



Ministria e Shëndetsisë



Instituti i Shëndetit Publik

MDG  F
MDG ACHIEVEMENT FUND



United Nations
ALBANIA

VLERËSIMI I OBEZITETIT NË MOSHËN FËMINORE

INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK
TIRANË, MAJ 2013

Autorët e raportit

Jolanda Hyska

Genc Burazeri

Ehadu Mersini

Design & Shtypi

Shtëpia botuese & Shtypshkronja "Pegi"

Desinger

Elvis Bejtja

ISBN: 978-9928-162-70-0

BOTIME **Botime Pegi:** tel: +355/ (0)42 374 947; cel: +355/(0)69 40 075 02;
e-mail: botimepegi@botimepegi.al; web: www.botimepegi.al
Shtypshkronja Pegi: cel: +355/(0)69 40 075 01;
e-mail: shtypshkronjapegi@yahoo.com



Përmbajtja e lëndës

Sfondi	7
1. Obeziteti dhe mbipesha	7
2. Trendi global i obezitetit tek fëmijët.....	8
3. Situata e mbipeshës dhe e obezitetit në Shqipëri.....	10
4. Mjediset shkollore	12
1. Qëllimi dhe objektivat	13
2. Metodologjia e studimit të obezitetit në fëmijët e moshës shkollore 8-9 vjeç.....	13
3. Popullata në studim.....	13
4. Metoda e kampionimit	14
5. Mënyra e përfshirjes dhe e menaxhimit të fëmijëve që munguan ose që refuzuan.....	15
6. Mjetet dhe materialet e sistemit të vlerësimit	16
7. Trajnimi i stafit të përfshirë në studim dhe mënyra e mbledhjes të të dhënave.....	17
8. Krijimi i databazës dhe analiza e të dhënave	18
9. Përkufizimet e përdorura	19
10. Klasifikimi i mëngjesit	21

11. Gabimet sistematike (“bias”) të mundshme	21
12. Financimi i këtij studimi	22
13. Rezultate dhe diskutime	22
A. Gjendja nutricional e fëmijëve	22
B. Mjediset shkollore	35
14. Diskutime dhe përfundime.....	38
15. Rekomandime.....	41
Referencat.....	44
ANEX 1 Shkresa e bashkëpunimit nga Ministria e Arsimit dhe e Shkencës.....	49
ANEX 2 Letra e informimit për prindërit	51
ANEX 3 Formulari i ekzaminuesit për fëmijën	54
ANEX 4 Formulari i ekzaminuesit për t’u kthyer nga shkolla	57
ANEX 5 Lista e shkollave të përfshira në studim	60
ANEX 6 Lista e personelit të përfshirë në realizimin e studimit.....	64

Shkurtime

ADHS	Studimi Demografik dhe Shëndetësor Shqiptar
COSI	Iniciativa për Vlerësimin e Obezitetit në Moshën Fëminore
IOFT	Task Forca Ndërkombëtare e Obezitetit
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
BMI	Treguesi i masës trupore ¹
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë

¹ Body Mass Index

Falënderim

Një falënderim i veçantë i drejtohet:

- Organizatës Botërore të Shëndetësisë, Zyrës së Tiranës dhe Zyrës për Evropën që në sajë të mbështetjes së gjerë teknike dhe financiare në kuadrin e Programit të Përbashkët të Ushqyerjes “Zvogëlimi i kequshqyerjes tek fëmijët”, financuar nga Fondi Spanjoll i Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit, bënë të mundur realizimin me sukses të këtij studimi.
- Fëmijëve të mrekullueshëm, të cilët pa hezituat asnjëherë u bënë bashkëpunëtorët tanë më të mirë në këtë ndërmarrje të përbashkët.
- Ekipit kombëtar të koordinimit të studimit.

Falënderojmë gjithashtu për kontributin e çmuar:

- Ministrinë e Shëndetësisë
- Ministrinë e Arsimit dhe të Shkencës
- Stafin drejtues dhe pedagogjik të shkollave në studim
- Të gjithë personelin e përfshirë në zbatimin e studimit

Një mirënjohje e veçantë është për Dr. Ehadu Mersini dhe Zj.Trudy Wijnhoven (OBSH), për konsulencën e tyre të vlefshme teknike.

Sfondi

1. Obeziteti dhe mbipesha

Obeziteti në fëmijëri është quajtur me të drejtë një nga sfidat më të mëdha të shëndetit publik për shekullin e 21-të (1). Obeziteti ka një natyrë shumëfaktoriale dhe karakterizohet nga një grumbullim i tepërt i indit dhjamor, një rritje e peshës trupore dhe si rrjedhojë edhe e riskut për shëndet (2, 3).

Mes sjelljeve kryesore me risk që kontribuojnë në mbipeshën dhe obezitetin përmendim me siguri: konsumin e tepërt të ushqimeve, veçanërisht të atyre me densitet të lartë energjetik (3-5), zakonin për të mos ngrënë mëngjes (6-10), konsumimin e pamjaftueshëm ditor të frutave dhe të perimeve (11), praktikimin e pakët të aktivitetit fizik (12, 13) dhe tejkalimin me sjellje sedentare mes të cilave, përdorimi i televizorit dhe i kompjuterit (14-16), fenomen i ndeshur sidomos në moshat e reja të popullatës (17-20).

Faktorët e rritjes së obezitetit, të regjistruar në vitet e fundit, janë shumëfishuar. Nga njëra anë bëhet fjalë për zakone dhe faktorë risku të modifikueshëm, që iu atribuohen sjelljeve individuale (21) që gjithsesi janë të lidhura me dinamikat komplekse kolektive, që përfshijnë shoqërinë, familjen, institucionet, madje edhe organizatat sociale fetare dhe masmedian (22).

Obeziteti mund të dëmtojë çdo sistem të trupit të fëmijës: zemrën, muskujt, kockat, veshkat dhe traktin tretës, ashtu sikurse hormonet që kontrollojnë sheqerin në gjak dhe pubertetin. Ai shoqërohet edhe me një kosto të rëndë sociale dhe emocionale (23).

Për më tepër, të rinjtë që janë mbipeshë ose obezë kanë më shumë gjasa të jenë mbipeshë ose obezë edhe në moshë të rritur (24), duke rritur riskun e tyre për sëmundje apo paaftësi gjatë jetës.

Shifrat tregojnë se në nivel global, në vitin 2010, rreth 43 milionë fëmijë të moshës parashkollore (nën 5 vjeç) ishin mbipeshë ose obezë, duke u karakterizuar nga një rritje e kësaj shifre prej 60%, e krahasuar me shifrat para vitit 1990 (25).

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

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

Sigurisht që në disa rajone si Azia Juglindore dhe Afrika Subsahariane ende luftohet kundër urisë së fëmijëve (27). Por globalizimi e ka bërë botën më të pasur, dhe mirëqenia dhe pesha janë të lidhura me njëra-tjetrën.

Duke qenë se në vendet e varfra niveli i të ardhurave vjen duke u rritur, dhe dieta tradicionale ndryshon drejt asaj perëndimore. Këta faktorë bëjnë që edhe niveli i obezitetit të rritet (28). Një rezultat i të ashtuquajturit tranzicion nutricional është se vendet me të ardhura të ulëta ose të mesme shpesh përballen me një barrë të dyfishtë të sëmundjes: sëmundjet infektive që shoqërojnë kequshqyerjen, veçanërisht në fëmijëri, dhe sëmundjet kronike, gjithmonë në rritje, të lidhura me obezitetin dhe stilin perëndimor të jetesës.

2. Trendi global i obezitetit tek fëmijët

Në tri dekadat e fundit, niveli i obezitetit në SHBA është trefishuar dhe sot vendi ka një nga nivelet me të larta në botë të mbipeshës dhe të obezitetit: një në gjashtë fëmijë është obez dhe një në tre fëmijë është mbipeshë ose obez (29). Që prej vitit 2008, ky nivel ka mbetur i pandryshuar, më pas disa grupe kanë vazhduar të shohin rritje, ndërsa disa grupe kanë nivele më të larta se

të tjerët. Në vitet 1970, 5 për qind e fëmijëve 2-18 vjeç ishin obezë (sipas përkufizimit të sotëm të CDC-së për obezitetin), në vitin 2008, rreth 17 për qind e fëmijëve ishte obezë, përqindje e cila mbeti e pandryshuar edhe në vitin 2010 (29, 30).

Në Kanada është vënë re gjithashtu një rritje e obezitetit tek fëmijët, pasi që nga vitet '70, në përgjithësi, obeziteti është dyfishuar, dhe në disa grupe edhe trefishuar (31). Por niveli i obezitetit paraqitet pak më i ulët se në SHBA. Në vitet 2007-2008 rreth 9 për qind e fëmijëve kanadezë të moshës 6-17 vjeç ishin obezë, bazuar në vlerat limit të IOTF-së.

Edhe pse të dhënat për Amerikën Latine dhe Karaibet janë të pakta, është e qartë se mbipesha dhe obeziteti i moshës fëmimore është bërë një problem i ndjeshëm, pasi në përgjithësi në rajon ka më shumë fëmijë mbipeshë se nëneshë. E thënë në shifra, 7 për qind e fëmijëve të moshës nën pesë vjeç, në vitin 2010, rezultonte mbipeshë ose obeze, kundrejt një uljeje të ndjeshme të nëneshës nga 7 për qind në vitin 1990 në 3 për qind në vitin 2010 (25, 27), referuar standardeve të rritjes së OBSH-së.

Uria, nënpesha dhe prapambetja në rritje (stunting) kanë qenë më të pranishme në fëmijët e Afrikës, duke u ndeshur akoma edhe në ditët e sotme, ku 20-25 për qind e fëmijëve të moshës parashkollore në Afrikën Subsahariane janë nënpeshë (27). Megjithatë edhe niveli i obezitetit është duke u rritur. Kështu, numri i fëmijëve të moshës parashkollore mbipeshë dhe obezë gjatë dy dekadave të fundit është dyfishur nga 4 për qind në vitin 1990 në 8.5 për qind në vitin 2010, një shifër veçanërisht e ndjeshme për Afrikën Veriore, ku një në gjashtë fëmijë është mbipeshë ose obez. (25)

Edhe pse uria tek fëmijët është çështja më e prekshme nutricional për pjesën më të madhe të Azisë (si Azia e Jugut, p.sh., ku një në tre fëmijë është nënpeshë) rajoni po ndeshet edhe me një rritje dramatike të obezitetit te fëmijët. Kështu, në të gjithë Azinë (përfshirë Japoninë) rreth 5 për qind e fëmijëve të moshës parashkollore në vitin 2010 vlerësohej mbipeshë ose obeze me një rritje prej 53 për qind të prevalencës së para viteve 1990 (25). E thënë ndryshe, rreth 17.7 milionë fëmijë aziatikë janë mbipeshë ose obezë.

Përsa i përket Evropës, çuditërisht ajo paraqitet me të dhëna jo të përfunduara për sa i përket trendit të obezitetit, veçanërisht për vendet e Evropës Lindore. Deri vonë këto të dhëna nuk janë mbledhur në mënyrë konsistente në të gjithë kontinentin, duke e bërë të vështirë krahasimin e

të dhënave midis shteteve. Megjithatë nga analiza e të dhënave të disponueshme vihet re se në dy dekadat e fundit niveli i obezitetit mes fëmijëve, në shumë vende është rritur (32, 33). Së fundi, mes disa grup-moshave të disa vendeve ky nivel duket se ka arritur një *plateau*.

Mbipesha dhe obeziteti i fëmijëve të moshës 4-vjeçare, të matur në 27 vende të Evropës, tregoi ndryshime mes tyre, me prevalencën më të lartë të ndeshur në Spanjë (32 për qind) dhe vlerën më të ulët në Rumani me 12 për qind (33).

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

Përsa u përket fëmijëve të moshës shkollorë 6-9.9 vjeç, Iniciativa e Organizatës Botërore të Shëndetësisë për vlerësimin e obezitetit në moshën fëmimore, së fundi ka filluar të ndjekë nivelet e obezitetit tek fëmijët në rreth 15 vende, duke përdorur standardet e rritjes së fëmijëve të OBSH-së. Analiza e parë, bazuar në të dhënat e viteve 2007-2008 të 13 shteteve, nxori në pah se 24 për qind e fëmijëve të moshës 6-9 vjeç janë mbipeshë, duke u hasur në një interval nga 19% në 49% mes djemve dhe nga 18% në 43% mes vajzave, dhe një interval obeziteti nga 6% to 26.6% mes djemve dhe nga 5% në 17% (34) mes vajzave. Prevalenca me e lartë e mbipeshës u vu re në Itali, Portugali dhe Slloveni (bazuar në referencat e rritjes së fëmijëve të OBSH-së, 2007) (35).

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

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

3. Situata e mbipeshës dhe e obezitetit në Shqipëri

Në Shqipëri, mbipesha dhe obeziteti janë një faktor risku i rëndësishëm për shëndetin, veçanërisht për sëmundjet jo të transmetueshme. Ky faktor risku vepron që në moshën e fëmijërisë. Të dhënat e një studimi të kryer nga ISHP-ja (36) treguan që 15.2% e fëmijëve të moshës 9-10 vjeç janë mbipeshë, prej të cilëve 3.8% janë obezë. Të dhënat e ADHS-së, 2008-2009, nxorën në pah se rreth 22 për qind e fëmijëve të moshës nën pesë vjeç janë mbipeshë ose

obezë, ndërkohë që mes të rriturve mbi 15 vjeç, 53% e meshkujve 15-49 vjeç ishin mbipeshë (prej të cilëve 9% obezë) dhe 39% e grave të së njëjtës grup-moshë rezultuan mbipeshë (prej të cilave 10% obeze) (37).

Nuk është asnjëherë shpejt të fillojmë parandalimin e obezitetit. Të dhënat më lart tregojnë se edhe tek fëmijët e vegjël niveli i obezitetit është duke u rritur në të gjithë globin. Gjithashtu, është mëse e qartë se për çdo individ mbipeshë është shumë e vështirë të humbë peshë, pavarësisht nga mosha. Parandalimi i obezitetit që në vitet e para të jetës (edhe para lindjes nëpërmjet zakoneve të shëndetshme gjatë shtatzënisë) konfirmon një jetë të shëndetshme. Dhe kjo është rruga më premtuese për të përmbysur këtë epidemi globale. (38)

Aspekti më shqetësues i obezitetit te fëmijët është se këta fëmijë mbeten obezë edhe në moshë të rritur, duke zhvilluar kështu patologji më të rënda, që kanë tendencë të çojnë në reduktimin e cilësisë dhe të jetëgjatësisë. Në fakt, zakonet e përfutuara në fëmijëri, lidhur me dietën dhe aktivitetin fizik nuk ndryshojnë lehtësisht gjatë jetës.

Prandaj parandalimi dhe frenimi i rritjes së obezitetit në moshën fëmimore paraqet sot një sfidë për shëndetin publik, pasi është shumë i vështirë trajtimi i obezitetit të instaluar, është shumë i lartë probabiliteti i të qenit një adoleshent apo adult obez, është i vështirë korrigjimi i zakoneve të gabuara të të ushqyerit në moshë të rritur, të fituara që në fëmijëri (36).

Nevoja për të ndjekur me vëmendje gjendjen nutricionalë dhe zakonet e jetës së popullatës në përgjithësi, dhe të fëmijëve në veçanti motivohet nga implikimet që ato kanë direkt mbi shëndetin e fëmijëve, dhe sepse ata përbëjnë faktorët e riskut për shfaqjen e obeziteti dhe patologjive në moshë të rritur.

Për monitorimin e evolucionit në kohë të obezitetit te fëmijët dhe vlerësimin e ndërhyrjeve promociionale të kryera për shëndetin, Shqipëria po fuqizon sistemin e vlerësimit nutricional në moshën fëmimore.

Plani Kombëtar i Veprimit për Ushqimin dhe Ushqyerjen i ka kushtuar një fokus të veçantë kontrollit dhe reduktimit të mbipeshës dhe obezitetit të popullatës shqiptare në përgjithësi, dhe fëmijëve të vegjël në veçanti, duke planifikuar edhe një sërë aksionesh ndërhyrëse dhe të vazhdueshme në nivel kombëtar dhe lokal për përmbushjen e këtij objekti, nën optikën e një përjasjeje të integruar për reduktimin e faktorëve të riskut, të lidhur me sëmundjet kronike, ku bën pjesë edhe obeziteti.

4. Mjediset shkollore

Shkolla luan një rol kyç në luftën kundër obezitetit tek fëmijët dhe të rinjtë duke inkurajuar, nëpërmjet zbatimit të politikave specifike dhe promovimit të zakoneve të shëndetshme ushqyese dhe aktivitetit fizik, zgjedhje të vetëdijshme për sjellje të shëndetshme mes të rinjve (39).

Organizata Botërore e Shëndetësisë thekson se masat politike dhe arsimore brenda mjediseve shkollore përfaqësojnë një mundësi të mirë për të ndikuar pozitivisht në shëndetin e të rinjve (40, 41).

Sot ka shumë dëshmi shkencore mbi efektshmërinë e ndërhyrjeve të kryera në shkollë, sidomos atyre afatgjata, në parandalimin e mbipeshës në moshën fëminore (42-45).

Në Shtetet e Bashkuara, që nga viti 2007, në institucione të ndryshme janë zbatuar programe për parandalimin e obezitetit që kanë pasur të bëjnë me përfshirjen dhe trajnimin e mësuesve, si dhe zbatimin progresiv të politikave që synojnë reduktimin e këtij fenomeni në rritje (46, 47).

Në Evropë, projekti HEPS (Ushqyerja e Shëndetshme dhe Aktiviteti Fizik në Shkollë) (48), i lidhur me rrjetin SHE (Shkolla për Shëndet në Evropë) (49), mbështet shtetet evropiane në promovimin e një ushqyerjeje të shëndetshme dhe të aktivitetit fizik, përmes programeve shkollore gjithëpërfshirëse, të qëndrueshme dhe të bazuara në evidencë.

Në Shqipëri, shkolla mbulon një periudhë kohore të rëndësishme për të mësuarin dhe formimin e identitetit të nxënësve, gjatë së cilës krijohen bazat dhe zhvillohen aftësitë e nevojshme për të vazhduar të nxënësve përgjatë gjithë jetës. Kështu, shkolla përbën vendin ideal për të promovuar shëndetin dhe rritjen e shëndetshme të fëmijëve, jo vetëm nëpërmjet programeve të edukimit nutricional dhe të aktivitetit fizik, por edhe nëpërmjet iniciativave të promovimit të një stili jete të shëndetshëm, edhe për familjet e këtyre nxënësve.

1. Qëllimi dhe objektivat

Ky studim, si pjesë e sistemit të vlerësimit të obezitetit fëminor në Shqipëri, synon mbledhjen, analizën, interpretimin dhe shpërndarjen e informacionit përshkrues për monitorimin e peshës së tepërt trupore tek fëmijët e moshës fëminore (e identifikuar tashmë si një problem serioz i shëndetit publik në nivel evropian (50), dhe përdorimin e këtij informacioni për të kuptuar progresin e epidemisë, dhe për të planifikuar dhe për të ndërmarrë aksione për ta ndryshuar atë (51).

Ky studim, për herë të parë, do të jetë pjesë e sistemit të vlerësimit të të dhënave rutinë, që ofrojnë informacione më të mira për të kuptuar drejt dhe saktë problemin e obezitetit tek fëmijët (52), në nivel evropian – COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*).

Zbatimi i këtij sistemi të mbikëqyrjes së thjeshtë, të standardizuar, të harmonizuar dhe të qëndrueshme synon në mbushjen e boshllëkut aktual në informacionet gjatësore (*longitudinale*) në statusin e ushqyerjes, në trajtimin dhe monitorimin e epidemisë së obezitetit tek fëmijët dhe në identifikimin e grupeve në rrezik.

2. Metodologjia e studimit të obezitetit në fëmijët e moshës shkollore 8-9 vjeç

Metodologjia e përdorur është ajo studimit të një kampioni të përzgjedhur (fëmijë që frekuentojnë klasat e shkollave fillore të vendit). Matjet në klasë përfshijnë periudhën nga fillimi i muajit shkurt deri në javën e fundit të muajit mars 2013.

3. Popullata në studim

Popullata në studim përbëhet nga fëmijë që frekuentojnë respektivisht klasat e 2-ta dhe të 3-ta të shkollave të sistemit 9-vjeçar të vendit. Zgjedhja e studimit të kësaj grup-moshe lidhet me riskun e lartë të obezitetit (22-24), me ndikimin akoma të paktë të pubertetit në rritje, si dhe nga aftësia që kanë fëmijët e kësaj moshe për t'iu përgjigjur disa pyetjeve të thjeshta (25).

Gjithashtu, edhe Organizata Botërore e Shëndetësisë kërkon në kuadrin e vlerësimit të obezitetit tek fëmijët në nivel evropian (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI*), mbledhjen e të dhënave pikërisht të grup-moshave 6-9 vjeç (26).

Duke qenë se Shqipëria ka tashmë një studim në nivel kombëtar të grup-moshës 9-10 vjeç, duke marrë në konsideratë vështirësitë teknike të përzgjedhjes së moshës 6-7 vjeç (për arsye të gjendjes së kësaj grup-moshe në dy nivele arsimore dhe paraarsimore do të duhej një buxhet aktualisht i papërballueshëm për kryerjen studimit), si dhe përballë vështirësisë së kapjes së grup-moshës së fëmijëve 7-8 vjeç në shkolla gjatë së njëjtës periudhë kohore të kryerjes së mësimit, u mendua se grup-mosha 8-9 vjeç ishte me përshtatshmja për kryerjen e studimit për kushtet aktuale të zbatimit të tij.

4. Metoda e kampionimit

Metoda e kampionimit të përdorur është: kampion me grupe (klastera) në dy faza/stade, në përputhje me metodologjinë e përshkruar në literaturën ndërkombëtare për studime të këtij lloji (53).

Në këtë fazë të parë të mbledhjes së të dhënave në Shqipëri, u ndërmor një studim i tipit transversal (kros-seksional) i cili përfshi një kampion përfaqësues në nivel kombëtar të fëmijëve të moshës 8.0-8.9 vjeç. Përshkrimi i detajuar i teknikës së kampionimit paraqitet më poshtë:

a) Skema e kampionimit (54)

- Kampionim me grupe (klastera) në dy faza/stade.
- Në fazën/stadin e parë, u përftua një kampion i rastësishëm i thjeshtë me probabilitet në funksion të madhësisë prej 104 (shih më poshtë piken “d”) shkollash fillore publike (shkollat speciale u përjashtuan nga korniza e kampionimit meqenëse më pak se 1% e fëmijëve të shenjëstruar bënë pjesë në shkolla të tilla në vendin tonë). Kështu, njësitë primare të kampionimit ishin shkollat fillore publike.
- Në fazën/stadin e dytë, për secilën shkollë të kampionuar në stadin e parë (Nr=104), u ndërmor një stratifikim (shtresëzim) sipas klasave (klasa e dytë vs. klasës së tretë) meqenëse fëmijët e grup-moshës së targetuar për këtë studim (d.m.th. grup-mosha 8.0-8.9 vjeç) u përkasin të dyja këtyre klasave (d.m.th. fëmijët e kësaj grup-moshe mund të gjenden si në klasë të dytë ashtu edhe në klasë të tretë).

Pas shtresëzimit sipas klasave (d.m.th. klasa e dytë vs. klasës së tretë), u përftua në kampion nga një klasë e dytë dhe nga një klasë e tretë në mënyrë të rastësishme të thjeshtë nga secila prej 104 shkollave të përzgjedhura në stadin e parë të kampionimit. Kështu, njësitë sekondare të kampionimit ishin klasat.

- b) Numri i shkollave të përfshira në kampion: 104 shkolla.
- c) Numri i klasave të përfshira në kampion: $104 * 2 = 208$ klasa (dy klasa për secilën shkollë).
- d) Llogaritja e madhësisë së kampionit u bazua në supozimet e mëposhtme:
 - Niveli i pjesëmarrjes në studim: 90% (ky në fakt është një supozim konservativ i cili tenton që të maksimalizojë madhësinë e kampionit, sepse studime të mëparshme në Shqipëri kanë dëshmuar një shkallë pjesëmarrjeje më të lartë); bazuar në një nivel pjesëmarrjeje prej 90%, numri i nevojshëm i nxënësve duhej të ishte ≈ 3100 (në vend të numrit prej ≈ 2800 për një kampion të rastësishëm të thjeshtë).
 - Efekti i studimit: 1.2 (bazuar në analizën e studimit HBSC (54).
 - Numri i nxënësve për klasë: 15 (ky ishte gjithashtu një supozim konservativ, i cili tenton të maksimalizojë madhësinë e kampionit të klasave të përfshira në studim meqenëse numri mesatar i nxënësve për klasë në vendin tonë është ≈ 20).
 - Meqenëse për secilën shkollë të përzgjedhur, u përfshinë dy klasa (një klasë e dytë dhe një klasë e tretë), numri i nevojshëm i shkollave ($N=104$) u llogarit si më poshtë vijon:

$$\text{Numri i nevojshëm i shkollave} = 3100 / 30 \approx 104$$

5. Mënyra e përfshirjes dhe e menaxhimit të fëmijëve që munguan ose që refuzuan

Në studim u përfshinë të gjithë fëmijët e klasave të II dhe të III të përzgjedhura nga kampionimi, të pranishëm në ditën e kryerjes së matjeve antropometrike, pavarësisht nga mosha e tyre. Nuk u parashikua asnjë rikthim në klasë për fëmijët që mungonin në ditën e matjeve. Ishte parashikuar që fëmijët, prindërit e të cilëve nuk do të lejonin pjesëmarrjen në matje të mos përfshiheshin. Gjithsesi nuk pati asnjë refuzim nga ana e prindërve lidhur me pjesëmarrjen e

fëmijëve të tyre në këtë studim, po kështu edhe nga ana e fëmijëve gjatë procesit të matjeve antropometrike në klasa. Edhe përsa u përket fëmijëve me defekte të rënda fizike ata u matën, por rezultatet e këtyre matjeve nuk u përfshinë në databazë për t'u analizuar. Nuk u refuzua asnjë kërkesë nga ana e stafit të shkollave lidhur me kryerjen e matjeve antropometrike të fëmijëve të tjerë, por pa i përfshirë ato në analizën e kampionit tonë.

6. Mjetet dhe materialet e sistemit të vlerësimit

Pranë Institutit të Shëndetit Publik, Sektorit të Ushqyerjes dhe të Ushqimit u përgatitën materialet e nevojshme për realizimin e mbledhjes së të dhënave në përputhje me protokollin e mbledhjes së të dhënave sipas COSI-t , të cilat përfshinë si më poshtë vijon:

- Modelin e letrës së informimit dhe të bashkëpunimit të stafit drejtues të shkollave dhe stafit pedagogjik, si dhe të prindërve lidhur me iniciativën për vlerësimin e rritjes së fëmijëve (shih: ANEX 1, shkresa e bashkëpunimit nga Ministria e Arsimit dhe e Shkencës)
- Modelin e letrës së informimit për prindërit, lidhur me iniciativën për vlerësimin e rritjes së fëmijëve dhe lejes për përfshirjen e fëmijës së tij/saj në këtë studim. (ANEX 2)
- Formularin e ekzaminuesit për fëmijën (ANEX 3)
- Formularin e ekzaminuesit për t'u kthyer nga shkolla (ANEX 4)

Në veçanti, për mbledhjen e informacionit që kishte të bënte me gjendjen nutricionalë të fëmijës, zakoneve të tyre ushqyese dhe disa karakteristikave të mjediseve shkollorë u përgatitën 2 formularë: një i cili plotësohej nga ekzaminuesit në klasë dhe kishte të bënte me fëmijën, dhe një i destinuar për t'u plotësuar nga stafi drejtues i shkollës ose nga mësuesit e klasave të përzgjedhura në studim, dhe kishte të bënte me mjediset shkollorë.

Formulari i fëmijëve përbëhej nga 21 pyetje lidhur me të dhënat demografike, dhe statusin fizik në momentin e kryerjes së matjeve antropometrike, pasi fëmija ka pranuar t'u nënshtrohet këtyre matjeve. Së fundi, fëmija pyetet lidhur me konsumimin e vaktit të mëngjesit dhe të drekës.

Formulari i shkollave siguroi mbledhjen e informacionit mbi disa karakteristika të mjediseve shkollorë, të cilat mund të ndikojnë në favor të shëndetit të fëmijës.

Në pyetjet e formuluar për drejtuesit e shkollave, vëmendje e veçantë i kushtohet informacionit lidhur me aktivitetin fizik të fëmijëve, të përfshirë në programin mësimor, si dhe mjediset apo palestrat që shfrytëzoheshin nga fëmijët; iniciativave të ndryshme për promovimin e një mënyre jetese të shëndetshme për fëmijët e klasave në studim; pranisë së automateve apo pikave të shitjes së ushqimeve dhe pijeve, si dhe të produkteve ushqimore që fëmijët sigurojnë nëpërmjet tyre, duke përfunduar me një informacion të reduktuar lidhur me sigurinë e rrugëve përreth shkollës, për frekuentimin e tyre me biçikleta apo në këmbë nga ana e fëmijëve.

Matjet antropometrike të fëmijëve u kryen nëpërmjet peshoreve dhe stadiometrave të lëvizshëm të markës Seca.

Matja e peshës u krye me anë të peshoreve Seca 813, me një shkallë saktësie ± 100 gr dhe kapacitetet matjeje 200 kg, si dhe stadiometrave të lëvizshëm Seca 213 me shkallë saktësie ± 1 mm dhe interval matjeje nga 20-205 cm. Sigurimi i 10 seteve të këtyre mjeteve u bë falë mbështetjes që ISHP-ja pati nga Organizata Botërore e Shëndetësisë.

7. Trajnimi i stafit të përfshirë në studim dhe mënyra e mbledhjes së të dhënave

Për realizimin me sukses të këtij studimi u krye përzgjedhja e personelit që do të realizonte studimin në të gjithë hapat e tij, si dhe trajnimi i të gjithë stafit të përzgjedhur.

Trajnimi katërditor konsistoi në:

- *Familjarizimin me COSI-n*, përshkrimin e sfondit dhe të objektivave të këtij sistemi vlerësimi, udhëzimet e detajuara mbi procesin dhe rezultatet e projektit.
- *Përdorimin e standardizuar të formularëve*, sipas përshkrimit në protokoll (formulari i detyrueshëm i ekzaminuesve, formulari i detyrueshëm për t'u kthyer nga shkollat, dhe formulari vullnetar i shkollave).
- *Ekzaminimi antropometrik sipas një procedure të paracaktuar nga OBSH-ja*. (Shënimi i vlerave të matjeve menjëherë pas leximit të tyre; aplikimi i një shkrimi të lexueshëm për të zvogëluar gabimet gjatë transferimit të të dhënave, respektimi rigoroz i teknikave

të matjeve dhe procedurave të regjistrimit, procedurat e kalibrimit të instrumenteve matëse, mirëmbajtja, ruajtja dhe transportimi i instrumenteve.)

- *Konsideratat etike dhe çështje të tjera të rëndësishme.* (Konsiderata etike lidhur me parimet themelore të privatësisë, konfidencialitetin dhe objektivitetin e të gjithë procesit; konsiderata etike mbi mbështetjen për fëmijët “e frikësuar”, dhe parandalimin e stigmatizimit apo ngacmimit të fëmijëve vulnerabël; konsiderata etike mbi adresimin e pyetjeve nga fëmijët, stafi i shkollës apo prindërit).
- *Trajnim 1-ditor i operatorëve dhe i administratorit të të dhënave lidhur me të gjitha aspektet që kanë të bëjnë me procesimin dhe menaxhimin e të dhënave të studimit.* (Praktikimi i hedhjes së të dhënave në databazë, praktikimi i menaxhimit të të dhënave në databazë.)

Me qëllim standardizimin e ekzaminuesve që do të kryenin punën në terren u krye aplikimi praktik dyditor i procedurave të punës në terren në lidhje me përdorimin e standardizuar të formularëve, përputhshmërisë së tyre me procedurat e mbledhjes së të dhënave, si dhe lidhur me teknikat e kryerjes së matjeve antropometrike dhe procedurave të shkrimit të të dhënave. Ky trajnim praktik u krye në dy shkolla të qytetit të Tiranës (shkolla “Mihal Grameno” dhe “Fan Noli”).

8. Krijimi i databazës dhe analiza e të dhënave

Të gjitha të dhënat u hodhën në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versioni 19.0.

Analiza e të dhënave konsistoi në përshkrimin e variablave (mesataret dhe shmangiet standarde për variablat numerikë dhe frekuencat për variablat kategorikë) si dhe në aplikimin e testeve statistikore për krahasimin e prevalencës së nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët. Në mënyrë specifike, testet statistikore të përdorura në analizën aktuale konsistuan në procedurat e mëposhtme:

- Testi *hi-katror* dhe testi ekzakt i Fisherit për krahasimin e prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët sipas gjinisë (meshkuj vs. femra), vendbanimit (fshat vs. qytet), apo rrethit të përfshirë në studim.
- Regresioni logjistik binar u përdor për vlerësimin e raportit të gjasave të mbipeshës

dhe obezitetit tek fëmijët. Modelet fillestare konsistuan në analizë bivariate (d.m.th. vlerësimi i raportit të gjasave “bruto”, ose të paaxhustuar për variablat e tjerë). Më pas, u aplikuan modele të regresionit shumëndryshorësh (analizë multivariate) e cila konsistoi në vlerësimin e raportit të gjasave të mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët pas kontrollit të njëkohshëm (simultan) për të gjithë variablat apo karakteristikat e fëmijëve të përfshirë në studim. Në çdo rast (pra, si për modelet e paaxhustuara, ashtu edhe për modelet multivariate), u llogaritën raportet e gjasave (OR), intervalet e besimit 95% si dhe vlerat e sinjifikancës (përfillshmërisë apo domethënies) statistikore.

- Koeficientët e korrelacionit Pearson dhe Spearman u përdorën për vlerësimin e lidhjeve (shoqërimeve) lineare të variablave numerikë.
- Për të gjitha procedurat statistikore të aplikuara, u konsideruan si statistikisht të përfillshme (sinjifikante) vlerat e $P \leq 0.05$.

9. Përkufizime të përdorura

Për përcaktimin e gjendjes së mbipeshës dhe të obezitetit në këtë studim u përdor indikator indirekt i vlerësimit të kësaj gjendjeje BMI (*Body Mass Index –Treguesi i Masës Trupore*). Për përcaktimin *nënpeshë, normal, mbipeshë* dhe *obez* të fëmijëve u zgjodhën për t’u përdorur vlerat kufi të përcaktuara si nga OBSH-ja (Organizata Botërore e Shëndetësisë) edhe nga IOTF-i (*International Obesity Task Force*), (Figura 1 dhe 2).

Në vitin 2007, OBSH-ja ka propozuar vlera të reja kufi (55) për përkufizimin e peshës së tepërt tek fëmijët, të cilat më pas i ka përshtatur në kuadrin e projektit *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) të OBSH-së për rajonin e Evropës (56), në të cilin Shqipëria është pjesëmarrëse për herë të parë, në fazën e tretë të mbledhjes së të dhënave, për vitin shkollor 2012-2013.

Këto vlera kufi janë më të ulëta se ato të Cole Jt et al. dhe, si rrjedhojë, për të njëjtën BMI përqindja e fëmijëve mbipeshë dhe obezë rezulton të jetë më e lartë.

Ndërkohë vlerat kufi të BMI-së për mbipeshën dhe obezitetin, të përcaktuara nga Cole Jt et al (57) janë të pranuar universalisht nga i gjithë komuniteti shkencor për përdorimin në studime epidemiologjike, si dhe të rekomandueshme për krahasim ndërkombëtar të prevalencës së mbipeshës dhe të obezitetit.

Për përdorim epidemiologjik për grup-moshat që shtrihen brenda një viti (p.sh. për fëmijët e moshës 7.0-8.0 vjeç) vlera kufi e mesit të vitit (në këtë rast 7.5) u përdor për vlerësimin e gjendjes nutricionalë të fëmijëve të këtij studimi, pasi siguron një vlerësim thelbësor, të paanshëm të prevalencës (57).

Figura 1: Përkufizimi i obezitetit fëmënor sipas OBSH-së dhe IOTF-së

Organizata	Përkufizimi i obezitetit tek fëmijët
Organizata Botërore e Shëndetësisë	<i>OBSH Reference 2007 (5 deri 19 vjeç) (58)</i> • Obeze: Indeksi i masës trupore: BMI > 2 deviacion standard mbi medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH • Mbipeshë: BMI > 1 deviacion standard mbi medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH • Nëneshë: BMI < 2 deviacion standard nën medianën e kurbave standarde të rritjes OBSH
Task Forca Ndërkombëtare e Obezitetit	• Siguron vlerat kufi për moshën dhe gjininë e BMI-së së mbipeshës dhe të obezitetit tek fëmijët e moshës 2 deri 18 vjeç (57) • Këto vlera u korrespondojnë vlerave të një të rrituri me BMI 25 (mbipeshë) ose 30 (obezitet) • Nënkonsideron fëmijët me BMI më të vogël se 16, 17 dhe 18.5 të moshës adulte (59).

Figura 2: Vlerat kufi që u përdorën për përcaktimin e mbipeshës dhe të obezitetit tek fëmijët në baze të moshës dhe gjinisë (sipas Cole Jt et al.)

Mosha/vjeç	Nëneshë Mbipeshë Obeze		Mbipeshë BMI ekuivalente me 25 e të rriturve	Obeze	BMI ekuivalente me 30 e të rriturve	
M	M	F	F	M	F	
7	13.08	12.91	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	13.09	12.95	18.16	18.03	21.09	21.01
8	13.11	13.00	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	13.17	13.08	18.76	18.69	22.17	22.18
9	13.24	13.18	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	13.34	13.29	19.46	19.45	23.39	23.46
10	13.45	13.43	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	13.58	13.59	20.20	20.29	24.57	24.77

10. Klasifikimi i mëngjesit

Mëngjesi i fëmijëve u konsiderua cilësisht i përshtatshëm nëse përmbante ushqime të pasura me proteina dhe karbohidrate (të thjeshta ose komplekse). (60)

Ushqimet u grupuan në dy kategori:

1. Ushqime të pasura në qumësht dhe nënproduktet e tij.
2. Ushqime të pasura në karbohidrate si bukë, drithëra etj.

Mëngjesi u konsiderua i konsumuar kur fëmija raportonte marrjen e të paktën një ushqimi nga çdo kategori.

11. Bias të mundshëm

Në këtë studim, nuk ka evidencë të gabimeve sistematike (bias) të përzgjedhjes (seleksionimit) të kampionit meqenëse teknika e kampionimit ishte probabilitare (shih më lart).

Në mënyrë të ngjashme, u bënë përpjekje maksimale për shmangien e gabimeve sistematike të informacionit. Kështu, të gjithë intervistuesit dhe ekzaminuesit u trajnuan për një periudhë të

mjaftueshme sipas një protokolli standard për të shmangur variacionet e lidhura me gabimet ndërmjet-studiuesve/ekzminuesve. Po kështu, të gjithë fëmijët u intervistuan dhe u matën në mënyrë dhe në kushte sa me të ngjashme në të gjitha shkollat e përfshira në studim në të gjitha rrethet.

Prandaj, konsiderohet që gjetjet e këtij studimi nuk vuajnë nga gabimet sistematike, fakt i cili mundëson përgjithësimin e rezultateve në mbarë vendin.

12. Financimi i këtij studimi

Financimi i këtij studimi u bë i mundur nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) në kuadrin e Programit të Përbashkët të Ushqyerjes “Zvogëlimi i kequshqyerjes tek fëmijët”, i financuar nga Fondi Spanjoll i Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit, si dhe nga Instituti i Shëndetit Publik.

13. Rezultate dhe diskutime

A. Gjendja nutricionalë e fëmijëve

Në studim u përfshinë 104 shkolla (ANEX 5: Lista e shkollave) të përzgjedhura nga 5 prefektura: Tirana, Elbasani, Vlora Berati dhe Shkodra.

Figura 3: Shpërndarja e shkollave të përfshira në studim sipas rretheve

Rrethet	Frekuenca në numër	Frekuenca në %	% e vlefshme	Frekuenca kumulative %
BERAT	9	8.7	8.7	
ELBASAN	19	18.3	18.3	8.7
SHKODËR	14	13.5	13.5	26.9
TIRANË	51	49.0	49.0	40.4
VLORE	11	10.6	8.7	89.4
TOTALI	104	100.0	100.0	100.0

Numri i fëmijëve të ekzaminuar ishte 5810, me një mesatare moshe prej 8.42 vjeç dhe medianë 8.43 vjeç, dhe një shpërndarje sipas gjinisë respektivisht 51.5 për qind meshkuj dhe 48.5 për qind femra. Fëmijët e zonave urbane përbënin 46.5 për qind të të gjithë fëmijëve kundrejt 53.5 për qind të atyre që vinin prej zonave rurale të përzgjedhura për studim.

Figura 4: Shpërndarja e fëmijëve 7-10 vjeç sipas gjinisë

Fëmijët	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja kumulative
Djem	2993	51.5	51.5	51.5
Vajza	2817	48.5	48.5	100.0
Totali	5810	100.0	100.0	

Figura 5: Shpërndarja e fëmijëve 7-10 vjeç sipas zonave urbane/rurale

Zonat	Frekuenca	Përqindja	Përqindje e vlefshme	Përqindja kumulative
Urban	2700	46.5	46.5	46.5
Rural	3110	53.5	53.5	100.0
Totali	5810	100.0	100.0	

Figura 6: Shpërndarja e fëmijëve sipas moshës dhe gjinisë

Fëmijët	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja kumulative
Djem 7-8	700	12.0	12.0	12.0
Djem 8-9	1711	29.4	29.4	41.5
Djem 9-10	582	10.0	10.0	51.5
Vajza 7-8	728	12.5	12.5	64.0
Vajza 8-9	1604	27.6	27.6	91.7
Vajza 9-10	485	8.3	8.3	100.0
Totali	5810	100.0	100.0	

Figura 7: Shpërndarja e fëmijëve sipas moshës/ gjinisë dhe zonave urbane/rurale

Fëmijët		Zona		Totali
		Urbane	Rurale	
Djem 7-8	numri	309	391	700
	%	44.1%	55.9%	100.0%
Djem 8-9	numri	780	931	1711
	%	45.6%	54.4%	100.0%
Djem 9-10	numri	286	296	582
	%	49.1%	50.9%	100.0%
Vajza 7-8	numri	337	391	728
	%	46.3%	53.7%	100.0%
Vajza 8-9	numri	755	849	1604
	%	47.1%	52.9%	100.0%
Vajza 9-10	numri	233	252	485
	%	48.0%	52.0%	100.0%
Totali	numri	2700	3110	5810
	%	46.5%	53.5%	100.0%
		100.0%	100.0%	100.0%

Nga fëmijët e ekzaminuar, 46.5% e tyre kishin konsumuar mëngjes ditën e matjeve antropometrike. Fëmijët e zonave rurale që konsumonin mëngjes ishin më të shumtë (53.1%) se ata të zonave urbane 46.9%.

Figura 8: Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale

Konsumojnë mëngjes		Zona		Totali
		Urbane	Rurale	
Po	numri	1948	2202	4150
	%	46.9%	53.1%	100.0%
Jo	numri	752	908	1660
	%	45.3%	54.7%	100.0%
Totali	numri	2700	3110	5810
	%	46.5%	53.5%	100.0%

Figura 9: Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas moshës dhe gjinisë

Fëmijët gjini/moshë		Konsumojnë mëngjes		Totali
		Po	Jo	
Djem 7-8	Numër	502	198	700
	%	71.7%	28.3%	100.0%
Djem 8-9	Numër	1256	455	1711
	%	73.4%	26.6%	100.0%
Djem 9-10	Numër	423	159	582
	%	72.7%	27.3%	100.0%
Vajza 7-8	Numër	516	212	728
	%	70.9%	29.1%	100.0%
Vajza 8-9	Numër	1115	489	1604
	%	69.5%	30.5%	100.0%
Vajza 9-10	Numër	338	147	485
	%	69.7%	30.3%	100.0%
Totali	Numër	4150	1660	5810
	%	71.4%	28.6%	100.0%

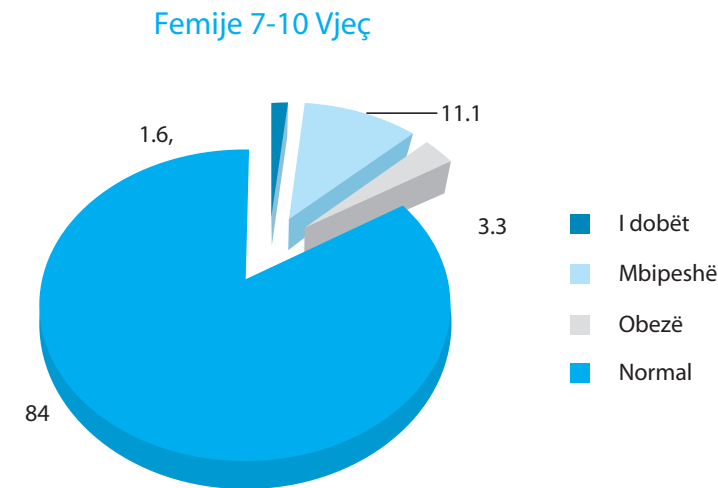
Të dhënat tregojnë një ndryshim jodomethënës të konsumit të mëngjesit mes fëmijëve të dy gjinive, me tendencë moskonsumimi pak më të lartë tek femrat (30.1%) në raport me meshkujt (27.7%). Mesatarisht në çdo katër fëmijë, më shumë se një fëmijë nuk konsumonte mëngjes.

Vlerësimi i gjendjes nutricionalë të fëmijëve u krye nëpërmjet përdorimit të BMI-së së përcaktuar sipas vlerave kufi të IOTF-së dhe OBSH-së (të trajtuara më lart).

Figurat në vijim tregojnë shpërndarjen e masës trupore të fëmijëve (BMI) sipas vlerave Kufi të Cole Jt et al.

Sipas Cole Jt et al rezultoi se 14.4% e fëmijëve ishin mbipeshë (përfshirë edhe obezitetin), prej të cilëve 3.3% obezë. Vetëm 1.6% e fëmijëve ishin të dobët (Figura 10).

Figura 10: Shpërndarja e BMI-së mes fëmijëve* sipas Cole Jt et al.



*Mbipesha në Figurën 10 nuk përfshin obezitetin.

Mbipesha ishte më e shprehur mes djemve të të tri grup-moshave në raport me vajzat, po kështu edhe obeziteti (Figura 11), me një ndryshim domethënës mes të dy gjinive ($p<0.001$).

Figura 11: Shpërndarja e BMI-se tek fëmijet 7-8 vjeç në bazë të gjinisë sipas Cole Jt et al

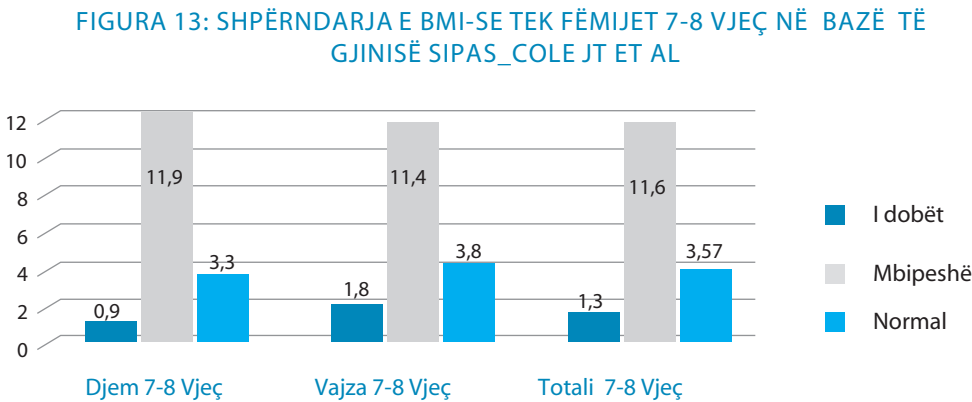


Figura 12: Shpërndarja e BMI-së te fëmijët 8-9 vjeç në bazë të gjinisë sipas Cole Jt et al.

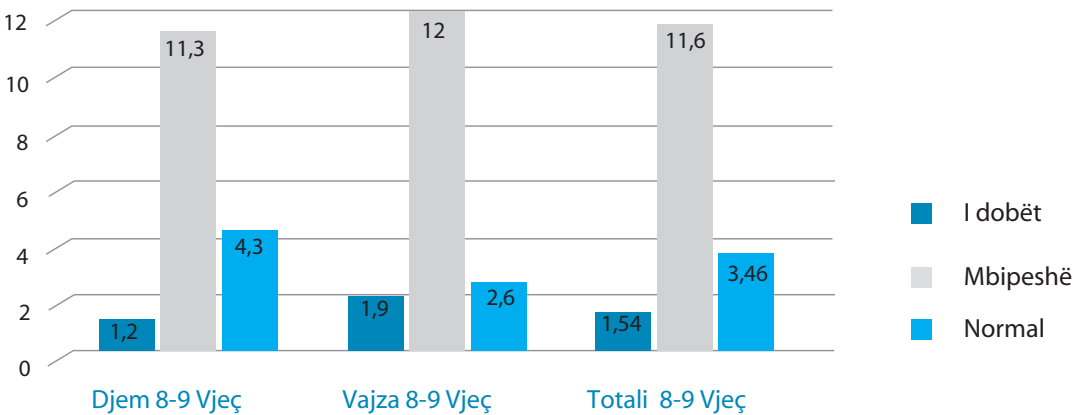


Figura 13: Shpërndarja e BMI-së te fëmijët 9-10 vjeç në bazë të gjinisë sipas Cole Jt et al.

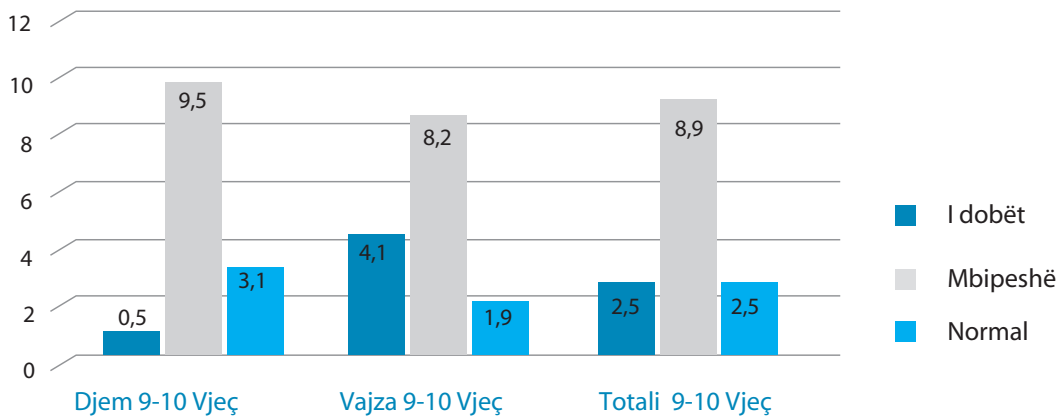
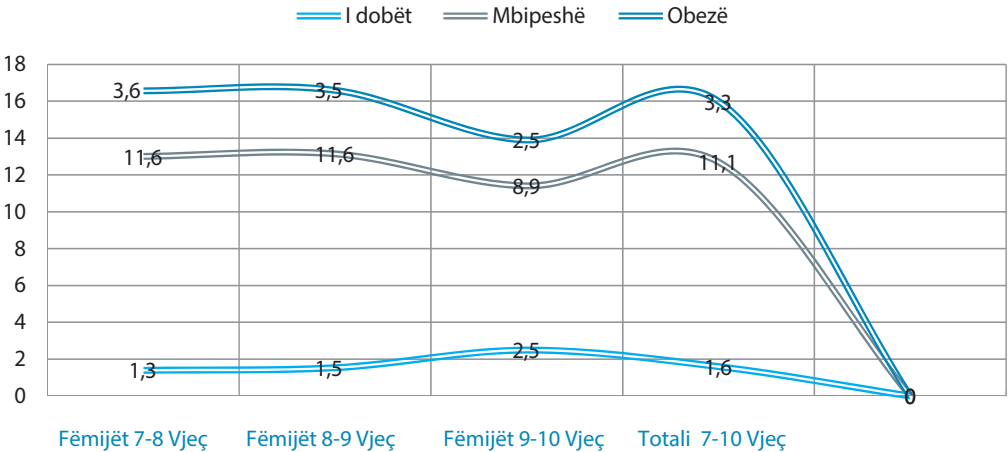


Figura 14: Shpërndarja e BMI-së te fëmijët 7-10 vjeç, të grupuar në bazë të moshës, sipas Cole Jt et al.



Nëse do të ndjekim prirjen e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve, në bazë të gjendjes së tyre nutricionalë, do të vëmë re se me rritjen e BMI-së rritej edhe përqindja e fëmijëve që nuk konsumonin mëngjes (Figura 15).

Figura 15: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të BMI-së dhe konsumit të mëngjesit Cole Jt et al

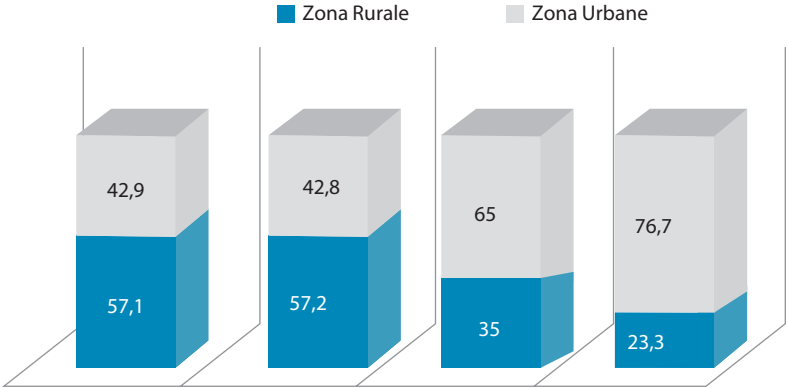
Konsumi i mëngjesit tek fëmijët		BMI COLE JT et AL*				Totali
		Normal	I dobët	Mbipeshë	Obezë	
Po	Numër	3520	65	451	114	4150
	%	72.2%	69.9%	69.8%	59.1%	71.4%
Jo	Numër	1358	28	195	79	1660
	%	27.8%	30.1%	30.2%	40.9%	28.6%
Totali	Numër	4878	93	646	193	5810
	%	84.0%	1,6%	11.1%	3.3%	100.0%

P=0.001

Për çdo fëmijë mbipeshë në fshat gjendeshin dy fëmijë mbipeshë në qytet (Figura 16), ndërsa obeziteti hasej **më shumë** në zonat urbane në raport me zonat rurale ku për çdo fëmijë në fshat

kishim tre fëmijë obezë në qytet, me një ndryshim domethënës të gjendjes së tyre nutricionalë në varësi të zonës së banimit (P<0.001).

Figura 16: Shpërndarja e BMI-së* në % mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale sipas Cole Jt et al



*P<0.001

Fëmijët u matën në varësi të orarit të tyre të mësimit në shkollë, ku një pjesë e tyre i frekuentonin ato paradite dhe një pjesë pasdite. Fëmijët e matur pasdite u pyetën edhe nëse ata kishin ngrënë drekë apo jo. Nga të dhënat (Figure 17), u vu re një ndikim jo i rëndësishëm i konsumit të drekës në gjendjen nutricionalë të fëmijëve (P=0.378).

Figura 17: Shpërndarja e BMI-së mes fëmijëve në bazë të kohës së matjeve, sipas Cole Jt et al.

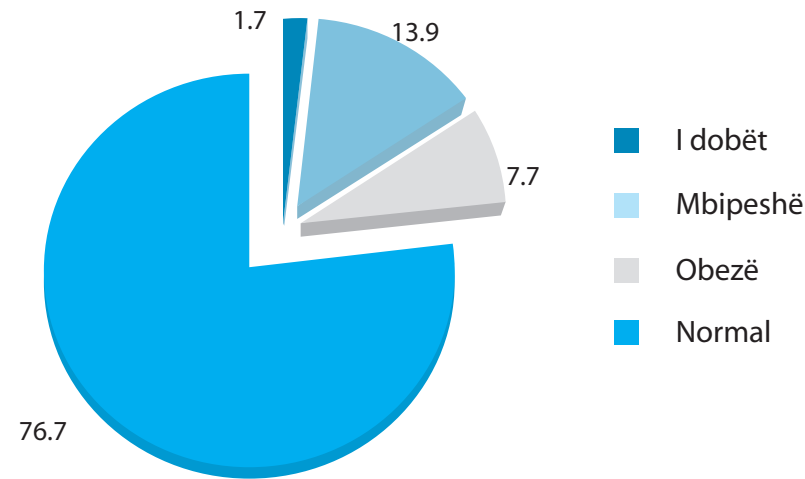
			Koha e matjeve*		Totali
			Para drekës	Pas drekës	
BMI_ Cole Jt	Normal	Numër	3621	1257	4878
		%	74.2%	25.8%	100.0%
	I dobët	Numër	74	19	93
		%	79.6%	20.4%	100.0%
	Mbipeshë	Numër	465	181	646
		%	72.0%	28.0%	100.0%
	Obezë	Numër	141	52	193
		%	73.1%	26.9%	100.0%
Totali		Numër	4301	1509	5810
		%	74.0%	26.0%	100.0%

*P=0.378

Figurat në vazhdim tregojnë shpërndarjen e gjendjes nutricionalë të fëmijëve në bazë të BMI-së, së vlerësuar sipas vlerave kufi të përcaktuara nga OBSH-ja.

Pas analizës së të dhënave antropometrike, në bazë të vlerave kufi të përcaktuara nga OBSH-ja, rezultoi se prevalenca kombëtare e mbipeshës (përfshirë edhe obezitetin) të fëmijët e moshës 7-10 vjeç në Shqipëri është në vlerën 21.6% dhe prevalenca e obezitetit 7.7% (Figura 18)..

Figura 18: Shpërndarja e BMI-së* mes fëmijëve 7-10 vjeç, sipas sipas OBSH



*Mbipesha në grafik nuk përfshin obezitetin

Të dhënat e BMI-së së fëmijëve sipas grup-moshave dhe gjinisë, vënë në dukje tendencën e djemve për të qenë më shumë mbipeshë apo obezë krahasuar me vajzat e së njëjtës grup-moshë.

Figurat në vijim (Figurat 19-22) pasqyrojnë gjendjen nutricionalë të fëmijëve në bazë të të dhënave antropometrike sipas grup-moshave për gjini të ndryshme, sipas OBSH-së.

Figura 19: Shpërndarja e BMI-së tek fëmijët 7-8 vjeç në bazë të gjinisë sipas OBSH-së

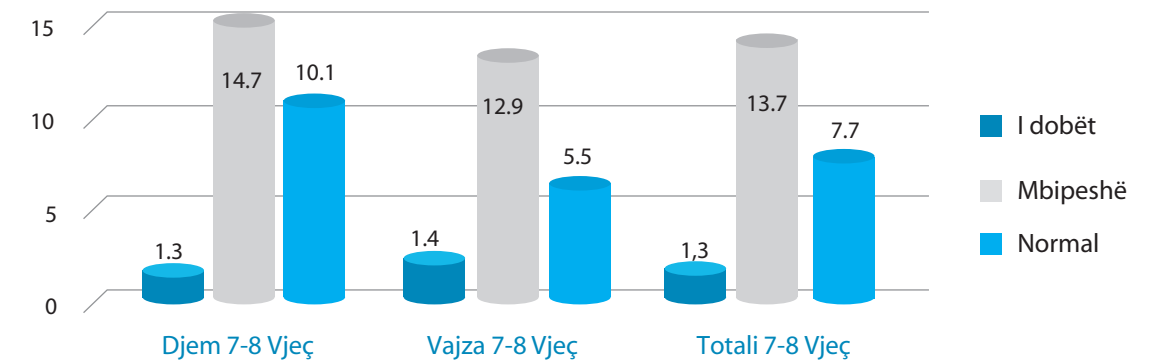


Figura 20: Shpërndarja e BMI-së tek fëmijët 8-9 vjeç në bazë të gjinisë sipas OBSH-së

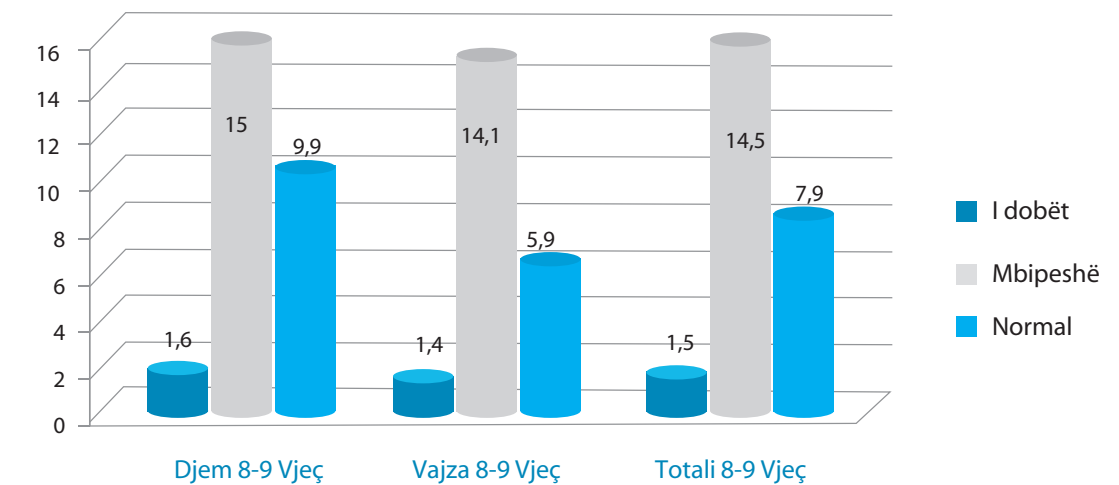


Figura 21: Shpërndarja e BMI-së tek fëmijët 9 -10 vjeç në bazë të gjinisë sipas OBSH-së

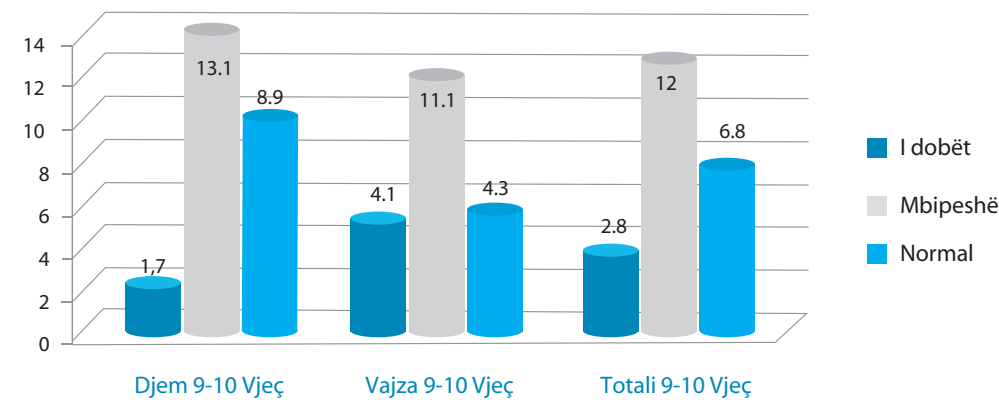
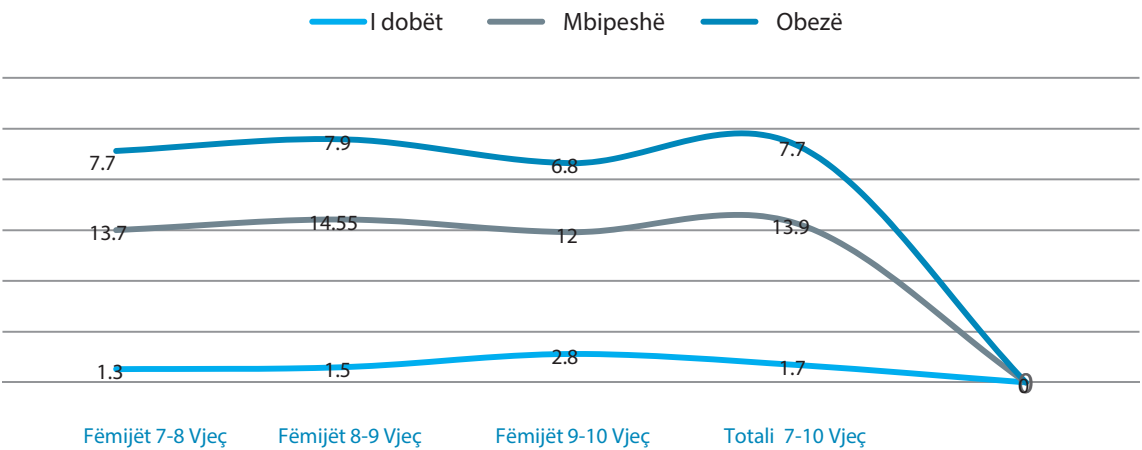


Figura 22: Shpërndarja e BMI-së tek fëmijët 7-10 vjeç, të grupuar në bazë të moshës, sipas OBSH-së



Numri i fëmijëve që nuk konsumonin mëngjes është më i lartë mes fëmijëve obezë në raport me fëmijët e tjerë (35.8%), por pa ndonjë korrelacion domethënës të kësaj difference mes tyre (P=0.003) (Figura 23).

Figura 23: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të BMI-së dhe konsumit të mëngjesit- OBSH.

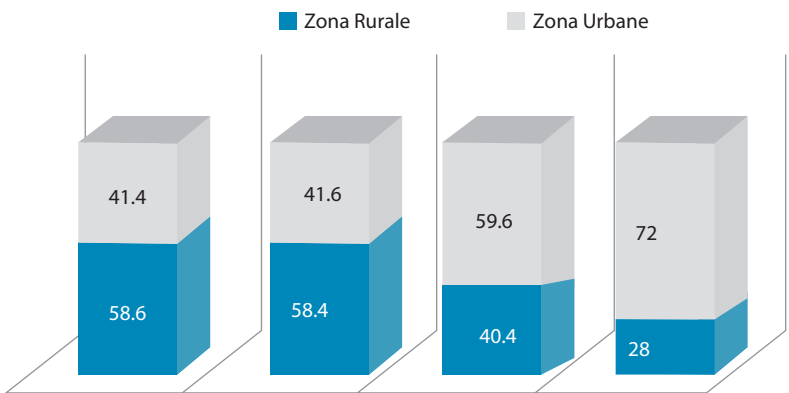
Konsumi i mëngjesit te fëmijët*		BMI_OBSH				Totali
		Normal	I dobët	Mbipeshë	Obez	
Po	Numër	3222	67	574	287	4150
	%	72.3%	67.7%	71 %	64.2%	71.4%
Jo	Numër	1233	32	235	160	1660
	%	27.7%	32.3%	29%	35.8%	28.6 %
Totali	Numër	4455	99	809	447	5810
	%	76,7%	1,7%	13,9%	7,7%	100,0%

*P=0.003

E njëjta dukuri në lidhje me konsumin e mëngjesit vihet re tek fëmijët, sikurse në rastin e analizës sipas Cole Jt et al, ku fëmijët mbipeshë dhe obezë konsumonin mëngjes në një përqindje më të ulët se fëmijët normalë, por ky ishte një ndryshim jodomethënës (P=0.003) mes tyre.

Fëmijët mbipeshë dhe obezë gjendeshin më së shumti në zonat urbane (59.6 % mbipeshë dhe 72% obezë) në raport me zonat rurale (40.4% dhe 28% respektivisht) me një ndryshim domethënës të gjendjes së tyre nutricionalë në varësi të zonës së banimit (P<0.001) (Figura 24)..

Figura 24: Shpërndarja e BMI-së në përqindje mes fëmijëve sipas zonave* urbane-rurale -OBSH



*P<0.001

Figura 25 tregon se nuk u ndesh ndonjë diferencë e ndjeshme mes gjendjes nutricionalë të fëmijëve dhe konsumit të drekës ($P=0.15$).

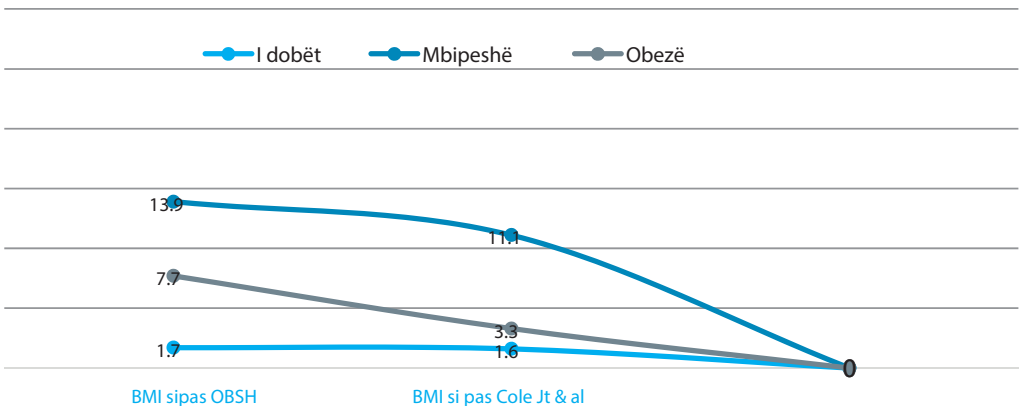
Figura 25: Shpërndarja e BMI-së mes fëmijëve në bazë të kohës së matjeve, sipas OBSH-së

			Koha e matjeve*		Totali
			Para drekës	Pas drekës	
BMI-OBSH	Normal	Numër	3316	1139	4455
		%	74.4%	25.6%	100.0%
	I dobët	Numër	80	19	99
		%	80.8%	19.2%	100.0%
	Mbipeshë	Numër	584	225	809
		%	72.2%	27.8%	100.0%
	Obez	Numër	321	126	447
		%	71.8%	28.2%	100.0%
Totali		Numër	4301	1509	5810
		%	74.0%	26.0%	100.0%

* $P=0.15$

Nëse do të krahasojmë gjendjen nutricionalë të fëmijëve 7-10 vjeç, të vlerësuar sipas dy referencave të përdorura: IOTF-së dhe OBSH-së (Figura 26), do të vëmë re se duke qenë se vlerat kufi të përcaktuara nga OBSH-ja janë më të ulëta përse i përket mbipeshës dhe obezitetit, atëherë edhe prevalenca e fëmijëve mbipeshë dhe obezë rezulton më e lartë, kur BMI-ja e tyre vlerësohet me normat e OBSH-së.

Figura 26: Shpërndarja e BMI-së tek fëmijët 7-10 vjeç, sipas Cole Jt et al dhe OBSH- së



B. Mjediset shkollore

Pjesë e studimit ishte edhe plotësimi nga ana drejtuesve të shkollave (në mungesë apo pamundësi të tyre, nga mësuesit e klasave të përfshira në studim) e një pyetësi që synonte vlerësimin e disa karakteristikave të klasave në studim si: strukturat e mjediseve sportive, orët e edukimit fizik që zhvilloheshin nga nxënësit në shkollë, programeve apo iniciativave për të promovuar një mënyrë jetese të shëndetshme (p.sh. aktivitete fizike dhe/ose ushqyerje të shëndetshme) për nxënësit e secilës klase të përfshirë në projekt, mjediseve të jashtme ose të brendshme ku fëmijët mund të luajnë zakonisht gjatë pushimeve mes orëve të mësimi, aksesin nga nxënësit për ushqime/pije të ndryshme në mjediset e shkollës, sigurinë e rrugëve për në shkollë dhe në shtëpi për nxënësit për të ecuar ose për të ngarë biçikletën.

Figurat në vijim ofrojnë informacionin e grumbulluar nga pyetësorët e kthyer nga shkollat e intervistuar. Formularët u grumbulluan nga 104 shkolla të pesë prefekturave të përfshira në projekt, të plotësuar në rreth 48% të rasteve nga drejtuesit e tyre (Figura 27) dhe në 52% të rasteve nga mësuesit.

Figura 27: Shpërndarja e plotësimit të formularëve sipas pozicionit në shkollë

	Frekuenca	Përqindja	Përqindja e vlefshme	Përqindja kumulative
Drejtues shkolle	50	48.1	48.1	48.1
Mësues	54	51.9	51.9	100.0
Total	104	100.0	100.0	

Pyetjes nëse shkolla zotëron mjedise të jashtme ose të brendshme ku fëmijët mund të luajnë zakonisht gjatë pushimeve mes orëve të mësimi, 84 shkolla iu përgjigjen pozitivisht (ose 80.8% e tyre) kundrejt 20 shkollave të cilat nuk dispononin mjedise të tilla. E thënë ndryshe, një në pesë shkolla nuk zotëronte një mjedis të përshtatshëm ku fëmijët të mund të luajnë gjatë pushimit.

Aktiviteti fizik, i ushtruar nga nxënësit, ishte një tjetër aspekt i studimit. Programi mësimor i aprovuar nga Ministria e Arsimit dhe e Shkencës parashikon për klasat e arsimit fillor, në kuadrin e kurrikulës së detyruar për çdo klasë, zhvillimin e 2 orëve të edukimit fizik me 45 minuta/për secilën me një total prej 90 minutash në javë.

Kështu pyetjes: “Në këtë vit shkollor, sa orë në javë ka ofruar shkolla juaj mësim të edukimit fizik për nxënësit e secilës klase të përfshirë në projekt?”, të gjitha shkollat e studimit kanë

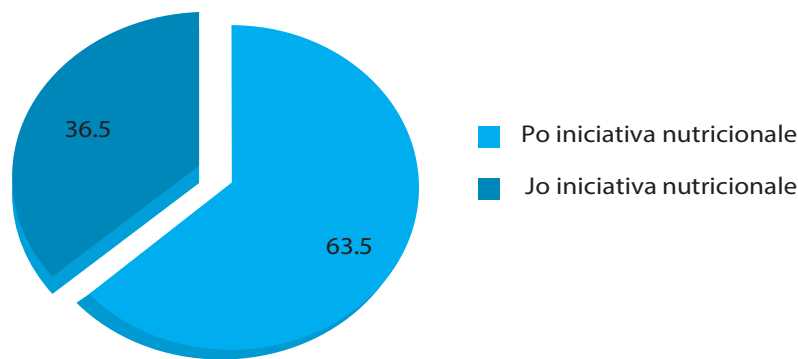
raportuar zhvillimin e 90 minutave në javë, dhe vetëm një shkollë raportonte edhe një program aktiviteti fizik të veçantë për fëmijët mbipeshë ose obezë.

Si pjesë e aktiviteteve ekstrakurrikulare është edhe edukimi nutricional i fëmijëve në shkolla.

Fokusi i veçantë sidomos për fëmijët e kësaj moshe justifikohet me faktin se është me lehtë të ndryshohen zakonet ushqyese në moshë të vogël sesa i rritur, si dhe me ndikimin e fëmijëve edhe tek prindërit dhe familja e tyre lidhur me mënyrën e të ushqyerit.

Prandaj mbledhja e informacionit lidhur me *“iniciativat e klasave pjesëmarrëse për promovimin e një mënyre jetese të shëndetshme (p.sh. aktiviteti fizik dhe/ose ushqyerje të shëndetshme) për nxënësit e secilës klasë të përfshirë në projekt”* konsiderohej i rëndësishëm. Në çdo tre shkolla, dy raportuan se kanë patur të paktën një iniciativë të tillë (respektivisht 63.5% kundrejt 36.5% që nuk kishin patur një iniciativë të tillë.) (Figura 28).

Figura 28: Shpërndarja e shkollave që kanë zbatuar iniciativa nutricionalë, në përqindje



Gjithashtu, fëmijët kishin qasje në mjediset e shkollës për një sërë ushqimesh dhe pijesh, por cilësia e tyre nutricionalë mbetet për t’u diskutuar. Kështu, kishte një mungesë totale aksesi (100%) për fruta të freskëta, perime të freskëta, lëngje frutash pa sheqer apo qumësht dhe kos (Figura 29).. Ndërkohë që ndër artikujt me të përmendur ishin karamelët, ëmbëlsirat, patatinat, pijet me sheqer, etj. Krahas listës së mëposhtme, u raportuan edhe ushqime të tjera ku më të shpeshtat ishin byrek (50%), sanduiç (24%), hamburger (20%), pica (11%) etj.

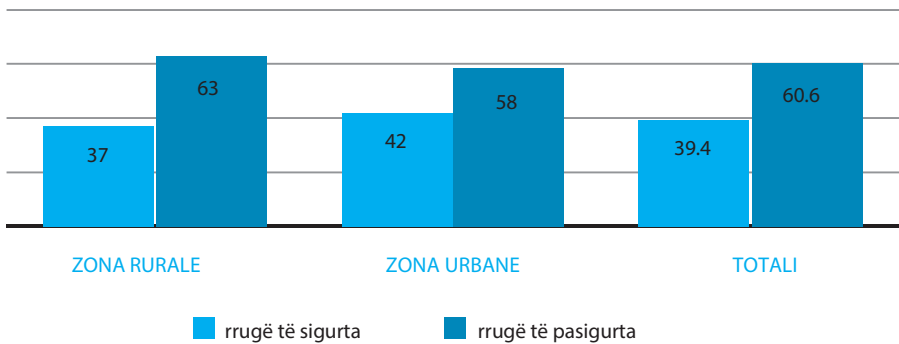
Figura 29: Shpërndarja e ushqimeve/pijeve me akses për nxënësit në mjediset e shkollës së tyre

Lista e ushqimeve/pijeve	PO	JO
Fruta të freskëta	0 0%	102 100%
100% lëng frutash pa sheqer	3 2.9%	99 95.2%
Lëng frutash me përmbajtje sheqeri	82 78.8 %	20 19.2
Pije të ftohta pa sheqer	34 33.3%	68 66.7
Pije të ftohta me sheqer	71 69.6	31 30.4
Pije të ngrohta pa sheqer	0 0%	102 100%
Pije të ngrohta me sheqer	7 6.7%	95 93.1 %
Pije dietike	16 15.7%	86 84.3%
Tjetër	74 72.5%	28 27.5%
Perime	0 0%	102 100%
Kos	1 1%	99 99%
Qumësht	0 0%	102 100%
Qumësht i përpunuar	0 0%	102 100%
Ujë	98 96.1%	4 3.8%
Karamеле, çokollata, kek, ëmbëlsira, të tjera	100 98%	2 2%
Patatina, popcorn, kikirikë, etj.	101 99%	1 1%

Vetëm një shkollë rezultoi të kishte *automatë për shitjen e ushqimeve apo pijeve*, ndërsa *lokal për shitjen e ushqimeve apo pijeve* kishte në 82 (78.8%) shkolla.

Personelit të shkollës iu kërkua edhe një gjykim *mbi sigurinë e rrugëve për në shkollë dhe në shtëpi që nxënësit të mund të ecin në këmbë ose në biçikletë*. Kështu, 39.4% (41) prej tyre mendojnë se rrugët janë të sigurta kundrejt 60.6% (63) e të cilëve mendojnë se infrastruktura nuk është aspak e përshtatshme për fëmijët. Shkalla e sigurisë vlerësohej pozitivisht më e lartë në zonat urbane në raport me zonat rurale (Figura 30).

Figura 30: Shpërndarja e opininit mbi sigurinë e rrugëve në shkolla sipas zonave rurale/urbane



Një interes të madh paraqiste edhe prania ose jo e klubeve sportive në shkolla ose e mjediseve sportive të disponueshme për fëmijët pas orëve të mësimi.

Në pjesën më të madhe të shkollave nuk u ndesh prania e tyre (60.6%). Në 10.6 % të shkollave këto klube dhe mjedise ishin vetëm për klasat e ciklit të lartë, ndërsa në 28.8% të shkollave ishin për të gjithë fëmijët. Në mbledhjen e të gjithë informacionit për mjediset shkollore nuk u ndesh ndonjë diferencë domethënëse mes shkollave sipas rretheve apo prefekturave.

14. Diskutime dhe përfundime

Që në fazën e dizenjimit të këtij studimi, është kërkuar t'i jepet formë një vlerësimi, pasqyrimi real në të cilin punonjësit e shëndetit, shkolla, shërbimet, entet dhe shoqëria të mund të shihnin informacione të reflektuara, përshtypje dhe përvoja mbi të cilën të bazonin me shumë ndjeshmëri dhe kompetencë aktivitetet parandaluese.

Ku studim është i pari i këtij lloji i kryer në Shqipëri, i cili u implementua bazuar në zbatimin e një protokollit standard të mbledhjes së të dhënave për vlerësimin e obezitetit fëmënor, të hartuar nga OBSH-ja, zyra për Evropën, duke bërë të mundur krahasimin e të dhënave të përfuara me vendet e tjera evropiane anëtare të COSI-t. Zbatimi i të njëjtit protokoll edhe në studime të tjera të ngjashme në të ardhmen do të bëjë të mundur vlerësimin në kohë të trendit të obezitetit fëmënor në nivel kombëtar.

Kështu:

1. Nga analiza e këtyre të dhënave sipas vlerave kufi të Cole Jt and al. **14.4 %** e fëmijëve 7-10 vjeç janë mbipeshë dhe **3.3%** e tyre janë obezë.

Sipas grup-moshave të marra në studim për fëmijët 7-8 vjeç rezulton një prevalencë mbipeshë **15.2%** dhe obeziteti **3.6%**; në fëmijët 8-9 vjeç rezultuan **15.1 %** mbipeshë dhe **3.5%** e tyre obezë; ndërsa te fëmijët 9-10 vjeç u ndeshën vlerat respektive më të ulëtat mes tri grup-moshave, ku **11.4%** e tyre ishin mbipeshë dhe **2.5%** obezë.

2. Nga analiza e këtyre të dhënave sipas vlerave kufi të OBSH-së, **21.6 %** e fëmijëve 7-10 vjeç janë mbipeshë dhe **7.7%** e tyre janë obezë. Sipas grup-moshave të marra në studim për fëmijët 7-8 vjeç rezulton një prevalencë mbipeshë **21.4%** dhe obeziteti **7.7%**; te fëmijët 8-9 vjeç u gjenden **22.4 %** mbipeshë dhe **7.9%** obezë; ndërsa te fëmijët 9-10 vjeç u ndeshën sërish vlerat respektive më të ulëtat mes tri grup-moshave, ku 18.8% e tyre ishin mbipeshë dhe **6.8%** obezë.

Trendi i mbipeshës dhe i obezitetit për gjini dhe moshë, pavarësisht nga vlerat kufi të përdorura për vlerësim (si ato të Cole Jt et al. edhe të OBSH-së) paraqitet i njëjtë.

Prevalenca e mbipeshës është dukshëm më e lartë te fëmijët e moshës 8-9 vjeç, në zonat urbane në raport me zonat rurale, dhe tek meshkujt në raport me femrat, mes djemve në raport me vajzat. Prevalenca e mbipeshës (21.6%) tek fëmijët shqiptarë të moshës 7-10 vjeç në bazë të vlerave kufi të OBSH-së është shumë afër mesatares evropiane të grup-moshës 6-10 vjeç (24%) (35) duke e theksuar mbipeshën dhe obezitetin e moshës fëmënore si një problem të rëndësishëm për shëndetin publik. Intervali i prevalencës së obezitetit te fëmijët shqiptarë sipas gjinisë (nga 8.8% në 10.1% mes djemve, dhe nga 4.3% në 5.9% mes vajzave) është i krahasueshëm me intervalet e ndeshura në vendet evropiane. (Intervali i obezitetit nga 6% në

6.6% mes djemve, dhe nga 5% në 17% mes vajzave) dhe me të njëjtën prirje për të qenë më i lartë mes djemve në raport me vajzat.

Mesatarisht në çdo katër fëmijë më shumë së një fëmijë nuk konsumonte mëngjes.

Nuk u konstatua ndonjë korrelacion domethënës mes konsumimit të mëngjesit dhe gjendjes nutricionalë të fëmijëve, gjithsesi u vu re se me rritjen e BMI-së rritej edhe numri i fëmijëve që nuk konsumonin mëngjes, më e theksuar kjo prirje tek fëmijët obezë.

Të dhënat gjithashtu treguan një tendencë të moskonsumimit të mëngjesit, pak më të lartë tek femrat në raport me meshkujt, në zonat urbane në raport me zonat rurale.

Lidhur me iniciativat për ushqyerje të shëndetshme vihet re një prirje në rritje (dy në tre shkolla raportojnë zbatimin e këtyre iniciativave) për trajtimin në programet ekstrakurrikulare të temave *për promovimin e një mënyre jetese të shëndetshme, si p.sh. rritja e aktivitetit fizik dhe/ose një ushqyerje e shëndetshme.*

Por pavarësisht nga këto programe vihet re qasja e lartë e fëmijëve ndaj ushqimeve të pashëndetshme (patatina, kroasant, lëngje me sheqer të shtuar, hamburger, sanduiç, etj) dhe mungesa e ushqimeve të shëndetshme (fruta të freskëta, lëngje frutash pa sheqer, etj.) në/ose përreth mjediseve shkollore, duke bërë të pranishëm riskun për kultivimin e zakoneve jo të mira për një ushqyerje të shëndetshme tek fëmijët që në moshë të hershme.

Mungesa e plotë ose e pjesshme e klubeve sportive në shkolla, ose e mjediseve sportive të disponueshme për fëmijët pas orëve të mësimi, në rreth tre të katërtat e shkollave tregon qasjen e pakët të fëmijëve për të qenë fizikisht aktiv në mjediset e tyre shkollore, duke ndikuar ky boshllëk edhe në mungesën e marrëdhënieve të shëndosha dhe të frymës bashkëpunuese mes tyre.

Ky përfundim përforcohet edhe nga realizimi *vetëm i programit të detyruar javor të 90 minutave* edukim fizik për çdo klasë, pa aktivitete sportive të tjera shtesë, të ndërmarra nga mësuesit në kuadrin e promovimit të nevojës për *një aktivitet të përditshëm fizik*, për një jete të shëndetshme që në fëmijëri.

Në gjykimin *mbi sigurinë e rrugëve për në shkollë dhe në shtëpi që nxënësit të mund të ecin në këmbë ose në biçikletë* në pjesën me të madhe (60.6%) mendohej së infrastruktura nuk ishte

aspak e përshtatshme për fëmijët. Shkalla e sigurisë vlerësohej pozitivisht më e lartë në zonat urbane në raport me zonat rurale.

Shkolla për vetë funksionin dhe kompetencat që zotëron mund të kthehet në një vend ideal për të ndërmarrë veprime konkrete për promovimin e një jete të shëndetshme, duke bërë të mundur arritjen e një niveli të rekomanduar të aktivitetit të përditshëm fizik dhe të një ushqyerjeje të shëndetshme, të domosdoshme për mirëqenien psiko-fizike të fëmijëve.

Formimi i aleancave midis botës së shkollës dhe shëndetit, të inkurajuara edhe nga OBSH-ja duhet të shihen si hapa konkretë dhe frytdhënës në realizimin e ndërhyrjeve të integruara dhe të provuara shkencërisht për efikasitetin e tyre(61). Përvoja të tilla ofrohen sot nga shumë shtete anëtare të Bashkimit Evropian, të cilat mund të shërbejnë si modele shumë të mira për zbatim, të përshtatura edhe për kushtet shqiptare.

Kështu, një bashkëpunim i ndërsjellë mes personelit të shkollave dhe atyre të shëndetit publik lidhur me vlerësimin periodik të gjendjes nutricionalë të fëmijëve me anë të kryerjes dhe analizës së matjeve antropometrike, mund të përbëjë një nga shembujt e bashkëpunimeve të përbashkëta në ndjekjen e trendit të peshës së tepërt tek fëmijët, në luftën kundër mbipeshës, obezitetit dhe sjelljeve me risk në fëmijëri.

15. Rekomandime

Parandalimi është mënyra me raportin më të mirë kosto-përfitim për kontrollin e mbipeshës dhe obezitetit në moshën pediatrike, e në të ardhmen, në moshën adulte.

Fëmijët konsiderohen popullata prioritare për strategjitë e parandalimit, sepse humbja në peshë në moshë të rritur është e vështirë dhe ekziston një numër më i madh ndërhyrjesh të rëndësishme për fëmijët se për të rriturit.

Parandalimi mund të arrihet nëpërmjet ndërhyrjesh të ndryshme që kanë si target: mjedisin, aktivitetin fizik dhe dietën.

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

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

- Forcimi i sistemit të vlerësimit nutricional të moshës fëminore që paraqet incidencën dhe prevalencën e mbipeshës dhe obezitetit në këtë grup popullate, si dhe krijimi dhe ofrimi i modeleve të ushqyerjes së shëndetshme dhe të aktivitetit fizik;
- Ngritja e një rrjeti ndërhyrjesh për shkollat me qëllim përmirësimin e cilësisë ushqyese në shkollat e organizuara me ushqim dhe për të shpërndarë mesazhe informuese/ ushtrime formuese për të inkurajuar, tek fëmijët dhe familjet e tyre, përvetësimin e një sjelljeje korrekte ndaj ushqimeve dhe aktivitetit fizik;
- Rritja e vetëdijes dhe përfshirja aktive e prindërve, për të mundësuar krijimin e ndryshimeve të qëndrueshme drejt stileve virtuozë të jetës me qëllim rritjen e shkallës së efikasitetit të ndërhyrjeve parandaluese, deri në luftën ndaj obezitetit.
- Në ndryshim nga shumë eksperiencë të deritanishme, ndërhyrjet promociionale për ushqyerje të shëndetshme që në shkollën fillore duhet të bien mbi sjelljet dhe jo mbi njohjet, nëpërmjet një mënyre aktive të marrjes së njohurive.
- Pavarësisht nga përfshirja e prindërve dhe e shkollës, i rëndësishëm duhet të jetë roli i pediatri, një pikë e vërtetë referimi për prindërit dhe fëmijët e kësaj grup-moshe.
- Nëse shkollat janë motori kryesor i ndërhyrjeve edukative, programi i promocionit të shëndetit nuk mund të funksionojë nëse nuk futet në një strategji më të artikuluar, që përfshin të gjithë komponentët e shoqërisë: personelin shëndetësor, pedagogët, nxënësit, familjet dhe institucionet.
- Rritja e pjesëmarrjes në sporte, përmirësimi dhe shtimi i kohës në edukimin fizik me përfitime të dukshme, jo vetëm në zhvillimin organik, por edhe në sjelljen sociale dhe autonominë e fëmijës.
- Përdorimi i raportimit të peshës së fëmijëve tek prindërit për t'i bërë të ndërgjegjshëm në lidhje me këtë problem.
- Reduktimi i vëllimit të madh të marketingut të ushqimeve me nivel të lartë kalorish, i pijeve dhe i fast-food-eve ndaj fëmijëve, veçanërisht nëpërmjet medias dhe televizionit, pasi fast-food-et janë produktet që iu bëhet më shumë reklamë në televizor, dhe fëmijët janë shpesh tregu target i tyre.
- Reduktimi i sjelljeve sedentare dhe inkurajimi i lojërave të lira, si një mjet më efektiv sesa fokusimi mbi ushtrimet e detyruara apo mbi reduktimin e ushqimeve, në parandalimin tashmë të shtimit të mëtejshëm në peshë të fëmijëve obezë.

- Promovimi i një diete të shëndetshme si elementi primar për ruajtjen e një peshë optimale, i kombinuar domosdoshmërisht me rritje të shpenzimit energjetik, duke promovuar aktivitetet fizike dhe sportin.

Si përfundim, përshtypja që moshat në rritje janë në ndryshim të vazhdueshëm bëhet gjithnjë e më akute. Ky fakt evidenton nevojën e një dialogu të vazhdueshëm me këtë moshë për të kuptuar në mënyrë më të thellë nevojat. Objektivi ynë dhe shpresa është që informacionet e prodhuara të mund t'u shërbejnë vendimmarrësve të politikave për moshat fëminore në nivele të ndryshme, profesionistëve të shëndetit, mësuesve dhe edukatorëve që duke parë reflektimet, në një studim që u përket atyre, mund të kuptojnë më mirë veten dhe atë që i orienton në marrjen e vendimeve për sa i përket shëndetit. Vlen të kujtohet që shëndeti i popullatës varet vetëm në një pjesë të vogël nga shërbimet shëndetësore.

Për t'u rritur, individi dhe shoqëria, kanë nevojë të njohin dhe të njihen, me pikat e forta dhe delikate në mënyrë që të mund të ndërhyjnë ku është e nevojshme.

Referencat

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity, and health: childhood overweight and obesity. Accessed March 9, 2012.
2. OBSH. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. OBSH Technical Report Series No. 894. Geneva: OBSH; 2000.
3. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. The challenge of obesity in the OBSH European Region and the strategies for response. Summary. Geneva: OBSH; 2007.
4. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C., Braegger C., Decsi T., Kolacek S., Koletzko B., Mihatsch W., Moreno LA., Puntis J., Shamir R., Szajewska H., Turck D., van Goudoever J. Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;52: 662-9.
5. Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. Obes Rev 2003; 4:187-94.
6. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet 2001;357:505-8.
7. Nicklas TA, O'Neil CE, Berenson GS. Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat-cereals: a review of data from the Bogalusa Heart Study. Am J Clin Nutr 1998;67:757-63.
8. Samson AE, Dixit S, Meyers AF, Houser R Jr. The nutritional impact of breakfast consumption on the diets of inner-city African-American elementary school children. J Natl Med Assoc 1995; 87:195-202.

9. Szajewska H, Ruszczynski M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. Crit Rev Food Sci Nutr 2010; 50:113-9.
10. Giovannini M, Verduci E, Scaglioni S, Salvatici E, Bonza M, Riva E, Agostoni C. Breakfast: a good habit, not a repetitive custom. J Int Med Res 2008; 36:613-24.
11. OBSH. Strategic objective 9: "To improve nutrition food safety and food security throughout the lifecourse and in support of public health and sustainable development". Geneva: OBSH; 2008. http://www.euro.OBSH.int/__data/assets/pdf_file/0018/140661/CorpBrochure_Nutritious_food.pdf; ultima consultazione 3/5/2012.
12. OBSH. Diet and physical activity: a public health priority. Geneva: OBSH; 2006. www.OBSH.int/dietphysicalactivity/en; ultima consultazione 3/5/2012.
13. OBSH. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: OBSH; 2010. http://whqlibdoc.OBSH.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf; ultima consultazione 3/5/2012. Rapporti ISTISAN 12/1438
14. Vandelandotte C, Sugiyama T, Gardiner P, Owen N. Associations of leisure-time internet and computer use with overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviors: cross-sectional study. J Med Internet Res 2009;11:28.
15. Raynor HA, Bond DS, Freedson PS, Sisson SB. Sedentary behaviors, weight, and health and disease risks. J Obes 2012. <http://www.hindawi.com/journals/jobes/2012/852743/>; ultima consultazione 4/6/2012.
16. Pearson N, Biddle SJ. Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults. A systematic review. Am J Prev Med 2011; 41:178-88.
17. Dietz WH Jr, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics 1985;75:807-12.
18. Fotheringham MJ, Wonnacott RL, Owen N. Computer use and physical inactivity in young adults: public health perils and potentials of new information technologies. Ann Behav med 2000; 22:269-75.
19. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. Lancet 2004;364:257-62.
20. Erik Landhuis C, Poulton R, Welch D, Hancox RJ. Programming obesity and poor fitness: the long-term impact of childhood television. Obesity 2008;16:1457-9.
21. Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. Obesity 2006;14:929-66.

22. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obes Rev* 2007; 8:165-81.
23. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 2002; 360:473-82.
24. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008;9:474-88.
25. De Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1257-64.
26. Popkin BM, Conde W, Hou N, Monteiro C. Is there a lag globally in overweight trends for children compared with adults? *Obesity* (Silver Spring). 2006;14:1846-53.
27. United Nations. Childinfo.org: Statistics by area / child nutrition / undernutrition / progress. 2012. Accessed March 6, 2012.
28. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012;70:3-21.
29. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*. 2012;307:483-90.
30. Centers for Disease Control and Prevention. NCHS Health EStat: Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. 2010. Accessed March 2, 2012.
31. Public Health Agency of Canada. Obesity in Canada: A Joint Report from the Public Health Agency of Canada and the Canadian Institute for Health Information; 2011:12-6.
32. Lien N, Henriksen HB, Nymoel LL, Wind M, Klepp KI. Availability of data assessing the prevalence and trends of overweight and obesity among European adolescents. *Public Health Nutr*. 2010;13:1680-7.
33. Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev*. 2010;11:389-98.
34. World Health Organization / Europe. European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2010. Accessed March 6, 2012.
35. OBSH Childhood Obesity Surveillance Initiative Dr. João Breda, OBSH - Regional Office for Europe http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ev20120209_co03_en.pdf

36. “National Prevalence of Obesity in a representative group population of school children living in Albania” *M E D I C U S* ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol · XII (2) · Dhjetor 2009, 64-72.
37. Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. Albania Demographic and Health Survey 2008-09. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>.
38. World Health Organization. Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a OBSH forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009. Geneva: World Health Organization; 2010.
39. Centers for Disease Control and Prevention. School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity. *MMWR* 2011;60 (5).
40. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. Healthy eating for young people in Europe. Copenhagen: OBSH Regional Office for Europe; 1999.
41. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/physical_sch_environment.pdf
42. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009;37:418-27.
43. Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev* 2012;13:214-33.
44. Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, Karpyn A, Kumanyika S, Shults J. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics* 2008;121:e794-802.
45. Fung C, Kuhle S, Lu C, Purcell M, Schwartz M, Storey K, Veugelers PJ. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9:27.
46. Beam M, Ehrlich G, Donze Black J, Block A, Leviton LC. Evaluation of the healthy schools program: Part I. Interim progress. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E65.
47. Beam M, Ehrlich G, Black JD, Block A, Leviton LC. Evaluation of the healthy schools program: Part II. The role of technical assistance. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E64.
48. Boonen A, de Vries N, de Ruiter S, Bowker S, Buijs G. Healthy Eating and Physical activity in Schools. *HEPS Guidelines*, 2009.

49. NIGZ. SHE Network is the Schools for Health in Europe Network. School for Health in Europe. <http://www.schoolsforhealth.eu/>.
50. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics German RR et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2001, 50:1-35.
51. Wilkinson JR et al. Surveillance and monitoring. Obesity Reviews, 2007, 8 (Suppl. 1):23-29.
52. (Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Stat Q 1991;44:98-106.)
53. [Currie C et al., eds., 2002]
54. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a OBSH growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ 2007;85:660-7.
55. OBSH European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). <http://www.euro.OBSH.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoringand-surveillance/OBSH-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>; ultima consultazione 3/5/2012.
56. World Health Organization. World Health Organization Child Growth Standards. 2006. Accessed March 5, 2012.
57. Tim J Cole Jt and al, Katherine M Flegal, Dasha Nicholls, Alan A Jackson. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey BMJ. 2007 July 28; 335(7612).
58. Cole Jt and al TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320:1240-3.
59. Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana”(botimi 2003) www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_intro.pdf
60. Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Raporti ISTISAN 12/14.

ANEX 1




REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E ARSIMIT DHE SHKENCËS
Drejtoria e Edukimit Parauniversitar

Nr. 915 / Prot.

LËNDA: Miratim kërkesë

DREJTUAR: PROF. DR. ENVER ROSHI
DREJTOR I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK

ADRESA: RRUGA "ALEKSANDËR MOJSIU", NR. 80

Tiranë, më 11. 2012
(Lutemi referojuni në rast përgjigje)

TIRANË

I nderuar prof. Roshi,

Në përgjigje të shkresës tuaj Nr. 915 prot., datë 17. 10. 2012, ju bëjmë me dije se Ministria e Arsimit dhe Shkencës miraton kërkesën tuaj për realizimin e studimit që parashikoni të kryeni për matjen e tendencave të mbipeshës dhe obezitetit në fëmijët e moshave 6.0-9.9 vjeç. Për këtë qëllim MASH do të njoftojë DAR/ZA-të e vendit për t'ju dhënë mbështetjen e nevojshme. Në adresën tuaj të emailit po ju dërgojmë edhe listën e plotë të shkollave të sistemit 9-vjeçar në Republikën e Shqipërisë.

Ju faleminderit për mirëkuptimin.

SKËNDER UKU

SEKRETAR I PËRGJITHSHËM



Adresa: "Rruga e Durrësit"
Nr. 23, AL 1001, Tiranë
Tel: ++355 4 225832

Email: fatmir.vejsiu@mash.gov.al
Web site: www.mash.gov.al




REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E ARSIMIT DHE SHKENCËS
Drejtoria e Edukimit Parauniversitar

Nr. 1978/1 Prot. Tiranë, më 06 11. 2012
(Lutemi referojuni në rast përgjigje)

LËNDA: Kërkesë për bashkëpunim

DREJTUAR: DREJTORISË ARSIMORE RAJONALE _____
ZYRËS ARSIMORE _____

PËR DIJENI: PROF. DR. ENVER ROSHI
DREJTOR I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK

ADRESA: RRUGA "ALEKSANDËR MOJSIU", NR. 80

TIRANË

Instituti i Shëndetit Publik ka filluar punën për realizimin e studimit për matjen e tendencave të mbipeshës dhe të obezitetit në fëmijët e moshave 6.0-9.9 vjeç, për të kuptuar më saktë progresin e epidemisë dhe për ta ndryshuar atë, duke lejuar, gjithashtu edhe krahasimet ndërshtetërore në rajonin Evropian. Metodologjia përfshin vlerësimin e gjëndjes emocionale të fëmijëve si dhe të mjediseve ku ata rriten dhe edukohen. Matjet do të kryhen tek nxënësit e shkollave fillore dhe bazohen në vlerësimin e indikatorëve; **peshë trupore-gjatësi**. Do të plotësohen edhe 2 formularë, respektivisht një nga drejtoria e shkollës ose mësuesit e përfshirë në klasat e kampionuara dhe, së dyti nga prindërit e përzgjedhur për matjet antropometrike.

Kërkohet bashkëpunimi juaj, duke u kujdesur për mos cënimin në asnjë rast të procesit mësues.

SKËNDER UKU

SEKRETAR I PËRGJITHSHËM



Adresa: "Rruga e Durrësit"
Nr. 23, AL 1001, Tiranë
Tel: ++355 4 225832

Email: fatmir.vejsiu@mash.gov.al
Web site: www.mash.gov.al

Faqe 1 nga 1

ANEX 2

Letra e informimit për prindërit, lidhur me iniciativën për vlerësimin e rritjes së fëmijëve dhe lejes për përfshirjen e fëmijës në këtë studim

Lënda: Iniciativa Evropiane për Vlerësimin e Rritjes tek Fëmijët

I nderuar *prind*,

Instituti i Shëndetit Publik po bashkëpunon me Organizatën Botërore të Shëndetësisë për të mbledhur të dhëna rutinë mbi rritjen e fëmijëve të shkollave fillore në Shqipëri, objektivi i të cilit është promovimi i shëndetit dhe i mirëqenies. Ky sistem kërkon që fëmijët e moshës 6–9 vjeç të takohen në shkollat e tyre dhe t'u kryhen disa matje.

Këto matje përfshijnë peshën e trupit dhe gjatësinë. Të gjitha matjet do të kryhen nga personeli i trajnuar. Ata do të jenë jashtëzakonisht të kujdesshëm për të trajtuar këtë proces me ndjeshmëri: për shembull, fëmijët nuk do të peshohen dhe maten para shokëve të tyre, dhe djemtë dhe vajzat do të maten veçmas. Nuk do të jetë e nevojshme për fëmijët të zhvishen, edhe pse atyre do t'u kërkohet që të veshin rroba normale, veshje të lehta, në ditën e matjes dhe të heqin këpucët dhe çorapet e tyre

Shkolla fillore që fëmija juaj ndjek është një nga **104** shkollat e përzgjedhura, ku këto matje janë duke u zhvilluar në të gjithë vendin. Më tej, klasa që fëmija juaj ndjek është përzgjedhur për të

marrë pjesë. Instituti i Shëndetit Publik shpreson që të gjithë fëmijët në klasën e fëmijës suaj të peshohen dhe të maten. Ne jemi duke kërkuar lejen tuaj për të matur peshën dhe gjatësinë e fëmijës tuaj dhe t'i kërkojmë asaj/atij ca pyetje shtesë.

Ky projekt është duke u zhvilluar, gjithashtu, në shumë vende të tjera evropiane. Instituti i Shëndetit Publik, së bashku me Organizatën Botërore të Shëndetësisë, do të analizojë të dhënat e mbledhura në të gjitha shkollat pjesëmarrëse. Ne jemi duke kërkuar lejen tuaj për të transferuar të dhënat e fëmijës tuaj në bazën e të dhënave kombëtare të Institutit të Shëndetit Publik dhe bazës së të dhënave ndërkombëtare të Organizatës Botërore të Shëndetësisë për këtë qëllim.

Ne ju garantojmë që çdo informacion që ju dhe fëmija juaj do të sigurojë do të trajtohen me konfidencialitet të rreptë dhe hulumtuesi kryesor **Prof. Dr.Genc BURAZERI**, nëndrejtor i Institutit të Shëndetit Publik, do të jetë në dispozicion për të dëgjuar çdo shqetësim që ju mund të keni.

Ne jemi të kënaqur t'ju informojmë se, megjithëse ne shpresojmë që ju të vendosni për të marrë pjesë, ju jeni të lirë të tërhiqeni nga projekti në çdo kohë. Ne jemi të gatshëm për t'ju siguruar me çdo informacion shtesë që ju mund të kërkon.

Nëse fëmija juaj mungon në shkollë në ditën e caktuar, ose nëse ju e ktheni këtë letër në shkollë, duke deklaruar se ju nuk dëshironi që fëmija juaj të peshohet dhe matet, Instituti i Shëndetit Publik nuk do ta masë fëmijën tuaj.

Nëse ju **nuk dëshironi** që fëmija juaj **të marrë pjesë në projekt** dhe nuk dëshironi që të dhënat e tij/saj të përdoren për analizë të mëtejshme, ju lutem tregojeni këtë në faqen në vijim dhe do të nënshkruani formularin. Fëmija juaj pastaj mund ta kthejë atë tek mësuesi i tij/saj.

Në qoftë se ne nuk kemi marrë një letër të nënshkruar nga ju [], ne do të supozojmë që ju keni dhënë pëlqimin për fëmijën tuaj për të marrë pjesë në matje dhe si Instituti i Shëndetit Publik dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë do të përdorin të dhënat e mbledhura për analiza të mëtejshme në të dy nivelet kombëtare dhe Evropiane.

Iniciativa Evropiane për Vlerësimin e Rritjes tek Fëmijët

Ju lutemi plotësoni formularin nëse nuk doni që fëmija juaj të marrë pjesë në këtë projekt, nënshkruajeni atë dhe kthejeni në shkollë.

☐ Unë, Zonjushë/Zonjë/Zotëri/Dr, pasi lexova dhe kuptova objektivat e procedurave të matjeve, **nuk dua** që fëmija im të marrë pjesë në këtë projekt dhe **nuk dua** që të dhënat e tij/saj të përdoren për analizë nga Instituti i Shëndetit Publik dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë. Kjo është për arsyen *(ju lutem shkruani arsyen)*

Firma _____

Emri i fëmijës _____

Datëlindja e fëmijës _____

Viti i shkollës së fëmijës _____

ANEX 3

Formulari i ekzaminuesit: vetëm pyetjet e detyrueshme

 EUROPE	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i ekzaminuesit Faqja 1/3
IDENTIFIKIMI, FËMIJA		
(1) Kodi i formularit		EKZAMINUESI
(2) Kodi i shtetit		□ □ □
(3) Si quheni? Emri _____ Mbiemri _____		
(4) Kodi i fëmijës _____		
(5) Gjinia e fëmijës ☐ Djalë ☐ Vajzë		
(6) Data e lindjes së fëmijës		Muaji / Viti □ □ / □ □ □ □
(7) Kategorizimi i rezidencës së fëmijës sipas nivelit të urbanizimit të vendit. ☐ Urban ☐ Gjysmë-urban ☐ Rural		
IDENTIFIKIMI, SHKOLLA E FËMIJËS		
(8) Në cilën klasë jeni?		□ □
(9) Kodi i klasës		□ □ □
(10) Kodi i shkollës		□ □ □ □
SHËNIME		

VLERËSIMI
I OBEZITETIT
NË MOSHËN
FËMINORE

 EUROPE	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i ekzaminuesit Faqja 2/3
(2) Kodi i shtetit		□ □
(4) Kodi i fëmijës		
(9) Kodi i klasës		□ □ □
(10) Kodi i shkollës		
EKZAMINIMI ANTROPOMETRIK		
(11) Data e matjes		Dita/ Muaji/ Viti □ □ / □ □ / □ □ □ □
(12) Koha e matjes ☐ Para drekës ☐ Pas drekës		
(13) Tani, do të doja t’ju masja peshën dhe gjatësinë. Unë do t’ju shpjegoj juve procedurën. A mund t’jua kryej këto matje? ☐ Po, fëmija pranon që t’i kryhen matjet (bëni matjet dhe vazhdoni tek pyetja 15) ☐ Jo, fëmija nuk pranon që t’i kryhen matjet (plotësoni pyetjen 14, fusni kodin tuaj (18) dhe firmosni formularin)		
(14) A mund të më thoni pse nuk doni që t’ju kryhen matjet? ☐ Fëmija nuk ndihet mirë ose ka dhimbje ☐ Fëmija është në ankth/nervoz ☐ Fëmija ka një paaftësi fizike ☐ Arsye tjetër (ju lutem specifikojeni) _____		
Matjet		
(15) Pështatura trupore		kg □ □ □ • □
(16) Gjatësia		cm □ □ □ • □
(17) Përshkruani rrobat e fëmijës në momentin e matjes (zgjidhni vetëm njërin opsion). Ju lutemi, kujtohuni që t’i hiqni këpucët, çorapet e trasha, si dhe çdo objekt tjetër të rëndë (telefon, portofol, rrip, etj.). ☐ Vetëm të brendshme ☐ Tuta sporti (p.sh. pantallona, tuta, T-shirt) ☐ Rroba të lehta (p.sh. T-shirt, pantallona pambuku, ose fund) ☐ Rroba të rënda (p.sh. xhup dhe xhinse) ☐ Tjetër (ju lutem specifikojeni) _____		

VLERËSIMI
I OBEZITETIT
NË MOSHËN
FËMINORE

	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i ekzaminuesit Faqja 3/3
(2) Kodi i shtetit		(4) Kodi i fëmijës
(9) Kodi i klasës		(10) Kodi i shkollës
(18) KODI i Peshores		
(19) KODI i Stadiometrit		
(20) Kodi i ekzaminuesit		
(22) A keni ngrënë mëngjes sot?		
☐ Po		
☐ Jo		
Firma		Data
VËZHGIMET E SUPERVIZORIT		

ANEX 4

Formulari i kthyer nga shkollat: pyetjet e detyrueshme

	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i Kthyer i Shkollës Faqja 1				
IDENTIFIKIMI						
(1) Kodi i formularit	SHKOLLA					
(2) Kodi shtetit						
(3) Kodi i shkollës						
(4) Emri i shkollës						
(5) Adresa e shkollës – rruga						
(6) Adresa e shkollës – qyteti/qyteza/fshati						
(7) Adresa e shkollës – rajoni/provinca						
(8) Cili është funksioni juaj në shkollë?	☐ Drejtor/Drejtoreshë/Titullar ☐ Mësues ☐ Tjetër (ju lutem, specifikojeni)					
(9) Data e plotësimit të formularit	Dita/ Muaji/ Viti / /					
INFORMACION MBI KLASAT E PËRFSHIRA						
(10) Sa klasa në shkollën tuaj janë përfshirë për të marrë pjesë?						
(11) Për secilën klasë të përfshirë, ju lutem plotësoni kolonat më poshtë:						
Nr. i klasës pjesëmarrëse	Viti i klasës	Nr. i nxënësve të regjistruar	Nr. i nxënësve të ekzaminuar	Nr. i nxënësve që mungojnë	Nr. i nxënësve që refuzojnë vetë që të ekzaminohen	Nr. i nxënësve prindërit e të cilëve nuk pranojnë
1.		☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem
2.		☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem	☐ Vajza ☐ Djem

 EUROPE	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i Kthyer Shkollës Faqja 2
(2) Kodi i shtetit (3) Kodi i shkollës		
INFORMACION MBI MJEDISIN E SHKOLLËS		
(12) Për secilën klasë të përfshirë, ju lutem plotësoni kolonat më poshtë:		
Nr. i klasës pjesëmarrëse	Në këtë vit shkollor, sa kohë në javë, ofron shkolla juaj mësim të edukimit fizik (si p.sh vallëzim) për nxënësit e secilës klasë të përfshirë në projekt?	Për këtë vit shkollor, a ka ndonjë iniciativë në klasën tuaj (pjesëmarrëse) për të promovuar një mënyrë jetese të shëndetshme (p.sh. aktivitet fizik dhe/ose ushqyerje të shëndetshme) për nxënësit e secilës klasë të përfshirë në projekt?
1.	Minuta në javë	☐ Po ☐ Jo
2.	Minuta në javë	☐ Po ☐ Jo
3.	Minuta në javë	☐ Po ☐ Jo
(13) A ka shkolla juaj mjedise të jashtme ose të brendshme ku fëmijët mund të luajnë zakonisht gjatë pushimeve mes orëve të mësimi? ☐ Po ☐ Jo		
(14) Cilat nga ushqimet/pijet e mëposhtme mund të gjenden nga nxënësit në mjediset e shkollës? Vendosni një kryq tek të gjithë artikujt e mundshëm. ☐ Fruta të freskëta ☐ 100% lëng frutash pa sheqer ☐ Lëng frutash me përmbajtje sheqeri ☐ Pije të ftohta pa sheqer ☐ Pije të ftohta me sheqer ☐ Pije të ngrohta pa sheqer ☐ Pije të ngrohta me sheqer ☐ Perime ☐ Kos ☐ Qumësht ☐ Qumësht artificial ☐ Ujë ☐ Karamеле, çokollata, kek, ëmbëlsira të tjera ☐ Patatina, popcorn, kikirikë, produkte të tjera të shijshme ☐ Pije dietike ☐ Tjetër (ju lutem specifikoni më poshtë):		

 EUROPE	Iniciativa Evropiane e Vlerësimit të Rritjes së Fëmijëve	Formulari i Regjistruar i Shkollës Faqja 3 Tetor 2012
(2) Kodi i shtetit (3) Kodi i shkollës		
INFORMACIONI MBI MJEDISET E SHKOLLËS		
(15) A ka shkolla juaj automatë për shitjen e ushqimeve apo pijeve? ☐ Po ☐ Jo		
(16) A ka shkolla juaj një klub për shitjen e ushqimeve apo pijeve (brenda dhe përreth shkollës)? ☐ Po ☐ Jo		
(26) Sipas mendimit tuaj, a janë rrugët për në shkollë dhe në shtëpi të sigurta për nxënësit për të ecur ose për të ngarë biçikletën? ☐ Po ☐ Jo		
28) A ka shkolla juaj klube sportive, ose a ofron mjedise sportive pas orëve të mësimi? ☐ Po, për të gjitha vitet ☐ Vetëm për nxënësit e disa viteve (specifikoni vitin): _____ ☐ Jo, për asnjë nxënës		

ANEX 5

Lista e shkollave të përfshira në studim.

KODI	SHKOLLA	QARKU	RRETHI	QYTETI
1	18 TETORI	Berat	Kuçovë	Kuçovë
2	1 MAJI	Berat	Berat	Berat
3	28 NËNTORI	Berat	Kuçovë	Kuçovë
4	22 TETORI	Berat	Berat	Berat
5	POBRAT	Berat	Kutalli	Pobrat
6	VELABISHT	Berat	Velabisht	Velabisht
7	PERONDI	Berat	Perondi	Perondi
8	DRENOVICË	Berat	Kutalli	Drenovicë
9	SALI GJUKA	Berat	Urë vajguore	Urë vajguore
10	GENC LEKA	Elbasan	Librazhd	Librazhd
11	QYBRA SOKOLI	Elbasan	Përrenjas	Përrenjas
12	VILSON BLOSHMI	Elbasan	Librazhd	Librazhd
13	SULË HARRI	Elbasan	Elbasan	Elbasan
14	PEDAGOGJIKE	Elbasan	Elbasan	Elbasan
15	JORGJI DILO	Elbasan	Elbasan	Elbasan
16	QAMIL GURANJAKU	Elbasan	Elbasan	Elbasan
17	NAIM FRASHËRI	Elbasan	Elbasan	Elbasan
18	KUQAN	Elbasan	Shirgjan	Kuqan
19	MEHMET BAJRAKTARI	Elbasan	Shalës	Shalës

20	VIDHAS	Elbasan	Papër	Vidhas
21	Përparim	Elbasan	Përparim	Përparim
22	GJYRALË	Elbasan	Gostimë	Gjyralë
23	GJERGJAN	Elbasan	Gjergjan	Gjergjan
24	OSMAN GJINI	Elbasan	Mollas	Mollas
25	Gocaj	Elbasan	Gjocaj	Gjocaj
26	KATUND I RI	Elbasan	Bradashesh	Katund i Ri
27	HALIT URUÇI	Elbasan	Belsh	Belsh
28	SHUSHICË	Elbasan	Shushicë	Shushicë
29	MIGJENI	Shkodër	Pukë	Pukë
30	AZEM HAJDARI	Shkodër	Shkodër	Shkodër
31	SKËNDERBEG	Shkodër	Shkodër	Shkodër
32	BRANKO KADIA	Shkodër	Shkodër	Shkodër
33	NDRE MJEDA	Shkodër	Shkodër	Shkodër
34	ISMAIL QEMALI	Shkodër	Shkodër	Shkodër
35	GOLEM	Shkodër	Rrethina	Golem
36	KOSMAÇ	Shkodër	Bushat	Kosmaç
37	GUR I ZI	Shkodër	Gur i Zi	Gur i Zi
38	TRUSH	Shkodër	Berdicë	Trush
39	ADEM HAXHIA	Shkodër	Postribë	Postribë
40	VRAKË	Shkodër	Gruemië	Vrakë
41	GRUDË E RE	Shkodër	Rrethina	Grudë e Re
42	BARDHEJ	Shkodër	Rrethina	Bardhej
43	XHORXH SORROS	Tiranë Rreth	Rrogozhinë	Rrogozhinë
44	VORË	Tiranë Rreth	Vorë	Vorë
45	KONGRESI I LUSHNJËS	Tiranë Qytet	3	Tiranë
46	JERONIM DE RADA	Tiranë Qytet	9	Tiranë
47	MISTO MAME	Tiranë Qytet	8	Tiranë
48	VASIL SHANTO	Tiranë Qytet	5	Tiranë
49	MIHAL GRAMENO	Tiranë Qytet	2	Tiranë
50	28 NËNTORI	Tiranë Qytet	11	Tiranë

51	ISA BOLETINI	Tiranë Qytet	11	Tiranë
52	SABAUDIN GABRANI	Tiranë Qytet	7	Tiranë
53	MUSINE KOKALARI	Tiranë Qytet	6	Tiranë
54	LASGUSH PORADECI	Tiranë Qytet	6	Tiranë
55	GJON BUZUKU	Tiranë Qytet	4	Tiranë
56	FAN NOLI	Tiranë Qytet	9	Tiranë
57	EMIN DURAKU	Tiranë Qytet	5	Tiranë
58	SHYQYRI PEZA	Tiranë Qytet	6	Tiranë
59	KONGRESI I MANASTIRIT	Tiranë Qytet	6	Tiranë
60	QAZIM TURDIU	Tiranë Qytet	9	Tiranë
61	ANDROKLI KOSTALLARI	Tiranë Qytet	1	Tiranë
62	EDITH DURHAM	Tiranë Qytet	5	Tiranë
63	GUSTAV MAYER	Tiranë Qytet	7	Tiranë
64	KAMËZ	Tiranë Rreth	Kamëz	Kamëz
65	MARQINET	Tiranë Rreth	Vorë	Marqinet
66	E RE BABRRU	Tiranë Rreth	Paskuqan	Babrru e re
67	PEZË HELMËS	Tiranë Rreth	Pezë	Pezë Helmës
68	FARKE	Tiranë Rreth	Farkë	Farke
69	LAKNAS I RI	Tiranë Rreth	Kamëz	Laknas i Ri
70	MUSTAFA K. ATATURK	Tiranë Rreth	Zall-Herr	Zall-Herr
71	KASHAR-QENDËR	Tiranë Rreth	Kashar	Kashar Qendër
72	MËZEZ-FUSHE	Tiranë Rreth	Kashar	Mëzes Fushë
73	KATUND I RI	Tiranë Rreth	Kashar	Katund i Ri
74	ÇERKEZË	Tiranë Rreth	Zall-Herr	Cerkezë
75	GOLEM	Tiranë Rreth	Golem	Golem
76	BËRXULL	Tiranë Rreth	Bërxull	Berxull
77	DEMOKRACIA	Tiranë Rreth	Kamez	Valias i Ri
78	KASEM SHIMA	Tiranë Rreth	Kashar	Mëzes Kodër
79	BABRRU-FUSHË	Tiranë Rreth	Paskuqan	Babrru Fushë

80	YZBERISHT	Tiranë Rreth	Kashar	Yzberisht
81	LAKNAS	Tiranë Rreth	Kamëz	Laknas
82	NIKO HOXHA	Tiranë Rreth	Kamëz	Valias
83	PASKUQAN 1	Tiranë Rreth	Paskuqan	Paskuqan 1
84	TAHIR SINANI	Tiranë Rreth	Paskuqan	Kodër e Kuqe
85	BATHORE 2	Tiranë Rreth	Kamez	Bathore
86	17 SHKURTI	Tiranë Rreth	Dajt	17 shkurti
87	VAJDIN LAMAJ	Tiranë Rreth	Bërxull	Domje
88	KAMËZ E RE	Tiranë Rreth	Kamëz	Kamëz e Re
89	BULÇESH I RI	Tiranë Rreth	Kamëz	Bulcesh i Ri
90	BABRRU	Tiranë Rreth	Paskuqan	Babrru Qender
91	AZEM HAJDARI	Tiranë Rreth	Kamëz	Zall-Mnër I Ri
92	PASKUQAN 2	Tiranë Rreth	Paskuqan	Paskuqan
93	HALIT COKA	Tiranë Rreth	Kamëz	Bathore 1
94	ORIKUM	Vlorë	Orikum	Orikum
95	RILINDJA	Vlorë	Vlorë	Vlorë
96	LEF SALLATA	Vlorë	Vlorë	Vlorë
97	JANI MINGA	Vlorë	Vlorë	Vlorë
98	9 TETORI	Vlorë	Sarandë	Sarandë
99	TODI KOCELI	Vlorë	Selenicë	Selenicë
100	EQEREM BEQIRI	Vlorë	Kotë	Kotë
101	FASLLI DANAJ	Vlorë	Shushicë	Llakatund
102	SHEFQET SULEJMANI	Vlorë	Sarandë	Gjashtë
103	SELAM MUSAI	Vlorë	Qendër	Babicë e Madhe
104	RISILI	Vlorë	Shushicë	Risili

ANEX 6

LISTA E PERSONELIT TË PËRFSHIRE NË REALIZIMIN E STUDIMIT TË COSI-T NË SHQIPËRI

Ekipi kombëtar i koordinimit	Genc Burazeri
	Enver Roshi
	Gazmend Bejtja
	Albana Ahmeti
Koordinatori i studimit	Jolanda Hyska
Ekzaminuesit	Lindita Ramaliu
	Mehdi Ndreu
	Entela Bushi
	Arta Ago
	Rudina Baboci
	Rovena Celiku
	Julinda Bizhga
	Elira Papa
	Herjon Muja
	Mimoza Luzati
Supervizorë	Genc Burazeri
	Jolanda Hyska
	Entela Bushi
Operatorë	Dritan Roshi
	Herjon Muja
	Kreshnik Petrela
Menaxheri i të dhënave	Ervin Toci
Pastrimi dhe validimi i të dhënave	Genc Burazeri
Analiza e të dhënave	Genc Burazeri
Shkrimi i raportit kombëtar	Jolanda Hyska, Genc Burazeri