

Universiteti i Vlorës " Ismail Qemali "

FAKULTETI I SHËNDETIT



**VLERËSIMI I NJOHURIVE TË PRINDËRVE LIDHUR ME MËNYRËN E
USHQYERJES TEK FËMIJËT NË MOSHËN 0 – 5 VJEÇ.**

Temë diplome për
Master Shkencor në Shkenca Infermierore
Viti 2019

PUNOI

Joana ÇOBO

UDHËHEQËSI SHKENCOR

Prof. Dr. Yllka BILUSHI

VLORE , 2019

DEKLARATA E AUTORËSIS

Nën përgjegjësinë time personale , deklaroj se ky studim është punë origjinale dhe nuk përmban plaghiaturë . Punimi është shkruar prej meje, nuk është prezantuar asnjëherë para një komisioni tjetër për vleresim dhe nuk është botuar i tëri apo në pjesë të veçanta . Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe të referuara .

Me respekt , Joana Çobo

MIRËNJOHJE DHE FALENDERIME

Kjo mikrotezë vjen si një punim përmbyllës për ciklin e studimeve “ Master i Shkencave “ në degën e Infermierisë .

Dëshiroj të shpreh mirënjohjen dhe falenderim të veçantë për udhëheqësen timë në këtë studim Prof.Dr. Yllka Bilushi e cila me kontributin , profesionalizmin dhe përkushtimin e saj më ka dhënë të gjithë suportin e nevojshëm për realizimin e këtij punimi .

Një falenderim tepër i ngrohtë shkon për familjen time , për mbështetjen dhe kurajon që më kanë ofruar në rrugën e arsimimit dhe të formimit tim.

Faleminderit !

PËRMBAJTJA E LËNDËS

LISTA E FJALORIT DHE SHKURTIMEVE 6

LISTA E TABELAVE DHE DIAGRAMEVE7

KAPITULLI I: HYRJE 8-9

1.1 Konteksti i Studimit

1.2 Qëllimi dhe Objektivat e Studimit

1.3 Hipotezat dhe Pytja Kërkimore

1.4 Kufizimet dhe Struktura e Studimit

KAPITULLI II: RISHIKIMI I LITERATURËS 10 -27

2.1 Koncepti i kequshqyerjes

2.2 Anoreksia, Bulimia dhe Obeziteti

2.3 Ushqyerja e fëmijëve dhe rëndësia e saj.

2.4 Kequshqyerja tek fëmijët dhe masat drejt eliminimit të saj

2.5 Përkufizimi i dietës së balancuar dhe elementët e saj .

2.6 Rëndësia e prindërimit në zhvillimin e foshnjës apo fëmijës.

2.7 Monitorimi dhe hapat e saj në rritjen e forshnjave dhe fëmijëve

2.8 Pajisjet dhe teknikat e matjeve për vlerësimin e rritjes së forshnjave e fëmijëve.

2.9 Ndjekja dhe këshillimi i problemeve në rritje .

KAPITULLI III : METODOLOGJIA 28

3.1 Modeli Konceptual dhe metoda e përdorur në Studim

3.2 Ndërtimi i pyetsori dhe mbledhja e të dhënave

KAPITULLI IV : ANALIZA DHE REZULTATET E STUDIMIT..... 29 - 43

4.1 Rezultatet

4.2 Diskutimet	
KAPITULLI V : KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME	44
5.1 Konkluzione	
5.2 Rekomandimet	
SHTOJCA I – PYETSORI I STUDIMIT	45-49
SHTOJCA II – PËLQIMI PARAPRAK PËR KRYERJEN E PYETSORIT	50
LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA	51 -54
ABSTRAKTI	55
ABSTRACT.....	56

LISTA E TABELAVE DHE DIAGRAMEVE

1. **Tabela nr 1** : Faktorët e lidhur me kequshqyerjen e fëmijëve sipas viteve dhe autorëve të ndryshëm .
2. **Grafiku nr 1.** Paraqitja grafike e gjinisë së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.
3. **Tabela nr 2** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS për gjininë së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.
- 4.
5. **Grafiku nr 2.** Paraqitja grafike e moshës së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.
6. **Tabela nr 3** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e moshës së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.
7. **Grafiku nr 3.** Paraqitja grafike e nivelit të arsimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
8. **Tabela nr 4** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e nivelit të arsimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
9. **Grafiku nr 4.** Paraqitja grafike e statusit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
10. **Tabela nr 5** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS për statusin të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
11. **Grafiku nr 5.** Paraqitja grafike e vendbanimeve të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
12. **Tabela nr 6** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e vendbanimeve të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
13. **Grafiku nr 6.** Paraqitja grafike e vendbanimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
14. **Tabela nr 7** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e vendbanimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
15. **Grafiku nr 7.** Paraqitja grafike e pagave të secilit prej të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
16. **Tabela nr 8** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pagave të secilit prej të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
17. **Grafiku nr 8.** Paraqitja grafike e vlerësimit shëndetsor i prindërve pjesmarrës në pyetsorin tonë.
18. **Tabela nr 9** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e vlerësimit shëndetsor i prindërve pjesmarrës në pyetsorin tonë
19. **Grafiku nr 9.** Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ **A e ushqeni foshnjën tuaj me qumësht gjiri ?** ”
20. **Tabela nr 10** : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ **A e ushqeni foshnjën tuaj me qumësht gjiri ?** ”

21. *Grafiku nr 10.* Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ ***Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?*** ”
22. *Tabela nr 11 :* Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ ***Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?*** ”
23. *Grafiku nr 11.* Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ ***Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?*** “
24. *Tabela nr 12 :* Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ ***Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?*** “
25. *Grafiku nr 12.* Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ ***Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?*** ”
26. *Tabela nr 13 :* Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ ***Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?*** ”

LISTA E SHKURTIMEVE DHE E FJALORIT

1. ***Kequshqyerja*** përkufizohet si një çrregullim që prek ushqyerjen dhe ka të bëjë me një shqetësim serioz shëndetësor. Ky çrregullim ndahet në dy kategori: ushqyerja e pakët dhe e tepërt.
2. ***Pediatër është mjek për*** fëmijët; specialist për sëmundjet e fëmijëve. Pediatri i ambulancës.
3. **IMT** Indeksi masës trupore
4. **KF** Këshillimore e fëmijës
5. **MF** Mjek familje
6. **OBSH** Organizata Botërore e Shëndetësisë
7. **QSH** Qendër Shëndetësore
8. **VMG** Foshnje e vogël për moshën gestacionale
9. **VRRI** Vonesë në rritjen intrauterin

KAPITULLI I: HYRJE

1.1 Konteksti i Studimit

Kequshqyerja, është shumë më tepër se pasiguria ushqimore. Ajo ekziston në komunitete ku ka siguri ushqimore. Disa nga shkaqet janë njohuritë e pamjaftueshme për praktikën e të ushqyerit të foshnjave dhe kujdesi i pakët ndaj fëmijëve dhe aksesit i pamjaftueshëm në shërbime shëndetësore dhe shërbime të tjera sociale. Sipas Studimit Demografik Shëndetësor të Shqipërisë (SDSH) të vitit 2010, 19% e fëmijëve kanë prapambetje në rritje dhe 22% janë mbipeshë dhe obezë. Duke marrë në konsideratë përmasat e problemit dhe ndikimin e mundshëm, burimet që i jepen ushqyerjes së fëmijëve të vegjël në Shqipëri vazhdojnë të jenë të pakta. Rëndësia e një qasjeje ndërsektoriale për kequshqyerjen e fëmijëve, nuk është kuptuar sic duhet dhe në fakt duhet të realizohet në një kombinim ideal të ndërhyrjeve me specifike ushqyerjes dhe të ndjeshme ndaj ushqyerjes. Për këtë arsyeje mu duk tepër interesante si temë për të zhvilluar një studim shkencor i cili do të na jepte dhe të dhëna më aktuale. Ajo çfarë dua të nxjerr në pahë në studimin tim është se a janë prindërit më të informuar në lidhje me ushqimet që duhet tju ofrojnë fëmijëve , akryejnë matje dhe kontrole të rregullta , a kanë krijuar ata një regjim për fëmijën e tyre , cilat janë burimet e informacionit dhe a janë këto të besueshme dhe në mënyrë periodike nga ana e prindërve dhe shumë faktorë të tjerë që ndikojnë dhe lidhen me temën e ushqyerjes së fëmijëve nga 0-5 vjeç .

1.2 Qëllimi dhe Objektivat e Studimit

Qëllimi kryesorë i këtij studimi është të kuptojmë se a janë ndërgjegjësuar më shumë prindërit në lidhje me informimin mbi ushqyerjen e fëmijëve të tyre në 5 vitet e para të jetës dhe ndërveprimi i tyre me institucioneve ku ata dërgojnë fëmijët e tyre në një pjesë të mirë të kohës si kopshte apo çerdhe .

Objektivat

1. Të kuptojmë burimin e informacionit të prindërve nga merret si burim informacioni dhe a është periodik .
2. Të kuptojmë si është ndërveprimi midis prindërve dhe edukuesve në institucione si kopshte apo çerdhe .
3. Të kuptojmë a janë kontrollet te mjeku dhe mbajtja e një regjimi të rregullt janë periodike.

1.3 Hipotezat dhe Pytja Kërkimore

Hipotezat

1. Kontrollet periodike ndiqen përpikmërisht nga ana e prindërve .
2. Informacionet që prindërit lexojnë në lidhje me fëmijët e tyre janë informacione të besueshme dhe marrë nga burime zyrtare.
3. Mjekët specialistë përveçse vizitave që bëjnë në kohën që prindërit i sjellin në klinika ata bëjnë kostatime dhe në kopështe dhe në çerdhe .

Pyetje Kërkimore

1. A janë mardhënjet doktor pediatër – prind mardhënie me kontakt të vazhdedhëm për ecurin e foshnjës apo fëmijës ?
2. A janë mardhënjet edukator – prind mardhënie me kontakt të vazhdedhëm për ecurin e foshnjës apo fëmijës ?
3. Si është raporti i zbatimit të rregullave apo këshillave të mjekut pediatër nga ana e prindërve ?

1.4 Kufizimet dhe Struktura e Studimit

Kufizimet

1. Numri i vogël i institucioneve arsimore si kopësht dhe çerdhe është tepër i vogël për studimin tonë , si për marrjen sa më të sakta në një qytet si Tirana por edhe për rezultate në rand vendi pasi është marrë ne shqyrtim dy institucione arsimore në një nga njësitë administrative numër 8 në Tiranë .
2. Një tjetër kufizim në këtë studim është mungesa e një interviste nga ana e një mjeku pediatër për të pasur dhe opinionin e kostatimet e tijë .

Struktura

Kapitulli I përmban elementët thelbësor në konceptimin e temës së përzgjedhur për temën e diplomës. Këto element tepër të rëndësishme janë konteksti i studimit , qëllimi dhe objektivat e studimit , hipotezat dhe pyetja kërkimore , si dhe në fund të sajë kemi kufizimet dhe struktura e studimit .

Kpitulli i II përmbanë rishikimin e literaturës dhe konceptet kryesore ku ndër to mund të përmendim monitorimin e rritjes së foshnjës dhe fëmijës deri në 5 vjeç, matja e peshës dhe gjatësis së foshnjave e fëmijëve etj.

Kapitulli III përmban metodologjinë apo përshkrimin e gjithë procesit të studimit dhe metodat e përdorura në këtë studim duke përmbajtur element specifik si modeli konceptual , metoda e përdorur , ndërtimi i intervistës dhe mbledhja e të dhënave .

Kapitulli IV përmbanë studimine analizën e përgjigjeve të pyetsorit të marrë nga dy prindërit e dy kopështëve të marra në shqyrëtim , Kopësht dhe çerdhe private “ Lepurushat “ dhe Kopësht dhe çerdhe shtetërore “ Nr 45 “

Kapitulli V përmban përfundimet e dala nga analiza dhe rekomandimet që dalin nga analiza e studimit tonë dhe disa rekomandime që do të mund të na ndihmonin në të ardhmen për të ndihmuar prindërit apo dhe për një studim më të detajuar dhe më të plotë .

Bibliografia dhe referencat të cilat janë tejet të rëndësishme për studimin tonë pasi janë vërtetuesi i informacioneve të përdorura në studimi dhe nëse ato janë marrë nga burime të besueshme apo jo .

KAPITULLI II: RISHIKIMI I LITERATURËS

2.1 Koncepti i kequshqyerjes

Mënyra e të ushqyerit është shkenca që merret me studimin e marrjes së ushqyesve dhe funksioneve të tyre në trup (3). Ai gjithashtu përfshin studimin e vetive kimike dhe fizike të ushqyesve burimet e tyre ushqimore, mungesën, simptomat dhe proporcionin e tyre të duhur në një dietë të ekuilibruar. Studimi i të ushqyerit është shumë thelbësor për shkak të rëndësisë së ushqimit për mbijetesën dhe zhvillimin e qenieve njerëzore. Ushqimi i mirë është gjithashtu thelbësor për zhvillimin e mirë intelektual të qenieve njerëzore. Njerëzit të cilët janë të ushqyer mirë kanë më shumë rezistencë ndaj sëmundjes sesa ata që janë ushqyer keq. Një tjetër autor vuri në dukje se fillimet dhe vitet e para të jetës janë vitet më të rëndësishme në jetë. (48) Kjo është për shkak se rritja është e shpejtë dhe kërkesat për të gjitha lëndët ushqyese të ushqimit janë të larta. Si rezultat, këto ushqyesve duhet të furnizohen në sasi të mjaftueshme. Kur furnizimet e lëndëve ushqyese të kërkuara janë joadekuate, vendosje shtesë vihet në trup nëpërmjet infeksionit; fëmija sëmurët pasi nuk ka mekanizëm mbrojtës të mjaftueshëm. Kjo sëmundje mund të zhvillohet me shpejtësi dhe mund të rezultojë në vdekje. Në shumicën e rasteve, ushqimi i duhur mund të sjellë një shërim të shpejtë.

Autor tjetër përshkruan kequshqyerjen si një term i përgjithshëm i përdorur për t'iu referuar të ushqyerit të varfër ose joadekuate. (64) Në anën tjetër definohet kequshqyerja si një gjendje e sëmurë që rezulton kur ushqyesit nuk konsumohen në përpjesëtim të saktë siç kërkohet nga trupi. (38) Ekzistojnë dy forma kryesore të kequshqyerjes, domethënë nën-të ushqyerit dhe mbi-ushqimin. Nën-të ushqyerit ndodh kur sasi të pamjaftueshme të ushqyesve konsumohen p.sh. kwashiorkor dhe anemia janë për shkak të konsumit të pamjaftueshëm të proteinave dhe hekurit respektivisht. (38) Nga ana tjetër, mbi-ushqyerja është kur konsumohet një sasi e tepërt e disa lëndëve ushqyese, të tilla si të hahet shumë ushqim kalori, që çon në obezitet dhe shumë vitamina, veçanërisht vitamina A dhe D, që rezulton në hypervitaminosis që ka disa sëmundje të keq- efektet në trup. Kostoja e kequshqyerjes duhet të matet jo vetëm në aspektin e normave të rritura të morbiditetit dhe vdekshmërisë, por edhe si kapacitet prodhues reduktues, potencial të zvogëluar mendor, shpenzime më të larta për shëndetin dhe vuajtje të panevojshme njerëzore. Mungesa e njohjes së të ushqyerit nga ana e homemakërit rezulton me probleme ushqyese në fëmijët. Një autor ia atribuoi shkaqet e kequshqyerjes shumë faktorëve të jashtëm të cilët janë si vijon: (57)

1. Prodhimi i pamjaftueshëm ushqimor si pasojë e eksodit masiv të njerëzve nga fshatrat në qytete në kërkim të vendeve të punës më të paguar.
2. Shumë njerëz janë analfabetë ose gjysmë analfabetë dhe nuk kanë dijeni për të ushqyerit.
3. Metodatat e dobëta të magazinimit dhe transportimit të ushqimit në qytete dhe qytete të mëdha.
4. Shumë persona janë të varfër dhe nuk kanë mjaft para për të blerë ushqimet e duhura.
5. Shumë njerëz nuk e buxhetojnë paratë e tyre të shtëpisë me mençuri. Rrjedhimisht, ata shpenzojnë një pjesë të madhe të parave në rrobat më të fundit në modë, por blejnë cilësinë më të lirë dhe më të varfër të ushqimeve për të ushqyer familjet e tyre.

<i>Achakzai and Khan (2016)</i>	Humbja tek fëmijët ishin përkatësisht 48% dhe 10%. Karakteristikat socio-demografike, shëndeti i nënës dhe treguesit e shëndetit të fëmijëve ishin të lidhura dukshëm me kërcënimin dhe humbjen.
<i>Hamad et al. (2016)</i>	Ka pasur një raport më të madh të të nënushqyerit në këtë moshë tek djemtë në krahasim me vajzat.
<i>Khan et al. (2016)</i>	Prevalenca e nënpeshës, kërcënimit dhe humbjes ishte përkatësisht 39%, 48% dhe 16%. Djemtë u gjetën të jenë më mahnitës në krahasim me vajzat. Fëmijët në ekonomitë familjare më të varfra ishin dy herë më shumë si të rrëgjohen dhe të humbasin krahasuar me familjet më të pasura. Diarreja u shoqërua me nënpeshë.
<i>Mahmood et al. (2016)</i>	32% e fëmijëve ishin të kequshqyer. Studimi tregon se kequshqyerja lidhet dukshëm me analfabetizmin e nënës dhe me praninë e anëtarëve të familjes me aftësi të kufizuara në shtëpi.
<i>SMART, (2016)</i>	30% e fëmijëve që i përkasin zonave rurale ishin të kequshqyer në krahasim me 19% në zonat urbane. Gjysma e fëmijëve u habitën. Fëmijët i përkasin moshës 6-17 mujore ishin më të tronditur dhe të humbur në krahasim me një grup moshe më të lartë.
<i>Zanib and Qadir (2016)</i>	Abuzimi fizik midis punës së fëmijëve në familje ishte faktori kryesor i kequshqyerjes.
<i>Ali et al. (2015)</i>	9% e fëmijëve ishin të ngadalësuar, 11% ishin nënpeshë, dhe 4% u humbën. Analfabetizmi, madhësia e madhe e familjes, largimi i vonuar dhe i hershëm, mungesa e ushqyerjes me gji dhe varfëria ishin faktorët që lidhen me kequshqyerjen.
<i>Khan et al. (2015)</i>	Fëmijët në familjet bërthamore kanë një rrezik më të lartë për tu tretur dhe habitur. Arsimi i nënës u gjet precizues i fortë për zvogëlimin e barrës së kequshqyerjes në fëmijë.
<i>Laghari et al. (2015)</i>	66% e fëmijëve ishin të prekur nga kequshqyerja. Kequshqyerja e rëndë ishte dukshëm më e lartë tek fëmijët femra. Kequshqyerja ishte dukshëm më e lartë tek fëmijët më të vegjël 6-23 muaj se sa tek fëmijët më të rritur 24-59 muaj.
<i>Afridi et al. (2014)</i>	14% ishin nënpeshë; 8% e fëmijëve ishin të humbur; ndërkohë që 8% kanë rënë.
<i>Anonymous (2014)</i>	Vajzat u gjetën të jenë më të kequshqyer në krahasim me djemtë dhe fëmijët në grupmoshën më të re ishin gjithashtu shumë kequshqyer në krahasim me grupmoshën më të vjetër.
<i>Ullah et al. (2014)</i>	38% meshkuj dhe 32% fëmijë femra ishin të kequshqyer. Faktorët e rrezikut për kequshqyerjen e fëmijëve ishin mungesa e edukimit, mungesa e imunizimit, shtatzënia adoleshente dhe madhësia e madhe e familjes.

<i>Gul and Kibria (2013)</i>	61% e meshkujve dhe 40% e femrave u gjetën të kequshqyer. 71% fëmijë më pak se dy vjet ishin kequshqyer. Madhësia e madhe e familjes, statusi i dobët socio-ekonomik, analfabetizmi i nënës, nënat më të reja, anemia e nënës dhe partitë e shumta ishin shkaqet kryesore të kequshqyerjes së fëmijëve.
<i>Nisar et al. (2013)</i>	Fëmijët e pranuar me anemi ushqyese në spitalin e fëmijëve, Islamabad i përkisnin më pak se dy vjet dhe kishin status shumë të dobët ushqimor.
<i>Rehman et al. (2013)</i>	30% e fëmijëve ishin të nënçmuar. U zbulua se 18% e fëmijëve ishin të lehta, 10% ishin të moderuar dhe 2% ishin nën peshë.
<i>Batool et al. (2012)</i>	Mbipesha ishin më të zakonshme në djemtë në krahasim me vajzat. Gjendja e ulët socio-ekonomike, madhësia e madhe e familjes, shkalla e ulët e shkrim-leximit ishte e lidhur me shëndetin e dobët dhe të ushqyerit në fëmijët.
<i>Mushtaq et al. (2012)</i>	Varfëria, arsimi i ulët, të ardhurat e ulëta dhe shtëpitë e mbipopulluara ishin faktorët e lidhur me kequshqyerjen e fëmijërisë.
<i>Mushtaq et al. (2011)</i>	8% e fëmijëve kanë rënë dhe 10% e fëmijëve janë tretur. Humbja dhe ngërçitja nuk ishin të lidhura dukshëm me gjininë.
<i>Khattak and Ali (2010)</i>	50% e fëmijëve parashkollorë janë përballur me kequshqyerje. Shoqata e fortë e kequshqyerjes së fëmijëve u gjet me madhësinë e familjes, të ardhurat e familjes dhe numrin e fëmijëve në familje
<i>Riaz et al. (2010)</i>	24% dhe 11% e fëmijëve u gjetën të jenë nën peshë dhe rrëgjuar respektivisht. Rritja e goditjes ishte gjetur në 13% meshkuj dhe 8% femra fëmijë.
<i>Nuruddin et al. (2008)</i>	Prevalenca e harxhimit, ngërçitjes dhe nënpeshës ishte më e lartë në më pak se dy vjet të fëmijëve.
<i>Ansari et al. (2006)</i>	Fëmijët femra kishin tri herë më shumë gjasa të ishin të ngadalta se meshkujt. Pasiguria në ushqim, mungesa e njohurive për ushqyerjen e fëmijëve dhe praktikat e kujdesit shëndetësor të fëmijëve ishin shkaqet kryesore të kequshqyerjes së fëmijëve.
<i>Anwar et al. (2006)</i>	46% e shkollës që ndjekin fëmijët ishte kequshqyer. Fëmijët një të katërt u përballën me zgjebe të kariesit dentar dhe vlon të shumta janë sëmundjet e zakonshme të fëmijëve të kequshqyer.
<i>Khuwaja et al. (2005)</i>	16% e fëmijëve ishin të ngadaltë. Fëmijët femra në krahasim me meshkujt kanë më shumë gjasa të jenë të rrëmbyer. Etërit që punonin si shërbëtorë publike, fermerët dhe tregtarët kishin më shumë të ngjarë të kishin fëmijë të cilët kishin rrëgjuar kur krahasoheshin me qiradhënësit.
<i>Anwar and Awan (2003)</i>	36% e fëmijëve kanë rënë dhe 45% janë nënpeshë. Fëmijët femra në zonat rurale janë gjetur dy herë më kequshqyer në krahasim me femrat që jetojnë në zonat urbane.

<i>Shah et al. (2003)</i>	26% e fëmijëve janë tretur dhe 15% kanë rënë. Analfabetizmi i nënës, varfëria dhe shtëpitë e mbipopulluara kishin më shumë gjasa të kishin fëmijë të trullosur.
<i>Mian et al (2002)</i>	Në përgjithësi, 44% e fëmijëve ishin të kequshqyer. Fëmijët në grupmohën më të lartë, madhësia e madhe e familjes dhe varfëria ishin faktorët kryesorë të kequshqyerjes së fëmijëve.

Tabela nr 1 : Faktorët e lidhur me kequshqyerjen e fëmijëve sipas viteve dhe autorëve të ndryshëm .

2.2 Anoreksia, Bulimia dhe Obeziteti

I. Obeziteti

Obeziteti është një gjendje trupore ku yndyrnat e tepërt të organizmit, të marra përmes ushqimit, grumbullohen vazhdimisht në organizëm dhe ka një efekt negativ për shëndetin, duke çuar në uljen e pritshmërive jetësore dhe/ose probleme shëndetësore në rritje. Njerëzit konsiderohen obezë kur indeksi i masës trupore të tyre i kalon 30 kg/m². Obeziteti rrit mundësinë e sëmundjeve të ndryshme, pjesërisht ato të zemrës, diabetin e tipit dy, disa lloje kanceri dhe osteoartrit. **(62)** Obeziteti më së shumti shkaktohet nga një kombinim i marrjes së tepërt të energjisë përmes ushqimit, mungesa e aktivitetit fizik dhe ndjeshmërisë gjenetike, megjithëse disa shkaqe shkaktohen nga gjenet, sëmundjet e sistemit endokrin, mjekimet ose sëmundjet psikike. Provat për të mbështetur pikëpamjen se disa njerëz obezë, megjithëse hanë pak, përsëri fitojnë peshë për shkak të një metabolizmi të ngadaltë janë të pakta. Në fakt, më të shumtët e njerëzve obezë kanë një harxhim energjie më të madh sesa njerëzit e dobët fizikisht, për shkak të energjisë që duhet për të mirëmbajtur një peshë trupore të madhe. **(61)**

Dieta ushqimore dhe ushtrimi fizik janë trajtimet kryesore për obezitetin. Kualiteti i dietave mund të përmirësohet duke ulur konsumimin e ushqimeve, që përmbajnë shumë energji, siç janë ato të pasura me yndyrna dhe sheqerna dhe duke rritur konsumimin e fibrave. Ilaçet anti obezitet mund të merren për të ulur oreksin ose të ulin thithjen e yndyrnave kur përdoren bashkë me një dietë të përshtatshme. **(60)** Nëse dieta, ushtrimet fizike dhe mjekimi nuk janë të efektshme, fare mirë një operacion kirurgjik mund të kryhet për të ulur vëllimin e stomakut, duke çuar në të ndjerët të ngopur më herët dhe uljen e mundësisë për të thithur vlerat ushqyese nga ushqimi.

II. Anoreksia

Anoreksia nervore është një çrregullim i të ushqyerit në të cilën personi bie shumë në peshë sepse e kufizon të ngrënin. Ky problem vihet re më dendur te gratë e reja dhe vajzat adoleshente se sa te meshkujt. Shkaqet e anoreksisë nuk janë zbuluar tërësisht, megjithatë ka të ngjarë që ato të jenë sociale, psikologjike e fiziologjike. **(68)** Psikologët thonë se konsumi i tepër i ushqimit ka një njëanshmëri me alkoolin si dhe me pirjen e duhanit, sepse sipas saj kjo është një shprehi e fituar gjatë jetës së individit. Por zakonisht abuzimi i rritur i ushqimit është një lloj prehje për njerëzit që gjenden në

situatat problemore. Thonë se disa njerëz duke ikur nga problemi aktual, ata gjen mënyrën më të lehtë të ngushëllimit të vetvetes. Manifestimet klinike te anoreksise nervoze jane,pergjithesisht,shume te renda nder te cilat mund te permendim edhe manifestimet e sistemit endokrin.Amenorrea(çrregullime,nderprerja e ciklit menstrual tek femrat)qe vjen nga reduktimi i sekretimit te faktoreve te lirimit te gonadotropinave(si dhe reduktimi i sekretimit te hormoneve LH e FSH). (67) Manifestime te tjera me te zakonshme ,te lidhura me me reduktimin e lirimit te hormoneve te tiroides,jane edhe intolerimi ndaj te fohtit,bradikardi(zvogelim i numrit te rrehjeve te zemres)dhe modifikim te lekures. Lekura duket e thate dhe luspor(kur fillon te rripet) dhe merr nje ngjyre ne te verdhe per shkak te rritje se sasise se karotenit ne gjak. (66) Densiteti i kockave dobesohet sepse bie niveli i estogjeneve ,qe stimulon osteoporozen((dobesim i kockave dhe si rrjedhim frakturohen me shpejt)qe verifikohet me shume pas menopauzes. Mund te manifestohen anemi,linfopeni(zvogelim i numrit te linfociteve)dhe ipoalbuminemi. Nje nder komplikimet me te rendesishme te anoreksise nervoze është edhe rritja e rrezikut te aritmive te zemres(çrregullim e i numrit te rrahjeve te zemres)qe mund te shkaktojen vdekje te parakohshme,qe mund te jete rrjedhoje zvogelimit te joneve K+.(65)

III. Bulimia

Bulimia nervosa (apo në shqip: neuroza bulimike) është një çrregullim psikologjik i të ngrënit, që karakterizohet me intervale të të ngrënit të pakontrolluar të përcjellur me metoda joadekuate për kontrollim të peshës (të vjellur). Brengosja e tepruar për formën dhe peshën janë poashtu karakteristika të bulimisë. Faza e kënaqësisë është intervali kur një individ ha sasi shumë më të mëdha të ushqimit se shumica e njerëzve në situatë të ngjashme. Të ngrënit me kënaqësi nuk është përgjigje ndaj urisë intenzive. Zakonisht është rezultat i depresionit, stresit apo çështjes së vetbesimit. (59) (60) Gjatë këtij intervali, individi përjeton humbjen e kontrollit. Sidoçoftë ndjenja e humbjes së kontrollit poashtu përcillet edhe me intervale të shkurtëra të qetësisë.e cila shpesh përcillet me neveri ndaj vetes. Njerëzit me bulimi mund të duken plotësisht normal. Shumica prej tyre kanë peshë normale e disa mund të kenë peshë të shtuar. Femrat me bulimia kanë tendencë të arrijnë lartë. Shpesh është e vështirë të përcaktohet se a vuan një person nga bulimia. Kjo ngjet për shkak se të ngrënit e tepruar dhe vjellja kryhen fshehurazi. Poashtu individët që vuajnë nga bulimia shpesh e mohojnë gjendjen e tyre.. Ata që vuajnë konsumojnë sasi të mëdha të ushqimit. Nganjëherë gjer në 2,000 kalori përnjëherë. Artikujt që i kënaqin janë zakonisht ato të etiketuara si "artikuj qetësues" ëmbëlsirat, me vlerë të lartë kalorike, apo ato të buta si akulloret, keku dhe tortat. Individi mund t'i dorëzohet kënaqësisë kudo prej dy e gjer më disa here në ditë.Nëse keni një anëtar të familjes që ka çrregullim të të ngrënit, një mjek apo këshillues mund t'ju ndihmojë në betejë me ç'rregullimin e tyre.

2.3 Ushqyerja e fëmijëve dhe rëndësia e saj.

"Njeriu është ajo që ha" nga tretja, asimilimi dhe përdorimi i ushqimit, trupi rritet dhe funksionon. (38) Ushqimi i duhur nënkupton marrjen e ushqimeve adekuate dhe shtesave për të përcjellë ushqimet e nevojshme për një ushqim të përshtatshëm për shëndetin, rritjen dhe zhvillimin e trupit. Pa ushqim dhe stërvitje të duhur, shëndeti dhe mirëqenia optimale nuk mund të arrihen. Është për të ardhur keq që në Nigeri, një

përqindje e lartë e prindërve nuk mund t'i ushqejë fëmijët e tyre në një dietë të ekuilibruar. Shumica e fëmijëve shpesh ushqehen me karbohidrate të cilat mund të përfitojnë me çmim të ulët dhe shpejt mund të kënaqin urinë pa u dhënë asnjë mendim ushqyesve të tjerë të nevojshëm për zhvillimin e duhur dhe rritjen e fëmijëve. Ky kusht, nëse zgjatet, çon në sëmundje ushqyese të mungesës. (57) vuri në dukje se fëmijët janë më të prirur ndaj mangësive ushqyese gjatë viteve të para të rritjes së shpejtë, të cilat mund të përshkruhen si shtrirje nga lëvizja e konceptimit deri te shtatzënia, foshnjëria dhe deri në moshën pesëvjeçare, pengon ndarjen e qelizave në trurin e njeriut. Mangësitë ushqyese të fëmijërisë nuk mund të kompensohen nga ushqimi i përmirësuar në moshën e rritur. Për këtë arsye, foshnjat duhet të bëhen për të ushqyer ushqim ushqyes të drejtë që nga koha kur janë në mitrën e nënës.

2.4 Kequshqyerja tek fëmijët dhe masat drejt eliminimit të saj

Edhe pse ka qenë prej kohësh e njohur se kequshqyerja është e lidhur me vdekshmërinë tek fëmijët (19) (56), një vlerësim formal i ndikimit të kequshqyerjes si faktor rreziku është kryer vetëm kohët e fundit. Në fillim të viteve 1990, rezultatet e studimit të parë epidemiologjik mbi kequshqyerjen treguan se kequshqyerja fuqizonte efektet e sëmundjeve infektive në vdekshmërinë e fëmijëve në nivel të popullsisë (40), një rezultat që deri atëherë ishte vëzhguar vetëm klinikisht . Në fakt, shumica e vdekjeve të lidhura me kequshqyerje ishin të lidhura me kequshqyerje të butë, në vend se të rënda, për shkak se popullsia e butë për të moderuar ishte shumë më e madhe se popullsia e kequshqyer. Studimi gjithashtu konfirmoi se kequshqyerja ka një efekt multiplikativ mbi vdekshmërinë. Duke marrë parasysh të gjitha shkaqet themelore të vdekjes, rezultatet sugjerojnë se kequshqyerja ishte një shkak shoqëruar në rreth gjysmën e të gjitha vdekjeve të fëmijëve në vendet në zhvillim. Megjithatë, nga një perspektivë e politikës kombëtare, studimi epidemiologjik kishte një kufizim: vlerësimi global i vdekshmërisë së lidhur me mungesën e ushqimit nuk mund të zbatohet në vende me profile të ndryshme sëmundjesh. Kequshqyerja tek fëmijët mund të vlerësohet duke përdorur antropometrinë, indikatorët biokimikë (p.sh. një rënie në nivelin e albuminës serum) dhe shenjat klinike të kequshqyerjes (p.sh. edemë, flokë dhe ndryshime të lëkurës). Avantazhi i antropometrisë është se matja e trupit është e ndryshme ndaj spektrit të plotë të kequshqyerjes, ndërkohë që treguesit biokimik dhe klinik janë të dobishëm vetëm kur një fëmijë është së paku i moderuar kequshqyer. Një disavantazh i antropometrisë është mungesa e tij specifike, sepse ndryshimet në matjet e trupit janë gjithashtu të ndryshme ndaj disa faktorëve të tjerë si lartësia, stresi dhe trashëgimia gjenetike. Në fëmijët deri në moshën pesë vjeçare, megjithatë, efektet e këtyre faktorëve në rritje nuk kanë arritur potencialin e tyre të plotë dhe efektet e tyre në matjet antropometrike janë të papërfillshme krahasuar me efektin e kequshqyerjes. Treguesit e zakonshëm antropometrikë të kequshqyerjes së fëmijëve janë kombinimet e matjeve të trupit dhe moshës, sepse përgjigja afatshkurtër e trupit të një fëmije në marrjen e pamjaftueshme të ushqimit është të ngadalësojë ose të ndalojë rritjen. , zakonisht si pasojë e urisë ose sëmundjes së rëndë; dhe nën peshë, apo peshë të ulët për moshën, pasqyron të dyja harxhimin dhe stunting dhe është kështu një sintezë e statusit aktual të proporcionit të trupit dhe rritjes lineare. (39) (59) Në gratë e moshës riprodhuese (15-44 vjeç), është rekomanduar që vlerat BMI të përdoren për të matur prevalencën e nënpeshës së nënës, të cilat përcaktohen duke ndarë peshën e nënës (në kilogramë) me lartësinë e saj në metra katrorë OBSH, 1995a). Ky tregues është në përputhje me indeksin e rekomanduar për monitorimin e antropometrisë në të rriturit (39) Për të

vlerësuar prevalencën e LBW dhe IUGR, rekomandohet që foshnjat të peshohen sa më shpejt që të jetë e mundur pas lindjes dhe një përpjekje për të marrë informacion nga nëna në moshën e gestazimit të porsalindurve të saj në javët e përfunduara (bazuar në, për shembull, periudhën e saj të fundit menstruale). Kryerja e një studimi të bazuar në popullsi për të marrë një peshë mesatare kombëtare të lindjes mund të mos jetë e mundur, në të cilin rast mund të përdoren sondazhe lokale ose rajonale për të ndihmuar në vlerësimin e niveleve kombëtare të LBW derisa të jenë në dispozicion metoda më të mira. Treguesi më i mirë i kequshqyerjes së fetusit do të jetë IUGR, por duke pasur parasysh se informacioni mbi epokën e gestacionit është rrallë në dispozicion, LBW duhet të përdoret si një proxy. Mënyra tjetër është përdorimi i sistemeve tëurvejimit që mbledhin të dhëna antropometrike nga programet ekzistuese. Kriteret për cilësi të mirë të të dhënave janë - Një mostër e përcaktuar qartë në bazë popullore - Një procedurë probabilistike e mostrimit - Një madhësi mostre që jep rezultate të saktësisë dhe fuqisë së mjaftueshme - Përdorimi i pajisjeve të përshtatshme për mbledhjen e të dhënave - Përdorimi i teknikave standarde matëse (13) Studimi është i rëndësishëm pasi do të edukojë prindërit për nevojën për të siguruar një dietë të ekuilibruar për të përmirësuar shëndetin e fëmijëve të tyre. Një adhurim i vjetër thotë se fëmijët "shëndetësor janë pasuri" që ushqehen mirë do të rriten për të krijuar pasuri për veten, prindërit, komunitetin, shtetin dhe vendin. Studimi gjithashtu do të ndihmojë mësuesit për të edukuar nxënësit dhe nxënësit e tyre rreth rëndësisë së një diete të ekuilibruar. Dieta e ekuilibruar ose ushqimi i mirë është i mirë për shëndetin e njeriut, veçanërisht fëmijët në rritje. Studimi do t'u bëjë të njohura mësuesve dhe studentëve faktorët e ndryshëm që kontribuojnë në kequshqyerjen e fëmijëve. Dizajnerët e kurrikulave do ta gjejnë studimin të dobishëm, pasi përmbajtja që lidhet me një dietë të ekuilibruar mund të bëhet një aspekt i rëndësishëm i kurrikulës shkollore. Studimi do të inkurajojë administratorët e arsimit që të zhvillojnë politika që do të lehtësojnë mësimin e të ushqyerit në shkolla.

Një tjetër autor sugjeron që për të eliminuar kequshqyerjen, furnizimet adekuate ushqimore nuk janë përgjigje. (64) Kjo është për shkak se disa prej popullsisë me një standard të lartë të jetesës kanë probleme ushqyese lidhur me ngrënie dhe shprehitë e varfra të hahet. Këshillimi ushqimor duhet të marrë parasysh të gjitha variablat që ndikojnë në përbërjen fizike dhe fiziologjike të çdo individi. Një autor deklaroi se është më e rëndësishme që një vend të ketë një program edukimi për të ushqyerit për të gjithë qytetarët e saj dhe institucionin e ndryshëm të të mësuarit. (17) Kjo duhet të jetë nga një platformë shumë efektive për përhapjen e njohurive themelore ushqyese. Nëse çdo fëmijë individual e mbart këtë shtëpi njohuri, ajo mund të ndihmojë për të ndikuar tek anëtarët e familjes. Me bashkëpunimin e tyre, shumë mund të arrihet në promovimin e shëndetit të mirë ushqimor në komunitet. Ajo më tej theksoi se shumë sëmundje ushqyese mbizotërojnë në një masë të madhe nga përdorimi i pahijshëm i burimeve ushqimore në dispozicion. Mënyra e të ushqyerit ndihmon në shfrytëzimin e duhur të burimeve të tilla ushqimore.

2.5 Përkufizimi i dietës së balancuar dhe elementët e saj .

Një autor citon se një dietë e ekuilibruar përmban të gjitha lëndët ushqyese në proporcion të kërkuar për trupin. (38) Të gjithë këta lëndë ushqyese kryejnë funksione specifike në trup dhe teprica ose mungesa e tyre në dietat tona rezulton në sëmundje të

ndryshme. Ushqyesit përfshijnë karbohidratet, proteinat, yndyrat dhe vajrat, vitaminat, elementët minerale dhe uji.

I. Karbohidratet:

Ato kërkohen në sasi mjaft të mëdha nga trupi. Karbohidratet shërbejnë si burim i nxehtësisë dhe energjisë në trup. Një mangësi e karbohidrateve çon në muskujt e tretur sepse proteina e trupit përdoret në prodhimin e energjisë.

II. Proteinat:

Ata janë substancat kryesore të ushqimit të trupit që nevojiten për ndërtimin e qelizave të reja dhe riparimin e indeve të konsumuara. Enzimata dhe hormonet e gjetura në trup përbëhen nga proteina. Një mangësi e proteinave çon në një rritje të dobët dhe ul rezistencën ndaj infeksioneve. Në foshnjat, ajo çon në kwashiorkor dhe marasmus. **Kwashiorkor** Kjo është një formë e sëmundjes së rëndë të mungesës së proteinave dhe energjisë që ndodh në fëmijërinë e hershme zakonisht në mes të moshës një dhe dy vjet. Kwashiorkor ndodh kur fëmija papritmas privohet nga nëna ose nëna është bërë shtatzënë. (38) Një autor theksoi faktin se kwashiorkor është një problem serioz ushqimor i njohur në mbarë botën nga emra të ndryshëm, duke përfshirë sëmundjen e mëlçisë yndyrore, rougs foshnjore, baby sheqer në Xhamajka (sepse pacienti i ri duket i trashë). (57) Është i njohur si i dukshëm në Uganda . Keto jane shenja qe jane gjithmone te pranishme ne nje femije qe vuan nga kwashiorkor:

- a. Dështimi i rritjes, peshës dhe lartësisë është i ulët për moshën.
- b. Fëmija duket yndyrë që tregon edemë mbi këmbët, këmbët dhe duart.
- c. Lëkura duket e dekurajuar dhe e pjekur.
- d. Flokët humbasin më të lustruara dhe lehtë mund të hidhet jashtë.
- e. Fëmija i mungon interesimi dhe duket i pakënaqur. Ai nuk duket se ka energji edhe për të qarë, prandaj ai vetëm po zë frymën.
- f. Digestioni është prekur; zakonisht, ka diarre dhe humbje të oreksit.

Marasmus Një tjetër shembull i kequshqyerjes së proteinave dhe energjisë është marasmus. Kjo ndodh më së shpeshti tek fëmijët nën moshën një vjeçare që janë të nënshtruar, ose sepse ofrohet shumë pak ushqim ose për shkak të absorbimit të dobët. (57) Një autor marasmus ka disa simptoma që janë mjaft të ngjashme me atë të kwashiorkor dhe kjo është arsyeja pse shumë njerëz i gabojnë ato për njëri-tjetrin. Por ndryshimi është se në vend të edemës në kwashiorkor, foshnja është dehidratuar dhe duket si lëkurë dhe eshtra me trupin e thatë. Ai thuhet se ka kequshqyerje të thatë. Fëmija shihet me pamje karakteristike të fytyrës, kështu që goditi pamjen e tij që shpesh i ngjan një njeriu të vjetër. Në disa raste, fëmija paraqet mangësi vitaminë të tilla si stomatiti këndor dhe glossitis. Megjithatë, Marasmus është sjellë si rezultat i një ose më shumë prej këtyre klauzolave:

1. Pamjaftueshmëria e dietës
2. Zakonet e gabuara të ushqimit:
 - a. Një periudhë e shkurtër e ushqyerjes me gji, e ndjekur nga ushqimi artificial me qumësht të reduktuar gabimisht, mbi të holluar.
 - b. Marrëdhënia e çrregulluar prind-fëmijë .
 - c. Keqformime kongjenitale p.sh. buzën e çarë dhe shije
 - d. Anomalitë metabolike.

Karakteristikat klinike të marasmus u theksuan; si vonesa në rritje, humbje e muskujve dhe yndyra nënlëkurore. Fëmija humb peshën, zakonisht në vëmendje dhe në kërkim të uritur. Disa mund të paraqiten me stolin e urisë. Mund të ketë mangësi të vitaminës si dëshmi nga stomatiti këndor dhe keratomalacia, nëse komplikuar nga tuberkulozi do të ketë shenja të anomalisë së gjoksit.

Marasmic Kwashiorkor Fëmijët e klasifikuar si kanë marasmusik kwashiorkor kanë karakteristikat klinike të marasmus dhe kwashiorkor. Ata konsiderohen se përfaqësojnë forma të ndërmjetme të kequshqyerjes së rëndë të proteinave dhe energjisë. Edema është e pranishme dhe pesha e trupit është më pak se 60 % e standardit të pritur për moshën. Karakteristikat klinike janë ndryshime psikologjike, ndryshime të lëkurës dhe flokëve, një mëlçi yndyrore e dukshme, si dhe karakteristika të tjera klinike, zakonisht gjenden tek fëmijët me kashmiri maraskuc. Sindroma nuk është aq e qartë sa kwashiorkor dhe marasmus.

III. Yndyrnat dhe vajrat:

Ato shërbejnë si burim i nxehtësisë dhe energjisë dhe gjithashtu ndihmojnë në mbajtjen e temperaturës konstante të trupit. Yndyrnat dhe vajrat nxisin flokët dhe lëkurën e shëndetshme. Konsumi i tepruar mund të çojë në mbipeshë ose obezitet

IV. Vitaminat:

Vitaminat janë të nevojshme në një sasi shumë të vogël për funksionimin normal të trupit. Prandaj, vitaminat nuk mund të prodhohen nga trupi; ata duhet të përfshihen në ushqimet tona. Mungesa e vitaminave çon në zhvillimin e dobët të eshtrave. Në foshnjat, gjendja quhet Rickets. Ajo gjithashtu çon në rritjen e vonuar të fëmijëve dhe infeksionin e lëkurës. **Rickets** është një sëmundje e fëmijëve në të cilën kockat janë zbutur dhe deformuar. Ajo lind si rezultat i mungesës së vitaminës D dhe mosfunksionimit të kalciumit nga zorra e vogël. Është gjetur se kjo sëmundje duket të jetë një sëmundje e varfërisë. Kjo është për shkak se qumështi i cili siguron kalcium dhe gjalpë krem dhe vezë që sigurojnë vitaminë D janë tepër të shtrenjta për familjet e varfra për ta përballuar. Dukshëm në mesin e shenjave të rakitave janë bobina ose goditja me gjunjë, kurba kurrizore, pëllumbi, gjoks i zmadhuar, nyje në këmbë dhe kyçin e këmbës, shpërthimi i vonuar i dhëmbëve dhe barku për shkak të mungesës së tonit të muskujve.

V. Elemente minerale

Elementet minerale kërkohen gjithashtu në një sasi shumë të vogël nga trupi. Ata kryejnë një sërë funksionesh si rritja dhe aktivitetet jetike metabolike. Mungesa e elementeve minerale çon në akumulimin e ujit në indet që është edemë, kariesë dentale (prishjen e dhëmbëve), anemi të rëndë dhe rritje të ngadaltë.

VI. Uji :

Uji është komponenti kryesor i të gjitha gjërave të gjalla. Ndihmon tretjen e ushqimit dhe thithjen e ushqyesve në trup. Gjithashtu është një nga termoregullatorët kryesor të trupit.

2.6 Rendësia e prindërimit në zhvillimin e foshnjës apo fëmijës.

Kur lind një fëmijë, rreth 100 miliardë qeliza të trurit janë kryesisht të palidhura. Për të funksionuar, këto qeliza duhet të organizohen në rrjete që kërkojnë trilionat lidhje të cilat varen nga ndërveprimi midis gjeneve dhe mjedisit. Ky mjedis optimal krijohet përmes mjediseve ushqyese si prindërimi pozitiv (Këshilli Kombëtar Shkencor për Fëmijën në Zhvillim, 2004). Këto lidhje të hershme formojnë qarqet e trurit dhe hedhin themelin për rezultatet përfundimtare të zhvillimit. Ndërsa gjenet sigurojnë planin për zhvillim, është mjedisi që e formon atë. Me fjalë të tjera, prindërimi pozitiv në vitet e para të jetës mund të ndikojë në funksionimin dhe zhvillimin e trurit për pjesën tjetër të jetës së fëmijës dhe mund të ndikojë edhe në gjeneratat e ardhshme (Meaney, 2010). Huluntimi i bërë nga një autor përforcon që përvoja e pafavorshme e fëmijërisë mund të shkaktojë probleme të të nxëniet dhe të sjelljes. **(9)**

Vitet e hershme të jetës janë një dritare kritike e mundësisë, por, nëse neglizhohen, ato gjithashtu paraqesin rrezikun e cenueshmërisë. Prindërit, kujdestarët kryesorë dhe familjet kanë fuqinë që influencon për të përcaktuar shanset e fëmijës për mbijetesë dhe zhvillim. Përparimi i shpejtë i bërë nga fëmijët e vegjël në të gjitha fushat e zhvillimit dhe të mësuarit nxitet dhe mbështetet nëpërmjet praktikave, qëndrimeve, njohurive dhe burimeve të prindërve. Literatura ndërkombëtare tregon qartë se prindërit janë një nga faktorët më me ndikim në zhvillimin e fëmijëve **(6) (7) (49) (65)**.

Sipas disa autorëve, faktori më i rëndësishëm në zhvillimin e shëndetshëm të një fëmije është që të ketë së paku një marrëdhënie të fortë (bashkim) me një të rritur të kujdesshëm që e vlerëson mirëqenien e fëmijës . Prandaj, mungesa e një kujdestari në përputhje mund të krijojë rreziqe shtesë për fëmijët. **(17)**

Siç është vërejtur nëse kujdeset për kujdesin e duhur, fëmijët mund të bëjnë përfitime të jashtëzakonshme në zhvillimin fizik dhe motorik, në funksionimin gjuhësor dhe kognitiv, si dhe progres dramatik në aftësitë e tyre emocionale, shoqërore, rregullatore dhe morale. **(20)** Prandaj, është shumë e rëndësishme që fëmijët të kenë mbështetje të përshtatshme në drejtim të: mbrojtjes (një mjedis që është i sigurt nga dëmet fizike dhe emocionale); shëndet të mirë (ujë të sigurt, higjienë); të ushqyerit e duhur, duke përfshirë ushqimin ekskluziv me gjë për gjashtë muajt e parë; stimulim (mundësi për të eksploruar botën, shprehur kureshtje, angazhohen në zgjidhjen e problemeve); zhvillimi i gjuhës (dëgjimi dhe reagimi); dhe ndërveprimi me dhe bashkangjitur me të rriturit që kujdesen. Për më tepër, njerëzit më të mirë për të siguruar atë mbështetje janë prindërit e fëmijës. Programet e cilësisë së lartë të intervenimit të hershëm që u japin prindërve informacion dhe mbështetje të përshtatshme dhe relevante mund të bëjnë dallimin në jetën e një fëmije. **(21)**

Një studim i kohëve të fundit në Nepal tregon gjithashtu se problemet e sjelljes (p.sh. çrregullimi i gjumit, oreksi i varfër, trishtimi, mungesa e interesit për të luajtur me moshatarët, drojë, ndjeshmëri ndaj kritikave përqendrimi i dobët) mes fëmijëve është shpesh i lidhur me prindërimin negativ shprehur në aspektin e aftësive të dobëta të prindërimit dhe kohës së papërshtatshme të cilësisë që u jepet fëmijëve. **(23)**

Të dhënat që rrjedhin nga Anketa e Grupeve të Treguesve të shumëfishtë (MICS), të kryera nga UNICEF dhe Byroja Qendrore e Statistikave (CBS) në 2014, tregojnë se 51 % e fëmijëve kanë marrë pjesë në programin e edukimit të fëmijërisë së hershme në muajin e kaluar para studimit. Megjithatë, të dhënat e DoE tregojnë numër më të lartë. Në lidhje me stimulimin e fëmijëve për të mësuar, të dhënat e anketës tregojnë se vetëm rreth 10.1 për qind e baballarëve biologjikë të fëmijëve të moshës 36-59 muaj ishin

angazhuar në katër ose më shumë aktivitete (leximi i librit ose duke shikuar në fotografi, duke treguar histori, duke kënduar këngë, duke luajtur, duke numëruar ose duke tërhequr diçka) për të nxitur nxënien dhe gatishmërinë e shkollës. Shifra mbi të njëjtin tregues për nënat biologjike ishte rreth 30.4 %.

Librat e fëmijëve ishin në dispozicion në 4.8 % të familjeve, dhe lojëra për fëmijë ishin në dispozicion në 59.2 për qind të familjeve. Të dhënat tregojnë më tej se 21 % fëmijëve kanë mbetur vetëm ose në kujdesin e një fëmije tjetër më pak se 15 vjeç, të paktën një herë në javë. Shkalla e regjistrimit të lindjes ishte 58.1 % dhe praktika e disiplinës së dhunshme ishte 81.7 %. MICS gjithashtu tregon se ushqyerja e hershme me gji ishte e kufizuar në vetëm 48.7 % të fëmijëve; ushqyerja me gji e vazhdueshme e fëmijëve deri në 1 vjeç ishte 93.6 %; përqindja e familjeve që konsumonin kripën e jodizuar ishte 81.5 %; dhe normat e mbulimit të programeve të vaksinimit kundër BCG, polio, DPT dhe fruthi ishin 87,5 për qind, 85.2 %, 83.1 % dhe 84.4 % respektivisht. Shkalla e prevalencës së diarresë dhe etheve në mesin e fëmijëve ishte përkatësisht 12% dhe 20.1%.

Sipas MICS, 13.6 % e amvisërive trajtohen me ujë për pastrim; 93.3 % kanë shfrytëzuar burimin e përmirësuar të ujit të pijshëm; 60.1% kanë shfrytëzuar përmirësimin e kanalizimeve dhe 72.5 % kanë pasur vend për të larë duart. MICS më tej tregon se 59.5 % e grave shtatzëna bënë të paktën 4 vizita antenatale, 55.2 % e tyre bënë dorëzimin institucional; dhe 57.9 % e tyre kanë bërë vizita postnatal për kontrollet e tyre **(58)**

Një autor zhvilloi një studim të njohurisë, qëndrimit dhe praktikës (KAP) midis prindërve / kujdestarëve të cilët u ekspozuan ndaj edukimit prindëror (PE) dhe atyre që nuk morën një ekspozim të tillë. **(12)** Studimi gjeti se: niveli i njohurive të të gjitha aspekteve të ZHHF është më i ulët se nivelet e qëndrimit dhe praktikës; gjendja e dobët ekonomike e familjeve është pjesërisht përgjegjëse për nivelin e ulët të praktikës; prindërit / kujdestarët pa ekspozim ndaj PE kanë një nivel pak më të lartë të dijes (20.1 %) sesa prindërit / kujdestarët pa ekspozim PE (19.7 %); nuk ka dallim në nivelet e qëndrimit; prindërit / kujdestarët meshkuj kanë një nivel pak më të lartë të njohurive sesa prindërit / kujdestarët femra për të drejtat e fëmijëve (16 % kundrejt dhe 8.7 %), rolin prindëror (39 % kundrejt 37 %); edukimi për një të ardhme më të ndritur të fëmijëve (11 % kundrejt 9.5 %); dhe prindërit / kujdestarët meshkuj kanë një nivel pak më të ulët të njohurive sesa prindërit / kujdestarët për përfshirje (43.8 % kundrejt 45.8 %) dhe cilësinë e arsimit (12 % kundrejt 12.4 %).

Studimi gjithashtu konstatoi se: prindërit / kujdestarët meshkuj kanë nivele pak më të larta qëndrimi sesa prindërit / kujdestarët femra në të gjitha aspektet e arsimit fillor (85.2 % kundrejt 83.8), me përjashtim të përfshirjes (mashkull 76 % kundrejt femrës 77.3%); prindërit / kujdestarët meshkuj kanë një nivel pak më të lartë të praktikës sesa prindërit / kujdestarët për përfshirje (46.9 % kundrejt 45.9 %) dhe rolin prindëror (51.8% kundrejt 46.9 %); dhe prindër / kujdestarë femra kanë një nivel pak më të lartë të praktikave sesa prindërit / kujdestarët meshkuj për të drejtat e fëmijëve (48 % kundrejt 44.6 %), cilësinë e arsimit (65.5 % kundrejt 54.2 %) dhe arsimimin për një të ardhme më të ndritur të fëmijëve (55.4 % kundrejt 46.9 %). Një studim tjetër i bërë nga Save the Children ka bërë shumë vëzhgime. **(51)** Ata ishin: nënat nuk i lajnë duart para se të ushqehen fëmijët e tyre më të vegjël: kujdestarët e dinë se fëmijët e tyre kanë nevojë për një dietë të ekuilibruar, por ata përpiqen të përmbushin nevojat e tyre të përditshme: nënave u mungon njohuria se si të përgatisin dhe ruajnë ushqimin dhe si të sigurojnë

fëmijët e tyre dietë të ekuilibruar pavarësisht nga informacioni nga FCHVs; gratë shpenzojnë orë në terren dhe kështu janë të ndarë nga fëmijët e tyre të vegjël dhe nuk mund t'i japin gji rregullisht; fëmijët shpesh mbeten vetëm ose me anëtarët e tjerë të familjes ose vëllezërit e motrat e reja ndërsa kujdestarët përqëndrohen në mbijetesën e përditshme; dhe, për shkak të varfërisë, materialet e të mësuarit ose të lojës nuk ekzistojnë për fëmijët nën moshën tre vjeç në shumë familje. Studimi Save the Children ka bërë gjetje shtesë të cilat janë: nëna nuk stimulon fëmijët e tyre gjatë aktiviteteve të përditshme siç janë ushqimi; ata nuk janë vërejtur duke buzëqeshur tek foshnjat ose duke folur me ta gjatë ushqimit; më së shpeshti, nënat i përgjigjen thirrjeve të fëmijës së tyre duke ushqyer me gji; kur fëmijët janë dy ose tre vjet të vjetra, ata luajnë në baltë ose të poshtër; ata mësojnë detyrat e shtëpisë në moshat e reja pasi shpesh janë përgjegjës për bagëtinë e bagëtisë ose për të marrë ujë; fëmijët e vegjël shpeshherë qortohen dhe disiplinohen për veprime të vogla; duke e ngritur dorën në një fëmijë dhe duke bërë turrë tek fëmijët e vegjël janë praktikat e zakonshme; dhe fëmijët janë jashtëzakonisht të ndrojtur. Programet e zhvillimit të fëmijërisë së hershme (ECD) po zbatohen në Nepal që nga viti 1954. Por programi mori rëndësi në vitin 2000, pasi Nepali miratoi qëllimet dhe strategjitë e Arsimit për të Gjithë (pas të cilit ECD u bë pjesë formale e politikës kombëtare të arsimit) letër strategjike për ZHHF-në me ndihmën e Departamentit të Arsimit (DoE) në vitin 2004.

Në dritën e gjendjes së mjerë të fëmijëve dhe rëndësisë së prindërimit pozitiv, në shtator 2016 në pesë (Achham, Bajura, Kalikot, Mugu dhe Mahottari) nga 15 qeveri dhe rrethet me përparësi të UNICEF-it Nepal dhe përfundoi në mars 2017.

2.7 Monitorimi dhe hapat e saj në rritjen e forshnjave dhe fëmijëve

Monitorimi rutinë i rritjes, duke përfshirë peshën, gjatësinë dhe perimetrin e kokës, janë komponentë standard të mbikëqyrjes të shëndetit dhe vlerësimit të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve. Matjet e kryera për monitorimin e rritjes duhen shënuar në kurbat e rritjes. Vlerësimi i rritjes duhet të përfshijë matjet e:

1. Gjatësisë
2. Peshës
3. Cirkumferencën e kokës

Matjet kryhen në intervale të rregullta gjatë vizitave të ndjekjes së mirërritjes së fëmijës (shih Udhërrëfyesin “Mirërritja dhe Zhvillimi i Fëmijës 0-6 vjeç në KSHP”). Intervalet e matjeve dhe plotësimi i kurbave të rritjes është:

1. Foshnjat (0-12 muajsh): në lindje, java e parë pas lindjes (dita 3-8), pas javës së tretë (dita 8-28) 1, 2, 4, 6, 9, 12 muajsh
2. Fëmijët e vegjël: 15, 18, 24 dhe 30 muajsh
3. Mbi 3 vjeç: 36-48 muajsh, 4 vjeç, 5 vjeç

Hapat që ndiqen në monitorimin e rritjes . Gjatë një vizite kontrolli për monitorimin e rritjes duhen kryer:

1. Përcaktimi i moshës korrekt të fëmijës;
2. Matja e peshës, gjatësisë, apo lartësisë së fëmijës;
3. Matja e perimetrit të kokës (në muajt e parë);
4. Përlllogaritja e indeksit të masës trupore (IMT);

5. Shënimi i këtyre matjeve në grafikët e rritjes sipas gjinisë;
6. Interpretimi i indikatorëve të rritjes krahasuar me standardet
7. e rritjes;
8. Diskutimi i rritjes së fëmijës me prindërit/kujdestarin dhendjekja referimi nevojshëm.

Për një vlerësim të saktë të rritjes të rëndësishme janë:

- **Mosha e saktë e fëmijës**, me qëllim vlerësimin e disa prej indikatorëve të rritjes. Për vitin e parë të jetës llogaritet e mosha e fëmijës në muaj, apo në javë.

- **Saktësia e matjeve dhe hedhjes së tyre në grafikë** sipas moshës dhe gjinisë së fëmijës.

- **Interpretimi korrekt i katër indikatorëve të rritjes së fëmijës**, ku nëpërmjet interpretimit të tyre identifikohen problemet reale të rritjes:

1. gjatësia/lartësia-për-moshën
2. pesha-për-moshën
3. pesha-për-gjatësi/lartësinë
4. IMT-për-moshën

- Konteksti në të cilat u kryen matjet (p.sh.: veshur, i sapo ushqyer, i përgjumur, etj..).

- Vlerësimi përgjithshëm i gjendjes shëndetësore dhe psikoemocionale të fëmijës.

- Pesha, gjatësia dhe perimetri i kokës maten me saktësi në lindje. Këto të dhëna së bashku me moshën e barrës në lindje duhet të regjistrohen në kartelën e foshnjës dhe fletoren e fëmijës, dhe janë hapi i parë thelbësor në monitorimin e rritjes.

Matja e Peshës së fëmijës

1. Fëmija duhet të peshohet në një peshore me ngarkesë.
2. Nëse fëmija është më i vogël se 2 vjeç, apo nuk mund të qëndrojë në këmbë, kryeni peshimin e ngarkesës, pasi t'i shpjegoni nënës procedurat e matjes së fëmijës.
3. Nëse fëmija është 2 vjeç apo më i rritur, fëmija matet i vetëm nëse mund të qëndrojë në këmbë në peshore. Kërkoni nga nëna ta ndihmojë fëmijën të heqë këpucët dhe rrobat e jashtme. Komunikoni me fëmijën me ngrohtësi. Nëse fëmija lëviz në peshore, apo nuk qëndron në të, ju duhet të përdorni procedurën e peshimit të ngarkesës.
4. Kërkoni nga fëmija ose nëna që të qëndrojnë në qendër të peshores, me shputa pak anash (mbi siluetën e shputave, nëse janë të vizatuara) dhe të qëndrojë derisa të shfaqet pesha në ekran.
5. Regjistroni peshën e fëmijës sa më saktë (deri afër 0.1 kg).
6. Foshnjat që rriten normalisht duhet të peshohen një herë në dy javë deri në gjashtë muajt e parë të jetës, dhe një herë në muaj pas kësaj moshe. Kujdes: Peshimet e shpeshta shkaktojnë ankth.
7. Bebet duhet të peshohen totalisht të zhveshur (lakuriq). Kur nevojitet mbështillini me batanije për t'i mbajtur ngrohtë derisa të maten. Fëmijët më të mëdhenj mund të mbajnë veshur ndërresat e brendshme.

- Nëse është shumë ftohtë për ta zhveshur fëmijën, apo nëse fëmija refuzon për t'u zhveshur, ju mund ta matni fëmijën të veshur, por duhet të shënoni statusin "i veshur" në kartelë. **Kujdes:** Pampersi i lagur, këpucët apo pantallonat mund të peshojnë më tepër se 0.5 kg.
- Kur fëmija është i zhveshur për peshim vini re nëse ai paraqet ndonjë prej shenjave të keqshqyerjes së rëndë (shenjat e **Marazmës dhe Kvarshiorkorit**). Fëmijët në këto raste duhet të referohen për kujdes urgjent. (shih Aneksin "Shenjat e keqshqyerjes së rëndë")

Matja e gjatësisë/lartësisë tek foshnja dhe fëmija:

- Matja e gjatësisë/lartësisë duhet të bëhet menjëherë pas peshimit, kur fëmija është ende i zhveshur. **Kujdes:** Sigurohuni që këpucët, çorapet dhe kordelet e fëmijës janë hequr, pasi mund të pengojnë matjen.
- Nëse foshnja peshohet plotësisht e zhveshur, gjatë matjes së gjatësisë, vendoset një pampers i thatë që të evitohet lagia e sipërfaqes. **Kujdes:** Nëse dhoma është e ftohtë, mbajeni foshnjën ngrohtë në batanije derisa të kryhet matja.
- Gjatë matjes nëna duhet të ndihmojë me qëllim rehatimin e fëmijës. Shpjegojini rëndësinë e mbajtjes së qetë të fëmijës për matje të mira.
- Fëmijëve më të vegjël se 2 vjeç, u matet gjatësia në pozicionin shtrirë,
- Fëmijëve më të rritur se 2 vjeç, u matet lartësia në pozicionin në këmbë.
- Nëse fëmija më i vogël se 2 vjeç nuk qëndron shtrirë për ta matur gjatësinë, matni lartësinë e tij dhe shtoni 0.7 cm për ta konvertuar në gjatësi.
- Nëse fëmija i moshës 2 vjeç apo më tepër nuk mund të qëndrojë në këmbë, mateni gjatësinë në pozicionin shtrirë dhe zbritni 0.7 cm për ta konvertuar në lartësi. Për mënyrën si behet matja e gjatësisë dhe lartësisë shih Aneksin "Matja e Gjatësisë dhe Lartësisë".

Përcaktimi IMT-së (Indeksi i masës trupore)

- Pasi keni matur peshën dhe lartësinë/gjatësinë e fëmijës, llogarisni IMT. **Kujdes:** Është tregues i rëndësishëm në hulumtimin e mbipeshës dhe obezitetit.
- IMT llogaritet: **Pesha (në kg) ÷ gjatësinë/lartësinë² (në metër)** Një mënyrë tjetër për ta treguar këtë formulë është kg/m². IMT rrumbullakoset në një njësi decimale. Për llogaritjen e treguesit shih "Modulet e Kursit aftësues për Kurbat e Rritjes".

Matja e cirkumferencës së kokës

- Cirkumferenca e kokës matet për të vlerësuar rritjen e trurit tek fëmijët nën dy vjeç duke ofruar vlerësim të vëllimit kranial që reflekton një madhësi të trurit dhe lidhet me funksionin neurologjik dhe të zhvillimit.
- Për matjen e cirkumferencës së kokës përdoret një metër fleksibël metalik/plastik jo i butë me gjerësi rreth 0.5-1 cm dhe ndarje me 0,1 cm që vendoset rreth kokës së fëmijës pikërisht mbi vetullat, lobet e veshëve dhe daljes oksipitale mbrapa. **Kujdes:** Siguroni që metri është i pastër pas çdo përdorimi. Metrat plastik këshillohen të ndërrohen çdo vit.
- Nëse foshnja është premature mosha e fëmijës duhet të korrigjohet për prematuritetin dhe cirkumferenca e kokës të plotësohet sipas moshës së

korrigjuar dhe jo moshës kronologjike. Moshja e korrigjuar përdoret për fëmijët deri 3 vjeç që kanë lindur preterm dhe llogaritet duke zbritur numrin e javëve që kanë lindur para kohe (p.sh.: 37 javë) nga moshja aktuale kronologjike. Foshnja 4 muajsh (mosha gestacionale) - 8 javë (numri javëve prematur) = 2 muajsh (mosha e korrigjuar)

4. Bëhen tre matje për të qenë të sigurtë mbi saktësinë. Hidhni matjet tek kurba e cirkumferencës së kokës.
5. Nëse kurba e cirkumferencës së kokës e Z pikëve të fëmijës është mbi ose nën medianën përsërisni matjet që të siguroheni për saktësinë e tyre. Devijimet nga normalja kërkojnë vlerësim të mëtejshëm dhe referim.
6. Një kokë e vogël (mikrocefali) që është $-2SD$, ose më shumë sugjeron një tru të vogël.
7. Një kokë e madhe $+2SD$ ose më shumë vlerësohet si makrocefali sugjeron për hidrocefali.
8. Mikrocefalia mund të pritët si rrjedhojë e shkaqeve familjare, gjenetike, prenatale, postnatale dhe kequshqyerjes së formës së rëndë.

2.8 Pajisjet dhe teknikat e matjeve për vlerësimin e rritjes së forshnjave e fëmijëve.

Plotësimi i matjeve tek grafikët e kurbave të rritjes . Pikëzoni gjatësinë/lartësinë-për-moshën

1. Gjatësia/lartësia-për-moshën (ose stunting) reflekton rritjen e arritur në gjatësi, apo lartësi në moshën e fëmijës në vizitën e dhënë. Ky indikator ndihmon në identifikimin e:
 - a. fëmijëve që kanë ngecur në rritje si rezultat i nën-ushqyerjes së zgjatur apo sëmundjeve të përsëritura, duke përjashtuar këtu çrregullimet endokrine të shtat-shkurtësisë.
 - b. fëmijëve që janë të gjatë për moshën e tyre (jashtë mase) dhe mund të reflektojnë ndonjë çrregullim endokrin.
2. Në Grafikët e gjatësisë-për-moshën sipas grup-moshës, boshti- X paraqet moshën, kurse boshti –Y paraqet gjatësinë, apo lartësinë në cm. Moshja duhet të pikëzohet në javët e mbushura nga lindja deri 3 muaj; dhe pastaj në muajt dhe vitet e mbushura. Kur pikat janë vënë në dy ose më shumë vizita, bashkoni pikat e afërta me një vijë të drejtë, për të vëzhguar më mirë trendin.

Pikëzoni peshën-për-moshë

Pesha-për-moshën pasqyron peshën trupore sipas moshës së fëmijës, në ditën e matjes. Indikator i përdoret për të vlerësuar nëse fëmija është me peshë të ulët, apo shumë të ulët, por nuk përdoret për të klasifikuar fëmijën si me mbipeshë apo obez, (për këtë përdoret treguesi i IMT). Është e rëndësishme të përcaktohet që fëmija është me nënpeshë për shkak të gjatësisë/lartësisë të ulët (prapambetjes në rritje), të dobësisimit, apo të djave bashkë.

Pikëzoni peshën-për-gjatësi/lartësi

1. Pesha-për-gjatësi/lartësi pasqyron peshën trupore në raport me rritjen e arritur në gjatësi, apo lartësi. Grafiku i peshës-përgjatësi/lartësi, ndihmon për të identifikuar fëmijët me peshë të ulët-për-lartësi, të cilët mund të jenë të dobët, apo shumë të dobët. Dobësimi, apo siç njihet “wasted”, zakonisht shkaktohet

nga sëmundje akute dhe/ose ushqyerje e pakët, që shkakton humbje akute dhe të rëndë të peshës. Nën-ushqyerja apo sëmundjet kronike mund të shkaktojnë këtë gjendje.

2. Grafikët ndihmojnë për të identifikuar fëmijët me peshë të lartë-përgjatësi/lartësi, të cilët mund të jenë në rrezik për mbipeshë apo obezitet. Ky indikator është veçanërisht i dobishëm në situatat kur moshja e saktë e fëmijës nuk njihet (situata emergjence).

Pikëzoni IMT-për-moshë

1. Pasi keni kryer matjet dhe llogaritur IMT, duhet t'i pikëzoni këto gjetje me saktësi në grafikët përkatës.
2. Për të pikëzuar IMT:
 - a. Pikëzoni moshën në javë, muaj apo vite dhe muaj, në vijën vertikale (jo në mes të vijave vertikale).
 - b. Pikëzoni IMT-në në vijën horizontale (p.sh.: 14, 14.2), apo në hapësirën ndërmjet vijave (p.sh.: 14.5).
 - c. Kur pikat janë vënë në dy ose më shumë vizita, bashkoni pikat e afërta me një vijë të drejtë, për të vëzhguar më mirë trendin. Mbani mend: Grafiku i IMT-për-moshën dhe ai i peshës-përgjatësi/lartësi, kanë prirje për të shfaqur rezultate shumë të ngjashme, por IMT-për-moshën është indikator i që pasqyron mundësinë e mbipeshës dhe obezitetit, ndërsa grafiku i peshës-përgjatësi/lartësi, pasqyron kryesisht dobësinë e fëmijës.

2.9 Ndjekja dhe këshillimi i problemeve në rritje .

1. Problemet më të lehta në rritje, mund të menaxhohen nëpërmjet këshillimit, duke përfshirë këshilla mbi ushqyerjen dhe kujdesin ndaj tyre, por edhe aktivitetin e përshtatshëm fizik me moshën.
2. Praktikën e mira të ushqyerjes gjatë gjashtë muajve të parë të jetës dhe mbas muajit të gjashtë kur fillohet ushqyerja plotësuese, mund të ndihmojnë në parandalimin e dështimit të rritjes në peshë dhe gjatësi si dhe të tendencës për të shtuar mbi peshë.
3. Fëmijët që paraqesin formë të rënda të nën-ushqyerjes (ngecje apo ndalim i rritjes së fëmijës), dhe formë të rënda të mbi- ushqyerjes (obeziteti), duhen referuar në qendrat e specializuara, si QSH të specialiteteve apo QSUT.
4. Referoni urgjentisht për kujdes të specializuar nëse fëmijët paraqesin një nga problemet e rënda të nën-ushqyerjes si:
 - a. është i dobësuar rëndë (nën -3 të Z-pikëve të peshës-përgjatësi/lartësi apo IMT-për-moshë);
 - b. ka shenjat klinike të marazmës (në përgjithësi duket i dobësuar rëndë, si “kockë e lëkurë”);
 - c. ka shenjat klinike të kvashiorkor-it (në përgjithësi edema të gjeneralizuara; flokë të hollë dhe të rrallë; njolla të zeza të plasaritura/deskuamime të lëkurës); ka edemë të të dy shputave.
5. Fëmija i nën-ushqyer që ka një sëmundje aktuale (si diarre), apo ndonjë problem kronik shëndetësor mund të ndikojë në nën-ushqyerje. Duhet të trajtoni sëmundjen ose problemin. Kur nevojitet referoni fëmijën për trajtimin e duhur.

6. Referoni fëmijët me obezitet (mbi vlerën 3 të Z-pikëve të peshës-përgjatësi/lartësi apo IMT-për-moshë) për vlerësim mjekësor dhe trajtim të specializuar.
7. Nëse dini, apo dyshoni që fëmija ka një problem kronik shëndetësor (siç është HIV/AIDS) referoni fëmijën për këshillim apo testim adekuat.
8. Sa herë që referoni një fëmijë, shpjegoni nënës arsyet e referimit dhe theksoni rëndësinë e tij.
9. Siguroni një formular referues apo shënim për nënën për ta marrë me vete. Po ashtu shënoni vërejtjet në fletoren e shëndetit të fëmijës, dhe tregoni këto vërejtje nënës.
10. Sigurohuni që ajo e di se kur dhe ku duhet ta dërgojë fëmijën e saj.
11. Kërkoni ri-kontroll të fëmijës për t'u siguruar se fëmija është dërguar për kujdesin urgjent apo vlerësimin mjekësor të kërkuar.

Hapat bazë që duhet të ndiqen kur këshillohet rritja e fëmijës me nënën/kujdestarin e fëmijës janë:

1. Përcaktoni ecurinë e kurbave të rritjes. Tregoni kurbën e rritjes nënës, Pyeteni çfarë shikon.
2. Pyesni nënën/kujdestarin e fëmijës. Bëni pyetje me rëndësi rreth praktikave të kujdesit veçanërisht ushqyerjes, sëmundje të ndryshme të kaluara, vaksinimit, etj., dëgjoni përgjigjet e saja dhe mundohuni të shikoni nëse ka ndonjë problem. Shumë faktorë shoqëror dhe mjedisor mund të ndikojnë në ushqyerjen, kujdesin dhe rritjen e fëmijës, ndaj është shumë e rëndësishme të përcaktohet shkaktari më i rëndësishëm i problemit para dhënies së këshillave.
3. Lavdëroni kur duhet nënën/kujdestarin e fëmijës se fëmija po rritet mirë dhe nxiteni të ndjekë praktikatat e mira të kujdesit duke dhënë këshilla adekuate rreth ushqimit për grup-moshën e ardhshme të fëmijës, në mënyrë që fëmija të vazhdojë të zhvillohet mirë.
4. Këshilloni nënën se ushqyerja, loja dhe komunikimi me fëmijën e tyre ndihmon që ata të rriten dhe zhvillohen mirë. Shpjegojini nënës rritjen dhe zhvillimin e fëmijës.
5. Diskutoni nëse fëmija ka problem në rritje. Kujdes: ofroni një diskutim pozitiv dhe në një gjuhë të thjeshtë. Për këtë ju ndihmojnë dy fletëzat ndihmëse:
 - a. Hulumtimi i shkaqeve të mbipeshës
 - b. Hulumtimi i shkaqeve të nën-ushqyerjes
6. Sigurohuni që nëna/kujdestari i fëmijës i kuptoi këshillat që ju dhatë.
7. Ndiqni me nënën zbatimin e këshillave. Kërkojini nënës të vijë rregullisht sipas kalendarit të vizitave të kontrollit të moshës për monitorimin e rritjes dhe zhvillimit. Vizita e ardhshme do t'i japë rast nënës që të raportojë mbi suksesin dhe personelit shëndetësor që të japë këshilla shtesë sipas nevojës. Ndërtoni besimin tek nëna/familja e fëmijës dhe nxisni mbështetjen e familjes.
8. Hartoni një listë të veçantë me fëmijët me probleme të rritjes dhe ndiqini ata sipas një plani individual më të shpeshtë vizitash kontrolli dhe matjet në kurbat e rritjes si në QSH/KF edhe në shtëpi.

KAPITULLI III: METODOLOGJIA

3.1 Modeli Konceptual dhe metoda e përdorur në Studim

Ky studim përdor një qasje cilësore kërkimore. Creswell (2013) përcakton hulumtimin cilësor si një qasje ndaj hetimit që fillon me një supozim të gjerë dhe një pikpamje të detajuar interpretuese / teorike për të eksploruar një problem kërkimi. Një aspekt kyç për hulumtimin cilësor është se si i adreson pyetjet për problemet sociale ose njerëzore dhe se si është në gjendje të kuptojë dhe të bëjë përcaktimin e tij (Creswell, 2013; Fossey, Harvery, McDermott & Davidson, 2002). Për ta bërë këtë, hulumtimi cilësor përshkruhen dhe shpjegohen përvojat dhe ndërveprimin e pjesëmarrësve në një mjedis natyror, siç është vendosja në të cilën ka ndodhur një problem i caktuar (Creswell, 2013; Fossey et al., 2002). Creswell përshkruan se rezultati i hulumtimit cilësor është të paraqesë zërat e pjesëmarrësve, të inkurajojë reflektimin e tyre dhe të adresojë nevojën për ndryshim. Shumë studiues kanë kryer kërkime cilësore me qëllim që të fitojnë një kuptim të detajuar të çështjes dhe të fitojnë njohuri mbi përvojat e përjetuara të

pjesëmarrësve (Creswell, 2013). Prandaj metoda e përzgjedhur e studimit është metoda e pyetsorit online me ndihën e “ Google Forms “ duke u shpërndar me Airdrop apo duke ju dhënë iPad tonë në përdorim për të plotësuar pyetsorin . Gjithashtu , për të dyja institucionet e marra në shqyrtim kemi marr konfirmimin dhe miratimin nga drejtuesit e të dyja institucioneve arsimore si të Kopësht dhe çerdhe private “ Lepurushat “ po ashtu dhe Kopështit dhe çerdhe shtetërore “ Nr 45 “

3.2 Ndërtimi i pyetsorit dhe mbledhja e të dhënave

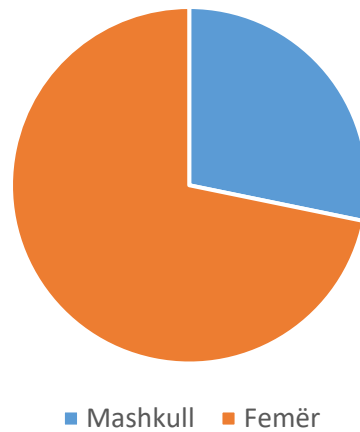
Mënyra e zhvillimit të studimi është nëpërmjet një anketimi me anën e një pyetsori të formuar online në “ Google Forms “ dhe me asistencën time personale në plotësim . Targetimi i individëve në këtë studim është përzgjedhur një lagje e Tiranës në zonën administrative numër 8 . Gjithashtu dhe të dy institucionet të përfshira në studimin tonë operojnë në këtë zonë si kopështi dhe çerdhja private “ Lepurushat “ po ashtu dhe kopështi dhe çerdhja shtetërore “ Nr 45 ” . Arsyeja se përse është zgjedhur një zonë në total është pasi merret një informacion më i plotë për këtë grupmosh nga 0-5 vjeç pasi mund të ketë dhe nga ata fëmijë që nuk dërgohen në kopësht apo çerdhe por mbahen në shtëpi nga mamat apo gjyshet e tyre . Pyetsori mendohet të plotësoj një numër prej 100-150 individësh të intervistuarish . Pyetsori mendohet të jetë në dy pjesë ku pjesa e parë do të përbehet nga informacione të përgjithshme ku përfshihen të dhëna si arsimimi apo gjëndja ekonomike e prindërve apo faktorë të tjerë që ndikojnë në studimin tonë . Ndërsa pjesa e dytë ka të bëjë e gjitha me elementë që ndikojnë me mënyrën sesi fëmijët ushqehen , regjimin e tyre , aktiviteti i tyre , kontrollat e tyre dhe shum element të tjerë . Mbledhja dhe përpunimi i informacionit do të bëhet nga unë duke ndihmuar për plotësimin e anketimit për të mos pasur paqartësi në kuptim dhe në përgjigje të gabuara . Perjudha e mbledhjes së informacionit do të bëhet në muajin Prill në datat 15 – 30. Përpunimi i të dhënave pas marrjes së database-së do të bëhet nëpërmjet Microsoft Excel të cilën do të na ndihmojnë të paraqesim rezultate nëpërmjet grafikëve dhe tabelave .

KAPITULLI IV: ANALIZA EMPIRIKE

4.1 Studimi Praktik : Analiza e pyetsorit të përdorur

Pjesa e parë – Të dhëna demografike të prindërit (prindi që merr pjesë në pyetsorin tonë)

Paraqitja grafike e gjinisë së individëve të Intervistuarve

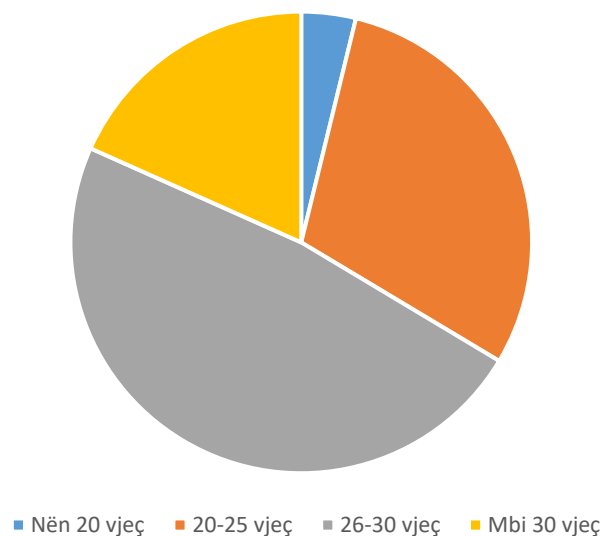


Grafiku nr 1. Paraqitja grafike e gjinisë së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Femër	83	71.78%	71.78%	71.78%
	Mashkull	35	28.22%	28.22%	28.22%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 2 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS për gjininë së individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.

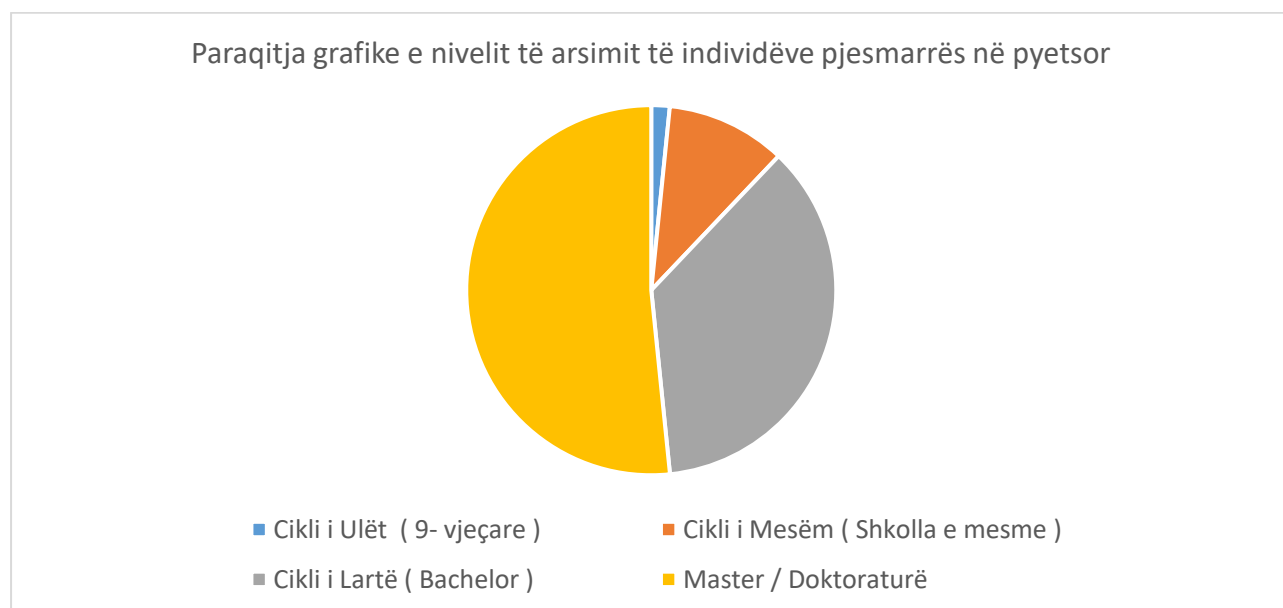
Paraqitja grafike e moshës së individëve të intervistuar



Grafiku nr 2. Paraqitja grafike e moshës individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nën 20 vjeç	5	4.03%	4.03%	4.03%
	20-25 vjeç	32	25.8%	25.8%	25.8%
	26-30 vjeç	63	50.8%	50.8%	50.8%
	Mbi 30 vjeç	24	19.35%	19.35%	19.35%
	Total	124	100,0%	100,0%	

Tabela nr 3 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e moshës individëve të intervistuar në pyetsorin tonë.

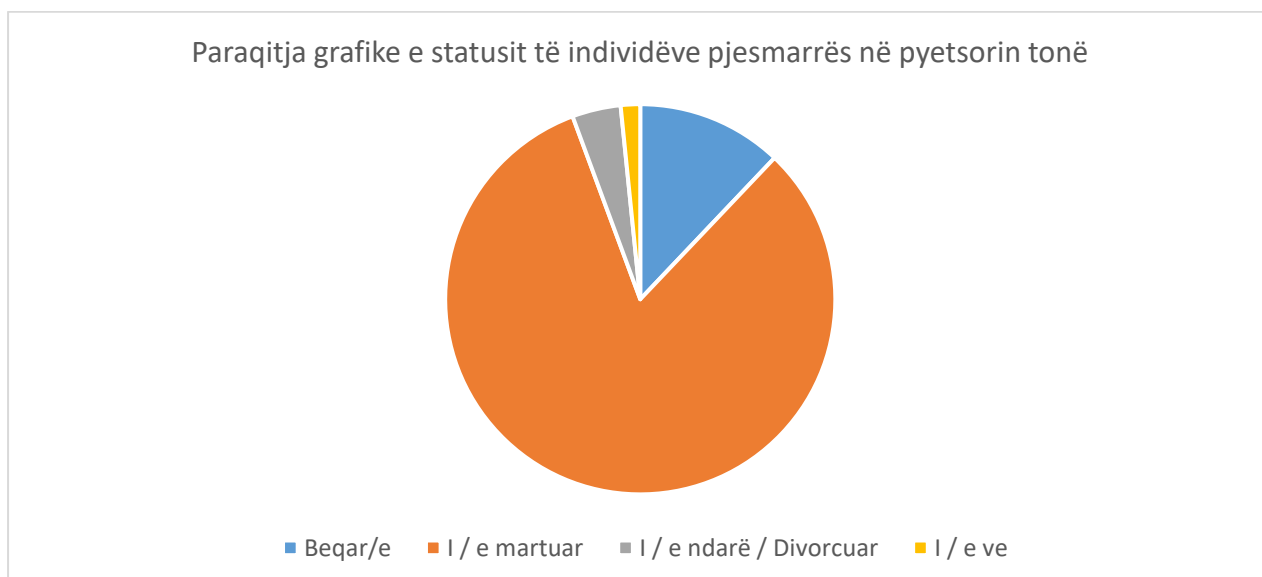


Grafiku nr 3. Paraqitja grafike e nivelit të arsimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cikli i Ulët (9- vjeçare)	2	1.61%	1.61%	1.61%

Cikli i Mesëm (Shkolla e mesme)	13	10.48%	10.48%	10.48%
Cikli i Lartë (Bachelor)	45	36.29%	36.29%	36.29%
Master / Doktoraturë	64	51.61%	51.61%	51.61%
Total	124	100,0	100,0	

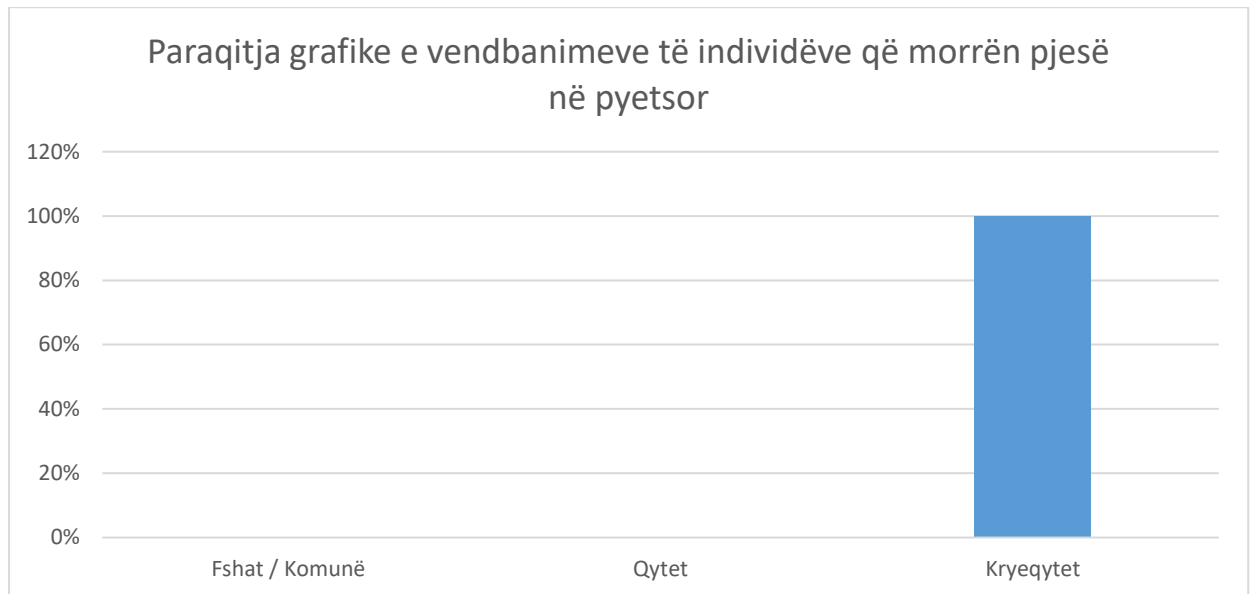
Tabela nr 4 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e nivelit të arsimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.



Grafiku nr 4. Paraqitja grafike e statusit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beqar/e	15	12.09%	12.09%	12.09%
	I / e martuar	102	82.25%	82.25%	82.25%
	I / e ndarë / Divorcuar	5	4.03%	4.03%	4.03%
	I / e ve	2	1.61%	1.61%	1.61%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 5 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS për statusin të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

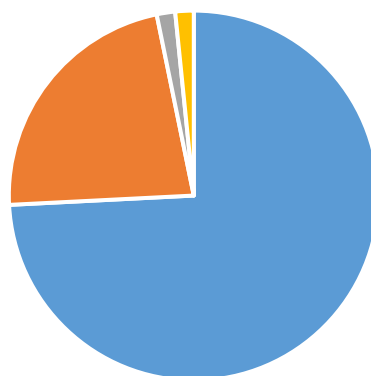


Grafiku nr 5. Paraqitja grafike e vendbanimeve të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fshat / Komunë	0	0%	0%	0%
	Qytet	0	0%	0%	0%
	Kryeqytet	124	100%	100%	100%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 6 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e vendbanimeve të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

Paraqitja grafike e ambjenteve të banimit të individëve që kanë marrë pjesë në pyetsor



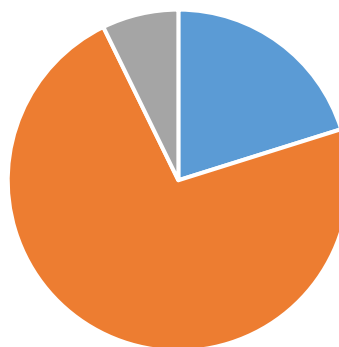
■ Apartament
 ■ Shtëpi Private (shtëpi me 1 kat)
 ■ Vilë (shtëpi me më shumë se një kat) ■ Rezidencë (Bllok vilash)

Grafiku nr 6. Paraqitja grafike ambjenteve të vendbaminimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Apartament	92	74.19%	74.19%	74.19%
Shtëpi Private (shtëpi me 1 kat)	28	22.58%	22.58%	22.58%
Vilë (shtëpi me më shumë se një kat)	2	1.61%	1.61%	1.61%
Rezidencë (Bllok vilash)	2	1.61%	1.61%	1.61%
Total	124	100,0%	100,0%	

Tabela nr 7 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e ambjenteve të vendbaminimit të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

Paraqitja grafike e pagave të secilit prej individ që marrën pjes në pyetsorin tonë



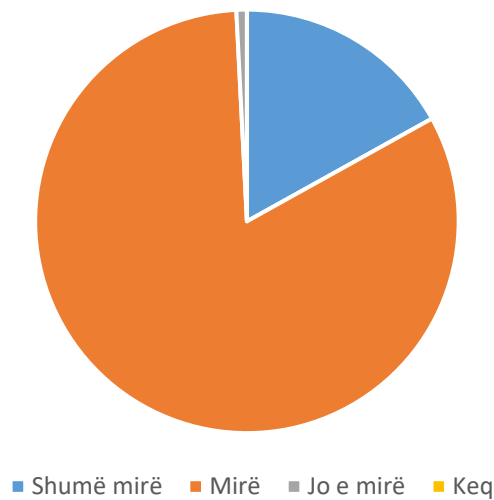
■ Nën 30.000 lekë ■ 30.000 - 130.000 lekë ■ Mbi 130.000 lekë

Grafiku nr 7. Paraqitja grafike e pagave të secilit prej të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nën 30.000 lekë	25	20.16 %	20.16 %	20.16 %
	30.000 - 130.000 lekë	90	72.58%	72.58%	72.58%
	Mbi 130.000 lekë	9	7.25%	7.25%	7.25%
	Total	124	100,0%	100,0%	

Tabela nr 8 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pagave të secilit prej të individëve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

Paraqitja grafike e vleresimit shëndetsor të prindërve të intervistuar



Grafiku nr 8. Paraqitja grafike e vlerësimit shëndetsor i prindërve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

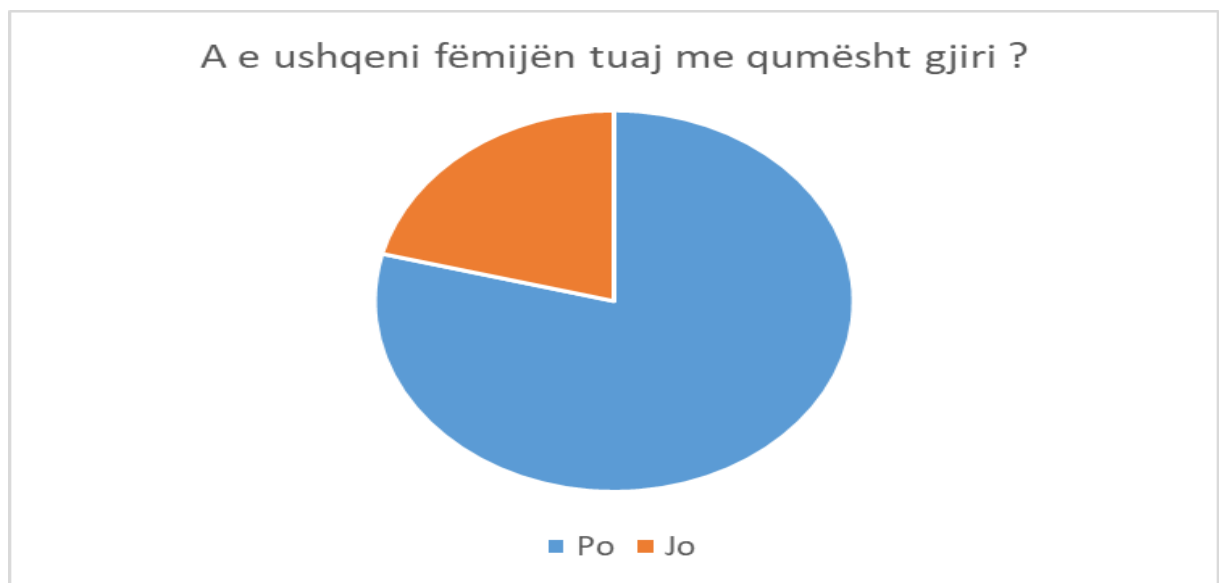
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Shumë mirë	21	16.93 %	16.93 %	16.93 %
Mirë	102	82.25%	82.25%	82.25%
Jo e mirë	1	0.8 %	0.8 %	0.8 %
Keq	0	0%	0%	0%
Total	124	100,0%	100,0%	

Tabela nr 9 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e vlerësimit shëndetsor i prindërve pjesmarrës në pyetsorin tonë.

Pjesa e Dytë – Praktikrat e ushqyerjes së foshnjës.

Në këtë pjesë do të flasim për dhënjen e gjirit për të kuptuar karakterin e të ushqyerit të foshnjave por edhe praktikën që ndjekin prindërit gjatë periudhës që foshnja mbahet me gji por dhe në kohën kur duhet hequr qumshiti i gjirit . Ky seksion përbëhet nga 4 pyetje të cilat janë :

10. A e ushqeni foshnjen tuaj me qumësht gjiri ?

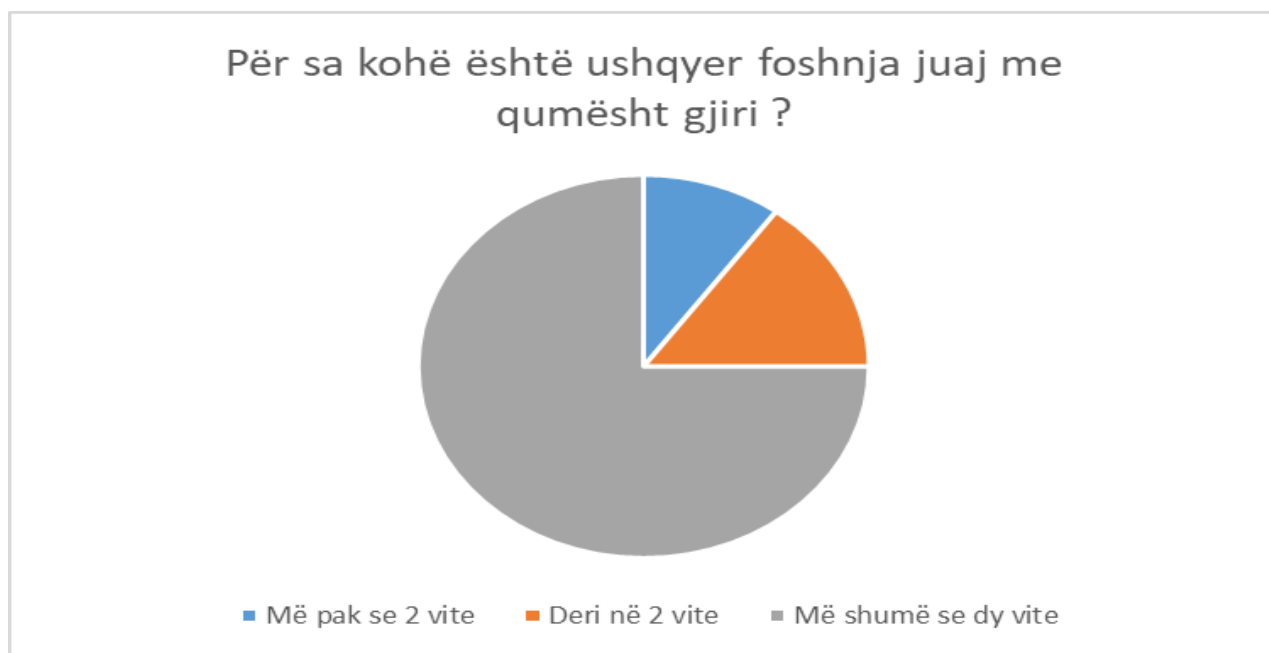


Grafiku nr 9. Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ ***A e ushqeni foshnjen tuaj me qumësht gjiri ?***”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Po	73	58.8%	58.8%	58.8%
	Jo	51	41.2%	41.2%	41.2%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 10 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ ***A e ushqeni foshnjen tuaj me qumësht gjiri ?***”

11. Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?



Grafiku nr 10. Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ *Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?* ”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Më pak se 2 vite	13	10%	10%	10%
	Deri 2 vite	19	15%	15%	15%
	Më shum se 2 vite	92	75%	75%	75%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 11 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ *Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?* ”

12. Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?

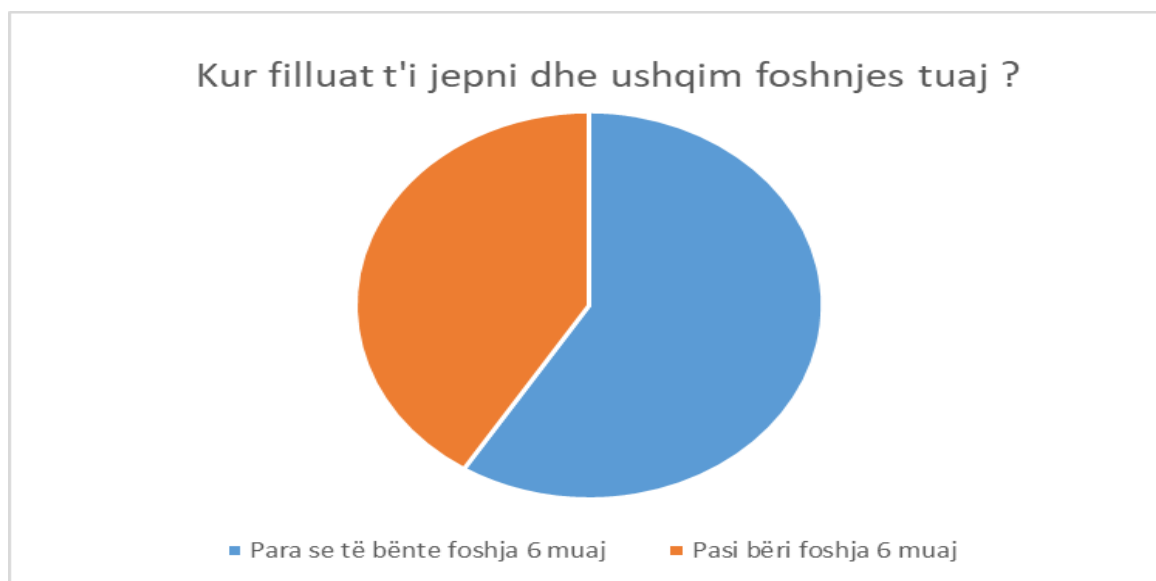


Grafiku nr 11. Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “ *Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?* “

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Po	73	58.8%	58.8%	58.8%
	Jo	51	41.2%	41.2%	41.2%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 12 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “ *Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?* “

13. Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?



Grafiku nr 12. Paraqitja grafike e pyetjes së pyetsorit : “**Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?**”

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Po	73	58.8%	58.8%	58.8%
	Jo	51	41.2%	41.2%	41.2%
	Total	124	100,0	100,0	

Tabela nr 13 : Paraqitja e të dhënave sipas SPSS e pyetjes së pyetsorit : “**Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?**”

DISKUTIMI

Pjesa e parë – Të dhëna demografike të prindërit (prindi që merr pjesë në pyetsorin tonë)

Arsyetimi pyetjes 1 : Në pjesën më të madhe të prindërve që vinin dhe merrnin fëmijët e tyre në kopësht ishin ato të gjinisë femërore 71.87% por jo se gjinia tjetër nuk ishte e angazhuar , meshkujt 28,22%. Kjo ndodh përshkak të angazhimeve apo orareve të punës . Gjithashtu shumica e femrave të marra në intervistë merreshin vetëm me kujdesin e shtëpisë dhe fëmijëve dhe për këtë evidentojmë numërin më të madh të femrave . Një detaj tjetër që kam vënë re ka qenë dhe ndërrimi apo marrja e fëmijës me turne , mund ta sillte njëri prind dhe vinte e merrte prindi tjetër .

Arsyetimi pyetjes 2 : Moshë e çiftëve është shtyrë në krahasim me moshën e krijimit të familjeve në kohën e prindërve tanë . Kjo gjë vjen si pasojë e angazhimit të femrave më së shumti në punë apo dhe përshkak të mundësive në rastin kur në familje punon vetëm njëri nga partnerët, prandaj dhe moshë nga 25-30 vjeç është me vlerë më të lartë në të gjitha grupmoshat e caktuara në pyetjen tonë me 50.8% apo me 63 individ pjesëmarrës.

Arsyetimi i pyetjes 3 : Siç dhe e përmërmëndëm dhe më lartë arsyejet për të vendosur për krijimin e familjes apo për projektimin e një fëmije , tashmë janë të bazuara në planifikimin familjarë , për shkak sepse pothuajse të gjithë prindërit e fëmijëve të intervistuar kishin një status arsimor të lartë, 51.61 % master dhe doktoratur dhe 36,29% Bachelor, cikli i mesëm 10,48% dhe cikli ulet (9-vjeçarë) 1.61%

Arsyetimi i pyetjes 4 : Siç pasqyrohet dhe nga grafiku pjesa më e madhe e individëve janë të martuar me vlerë prej 82.25% apo me 102 individë të përgjigjur I/E martuar por frekuenca e dytë më e lartë është e atyre beqarë që kanë një fëmijë dhe jetojnë bashkë . Një tendencë e re e këtyre prindërve “ bashkjetesa “ .

Arsyetimi pyetjes 5 : Siç dhe e përmëndëm dhe tek kufizimet e punimit pjesëmarrës në studim ishin vetëm banor të Tiranës dhe jo të qyteteve të tjera për këtë ka dalur ky rezultat i pyetjes.

Arsyetimi pyetjes 6 : Pjesa më e madhe e tyre e shofin më të arsyeshme dhe prej mundësive financiare të tyre , por e veçanta e kësaj pyetje është se ka dhe shumë persona që jetojnë në vila private , kjo sepse lagja nr 8 ku ndodhej dhe kopështet që përzgjedhëm për studim janë në një lagje të vjetër ku ka shumë shtëpi private e të vjetra.

Arsyetimi pyetjes 7 dhe 8 : Pjesa më e madhe e prindërve që kanë marr pjesë në studim kanë paga individuale në vlerë mesatare 72,53%, nënvlerat mesatare 20,16%, mbi vlerat mesatare 7,25%. Mbarvajtja e familjes është e mirë dhe me mundësi për tu plotësuar shërbimet bazë për veten dhe për foshnjën . Kjo tregohet dhe ke pyetja në vijim ku profesionet e individëve janë nën normale si ekonomist , shofer, bankjer etj etj por ka dhe nga ata që ka profesion tepër të veçant si meteorolog .

Pjesa e Dytë – Praktikën e ushqyerjes së foshnjës.

Në këtë pjesë do të flasim për dhënjen e gjirit për të kuptuar karakterin e të ushqyerit të foshnjave por edhe praktikën që ndjekin prindërit gjatë periudhës që foshnja mbahet me gji por dhe në kohën kur duhet hequr qumshti i gjirit . Ky seksion përbëhet nga 4 pyetje të cilat janë :

Arsyetimi i pyetjes “ A e ushqeni foshnjën tuaj me qumësht gjiri ?”: Dhënja e qumështit të gjirit foshnjës ka efekte shumë pozitive në krahasim me qumshin e konservuar. Të gjitha nënat shprehën se me dëshirë do ta ushqenin të gjitha foshnjën e tyre me qumësht gjiri, ato që aktualisht i ushqejn ose e kanë ushqyer janë rreth 58.8% por , ka nëna që për arsyeje të ndryshme dhe teknike ato nuk mund ta bëjnë si proces 41,2% .

Arsyetimi i pyetjes “ Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri: Kohëzgjatja e dhënjes së gjirit tek një foshnje ka një kohë të caktuar , pasi qumshti i gjirit me kalimin e kohës humbet vetitë e tij ushqyese dhe foshnja fillon të dobsohet dhe të behet jo me aq shumë i shëndetshëm dhe me ka më pak vitamina për foshnjën . Problemi i heqjes së gjirit qëndron te fakti që dhe pse nga konsultimet por dhe nga literatura (librat për fëmij) shpjegohet koha dhe mënyra e heqjes sepse në këtë rast do të ketë siklet si për nëna por edhe foshnja .

Arsyetimi pyetjes “ Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?
“ : Në këtë pyetje të intervistuarit ndahen në dy pjesë po thuajse të përafërta për arsyen e vetme se një pjesë e atyre nënave nuk ju japin qumësht gjiri por ka dhe nga ata foshnja që nuk arrijnë të pinë dot direkt e nga nëna. Për zgjidhjen e kësaj situate nënat e ndryshme përdorin pompë qumshti për të bërë daljen dhe ruajtjen e qumështit , Kjo jo domosdoshmërishtë duhet të ndodh kur foshnja nuk mund të pijë vetë nga gjiri por dhe kur mamat i dërgojnë në çerdhe që të vegjëll dhe i vetmi ushqim për ta është qumshti i gjirit dhe një nga zgjidhjet është depozitimi i qumshit në kontener duke përdorur pompën e gjirit për ta mbledhur qumështin.

Arsyetimi i pyetjes “Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjës tuaj ? : Shumë prej nënave dhe pse qumështin e gjirit skanë mundur t'ja heqin foshnjës së tyre dhe pasi kanë bërë 2 vjeç ata kanë filluar t'i japin ushqim të butë si përsëmbull mualebi apo perime të bluara në formë pureje apo dhe supë orizi . Të tjera nëna shprehën se kanë pasur frikë t'i japin deri sa të bëjnë 6 muajsh pasi foshnja e tyre mbytej dhe me qumështin .

Pjesa e Tretë – Faktorët që ndikojnë në ushqyerjen e foshnjave .

Në këtë pjesë të tretë të studimit do të flasim në lidhje me tendencën dhe regjimin e të ushqyerit foshnjat apo fëmijët nga 0-5 vjeç . Ajo çfare më ka bërë realisht përshtypje është unifikimi i mendimeve të prindërve femra dhe meshkuj të marr pjes ne pyetsor ne lidhje me ushqimet , regjimin e saj dhe vetit . Në kohën kur prindërit e tanishëm ishin foshnje apo fëmi vaktet e tyre ishin 3 dhe nuk kishte me . Ndërsa tani faktet janë zgjatur dhe në pes të till ku janë shtuar dhe dy vakte të ndërmjetme si paraditja dhe mbasditja . Kjo praktik dhe pse foshnja l ndihmon të kenë një tretje më të ngadaltë dhe të përthithin të gjitha vitaminat e marra nga ushqimi . Gjithashtu sasia e vakteve ka ndryshuar tani më në mëngjes vakti është tepër i bollshëm si me lëng , proteina dhe karbhidrate për foshnjën tuaj . Ndërsa dreka një vakt normal dhe darka një vakt i lehtë . Vaktet e ndërmjetme janë fruta apo ndonje gjë e vogël për të mos e len foshnjën apo fëmijën e uritur deri sa të vij vakti i rradhës . Ashtu si ka ndryshuar regjimi dhe mënyra e të ushqyerit ashtu dhe perceptimi mbi cilësinë më të mirë të produkteve si dhe nga rekomandimet e mjekut . Brezi i ri i prindërve përveç konsultave janë të prirur të lexojnë libra për të ditur me shum si dhe duke lexuar ne internet . Kujdesi ndaj fëmijës është drejtuar totalisht ndaj konsumit të produkteve bio si dhe gatimin e tyre pa i humbur vlerat . Shpesh atë që ata gatuajn për vete ja japin dhe foshnjës apo fëmijës tyre . Ideja e të ngrenit çdo gjë të shëndetshme si perime dhe fruta. Ne kopesht gatuhet në 3 vakte të bollshme ku përllogariten e kalorit dhe vitaminave që atyre ju duhen për tërë ditën . Prindërit shpesh gatuajn në shtëpi vetë për foshnjën e tyre por ka dhe raste kur nuk kanë mundë të gatuajn ata marrin ushqim në formë pureje të blerë në farmaci apo dhe në supermarkete .

Pjesa e Katërt – Database në parametrat e foshnjave .

Gjatë studimit të karakteristikave të veçanta të foshnjave dhe fëmijëve vëmë re një lindje të madhe të djemve ku nga pyetsori janë kostatuam që 2/3 e fëmijëve në të dyja kopështet e marra në shqyrtim . Gjithashtu tek vëzhgimi i përmasave fëmijët kanë përgjithsisht një peshë normale pasi nga 124 individ të intervistuar vetë 11 prej tyre i kishin fëmijët mbi peshë ku vetëm njëri prej tyre ishte obezë . Kurse për sa i përket gjatësisë trupat e fëmijëve kanë një tendencë apo një zgjatje pak mbi normat . Mbi 90% e prindërve i dinë përmasat ideale të fëmijës tyre dhe për të ruajtur këto përmasa shumica e tyre i dërgojnë fëmijët e tyre në pishina ku të notonin apo dhe në krse baleti për vajzat. Por dhe përse prindërit mundohen të krijojnë për fëmijën e tyre aktivitete dhe një ushqim të shëndetshëm , ndonjë herë i lejojnë të tejkalojnë paksa konsumimin e të ëmblave apo dhe të snack-ve që ata aq shumë i pëlqejnë , Por sic ata shprehen kjo mund të ndodhi jo çdo ditë por 1 herë në javë apo 2-3 herë .

Në disa studime që kemi hasur përgjat rishikimit të literaturës disa autor janë shprehur dhe kanë dhënë rezultatet e studimeve të tyre . Në këtë pjesë do të bëjmë një krahasim midis rezultateve të studimit tonë dhe atë të autorëve të huaj .

Gul and Kibria (2013) shprehet se 61% e meshkujve dhe 40% e femrave u gjetën të kequshqyer. 71% fëmijë më pak se dy vjet ishin kequshqyer. Madhësia e madhe e familjes, statusi i dobët socio-ekonomik, analfabetizmi i nënës, nënat më të reja, anemia e nënës dhe partitë e shumta ishin shkaqet kryesore të kequshqyerjes së fëmijëve.

Në studimin tonë madhësia e familjeve ka ndryshuar duke e reduktuar atë në 3 ose 4 pjesë për një familje. Këtë fakt e shohim dhe në mosha të pindërve të kopshtit si dhe të çerdhës. Ndërsa statusi social është rritur dhe niveli kulturor i nënave dhe baballarëve është rritur. Shtyrja e moshës së krijimit të familjes përkon dhe me synimin për të studjuar në universitet , gjë që sjell një formim kulturor më të mirë tek prindërit që presin apo do të sjellin në jetë një fëmijë. Në lidhje me kequshqyerjen e foshnjave formim kulturor dhe social tek prindërit ndikon për faktin se leximi i librave të ndryshëm në lidhje me produktet , vaktet , mënyrën e gatimit , regjimin si të ngrënurit por dhe për gjumin e tyre ndihmon në të pasurit një shëndet të mirë të foshnjës duke parandaluar situata si kequshqyerja dhe problematikat e saj të ndikojnë në shëndetin e përgjithshëm të tyre.

Anwar et al. (2006) shprehet se 46% e shkollës që ndjekin fëmijët ishte kequshqyer. Fëmijët një të katërt u përballën me zgjebe të kariesit dentar dhe vlon të shumta janë sëmundjet e zakonshme të fëmijëve të kequshqyer.

Studimi jonë u krye brenda dy kopështëve dhe çerdhëve . Dhe pse përgjat studimit shumë prej informacioneve janë strukturuar dhe fokusuar në një subjekt ka pasur dhe nga ato informacione të mbledhura në lidhje me institucionet edukuese . Numri i fëmijëve ishte i ndarë në disa grupe me karakteristika të përbashkëta dhe specifike të tyre. Kontrolli nga ana e edukatorëve kostatonte në kontrollin rutin të fëmijëve për thonjtë e prer , të pasurit të letrave apo shamive për hundët . Ndërsa kontrolle si kontrolli i barkut dhëmbëve , veshve dhe syve në mënyrë provizore kryhej çdo 2 javë apo 1 muaj.

Batool et al. (2012) shprehet se mbipesha ishin më të zakonshme në djemte në krahasim me vajzat. Gjendja e ulët socio-ekonomike, madhësia e madhe e familjes, shkalla e ulët e shkrim-leximit ishte e lidhur me shëndetin e dobët dhe të ushqyerit në fëmijët.

Në studimin tonë shumë pak fëmijë ishin pak më shumë mbi peshën e tyre por jo në gradën e obezës e obezëve. Prindërit shprehen se ju lejojnë fëmijëve të tyre të hanë ushqime të konservuara si patatina , çokollata e shumë produkte ushqimore që fëmijët joshen 1 në ditë apo 1 në disa ditë. Dhe pse mund të kesh një ekonomi të mirë si prind nuk i lejonin për arsyejen e vetme se të qënurit i shëndodh nuk do të thotë se fëmija i tyre është i shëndetshëm dhe efekti i kësaj sjelljeje janë leximi i librave të shumtë , konsultat me mjekun specialist si dhe komunikimi i vazhdueshëm me edukatorët në lidhje me ecurin dhe shëndetin e fëmijës .

KAPITULLI V: KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

5.1 Konkluzione

Brezi i ri i prindërve kanë krijuar vetë edukimin e tyre duke marrë parasysh kujdesin e fëmijës së tyre deri tek konsulta me mjekun pediatër por edhe duke lexuar literaturë të studimeve të kohëve të fundit për të mbajtur një shëndet të plotë të foshnjës apo fëmijëve të tyre. Përveç leximit të librave dhe lundrimit në internet ata janë fokusuar tek cilësia , sasia dhe porcionet e dhënjes së ushqimit fëmijëve të tyre . Vënja e një rregulli apo regjimi për fëmijët e tyre duke përfshirë dhe gjumin dhe pse nuk ishte pjesë e punimit tonë kanë rëndësi të veçantë , Një element tjetër është koncepti I të bërit pak fëmijë por për të të bëhen të gjitha kujdeset. Një vecori e mirë është ndarja e punëve të prindërve jo më vetëm mami bën dhe krijon një jetë të shëndetshme jo vetëm fizike por edhe mendore .

5.1 Rekomandime

1. Rëndësia e ushqyerjes së mirë për nënat shtatzëna dhe ato në laaktacion duhet të theksohet nga institucionet shëndetsore dhe punonjesisit e saj.
2. Zbatimi i duhur i dietës së ndarjes dhe dekurajimit të besimeve kulturore dhe tabueve që ndërhyjnë në statusin ushqimor të një fëmije duhet të merren nga qeveria dhe punonjesisit e shëndetësisë.
3. Arsimi i ushqyerjes duhet t'u jepet nënave për të ndihmuar ushqimin adekuat të fëmijëve të tyre.
4. Qeveria duhet të subvencionojë një dietë të ekuilibruar për fëmijët e moshës shkollore.
5. Qeveria duhet të sponsorizojë hapsira tëvecanta në mediat elektronike për të sensibilizuar prindërit për rëndësinë e një diete të ekuilibruar.
6. Politikat shendetesore duhet të fokusohen mësimin e të ushqyerit në çerdhe , kopshte dhe shkolla.
7. Qeveria duhet të informoj publikun mbi nevojën për një dietë të ekuilibruar.

SHTOJCA I – PYETSORI I STUDIMIT

Vlerësimi i gjendjes ushqyese zakonisht përmblihet nga "ABCD", që nënkupton matjet antropometrike, testet biokimike ose laboratorike, indikatorët klinikë dhe vlerësimi dietik (Johnston dhe Ouyang, 1991).

I. Pjesa e parë – Të dhëna demografike të prindërit (prindi që merr pjesë në pyetsorin tonë)

1. Gjinia

- a. Mashkull
- b. Femër

2. Moshë

- a. Nën 20 vjeç
- b. 20-25 vjeç
- c. 26-30 vjeç
- d. Mbi 30 vjeç

3. Niveli i Edukimit

- a. Cikli i Ulët (9- vjeçare)
- b. Cikli i Mesëm (Shkolla e mesme)
- c. Cikli i Lartë (Bachelor)
- d. Master / Doktoraturë

4. Statusi Civil

- a. Beqar/e
- b. I / e martuar
- c. I / e ndarë / Divorcuar
- d. I / e ve

5. Vendbanimi

- a. Fshat / Komunë
- b. Qytet
- c. Kryeqytet

6. Banesa

- a. Apartament
- b. Shtëpi Private (shtëpi me 1 kat)
- c. Vilë (shtëpi me më shumë se një kat)
- d. Rezidencë (Bllok vilash)

7. Të ardhura mujore - Të ardhurat familjare bruto në shtëpin tuaj .

- a. Nën 30.000 lekë
- b. 30.000 - 130.000 lekë
- c. Mbi 130.000 lekë

8. Profesioni :

Në përgjigje mund të shkruani vetëm emrin e profesionit dhe nese nuk keni nuk eshte e nevojshme të plotësohet .

9. Si e perceptoni gjendjen tuaj të përgjithshme shëndetësore?

- a. Shumë mirë
- b. Mirë
- c. Jo e mirë
- d. Keq

II. Pjesa e Dytë – Praktikrat e ushqyerjes së foshnjës.

10. A e ushqeni foshnjen tuaj me qumësht gjiri ?

- a. Po
- b. Jo

11. Për sa kohë është ushqyer foshnja juaj me qumësht gjiri ?

- a. Më pak se 2 vite
- b. Deri në 2 vite
- c. Më shumë se dy vite

12. Ushqimi me qumështin e gjirit është direkt nga nëna ?

- a. Po
- b. Jo

13. Kur filluat t'i jepni dhe ushqim foshnjes tuaj ?

- a. Para se të bënte foshja 6 muaj
- b. Pasi bëri foshja 6 muaj

III. Pjesa e Tretë – Faktorët që ndikojnë në ushqyerjen e foshnjave .

14. Sa shpesh e ushqeni foshnjën tuaj?

- a. Një herë në ditë
- b. Dy herë në ditë
- c. Tre herë në ditë
- d. Më shumë se tre herë në ditë

15. Çfarë i jepni në këto vakte përgjesisht foshnjës tuaj ?

Mëngjesi _____

Dreka _____

Darka _____

16. Përse keni zgjedhur të ushqeni fëmijën tuaj në këtë mënyrë?

- a. Janë ushqime të mira dhe të përballushme nga ana ekonomike .
- b. Janë ushqime të mira dhe të përgatiten shpejtë e janë të thjeshta .
- c. Janë ushqime me vlera të larta ushqyese dhe të rekomanduara nga pediatri .
- d. Tjetër

17. A konsumoni të njëjtin ushqim me foshnjën tuaj?

- a. Shpesh
- b. Zakonisht
- c. Nganjëherë
- d. Asnjë herë

18. Përse veproni në këtë mënyrë ?

19. Çfarë dini për ushqyerjen e fëmijëve?

20. A ushqeni fëmijën tuaj ushqim të gatuar në shtëpi?

- a. Po
- b. Jo

21. Përse veproni në këtë mënyrë ?

22. Nëse jo ,ku e merrni ushqimin e foshnjes dhe çfarë lloji është ushqimi që i jepni ?

23. Sa shpeshë i jepni foshnjes tuaj ushqime të konservuara ?

- a. Shpesh
- b. Zakonisht
- c. Nganjëherë

d. Asnjë herë

24. Nëse po , si quhen këto konservues ushqimor që ju përdorni ?

IV. Pjesa e Katërt – Database në me parametrat e foshnave .

25. Gjinia e foshnjës/ fëmijës tuaj ?

- a. Mashkull
- b. Femër

26. Mosha e foshnjës/ fëmijës tuaj ?(Në muaj)

27. Gjatësia e foshnjës / fëmijës tuaj ? (Në cm)

28. A i dini përmasat ideale në peshë dhe gjatësinë për moshën që ka foshnja / fëmija juaj ?

- a. Po
- b. Jo

29. A është foshnja / fëmija juaj në përmasa ideale ?

- a. Po
- b. Jo

30. Nëse po , çfarë ju ka ndihmuara të ruani parametrat ideale të foshnja / fëmija tuaj ?

31. Nëse jo , ku mendoni se ka qënë gabimi që fëmija juaj nuk ka parametrat noramle ?

32. Sa shpesh fëmija juaj ha ushqimet e mëposhtme? (Ju lutem zgjidhni vetëm nga një përgjigje për sesion)

Ushqim / Pjatë	Një herë në ditë	Më shumë se 1 herë në ditë	5-6 herë në javë	3-4 herë në javë	1-2 herë në javë	1-2 herë në muaj	Rrallë	Asnjëherë
Lengje / Pije								
Drithëra								
Bulmet								
Yndyrna / Vajra								
Brumra								
Të skuqura								
Peshk / Produkte deti								
Mish i kuq								
Mish i bardh								
Perime								
Furta								
Të ëmbla								
Snack								
Pije me gaz								

Pyetsorin mund ta gjeni dhe në formatin online në linkun e mëposhtëm :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfvnyOcZa8m81PKOL93yj9Jap4YHXT-Fe_JyY3FIMmk3C4Vdw/viewform?vc=0&c=0&w=1

SHTOJCA II – PËLQIMI PARAPRAK PËR KRYERJEN E PYETSORIT

Data: _____

E/I dashur _____

Unë jam një student në programin Master Shkencorë në Universitetin Ismail Qemali në qytetin e Vlorës . Do të kërkoja lejen tuaj për kryerjen e një hulumtimi në ambientet e kopështit tuaj të quajtur _____ në datën ____ / ____ / ____.

Hulumtimi im do të përqëndrohet në informacione të cilat mund ti marrë nga prindërit e fëmijëve apo forshnave që frekuentojnë kopshtin tuaj. Unë mendoj se njohuritë dhe përvoja juaj dhe e prindërve do të ofrojnë njohuri të rëndësishme që janë relevante për këtë temë. Unë do të kryej plotësimin e pyetsorit për rreth 45-60 minuta, e cila do të plotësohet direkt në google forms dhe të dhënat do të kalojnë në një database që do të na shërbej për analizën tonë . Do të isha mirënjohës nëse do të më lejoni të intervistoj në një vend dhe kohë të përshtatshme për ju. Përmbajtja e kësaj interviste do të përdoret për projektin tim kërkimor, i cili do të përfshijë një dokument përfundimtar, si dhe një prezantim joformal për shokët e mi të klasës. Mund të paraqes gjetjet e mia kërkimore përmes prezantimeve të konferencës dhe / ose përmes publikimit. Do të ruaj anonimitetin tuaj e të prindërve pjesmarrës në pyetsor dhe konfidencialitetin dhe nuk do të përdor emrin tënd ose ndonjë përmbajtje tjetër që mund të të identifikojë në punën time të shkruar, prezantimet me gojë ose publikimet. Çdo informacion që identifikon shkollën ose studentët tuaj do të përjashtohet gjithashtu. Të dhënat e pyetsorit do të ruhen në kompjuterin tim të mbrojtur me fjalëkalim dhe i vetmi person që do të ketë qasje në të dhënat e hulumtimit do të jetë koordinatori im kërkimor Prof. Dr. Yllka Bilushi.

Ju lutemi nënshkruani këtë formular të pëlqimit, nëse pranoni të intervistoheni. Jam shumë mirënjohës për pjesëmarrjen tuaj.

Sinqerisht , _____

Tel : _____ Email : _____

Udhëheqësi i temës _____

Tel : _____ Email : _____

Forma e pëlqimit : Unë e pranoj se tema e këtij pyetsori është shpjeguar për mua dhe se çdo pyetje që kam kërkuar janë përgjigjur në kënaqësinë time. Unë e kuptoj se mund të tërhiqem nga ky studim hulumtues në çdo kohë pa asnjë gjobë.

Kam lexuar letrën që më është dhënë nga _____ dhe pranoj të marr pjesë.

Firma: _____

Emri : _____

Data: _____

LISTA E REFERENCAVE / BIBLIOGRAFIA

1. Acharya, S. (2006). Review of existing Parental education package. A review submitted to Early Childhood Development Section, Department of Education, Sanothimi.
2. Alleyne, G.A.O (1977): Protein Energy Malnutrition. Arnold. EIBS and Edward.
3. Anazonwu-Bello, J.N (1985): Food and Nutrition in Practice. London. Macmillan Education limited
4. Anyakoha, E.U and Eluwa, M.A (1991): Home Management for schools and colleges. Onitsha. Africana Rep. Publishers limited.
5. Bakketeig LS, and etal (1998). Report of the IDECG Working Group on definitions, classifications, causes, mechanisms and prevention of IUGR. European Journal of Clinical Nutrition, 52 (Suppl. 1):S94–S96.
6. Bornstein, M. 2002. Handbook of Parenting Volume 4 Social Conditions and Applied Parenting. Psychology Press.
7. Bradley, R.H. and R.F. Corwyn. 2005. Caring for Children around the World: A view of HOME. International Journal of Behavioral Development 29(6): 468-478.
8. Breitenstein, S.M., Gross, D., and Christophersen, R. (2014). Digital delivery methods of parenting training interventions: A systematic review. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(3), 168-176.
9. Burke, Nadine J, Julia L. Hellman, Brandon G. Scott, Carl F. Weems, and Victor G. Carrion. The Impact of adverse childhood experience on an urban pediatric population. Child abuse and Neglect (2011).
10. Caliendo, E.A (1979): Nursing care of children. Newyork.
11. Coatsworth, J.D., Duncan, L.G., Pantin, H., and Szapocznik, J. (2006). Retaining ethnic minority parents in a preventive intervention: The quality of group process. Journal of Primary Prevention, 27(4), 367-389.
12. Cornell University (Cornell Food and Nutrition Policy Program, Monograph 12).
13. De Onis M, and etal (1993). The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. Bulletin of the World Health Organization, 71:703–712.
14. Department of Education (2004). Strategy for Early Childhood Development in Nepal. Kathmandu: Ministry of Education and Sports.
15. Department of Education. 2004. Strategy Paper for Early Childhood Development in Nepal. Kathmandu.
16. Department of Education. 2014. Flash I Report, 2071 (2014/015). Kathmandu.
17. Donald, S.M (1977): Nutrition in community. London.
18. Evans, Judith L. 2006. Parenting Programs: An Important ECD Strategy. UNESCO. Government of Nepal and UNICEF. Country programme Action Plan (2013-2017). Kathmandu
19. Gomez J, and etal (1956). Mortality in second and third degree malnutrition. The Journal of Tropical Pediatrics, 2:77–83.
20. Grover, D. 2005. The Young Child in the Family: Promoting Synergies between Survival, Growth and Development in Early Childhood. Presentation made at the CARKMCH Forum. Dushanbe, Tajikistan, September 20-22, 2005.
21. Habicht JP and etal (1974). Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential. Lancet, i: 611–614.

22. Heywood AH, Marshall T, Heywood PF (1991). Motor development and nutritional status of young children in Madang, Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*, 34:109–116.
23. Hossain, S.M, SaziaHuq, Biswas Adhikari, SumaiyaZabin, Syed Mohammad and TanjilulHaque. 2015. Parenting Skills and Child Behavior: A Cross Sectional Study in some selected Areas of Nepal. *South East Asia Journal of Public Health*. 2015, 5 (1) 44-48.
24. Jeanette, B.E and Robert, E.R (1980): *Food Nutrition and the child*. U.S.A C.V Mosby Company.
25. Johns T, Eyzaguirre PB (2000). Nutrition for sustainable environments. *SCN News*, 21:25–29.
26. *Journal of Agriculture and Life Sciences* ISSN 2375-4214 (Print), 2375-4222 (Online) Vol. 1, No. 2; December 2014
27. King JC, Weininger J (1989). Nutrition during pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 13(3):162–168.
28. Kramer MS (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65(5):663–737.
29. M, Argente J, eds. *Human growth: basic and clinical aspects*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, pp. 143–149.
30. Man WD, and etal (1998). Nutritional status of children admitted to hospital with different diseases and its relationship to outcome in The Gambia, West Africa. *Tropical Medicine and International Health*, 3:678–686.
31. Martorell R and etal (1992). Long-term consequences of growth retardation during early childhood. In: Hernandez
32. Meaney, M.J. 2010. Epigenetics and the Biological Definition of Gene X Environment Interactions. *Child Development*. Pp. 41-79.
33. Mendez MA, Adair LS (1999). Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in late childhood. *Journal of Nutrition*, 129:1555–1562.
34. Ministria e Shndetsis (2014) , Protokollet e praktikës klinike të mirërritjes dhe zhvillimit të fëmijës 0-6 vjeç . https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/01/PPK_MIRERRITJA_QERSHOR_2014.pdf
35. Mosby Company. (1995a). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization (Technical Report Series No. 854).
36. National Academics for Sciences, Engineering and Medicine. 2016. *Parenting Matters: Supporting parents of Children Ages 0-8*. The National Academic press. Washington, DC.
37. National Scientific Council on the Developing Child. 2004. *Young Children Develop in an Environment of Relationships: Working Paper No. 1*. Retrieved July 21, 2014 from www.developingchild.harvard.edu
38. Olusanya, J.O etal (2000): *foods and Nutrition for WASSCE and SSCE*, Lagos.
39. Osun State (2014) , *The Incidence of Malnutrition in Children (Age 0 – 5 Yrs) , Journal of Agriculture and Life Sciences* ISSN 2375-4214 (Print), 2375-4222 (Online) Vol. 1, No. 2; 12/2014 http://jalsnet.com/journals/Vol_1_No_2_December_2014/10.pdf
40. Paul Upham, P., Whitmarsh, L., Poortinga, W., Purdam, K., Darnton, A., McLachlan, C. & Devine-Wright, P. (2009). *Public attitudes to environmental change: A selective review of theory and practice – executive summary*. Living with Environmental change and UK research Council Accessed from:

<http://www.esrc.ac.uk/files/public-engagement/public-dialogues/executive-summary-public-attitudes-to-environmental-change>.

41. Pelletier D (1991). Relationships between child anthropometry and mortality in developing countries. Ithacan,
42. Pelletier DL (1994). The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research. *Journal of Nutrition*, 124 (Suppl. 10): 2047S–2081S.
43. Pelletier DL and etal (1994). A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries. *Journal of Nutrition*, 124(Suppl.10):2106S–2122S.
44. Pelletier DL, Frongillo EA Jr, Habicht JP (1993). Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *American Journal of Public Health*, 83:1130–1133.
45. Pollitt E and etal (1993). Early supplementary feeding and cognition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58:1–99.
46. Pollitt E and etal (1994). Stunting and delayed motor development in rural West Java. *American Journal of Human Biology*, 6:627–635.
47. Prüss-Üstün A, and etal (2003). Introduction and methods: assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Geneva, World Health Organization, (WHO Environmental Burden Of Disease Series, No. 1).
48. Ricketts, E. (1982): *Food Health and You*. London. Macmillan Education Limited.
49. Rogoff, Barbara.2003. *The Cultural Nature of Human Development*. Oxford University Press. Santa Cruz.
50. Sahu, et al.(2017) , Malnutrition among under-five children , *Journal of Natural Science, Biology and Medicine | January 2015 | Vol 6 | Issue 1*
file:///C:/Users/Lenovo%20User/Downloads/Malnutrition_among_under-five_children_in_India_an.pdf
51. Save the Children. 2010. *Situational Analysis Report: Early Stimulation and Nutrition Survey in Pyuthan*.
52. Scott, S., O'Connor, T.G., Futh, A., Matias, C., Price, J., and Doolan, M. (2010). Impact of a parenting program in a high-risk, multi-ethnic community: The PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(12), 1331–1341.
53. Seto Gurans. 2012. *Research Report on Father's Role in Early Childhood Development*.
54. Seto Gurans. 2017. *A Technical Report on Parental Education (Impact and challenges)*.Kathmandu.
55. Toole MF, Malkki RM (1992). Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41:1–25.
56. Trowell HC (1948). Malignant malnutrition (kwashiorkor). *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 42:417.
57. Uddoh, C.K.O (1980): *Nutrition*. Tropical Nursing and Health science series. London. Macmillan
58. UNICEF and CBS. 2014. *Nepal Multiple Indicator Cluster Survey: Final Report*. Kathmandu.
59. UNICEF and SetoGurans. 2017. *A Formative Study on Parental Education in Five Districts of Nepal.2016/17*. Kathmandu

60. UNICEF ROSA 2009).Equity in school Water and sanitation. Overcoming exclusion and discrimination in South Asia. Nepal country report. Kathmandu: Author.
61. UNICEF. 2011. A. Evaluation of UNICEF’s Early Childhood programme with Focus on Government of Netherlands’ funding (2008-2010) -Nepal Country Case Study.
62. UNICEF. Early Childhood Development: The Key to a Full and Productive Life. Year NA.
63. WEHAB (2002). A framework for action on health and the environment. World Summit on Sustainable Development, Johannesburg, South Africa, August 2002.
64. Whaley, G. and Wong, B. (1979): Nursing care of infants and children. U.S.A C.V
65. Whiting, B. B., & Edwards, C. P. 1988. Children of Different Worlds: The Formation of Social Behavior. Harvard University Press. Cambridge, MA.
66. WHO (2003). Global database on child growth and malnutrition. Geneva, World Health Organization (www.who.int/nutgrowthdb, accessed January 2003).
67. WHO (2004). Inheriting the world. The atlas of children's health and the environment. Geneva, World Health Organization.
68. WHO, 2003. Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Meeting Report Geneva, 3-5 February, 2003.

I. Informacion Personal

Joana Cobo , Master Shkencor , joanacobo67@gmail.com , +355675790216

II. Vendi i Kryerjes së studimit

Studimi është kryer në qytetin e Tiranës në njësin bashkiake numër 8 në dy nga kopështet që ndodhen në këtë njësi bashkiake . Kopshet dhe çerdhet janë :

1. Kopësht dhe çerdhe private “ Lepurushat “
2. Kopësht dhe çerdhe shtetërore “ Nr 45 “

III. Software apo programe të përdorura në studim

- 1.Google Forms – Për ndërtimin e pyetsorit
- 2.Microsoft Excel – Për ndërtimin e grafikëve
- 3.SPSS – Për analizën statistikore .

IV. Të dhëna të tjera nga SPSS

Notes		
Output Created		25-OCT-2018 08:03:47
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	122
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.

Syntax	GLM blind_Tirana brand_Tirana infoplotw_Tirana /WSFACTOR=factor1 3 Polynomial /METHOD=SSTYPE(3) /CRITERIA=ALPHA(.05) /WSDESIGN=factor1.	
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,01

Multivariate Tests^a

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
factor1 Pillai's Trace	,012	,729 ^b	2,000	120,000	,485
Wilks' Lambda	,988	,729 ^b	2,000	120,000	,485
Hotelling's Trace	,012	,729 ^b	2,000	120,000	,485
Roy's Largest Root	,012	,729 ^b	2,000	120,000	,485

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: factor1

b. Exact statistic

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b	
					Greenhouse-Geisser	
factor1	,999	,159	2	,924	,999	

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Epsilon	
	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	1,000	,500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.^a

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: factor1

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F
factor1	Sphericity Assumed	,803	2	,402	,741
	Greenhouse-Geisser	,803	1,997	,402	,741
	Huynh-Feldt	,803	2,000	,402	,741
	Lower-bound	,803	1,000	,803	,741
Error(factor1)	Sphericity Assumed	131,197	242	,542	
	Greenhouse-Geisser	131,197	241,680	,543	
	Huynh-Feldt	131,197	242,000	,542	
	Lower-bound	131,197	121,000	1,084	

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Sig.
factor1	Sphericity Assumed	,478
	Greenhouse-Geisser	,478
	Huynh-Feldt	,478
	Lower-bound	,391
Error(factor1)	Sphericity Assumed	
	Greenhouse-Geisser	
	Huynh-Feldt	
	Lower-bound	

Tests of Within-Subjects Contrasts

		Mean Square	F	Sig.
		,803	1,468	,228
		4,547E-13	,000	1,000
		,547		
		,537		

ABSTRAKTI

Background-i

Përgjat 5 viteve të para të jetës së foshnjave kujdesi për një ushqyerje të shëndetëshme është tepër e rëndësishme . Historiku i mënyrës së ushqyerjes dhe regjimit të tyre në kto vitet e para është tepër i rëndësishëm se si do të jet shëndeti i foshnjës apo fëmijës përgjat gjith jetës së tij . Duke lexuar shum studime të ndryshme të gjitha mardhënjet në lidhje me mënyrën e të ushqyerit dhe faktorin kequshqyerje lidhen me mardhënjet prindër- mjek pediatër . Për këtë arsyeje më lindi ideja se do të ishte një studim i frytshëm nëse do të merrnim mardhënjet prindër – edukator (institucion arsimor / edukativ) .

Qëllimi dhe Objektivat

Qëllimi kryesor se përse përzgjedha këtë mardhënie dhe jo ndryshimin në kohë i mardhënive prindër – mjek pediatër ishte sepse ndryshe nga prindërit dhe mjekët pjesën më të madhe të kohës pran fëmijëve apo foshnjave janë edukatorët e tyre . Ata shohin se çfarë fëmijët hanë , sa shpesh janë apo nuk janë të uritur , cilat ushqime janë ne preferencën e tyre dhe cila jo , regjimi i ushqimit dhe intervalet e saj dhe shum e shum faktorë të tjerë .

Metodologjia dhe Metoda

Për ta vënë në zbatim studimin tim kam përdorur metodologjin e studimit me anë të një qasje cilësore kërkimore. Metoda e përdorur në studim është ajo e intervistimit me anë të një pyetsori . Pyetsori përbëhet nga 3 pjesë dhe përmbanë 32 pyetje . Ndërtimi i pyetsorit është bërë në “ Google Forms “ për të ruajtur privatësin e përgjigjeve dhe fleksibilitet ne mbledhjen e të dhënave . Studimi kryhet në qytetin e Tiranës dhe të dyja institucionet ndodhen në një nga njësit administrative siç është ajo numër 8 .

Rezultatet

Popullata e studimit tonë përbëhet nga prindër të dy institucioneve arsimore si Kopështi dhe çerdhe private “ Lepurushat “ dhe Kopështi dhe çerdhe shtetërore “ Nr 45 “ ku morrën pjesë 124 individ .

Konkluzionet

Brezi i ri i prindërve kanë krijuar vetë edukimin e tyre duke marr parasysh kujdesin e fëmijës së tyre deri tek konsulta te mjeku pediatër por edhe duke lexuar literatura të studimeve të kohëve të fundit për të mbajtur një shëndet të plot të foshnjës apo fëmijëve të tyre.

Rekomandimet

Rëndësia e ushqyerjes së mirë për nënat shtatzëna dhe ato në laktacion duhet të theksohet nga institucionet e shëndetësis dhe punonjesit e saj. Zbatimi i duhur i dietës së ndarjes dhe dekurajimit të besimeve kulturore dhe tabueve që ndërhyjnë në statusin ushqimor të një fëmije duhet të merren nga qeveria dhe punonjësit e shëndetësisë. Qeveria duhet të subvencionojë një dietë të ekuilibruar për fëmijët e moshës shkolllore.

Fjalë kyçe : Kequshqyerje , indeksit të masës trupore (IMT), peshë , gjatësi , kontroll periodik , regjim ushqimor, obezitet , bulimizëm .

ABSTRACT

Background-i

Throughout 5 years before the baby's life, care for a healthy diet is very important. The history of nutrition and tire regimen in the first few years is very important as it will be the baby's or child's health throughout his life. By reading many different studies of all relationships about the way nutrition and the malnutrition factor relate to the relationship between parent and pediatrician. That is why I came up with the idea that it would be a fruitful study if we were to get a parent-educator relationship.

Purpose and Objectives

The pediatrician's doctor was because unlike parents and doctors most of the time around children or children are their educators. They see what kids eat, how often they are or are not hungry, which foods are in tire preference and what not, the food regime and its intervals, and many other factors.

Methodology and Method

In order to implement my study, I have used the study methodology through a qualitative research approach. The method used in the study is interviewing through a questionnaire. The questionnaire consists of 3 parts and contains 32 questions. Building a questionnaire is done on "Google Forms" to maintain the privacy of responses and the flexibility in collecting data. The study is conducted in the city of Tirana and the two institutions are located in one of the administrative units, such as number 8.

Results

The population of our study consists of the parents of two educational institutions such as the kindergartens and private kindergartens "Lepurushat" and the Nurseries and State Nurseries "No. 45", where 124 individuals participated.

Conclusions

The new generation of parents has created their own education taking into account the care of their child up to pediatrician consultation but also by reading recent literature on the health of the child's plot or their children.

Recommendations

The importance of good nutrition for pregnant and lactating mothers should be emphasized by government and health workers. The proper implementation of the diet of sharing and discouraging cultural beliefs and taboos that interfere with the child's nutrition status should be taken by the government and health workers. The government should subsidize a balanced diet for school-aged children.

Keywords: Malnutrition, body mass index (IMT), weight, length, periodic control, eating regimen, obesity, bulimia.

