determinants of obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3): 343-358.

[57] Qirjako G., Burazeri G, Amursi E., Mersini E., Bukli M,. (2013) Vlerësimi i sjelljeve të lidhura me shëndetin tek fëmijët e moshës shkollore.

[58] Larson, N.I., Neumark-Sztainer, D. and Story, M. (2009). Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: longitudinal findings from Project EAT. *Journal of the American Dietetic Association*, 109: 1869-1877.

[59] Ojala, K., Vereecken, C., Valimaa, R., Currie, C., Villberg, J., Tynjala, J. and Kannas, L. (2007) Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4: 50.

[60] McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A. and Finemore, J. (2002) The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 145-153.

[61] Wertheim, E.H., Paxton, S.J., Schutz, H.K. and Muir, S.L. (1997) Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42: 345-355.

[62] Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P. and Banfield, S. (2000) Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media. *Journal of*

Psychosomatic Research, 49: 189-197.

[63] Lynch, W.C., Heil, D.P., Wagner, E. and Havens, M.D. (2008) Body dissatisfaction mediates the association between body mass index and risky weight control behaviors among White and Native American adolescent girls. *Appetite*, 51: 210-213.

[64] Neumark-Sztainer D., Paxton S.J., Hannan P.J., Haines, J. and Story, M. (2006) Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39: 244–251.

[65] Kelly, C., Molcho, M. and Nic Gabhainn, S. (2009) Patterns in weight reduction behaviour by weight status in schoolchildren. *Public Health Nutrition*, 13(8): 1229-1236.

[66] Davison, T.E. and McCabe, M.P. (2006) Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146: 15-30.
Abbott, B.D. and Barber, B.L. (2010) Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents, *Body Image*, 7: 22-31.

[67] Huang, J.S., Norman, G.J., Zabinski, M.F., Calfas, K. and Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 40: 245-251.

[68] Presnell, K., Bearman, S.K. and Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36: 389-401.

[69] Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. and Barnekow, V. (Eds.) (2008) *Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2005/2006 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[70] Al Sabbah, H., Vereecken, C.A., Elgar, F.J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., Ojala, K., Ahluwalia, N. and Maes, L (2009) Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9: 52.

[71] Meland, E., Haughland, S. and Breidablik, H-J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Education Research*, 22: 342-350.

[72] Espinoza, P., Penelo, E. and Raich, R.M. (2010) Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later? *Body Image*, 7: 70-73.

[73] Stice, E., Hayward, C., Cameron, R.P., Killen, J. D., and Taylor, C. B. (2000) Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 109: 438-444.

[74] Thompson, J.K. and Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: mounting evidence for new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 181-183.

[75] Elgar, F.J., Roberts, C., Tudor-Smith, C. and Moore, L. (2005) Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37(5): 371-375.

[76] Blinkhorn, A.S. (1981) Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers: sociological implications. *International Dental Journal*, 31: 14-22.

[77] Kuusela, S., Honkala, E. and Rimpela, A. (1996) Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years – longitudinal prospective studies of Finnish adolescents. *Community Dental Health*, 13: 34-39.

[78] Kirby, J., Akhtar, P., Levin, K. and Currie, C. (2009) *HBSC Briefing Paper 16: Oral health among young people in Scotland.* Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).

[79] Levin, K.A., Davies, C.A., Topping, G.V.A., Assaf, A.V. and Pitts, N.B. (2009) Inequalities in dental caries of 5-year old children in Scotland, 1993-2003. *European Journal of Public Health*, 19: 337-342.

[80] Levin, K.A., Davies, C.A., Douglas, G.V.A. and Pitts, N.B. (2010) Urban-rural differences in dental caries of 5-year old children in Scotland. *Social Science & Medicine,* 71(11): 2020-2027.
[81] Loe, H. (2000) Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. International Dental Journal, 50: 129-139.
[82] Levin, K.A. and Currie, C. (2009) Inequalities in tooth brushing among adolescents in Scotland 1998-2006. *Health Education Research*, 24(1): 87-97
[83] Levin, K.A. and Currie, C. (2010) Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38: 10-18.
[84] Petersen, A.C., Leffert, N., Graham, B., Alwin, J. and Ding, S. (1997) Promoting mental health during the transition into adolescence. In J. Schulenberg, J.L. Maggs and K. Hurrelmann (Eds). *Health Risks and Developmental Transitions During Adolescence.* New York: Cambridge University Press.
[85] Morgan, A., Currie, C., Due, P., Nic Gabhainn, S., Rasmussen, M., Samdal, O. and Smith, R. (2008) Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
[86] Levin, K.A. and Currie C. (2010) Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction. A cross-sectional, multilevel analysis. *Health Education*, 110: 152-168.
[87] Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. and Barnekow, V. (Eds.) (2008) *Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2005/2006 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
[88] Schneider, B.H. (2000) *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London: Arnold.
[89] Berndt, T.J. (1996) Transitions in friendship and friends' influence. In: J.A. Graber, J. Brooks-Gunn, A.C. Petersen (Eds.) *Transitions Through Adolescence: Interpersonal Domains and Context*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
[90] Schwinn, T.M., Schinke, S.P. and Trent, D.N. (2010) Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addictive Behaviors*, 35: 30-34.
[91] Courtney, E.A., Gamboz, J. and Johnson, J.G. (2008) Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9: 408-414.
[92] Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N. and Must, A. (2006) Relationship of childhood behavior disorders to weight gain from childhood into adulthood. *Ambulatory Pediatrics*, 6: 297-301.
[93] King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. and Harel, Y. (1996) *The health of youth. A cross-national survey*. WHO Regional Publications, European Series No. 69. Copenhagen: World Health Organisation.
[94] Torsheim, T. and Wold, B. (2001) School-related stress, support and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24: 701-713.
[95] Krilov L.R., Fisher, M., Friedman, S.B., Reitman, D. and Mandel, F.S. (1998) Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 102: 360-366.
[96] Hansen, E.H., Holstein, B.E., Due, P. and Currie, C.E. (2003) International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy*, 37: 361-366.
[97] Levin, K.A., Torsheim,T., Vollebergh, W., Richter, M., Davies, C.A., Schnohr, C.W., Due, P. and Currie, C. National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13-year old boys and girls: A Multilevel Study in 35 Countries. *Social Indicators Research*.
[98] Ravens-Sieberer, U.., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Valimaa, R., Ottova, V., Erhart, M. and the HBSC Positive Health Focus Group. (2009) Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents

in Europe. *International Journal of Public Health*, 54: S151-S159.
[99] Holstein, B.E., Hansen, E.H., Due, P. and Almarsdottir, A.B. (2003) Self-reported medicine use among 11- to 15-year old girls and boys in Denmark 1988-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 334-341.
[100] Andersen, A., Holstein, B.E. and Holme Hansen, E. (2006) Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *Journal of Adolescent Health*, 39: 362-366.
[101] Andersen, A., Holstein, B.E., Due, P. and Holme Hansen, E. (2009) Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18: 619-623.
[102] Vazquez, F.L. and Blanco, V. (2006) Symptoms of depression and related factors among Spanish university students. *Psychological Reports*, 99: 583-590.
[103] Kelly, S. and Baker, A. (2000) Healthy life expectancy in Great Britain, 1980–1996 and its use as an indicator in United Kingdom Government strategies. *Health Statistics Quarterly*, 7: 32–37.
[104] United Nations Children's Fund, *Progress for Children: Achieving the MDGs with equity*, No. 9, UNICEF, New York, 2010.
[105] Comission on Social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.
[106] Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. Soc Sci Med 2008; **66:** 1429–36.
[107] Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, et al. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. Int J Obes (Lond) 2009; 33**:** 1084–93.
[108] The state of the world's children 2011. Adolescence : an age of opportunity. New York, UNICEF, 2011.
[109] Russell M Viner, Elizabeth M Ozer, Simon Denny, Michael Marmot, Michael Resnick, Adesegun Fatusi, Candace Currie. Adolescence and the social determinants of health, Lancet 2012; 379: 1641–52.
[110] Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental risk factors for youth violence. *J Adolesc Health* 2000; **26:** 176–86.
[111] Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112: 64–105.
[112] *Russell M Viner, Elizabeth M Ozer, Simon Denny, Michael Marmot, Michael Resnick, Adesegun Fatusi, Candace Currie.* Adolescence and the social determinants of health, *Lancet* 2012; 379: 1641–52.
[113] Montgomery MR. Urban poverty and health in developing countries. *Popul Bull* 2009; 64: 2–18.
[114] Cook JT & Frank DA. Food security, poverty, and human development in the United States. Annals of the New York Academy of Science 2008; 1136(1): pp. 193-209.
[115] Casey PH, Simpson PM, Gossett JM, Bogle ML, Champagne CM, Connell C, Harsha D, McCabe-Sellers B, Robbins JM, Stuff JE & Weber J. The association of child and household food insecurity with childhood overweight status. Pediatrics 2006; 118(5): pp. 1406-1413.
[116] Viner, R.M. and Taylor, B. (2007) Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61: 902-907.
[117] Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R. and Brown, S.A. (2001) Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28:181-189.
[118] Lien, L., Sagatun, A., Heyerdahl, S., Sogaard, A.J. and Bjertness, E. (2009) Is the relationship between smoking and mental health influenced by other unhealthy lifestyle factors? Results from a 3-year follow-up study among adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Adolescent Health*, 45: 609-617.
[119] Fergusson, D.M., Horwood, L.J. and Beautrais, A.L. (2003) Cannabis and educational

achievement. *Addiction*, 98:12:1681-1692.

[120] Kuntsche, E.N. and Silbereisen, R.K. (2004) Parental Closeness and Adolescent Substance Use in Single and Two-parent Families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63: 85-92.

[121] Piko, B.F. and Kovacs, E. (2010) Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35: 53-56.

[122] Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. and Stergar, E. (2007) Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86: 67-74.

[123] Centers for Disease Control and Prevention (2004) *Youth tobacco prevention: Impact on unborn babies, infants, children and adolescents. A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: CDC. Available at http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/highlights/children/index.htm [accessed 1 Feb 2011].

[124] Otten, R., Engels, R.C.M.E. and Prinstein, M.J. (2009) A prospective study of perception in adolescent smoking. *Journal of Adolescent Health*, 44: 478-484.

[125] Tomlinson, K.L., Brown, S.A. and Abrantes, A. (2004) Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18:160–169.

[126] Andersen, A., Due, P., Holstein, B.E. and Iversen, L. (2003) Tracking drinking behaviour from age 15–19 years. *Addiction*, 98:1505–1511.

[127] Naimi, T.S., Brewer, R.D., Mokdad. A., Denny, C., Serdula, M.K. and Marks, J.S. (2003) Binge drinking among US adults. *Journal of the American Medical Association*, 289: 70–75.

[128] Simons-Morton, B.G., Farhat, T., ter Bogt, T.F.M., Hublet, A., Kuntsche, E., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Kokkevi, A and the HBSC Risk Behaviour Focus Group (2009) Gender specific trends in alcohol use: cross cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 54(Supp 2): 199-208.

[129] Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J. and Greiner, B. (1998) Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*, 33(13): 2561-2604.

[130] Kirby, J., van der Sluijs, W. and Inchley, J. (2008) *Young people and substance use: The influence of personal, social and environmental factors on substance use among adolescents in Scotland*. Edinburgh: NHS Health Scotland.

[131] BMRB Social Research (2007) *Scottish School Adolescent Lifestyle and Substance Use Survey (SALSUS) National Report: Smoking, drinking and drug use among 13 and 15-year olds in Scotland in 2006*. Edinburgh: The Stationery Office.

[132] *Strategjia e luftës kundër drogës, 2012-2016*

[133] Kalant, H. (2004) Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(5): 849-863.

[134] McKeganey, N., McIntosh, J., MacDonald, F., Gannon, M., Gilvarry, E., McArdle, P. and McCarthy, S. (2004) Preteen children and illegal drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11: 315-327.

[135] Berkeley, D. and Ross, D. (2003) Strategies for improving the sexual health of young people. *Culture, Health and Sexuality*, 5: 71-86.

[136] Sivaram, S., Johnson, S., Bentley, M.E., Go, V.F., Latkin, C., Srikrishnan, A.K., Celentano, D.D. and Solomon, S. (2005) Sexual health promotion in Chennai, India: key role of communication among social networks. *Health Promotion International*, 20(4): 327-333.

[137] Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W. and Todd, J. (2008) Contraceptive use by 15-year old students at their last sexual intercourse. Results from 24 countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162: 66-73.

[138] Sabia, J.J. and Rees, D.I. (2008) The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *Journal of Health Economics*, 27: 1368-1381.

[139] Sabia, J.J. (2007) Reading, writing, and sex: the effect of losing virginity on adolescent academic performance. *Economic Enquiry*, 45 (4): 647-670.

[140] Albanian Ministry of Health. 2009. *Albanian National Reproductive Health Strategy*, 2009-2015.

[141] Ogle, S., Glasier, A. and Riley, S.C. (2008) Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77: 283-288.
[142] Buhi, E.R. and Goodson, P. (2007) Predictors of adolescent sexual behavior and intention: a theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 40(1): 4-21.
[143] Olweus D. (1993) *Bullying at school – what we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.
[144] Wang, J., Ianotti, R.J. and Nansel, T.R. (2009) School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45: 368-375.
[145] Sourander, A., Helstela, L., Helenius, H. and Piha, J. (2000) Persistence of bullying from childhood to adolescence – a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse and Neglect*, 24(7): 873-881.
[146] Due, P., Holstein, B.E., Lynch, J., Diderichsen, F., Nic Gabhainn, S., Scheidt, P., Currie, C. and the HBSC Bullying Working Group (2005) Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2): 128-132.
[147] Due, P. Hansen, E.H., Merlo, J., Andersen, A., Holstein, B.E. (2007) Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross sectional survey in Denmark. *Pediatrics*, 120: 110-117.
[148] Stein, J.A., Dukes, R.L. and Warren, J.I. (2007) Adolescent male bullies, victims, and bully-victims: a comparison of psychosocial and behavioral characteristics. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3): 273-282.
[149] Molcho, M., Craig, W., Due, P., Pickett, W., Harel-Fisch, Y., Overpeck, M. and the HBSC Bullying Writing Group. (2009) Cross-national time trends in bullying behaviour 1994-2006: findings from Europe and North America. *International Journal of Public Health*, 54: S225-S234.
[150] Rigby, K. (2003) Consequences of bullying in schools. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 583-590.
[151] Salmivalli, C. (2010) Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15: 112-120.
[152] World Health Organisation (2008) *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organisation
[153] Molcho, M., Harel, Y., Pickett, W., Scheidt, P.C., Mazur, J. and Overpeck, M.D. (2006) *The epidemiology of non fatal injuries among 11, 13 and 15-year old youth in 11 countries: Findings from the 1998 WHO-HBSC cross national survey*. International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 13(4): 205-211.
[154] Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y. and Boyce, WF. (2005) Cross national study of injury and social determinants in adolescents. Injury Prevention, 11: 213-218.
[155] Pickett, W., Dostaler, S., Craig, W., Janssen, I., Simpson, K., Shelley, S.D. and Boyce, W.F. (2006) *Associations between risk behaviour and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian school children*. Injury Prevention, 12: 87-92.
[156] Olweus, D. (1996) *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Bergen: Research Centre for Health Promotion (HEMIL Centre), University of Bergen.
[157] Griesbach D, Amos A, and Currie C (2003) Adolescent smoking and family structure in Europe. Social Science & Medicine, 56: 41-52.
[158] McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. and Quensel, S. (2002) European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97: 329-336.
[159] Jourdan D et al. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. Promotion & Education, 2008, 15(3):36–38.

[160] Jia Y et al. The influence of student perceptions of school climate on socioemotional and academic adjustment: a comparison of Chinese and American adolescents. Child Development, 2009, 80(5):1514–1530.
[161] Hallstrom L et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA study. Appetite, 2011, 56(3):649–657.
[162] Biddle SJ et al. Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 2004, 124(1):29–33.
[163] Brunton G et al. Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators. London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003
[164] Oral health in America. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
[165] Koivusilta L et al. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. Journal of Dental Research, 2003, 82(5):361–366.
[166] Marinho VCC et al. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents [online]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, 1(1):CD002278.
[167] de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. BMJ, 2010, 340:c2451.
[168] European strategy for child and adolescent health and development. Gender tool. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/76511/EuroStrat_Gender_tool.pdf, accessed 20 December 2011).
[169] Honkala S et al. Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviours. Journal of Clinical Periodontology, 2011, 38(5):442–448.
[170] Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet, 2007, 369(9555):51–59.
[171] Hargreaves DA, Tiggemann M. "Body image is for girls: a qualitative study of boys' body image. Journal of Health Psychology, 2006, 11(4):567–576.
[172] Sweeting HN. Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence. Nutrition Journal, 2008, 7:1.
[173] Richardson SM, Paxton SJ, Thomson JS. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. Body Image, 2009, 6(2):75–82.
[174] Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Education Research, 2006, 21(6):770–782.
[175] Cummings KM et al. Is the prevalence of youth smoking affected by efforts to increase retailer compliance with a minors' access law? Nicotine & Tobacco Research, 2003, 5(4):465–471.
[176] Schnohr CW et al. The role of national policies intended to regulate adolescent smoking in explaining the prevalence of daily smoking: a study of adolescents from 27 European countries. Addiction, 2008, 103(5):824–831.
[177] Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, 1(1):CD004493.
[178] Porath-Waller AJ, Beasley E, Beirness DJ. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. Health Education & Behavior, 2010, 37(5):709–723.
[179] Sexual health interventions targeted at children and young people: a short evidence briefing. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2010.
[180] Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2007, 161(1):78–88.
[181] Abernethy L, Bleakley C. Strategies to prevent injury in adolescent sport: a systematic review. British Journal of Sports Medicine, 2007, 41(10):627–638.