



**UNIVERSITETI I TIRANËS**  
**FAKULTETI I SHKENCAVE SOCIALE**  
**DEPARTAMENTI I PEDAGOGJISË DHE I PSIKOLOGJISË**

**PREVALENCA E OBEZITETIT TEK FËMIJËT**  
**(SHKOLLARË)10-15 VJEÇ**

**Punim për gradën shkencore**  
**“Doktor”**

**Doktorant**  
**Msc. Jonida Haxhiu**

**Udhëheqës shkencor**  
**Prof. Asoc. Dr. Zenel Orhani**

**Tiranë, 2015**



**UNIVERSITETI I TIRANËS**  
**FAKULTETI I SHKENCAVE SOCIALE**  
**DEPARTAMENTI I PEDAGOGJISË DHE I PSIKOLOGJISË**

**PREVALENCA E OBEZITETIT TEK FËMIJËT**  
**(SHKOLLARË)10-15 VJEÇ**

**Punim për gradën shkencore**  
**“Doktor”**

**Doktorant**  
**Msc. Jonida Haxhiu**

**Udhëheqës shkencor**  
**Prof. Asoc. Dr. Zenel Orhani**

**Mbrohet në datë: / / 2015 para jurisë.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## **Deklarata statutore**

Unë, Jonida Haxhiu, nën përgjegjësinë time deklaroj se kjo tezë e doktoratës është punuar prej meje sipas udhëzimeve të Universitetit të Tiranës, nuk është paraqitur apo dorëzuar para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar e tëra ose pjesë të veçanta të saj. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

Nënshkrimi \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**© Copyright**

**JONIDA HAXHIU**

**2015**

**Të gjitha të drejtat e rezervuara**

*Dedikuar*

*Zyshës, Gerit, Tonit*

## Pasqyra e lëndës

Dedikim.....	v
Abstrakt.....	ix
Lista e tabelave.....	x
Lista e figurave.....	xi
Lista e shkurtimeve të përdorura në studim.....	xii
<b>1. KAPITULLI I: HYRJE.....</b>	<b>1</b>
1.1 Paraqitja e problemit.....	1
1.2 Përse kam zgjedhur të studioj këtë temë?.....	3
1.3 Qëllimi i studimit.....	4
1.4 Çështjet kërkimore.....	4
1.5 Pyetjet kërkimore.....	5
1.6 Hipoteza dhe variablat në studim.....	5
1.7 Struktura e studimit.....	6
<b>1. KAPITULLI I: RISHIKIMI I LITERATURËS.....</b>	<b>1</b>
2.1 Përkufizimi dhe klasifikimi i obezitetit .....	8
2.1.2 Obeziteti; vështrim historik.....	11
2.2 Epidemia e obezitetit.....	12
2.2.1 Përhapja dhe trendi i obezitetit .....	12
2.2.1.1 Obeziteti sipas OBSH-së .....	12
2.2.1.2 Obeziteti në Shqipëri.....	13
2.2.1.3 Obeziteti në Europë.....	13
2.2.1.4 Obeziteti në vende të tjera jo europiane.....	15
2.2.3 Obeziteti sipas faktorëve demografikë.....	16
2.2.3.1 Gjinia.....	16
2.2.3.2 Mosha.....	16
2.2.3.3 Statusi socioekonomik.....	18
2.3 Shkaqet e obezitetit.....	20
2.3.1 Faktorët gjenetikë.....	21
2.3.2 Probleme të tjera fiziologjike që shkaktojnë obezitet.....	23
2.3.3 Mjedisi.....	23
2.3.4 Stili i jetës.....	24
2.3.4.1 Ushqyerja.....	24
2.3.4.2 Aktiviteti fizik.....	25
2.5 Pasojat e obezitetit.....	26
2.5.1 Obeziteti dhe cilësia e jetës .....	26
2.5.2 Pasojat shëndetësore të obezitetit.....	29
2.5.2.1 Obeziteti dhe vdekshmëria.....	29
2.5.2.2 Diabeti i tipit II .....	30
2.5.2.3 Sëmundjet kardiovaskulare.....	32

2.5.2.4 Steatoza hepaticke, ose semundja e mëlçisë së dhjamosur.....	34
2.5.2.5 Sëmundje të tëmthit.....	34
2.5.2.6 Çrregullimet respiratore.....	35
2.5.2.6 Çrregullimet muskulo-skeletale.....	36
2.5.2.7 Probleme në sistemin riprodhues.....	36
2.5.2.8 Çrregullimet e gjumit.....	36
2.5.3 Si ndikon obeziteti në shëndetin mendor dhe emocional.....	37
2.5.3.1 A është obeziteti çështje e shëndetit mendor?.....	37
2.5.3.3 Episodet e mbingrënies.....	42
2.5.3.4 Obeziteti dhe imazhi i trupit.....	42
2.5.3.5 Ciklimi i peshës.....	44
2.5.3.6 Obeziteti dhe stigma .....	45
2.5.3.7 Kostoja ekonomike e obezitetit.....	47
2.6 Obeziteti tek fëmijët.....	49
<b>3.KAPITULLI III: METODOLOGJIA.....</b>	<b>57</b>
3.1 Pse kam zgjedhur të studioj këtë temë?.....	57
3.2 Qëllimet e studimit.....	58
3.3 Çështjet kërkimore.....	58
3.4 Pyetjet kërkimore.....	59
3.5.Hipotezat dhe variablat.....	59
3.6 Justifikimi metodologjik.....	59
3.7 Çështje etike.....	61
3.8 Kampioni.....	63
3.8.1 Rekrutimi i pjesëmarrësve.....	70
3.9 Instrumentat.....	71
3.9.1 Përcaktimi i IMT-së.....	71
3.9.2 Intervista gjysëm e strukturuar.....	71
3.9.3 Inventarët.....	74
3.9.3.1 Shkalla e vetëvlerësimit e Rosenbergut.....	74
3.9.3.2 Pyetësi i formës së trupit .....	75
3.10 Procedura .....	77
3.11 Mbledhja e të dhënave.....	78
3.12 Analiza e të dhënave.....	79
3.13 Vlefshmëria dhe besueshmëria.....	85
3.14 Pikat e forta dhe kufizimet e studimit.....	86
3.15 Implikime për kërkime të mëtejshme.....	87
<b>4.KAPITULLI IV: GJETJE TË STUDIMIT.....</b>	<b>89</b>
<b>5.KAPITULLI V: DISKUTIME.....</b>	<b>114</b>

5.1 Diskutim lidhur me prevalencën e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç, duke e parë këtë sipas: moshës, gjinisë dhe vendbanimit.....	114
5.2 Diskutimi lidhur me njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me shkaqet e obezitetit...	118
5.3 Diskutimi lidhur me njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me pasojat e obezitetit.....	140
5.4.Diskutimi lidhur me marrëdhënie që ekziston ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologj.....	160
<b>6.KAPITULLI VI :PERFUNDIME dhe REKOMANDIME.....</b>	<b>185</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>194</b>
<b>8. SHTOJCA .....</b>	<b>207</b>



## Abstrakt

Obeziteti është shndërruar në një nga problemet më të nxehta përsa i përket shëndetit publik, duke u konsideruar si sëmundja e shekullit të 21-të. Ushqyerja e shëndetshme dhe parandalimi i obezitetit përbën një ndër prioritetet kryesore në shumë vende të botës, sidomos ato të zhvilluara. Ky studim synon të masë prevalencën e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç. Në të njëjtën kohë synon të eksplorojë shkaqet dhe pasojat të lidhura me obezitetin.

Ky ka qenë një studim deskriptiv dhe analitik, në të cilin janë përfshirë matje antropometrike për përcaktimin e obezitetit, intervista gjysmë të strukturuar, inventarë. Është përdorur një formular standard që përdoret për matjet antropometrike, me anë të të cilit përcaktohet statusi i peshës së fëmijëve. Duke u bazur në modele të ngjashme në literaturë, është ndërtuar një intervistë e thelluar në të cilën përfshihen të dhëna anamnesticke, të dhëna antropometrike, gjetje klinike, investigim përsa i përket aktivitetit fizik, ndikimin e faktorëve mjedisorë, marrëdhënien me aktivitetin fizik, marrëdhënien me ushqimin, impaktin emocional të ushqyerjes, etj. Ky studim ka përdorur edhe dy inventarë: njëri për matjen e vetëvlerësimit dhe tjetri për matjen e rëndësisë së formës së trupit. Matja e prevalencës është bërë në një kampion të fëmijëve të moshës 10-15 vjeç. Për të plotësuar kuadrin e studimit të obezitetit, është bërë edhe kërkim cilësor, që për arsye etike është zhvilluar me një kampion në moshë madhore.

Gjetjet e studimit tregojnë se prevalenca e obezitetit tek fëmijët e moshës 10-15 vjeç në vendin tonë është afërsisht në një nivel 4%. Ajo është më e përhapur tek femrat dhe shifrat shihet që pësojnë rritje me rritjen e moshës. Obeziteti shkaktohet nga probleme metabolizmi, trashëgimia, nga stili i jetës sedentare, nga zakone të pashëndetshme të të ngrënit, etj. Ai ka pasoja shëndetësore dhe psikologjike. Pjesëmarrësit kanë një sërë problemesh shëndetësore për shkak të obezitetit, të tilla, diabet të tipit II, dhimbje kyçesh, probleme me frymëmarrjen, etj. Po ashtu, pjesëmarrësit, raportojnë edhe probleme psikologjike, të tilla si tërheqje nga aktivitetet sociale, vetëvlerësim të ulët, stigma, etj.

Rezultatet e një studimi të tillë mundësojnë njohjen me situatën e prevalencës së obezitetit si dhe me karakteristikat e tij në vendin tonë, gjë që do të ndihmonte edhe në marrjen e masave konkrete për të parandaluar shtimin e tij.

**Fjalë kyçe:** obezitet, prevalencë, stil jete, pasoja shëndetësore, pasoja psikologjike

## Abstract

Obesity has become one of the hottest issues in terms of public health, being considered a disease of the 21st century. Healthy nutrition and the prevention of obesity constitutes a key priority in many countries, especially developed ones. This study aims to measure the prevalence of obesity among children 10-15 years old scholars. At the same time the aims to explore the causes and consequences associated with obesity.

This was a descriptive and analytical study, which included anthropometric measurements for the determination of obesity, semi-structured interviews and inventories. It used a standard form for anthropometric measurements, in order to define the status of children's weight. Based on similar models in the literature, is constructed a depth interview which includes anamnestic data, anthropometric data, clinical findings, investigation regarding physical activity, the impact of environmental factors, the relationship with physical activity, relationship with food, emotional impact of nutrition, etc. This study used two inventories; one for measuring the self and the other for measuring the importance of body shape. Measuring the prevalence is done on a sample of children aged 10-15 years. To complement the study of obesity, the qualitative research for reasons of ethics was developed with a sample of adults.

The findings of the study indicate that the prevalence of obesity among children aged 10-15 years in our country, is approximately 4%. It is more prevalent among girls and the figures shows that incur increased with increasing age. Obesity is caused by metabolism problems, inheritance, from sedentary lifestyle, unhealthy habits of eating, etc. It has medical and psychological consequences. Participants have a range of health problems due to obesity such, type II diabetes, joint pains, breathing problems, etc. Also, participants reported psychological problems, such as withdrawal from social activities, low self-esteem, stigma, etc.

The results of such a study enable the recognition of the situation and prevalence of obesity and its features in our country, which would help in taking concrete measures to prevent its growth.

**Keywords:** obesity, prevalence, lifestyle, health consequences, the psychological consequences

## Lista e tabelave

<b>Tabela 1</b> Klasifikimi i nën dhe mbi peshës tek të rriturit sipas IMT-së (kg/M2)/ Rreziku për probleme.....	9
<b>Tabela 2</b> Llogaritja e IMT për fëmijët 2-18 vjeç.....	50
<b>Tabela 3</b> Shpërndarja e fëmijëve sipas gjinisë dhe zonave urbane/rurale.....	65
<b>Tabela 4</b> Pikëzimi për Body Shape Questionnaire.....	75
<b>Tabela 5</b> Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale.....	89
<b>Tabela 6</b> Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas moshës dhe gjinisë.....	89
<b>Tabela 7.</b> Niveli i pikëzimit për Body Shape Questionnaire.....	96
<b>Tabela 8</b> Mendimi se pamja e jashtme vjen si rezultat i mungesës së vetëkontrollit.....	98
<b>Tabela 9</b> Frekuenca e raportuar e faktorëve precipitues në zhvillimin e dukurisë së obezitetit.....	101
<b>Tabela 10</b> Tabela 2x2 duke bërë krahasimin e indeksit të masës trupore me punësimin dhe e axhustuar me moshën e pjesëmarrësve.....	104
<b>Tabela 11</b> Krahasimi i indeksit të masës trupore (në kategori) me simptoma depresive, ankthin dhe pagjumësinë.....	105
<b>Tabela 12</b> Krahasimi i IMT-së (në kategori) me përdorimin e medikamenteve antidepresivë ose anksiolitikë të paktën një herë gjatë vitit të fundit.....	106
<b>Tabela 13</b> Krahasimi i IMT-së (në kategori) me histori të diabetit.....	106
<b>Tabela 14</b> Krahasimi i indeksit të masës trupore (në kategori) me anamnezën personale për episodë depresioni, ankthi, pagjumësi e standartizuar për gjininë.....	107
<b>Tabela 15</b> Testi F për dy varianca, për të testuar raportin e variancës mes mesatareve me variancën mes pjesëmarrësve për pohimet e vetëvlerësimit të Rosenbergut dhe pikëzimin e pyetësorit të Body Shape Questionnaire.....	108

## Lista e figurave

<b>Figura 1</b> Shpërndarja e fëmijëve pjesëmarrës sipas gjinisë.....	64
<b>Figura 2:</b> Shpërndarja e fëmijëve pjesëmarrës sipas zonave urbane/rurale.....	64
<b>Figura 3</b> Shpërndarja në përqindje e pjesëmarrësve në studim sipas gjinisë.....	66
<b>Figura 4</b> Shpërndarja në përqindje e pjesëmarrësve në studim sipas moshës në vite.....	66
<b>Figura 5</b> Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas nivelit arsimor.....	67
<b>Figura 6</b> Shpërndarja pjesëmarrësve në studim sipas statusit të gjendjes civile.....	68
<b>Figura 7</b> Përqindja e pjesëmarrësve në studim sipas indeksit të masës trupore (IMT).....	68
<b>Figura 8</b> Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas statusit socio-ekonomik.....	69
<b>Figura 9</b> Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas nivelit të punësimit.....	69
<b>Figura 10</b> Shpërndarja e IMTI-së mes fëmijëve pjesëmarrës.....	90
<b>Figura 11</b> Shpërndarja e IMT-së tek fëmijet 10-11 vjeç në bazë të gjinisë.....	90
<b>Figura 12</b> Shpërndarja e IMTI-së tek fëmijet 12-13 vjeç në bazë të gjinisë.....	91
<b>Figura 13</b> Shpërndarja e IMTI-së tek fëmijet 14-15 vjeç në bazë të gjinisë.....	91
<b>Figura 14</b> Shpërndarja e IMT-së të fëmijët 10-15 vjeç, të grupuar në bazë të moshës.....	92
<b>Figura 15</b> Shpërndarja e fëmijëve në bazë të IMT-së dhe konsumit të mëngjesit.....	92
<b>Figura 16</b> Shpërndarja e IMT-së në % mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale.....	93
<b>Figura 17</b> Pikëzimi i përgjithshëm i Inventarit të Rozenbergut.....	94
<b>Figura 18</b> Pikëzimi i Inventarit të Rozenbergut për pohimet 1, 2, 4, 6, 7.....	94
<b>Figura 19</b> Pikëzimin i Inventarit të Rozenbergut për pohimet 3, 5, 8, 9, 10.....	95
<b>Figura 20</b> Pikëzimin i Body Shape Questionnaire për pjesëmarrësit në studim.....	97
<b>Figura 21</b> Ndikimi i pamjes së jashtme në sjellje dhe qëndrime të pjesëmarrësve ( në përqindje).....	98
<b>Figura 22</b> Përdorimi i laksativëve dhe provokimi i të vjellave nga pjesëmarrësit për t'u ndjerë më të dobët, në përqindje.....	99
<b>Figura 23</b> Frekuenca në përqindje që pjesëmarrësit ndjenjë nevojën për të mbajtur dietë dhe frekuencën që kanë mbajtur konkretisht dietë.....	100
<b>Figura 24</b> Ndikimi në përqindje që ka mendimi për pamjen e jashtme në përqëndrimin e pjesëmarrësve.....	100
<b>Figura 25</b> Frekuenca në përqindje e shmangies së aktiviteteve shoqërore apo argëtuese.....	101
<b>Figura 26</b> Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas IMT-së dhe statusit ekonomik.....	102
<b>Figura 27</b> Krahasimi i pjesëmarrësve sipas IMT-së dhe punësimit.....	103
<b>Figura 28</b> Shpërndarja në përqindje e subjekteve sipas ITM-së në kategori dhe statusi i gjendjes civile.....	104
<b>Figura 29</b> Ilustrim i pikës kritike për shpërndarjen F me 2 dhe 42 shkallë lirie.....	110

## **Lista e shkurttimeve të përdorura në studim**

- IMT-Indeksi i Masës Trupore
- OBSH-Orgанизata Botërore e Shëndetësisë
- PB-Perimetri i belit
- Statusi socioekonomik- SSE
- CJLSH-Cilësia e Jetës e Lidhur me Shëndetin
- IPCJ-Impakti i Peshës në Cilësinë e Jetës
- SKZ -Sëmundjet Koronare të Zemrës
- SKV- Sëmundjet kardiovaskulare
- SHPA-Shoqata Psikiatrike Amerikane
- OB-Obezitet Morbid
- PKSH-Profesionistë të kujdesit shëndetësor
- QKPS-Qendra për Kontrollin e dhe Parandalimin e Sëmundjes
- SHJO -Shoqata Japoneze për Obezitetin
- TFNO-Task Forca Ndërkombëtare për Obezitetin
- SKESHU-Studimi Kombëtar i Ekzaminimit të Shëndetit dhe Ushqyerjes
- MONIKA-Monitorimi i Trendeve dhe Përcaktuesve në Sëmundjet Kardiovaskulare
- DUL-Dendësia e Ulët i Lipoproteinës
- DSHUL-Dendësia Shumë e Ulët e e Lipoproteinës
- HDL-Dendësia e Lartë e Lipoproteinës
- SKSHU-Studimi Kombëtar i Ekzaminimit të Shëndetit dhe Ushqyerjes,

# Kapitulli I: HYRJE

## 1.1 Paraqitja e problemit

Obeziteti është përshkruar si një problem i shëndetit publik që gradualisht po merr përmasa epidemike. Prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit po rritet në mënyrë alarmante nga njëri rajon tek tjetri, nga nën 5% në Afrikë, në 20 % në Europë dhe deri në mbi 30 % në Amerikë dhe disa vende të Lindjes së Mesme. Në Europë, obeziteti vlerësohet të jetë trefishuar 20 vitet e fundit<sup>1</sup>. Në shumicën e vendeve të Europës Perëndimore, obeziteti vlerësohet të ketë një frekuencë 10-25%, në disa vende të Europës Lindore shkon deri 40%, në Europën Veriore përhapja shkon në 10-20% ndërsa në Europën jugore shkon në 20-35%. Tek fëmijët, gjithashtu, vihet re një trend rritje përsa i përket shifrave të mbipeshës<sup>2</sup>. Fëmijët obezë dhe mbipeshë ka të ngjarë të mbeten të tillë edhe në moshë të rritur dhe ka shumë të ngjarë të kenë probleme fizike dhe psikologjike për këtë shkak. Në rang botëror prevalenca e obezitetit është rritur nga 4.2% në 1990 në 6.7% në 2010 dhe studiuesit vlerësojnë që mund të shkojë 9.1% në 2020<sup>3</sup>.

Obeziteti mund të përkufizohet me anë të Indeksit të Masës Trupore<sup>4</sup> KG/M<sup>2</sup>, e cila është metoda më e përdorur në praktikë dhe në studimet epidemiologjike.

Në ditët tona, obeziteti, po bëhet gjithmonë e më shumë një problem i mprehtë, lidhur me impaktin që ka në shoqëri. Një çështje e tillë, përbën një shembull të një problemi që mund të zgjidhet vetëm me një bashkëpunim të aktorëve të ndryshëm sikurse janë familja, komuniteti, shkolla, etj.

Studiuesit kanë përcaktuar një sërë faktorësh që kontribuojnë në këtë gjë. Kështu, shumë studime kanë arritur në përfundimin se obeziteti mund të ketë lidhje me trashëgiminë. Nga ana tjetër, studime të shumta e kanë lidhur obezitetin me mjedisin, duke e konsideruar atë si shumë obezogenik. Një element që lidhet me mjedisin në njëfarë mënyre është edhe stili i jetës. Kështu,

<sup>1</sup>World Health Organization. Obesity and overweight, 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> Marrë nga interneti me 12 Tetor 2011.

<sup>2</sup> Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO Technical Report Series, No. 894).

<sup>3</sup><http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.htm>

<sup>4</sup> BMI- Body Mass Index- emërtimi origjinal

një stil jetë në të cilin nuk bëhet kujdes për të zgjedhur ushqime të shëndetshme si dhe personi nuk përfshihet në aktivitet fizik ose bën një jetë sedentare, ka shumë më tepër mundësi të shpjerë në obezitet<sup>5</sup>. Gjithashtu, po kaq i rëndësishëm është eksplorimi i pasojave të lidhura me obezitetin. Studiuesit kanë përcaktuar një sërë pasojash shëndetësore të lidhura me obezitetin, të tilla si diabeti i tipit II, sëmundjet kardiovaskulare të zemrës, probleme me frymëmarrjen, etj. Po ashtu, nga studimet janë evidentuar edhe pasoja psikologjike të lidhura me obezitetin të tilla si probleme me imazhin e trupit, rënie e vetëvlerësimit, simptoma depresive<sup>6</sup>, etj. Obeziteti kështu, ka një ndikim evident tek cilësia e jetës.

Ky studim ka si qëllim gjetjen e shifrave lidhur me përhapjen e dukurisë së obezitetit tek fëmijët shqiptarë 10-15 vjeç, në mënyrë që të krijohet një tablo sa më e qartë lidhur me prevalencën e obezitetit në këtë grupmoshë në vendin tonë. Nga ana tjetër, synohet që këto të dhëna të jenë të përdorshme në hartimin e politikave trajtuese dhe parandaluese të këtij problemi. Gjithsesi, për të kuptuar këtë dukuri nuk mjafton vetëm studimi i prevalencës. Kështu, ky studim është plotësuar edhe me të dhëna cilësore, studime eksperiancash dhe histori jete të personave që tashmë e kanë një problem të tillë, pjesë e studimit që ka të bëjë me të kuptuarin e shkaqeve që kontribuojnë në zhvillimin e obezitetit. Në njëfarë mënyre, tek të gjithë personat obezë, tek disa më pak e tek disa më shumë, preket cilësia e jetës. Për arsye etike, për shkak se ky studim i jetës personale mund të ketë implikime etike, kjo pjesë është zhvilluar me një kampion të rritur në moshë, me zotësi të plotë juridike.

Mosha 10-15 vjeç e fëmijëve pjesëmarrës është përzgjedhur për disa arsye. Kështu, kjo është mosha në të cilën studiuesit kanë përcaktuar që rritja është në kulmin e saj, pasi trupi përgatitet për të hyrë në pubertet. Duke qenë kështu, kjo moshë përcaktohet si “pikë e nxehtë” përse i përket rrezikut për mbipeshë dhe obezitet (Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. 2000)

Po ashtu, në këtë moshë, duke qenë se rritja është intensive, ka edhe më shumë pasoja shëndetësore për shkak të obezitetit. Përse i përket të dhënave cilësore, është përzgjedhur mosha mbi 18 vjeç për arsye etike. Është përzgjedhur kjo moshë pasi individët, janë produktivë në punë, janë aktivë seksualisht, kanë mundësi të përfshihen në aktivitet fizik, etj. Po ashtu, mosha e

---

<sup>5</sup> Heshka, S. & Allison, D. B. Is obesity a disease? International Journal of Obesity 2001;25:1401-1404

<sup>6</sup> Caballero B. "The global epidemic of obesity: An overview". Epidemiol Rev 2007;29:1-5.

mesme vlerësohet moshë në të cilën ndodhin më shpesh vdekje të parakohshme, nga sëmundjet koronare të zemrës, kanceri dhe ataku në zemër. Për sa kohë obeziteti konsiderohet një faktor i lartë rreziku për këto sëmundje, patjetër që edhe problemet në këtë moshë tek personat obezë arrijnë një nivel të konsiderueshëm<sup>7</sup>. Së fundi, ashtu sikurse është përmendur edhe në literaturë, studimi i adultëve në moshë të mesme ka demonstruar se femrat dhe meshkujt obezë kanë shëndet më të varfër psikologjik se sa ata me peshë normale<sup>8</sup>.

## 1.2 Përse kam zgjedhur të studioj këtë temë?

Obeziteti përbën një gjendje kryesisht shëndetësore, e shkaktuar nga një sërë faktorësh, përfshirë ata gjenetikë, mjedisorë, ku më së shumti i jepet rëndësi stili i jetës jo të shëndetshëm të jetës, të ngrënit jo të shëndetshëm por edhe mungesës së aktivitetit fizik. Po ashtu, obeziteti shoqërohet me një sërë pasojash në jetën e individit, përfshirë pasoja shëndetësore, psikologjike e deri në stigma e diskriminim për këtë arsye.

Pak është bërë për çështjen e obezitetit në vendin tonë. Në fakt, nuk ka asnjë studim të mirëfilltë të kryer në rang kombëtar që përcakton saktë përqindjen e përhapjes së këtij problemi. Gjithashtu, edhe studimet lidhur me këtë çështje janë shumë të pakta dhe sporadike. E njëjta gjë mund të thuhet edhe për botimet, për profesionistët apo për publikun.

Në punën time si psikologe në Departamentin e Promocionit të Shëndetit, në Institutin e Shëndetit Publik, në takime pune e trainime me target grupe të ndryshme, kam vënë re që tema e obezitetit përbën një çështje me mjaft interes. Po ashtu, kam vënë re, se një temë e tillë, pak herë është trajtuar dhe pak informacion është dhënë, pa folur pastaj për personat obezë, të cilët janë të prekurit kryesorë e kësaj mangësie në informacion. Mangësia në informacion ka shumë ndikim tek ta. Së pari, njohja me prevalencën e obezitetit në fëmijët e moshës 10-15 vjeç do të ishte ndihmëse, për të kuptuar se sa i përhapur është një problem i tillë në popullatën me këtë moshë dhe kjo do të mundësonte edhe marrjen e masave më efektive për të, për të ndërhyrë me anë të trajtimit, por edhe për parandalim. Arsye tjetër është se duke e studiuar në thellësi këtë çështje, përfshirë prevalencën por edhe karakteristikat e kësaj dukurie, specialistë janë më të përgatitur

---

7 Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T. A. & Wilson, C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity* 2010;21:715-737.

8 Larsson, U., Karlsson, J. & Sullivan, M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life - a Swedish population study. *International Journal of Obesity*, 2012, 26,417-424.

për ta trajtuar dhe janë më të qartë lidhur me karakteristikat e një situatë të tillë si dhe cilat janë mënyrat më efikase për ta përballur një gjendje të tillë. Motiv tejet substancial për t'u marrë me këtë temë ka qenë synimi për t'u ardhur në ndihmë personave obezë, në përpjekjen e tyre për të trajtuar me sukses këtë problem. Situata e trajtimit të një çrregullimi të tillë, ka nevojë për mbështetje dhe programe serioze. Mungesa e informacionit përsa i përket obezitetit ndikon së pari tek personat obezë në mënyrë direkte dhe indirekte. Kështu, publiku “joobez” mungesën e informacionit lidhur me obezitetin e reflekton duke stigmatizuar në shumicën e rasteve personat obezë, shpesh si persona të babëzitur, të cilët nuk kanë vullnetin e duhur për të qenë me një peshë normale.

Në të njëjtën kohë, me anë të këtij studimi, e rezultateve të tij, synoj të ndihmoj në parandalimin e obezitetit; në parandalimin e shtimit të numrit të personave obezë. Një studim i tillë synon të sjellë një informacion të plotë përsa i përket obezitetit në vendin tonë. Të gjitha këto elemente kanë shërbyer si shtysë për mua në ndërmarrjen e një studimi të tillë.

### **1.3 Qëllimi i studimit**

Ky kërkim është një kërkim deskriptiv-analitik dhe është ideuar që të studiojë prevalencën e obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç. Në të njëjtën kohë, si plotësuese e tablosë, në këtë kërkim synohet të studiohen shkaqet që kontribuojnë në zhvillimin e obezitetit si dhe pasojat kryesore në jetën e një individi obez, në stilin e jetës, në pasojat psikosociale, në të gjithë funksionimin e jetës. Kjo në mënyrë që duke i studiuar dhe kuptuar në thellësi këto pasoja, ndoshta, ndihmohet në trajtimin dhe parandalimin e tyre.

### **1.4 Çështjet kërkimore**

Ky studim ka përcaktuar këto çështje kërkimore:

- Matja e përhapjes së obezitetit tek fëmijët shkollarë shqiptarë 10-15 vjeç, ku me anë të shifrave të mundësohet njohja e këtij problemi dhe krijimi i një tabloje për tu njohur me përhapjen e këtij çrregullimi.
- Evidentimi i shkaqeve që mendohet se shkaktojnë obezitetin, nisur nga ato që studimet përcaktojnë si shkaktarët kryesorë të obezitetit, faktorët gjenetikë, ato mjedisorë, ku përfshihen e ngrëna e jo shëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik.



- Evidentimi i faktorëve të riskut të lidhura me obezitetin. Identifikimi, analizimi dhe vlerësimi i lidhjes që ekziston ndërmjet obezitetit dhe disa faktorëve sjellorë (ushqyerja, zakonet e të ngrënit, jeta sedentare, aktiviteti fizik) e faktorëve mjedisorë (familja, puna, shkolla, komuniteti).
- Evidentimi i pasojave të lidhura me gjendjen e obezitetit. Eksplorimi nisur nga studimi i pjesëmarrësve, lidhur me pasojat që vijnë nga obeziteti, pasojat në cilësinë e jetës, përfshirë këtu pasojat shëndetësore, por kryesisht pasojat psikologjike.

## 1.5 Pyetjet kërkimore

1. Cila është prevalenca e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç duke e parë këtë sipas:
  - Moshës.
  - Gjinisë.
  - Vendbanimit.
1. Cilat janë njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me shkaqet e obezitetit?
2. Cilat janë njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me pasojat e obezitetit?
3. Çfarë marrëdhënie ekziston ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik?

## 1.6 Hipoteza dhe variablat në studim

Ky studim ka këto hipoteza:

- Rritja në moshë e fëmijëve shton gjasat për rritje të IMT-së.
- Femrat, ka të ngjarë të kenë IMT më të madhe
- Fëmijët në zona urbane kanë IMT më të lartë.
- Obeziteti lidhet me shëndetin psikologjik

Variabël i varur është pikërisht Indeksi i Masës Trupore. Variabla të pavarur, janë moshja, gjinia dhe vendbanimi. Percentilet e IMT u përdorën për arsye se pikët e IMT të fëmijëve janë shumë të varura nga moshja dhe gjinia. Kështu, percentile e IMT janë përdorur si një e dhënë e

varur, ku fëmijët me percentile 85-95 janë përkufizuar si mbipeshë dhe ata me percentile mbi 95 si obezë.

## 1.7 Struktura e studimit

Studimi ka një strukturë që përmban hyrjen, pesë kapituj dhe shtojcat.

Kapitulli i parë është hyrja, në të cilën jepet paraqitja e problemi, përse kam zgjedhur të studioj këtë temë, çështjet kërkimore, pyetjet kërkimore.

Kapitulli i dytë, përkufizon obezitetin dhe siguron një pamje të përgjithshme nga literatura lidhur me statistikat që ekzistojnë, etiologjinë e obezitetit, faktorët e rrezikut dhe komplikimet e lidhura dhe të shkaktuara nga obeziteti. Risihikimi i literaturës epidemiologjike, mjekësore dhe psikologjike në kapitullin e parë demonstroi se është e mirëdokumentuar marrëdhënia ndërmjet obezitetit dhe rrezikut të shtuar për probleme shëndetësore dhe psikologjike.

Kapitulli i tretë, është kapitulli i metodologjisë. Këtu përshkruhen metodat e përdorura, në rastin konkret sasiore dhe cilësore, qëllimet dhe objektivat e këtij studimi, instrumentat e përdorur, kampionimi, mbledhja e të dhënave, analiza dhe interpretimi i të dhënave.

Kapitulli i rezultateve paraqet gjetjet kryesore tek këtij studimi. Përsa i përket prevalencës së obezitetit tek fëmijët shqiptarë të moshës 10-15 vjeç, vihet re që ajo është në nivele më të larta në zonat urbane, tek femrat, por nuk rritet me rritjen në moshë. Lidhur me përzgjedhjen e ushqimeve me nivel të ulët kalorish, pjesëmarrësit pranojnë se në përgjithësi nuk janë kujdesur që ushqimet e tyre të jenë të varfra në kalori, përkundrazi, në përgjithësi kanë një marrëdhënie të mirë me ushqimin dhe kanë preferuar ushqime “të mira” me shumë kalori. Pjesëmarrësit pranojnë që kanë preferuar shumë ëmbëlsirat, mishrat, brumrat, etj. Madje duke shtuar këtu që të gjithë pjesëmarrësit pranojnë që nuk kanë marrëdhënie “të mirë” me ushqimet e shëndetshme, të tilla si frutat apo perimet. Zakonet ushqimore gjithashtu janë shumë të rëndësishme. Pjesëmarrësit pranojnë se përgjithësisht nuk kanë patur orare të rregullta për vaktet. Ata pranojnë se kanë ngrënë përgjithësisht dy vakte njëherësh, se kanë ngrënë ushqime të “rënda” jashtë vakteve, se nuk e kanë ndarë sasinë e ushqimit të marrë, etj. Pjesëmarrësit pranojnë që në përgjithësi kanë preferuar të hanë produkte ushqimore në shkollë apo punë. Kështu, ato raportojnë se kanë konsumuar rregullisht ëmbëlsira, apo fast-food në këto mjedise.

Në kapitullin e diskutimeve mundësohet arsyetimi mbi gjetjet e studimit, duke u bazuar në një krahasim të literaturës më të dhënat e marra nga subjektet pjesëmarrës.

Kapitulli i konkluzioneve dhe rekomandimeve, përfshin shkurtimisht gjetjet më kryesore të studimit, të dhëna në mënyrë të përmbledhur. Po ashtu, jepen rekomandimet për të gjithë ata persona që janë të interesuar për një çështje të tillë sikurse është obeziteti. Sidomos për ata persona që kanë një problem të tillë dhe specialistët, të cilët punojnë me këtë target grup. Një dietë e kontrolluar dhe me produkte natyrale, e kombinuar me aktivitetin fizik do të ishte një hap i mirë drejt luftës ndaj obezitetit. Po bëhen gjithmonë e më shumë përpjekje që të zgjidhet ky problem. E rëndësishme është që të kuptohen shkaqet e vërteta të tij. Kjo do të mundësonte edhe luftimin dhe reduktimin këtij problemi. Obeziteti tashmë pranohet gjerësisht si një problem i mprehtë dhe i vështirë për tu menaxhuar. Sfida ndaj këtij problemi u takon sidomos personave obezë, por jo vetëm atyre. Të gjithë mund të kontribuojnë sadopak.

# Kapitulli II: Rishikimi i literaturës

## 2.1 Përkufizimi dhe klasifikimi i obezitetit

Obeziteti karakterizohet nga depozitimi i tepruar i masës dhjamore në trup dhe zakonisht përkufizohet si Indeksi i Masës Trupore (IMT) ose indeksi Quetelet<sup>9</sup>. IMT-ja është përdorur përgjithësisht nëpër studime epidemiologjike. Duhet patur kujdes, pasi për persona që janë muskulozë, gabimisht IMT-ja mund të rezultojë sikur personi është mbipeshë ose obez<sup>10</sup>. Megjithatë IMT-ja është një metodë shumë e përdorur për të përkufizuar obezitetin, është e nevojshme të kihet parasysh që pika e përcaktimit, është në funksion të disa kategorive dhe se ndonjëherë ndryshon nga njëri vend në tjetrin<sup>11</sup>. IMT-ja është vlerësuar gjerësisht si një mjet i saktë për matjen e obezitetit tek të rriturit, për sa ai llogaritet shpejt në kontekst klinik. Gjithësesi ai ka disa kufizime, për arsye se nuk merr parasysh faktorë të tillë, si gjinia apo moshën. Femrat përgjithësisht kanë një përqindje më të lartë të masës dhjamore se sa meshkujt me të njëjtin IMT, ashtu sikurse është normale që me rritjen në moshë rritet niveli i masës dhjamore, sidomos asaj të depozituar në pjesën qendrore të trupit<sup>12</sup>. Gjithashtu, IMT-ja nuk mund të përcaktojë se ku është e shpërndarë kjo masë dhjamore. Gjithësesi, pavarësisht këtyre kufizimeve, sikurse rezultojnë edhe nga studimet e sipërpërmendura, ka një korelacion shumë të mirë ndërmjet IMT-së dhe përqindjes së masës dhjamore në organizëm dhe është një nga mjetet më praktike për matjen e obezitetit, përfshirë këtu edhe studimet me kampion të bazuar në popullatë të përgjithshme. Klasifikimi i obezitetit tek fëmijët është më i komplikuar dhe nuk mund të jetë perfekt për shkak se në fëmijëri ka ndryshime sporadike në peshë edhe gjatësi<sup>13, 14</sup>. Kjo do të thotë se kriteret e përcaktimit të statusit të peshës tek fëmijët janë të ndryshme nga ato të të rriturve.

<sup>9</sup>Lambert Adolphe Jacques Quételet, personi që përcaktoi IMT

<sup>10</sup>Prentice, A. M. Body mass index standards for children. *BMJ* 1998;317:1401-1402.

<sup>11</sup>James, P. T., Leach, R., Kalamara, E. & Shayeghi, M. The Worldwide Obesity Epidemic. *Obesity Research* 1999; 9:228-233.

<sup>12</sup>Ross, R., Shaw, K. D., Rissanen, J., Martel, Y., de Guise, J. & Avruch, L. Sex differences in lean and adipose tissue distribution by magnetic resonance imaging: anthropometric relationships. *American Journal of Clinical Nutrition* 2012, 59,1277-1285.

<sup>13</sup>Edmunds L., Waters, E. & Elliott, E. J. Evidence based management of childhood obesity. *BMJ* 2001;323:916-919.

<sup>14</sup>Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.

Tabela 1 Klasifikimi i nën dhe mbipeshës tek të rriturit sipas IMT (kg/M2)/ Rreziku për probleme

IMT	Emërtimi i peshës	Rreziku për probleme
<18.5	Nëneshë	E ulët
18.5-24.9	Peshë e shëndetshme	E mesme
25.0-29.9	Mbipeshë	I shtuar
30.0-34.9	Obezitet i klasit 1	I moderuar
35.0-39.9	Obezitet i klasit 2	I ashpër
>40.0	Obezitet i klasit 3	Shumë i ashpër

Pika e prerjes tregon rrezikun e shtuar për rreziqe shëndetësore. Por kjo nuk do të thotë se të gjithë njerëzit me një IMT 30kg/m kanë probleme shëndetësore për shkak të obezitetit. Niveli 30kg/m<sup>2</sup> është konsideruar si pika e kufirit që një person i rritur të klasifikohet si obez. Nuk mund të parashikohet se cili do të ketë probleme shëndetësore. Obeziteti morbid është obeziteti për IMT  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.<sup>15</sup> Disa persona edhe pse i plotësojnë kriteret për obezitet, mund të jetojnë pa patur as edhe një nga problemet shëndetësore të zhvilluara më shpesh për këtë problem. Po ashtu, rritja statistikore e rrezikut nuk lidhet vetëm me personat obezë, në një kohë kur edhe individët e shëndetshëm (18.5-24.9kg/m<sup>2</sup>) paraqesin rrezik, edhe pse të vogël, për probleme<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med* 1991; 115::956-961.

<sup>16</sup>Willett, W. C., Manson, J. E., Stampfer, M. i., Colditz, G. A., Rosner, B., Speizer, F. E. & Hennekens, C. H. Weight, Weight Change and Coronary Heart Disease in Women: Risk Within the Normal' Weight Range. *JAMA* 1995; 273:461-465.

Rreziqet shëndetësore të lidhura me obezitetin varen shumë nga zona ku është lokalizuar masa dhjamore<sup>17</sup>. Për shembull, me obezitet sekondar (obeziteti i lokalizuar tek vithet dhe kofshët) ka më pak rrezik për të zhvilluar probleme shëndetësore krahasuar me obezitetin qendror (obeziteti ku masa dhjamore është e lokalizuar tek stomaku dhe zorrët). Shpërndarja e masës dhjamore mund të përcaktohet nga një sërë matjesh antropometrike përfshirë përmasat e belit dhe të vitheve, si dhe perimetrin e belit.

Imazheria e rezonancës magnetike dhe tomografia kompjuterike janë metodat më precize për matjen e obezitetit abdominal. Gjithsesi ato janë ende të shtrenjta dhe jo praktike në përdorim. Për më tepër, është e rëndësishme të vihet re që të gjitha teknikat për matjen e shpërndarjes së masës dhjamore kanë kufizimet e tyre si dhe përshtatshmëria e tyre nuk është provuar me siguri. Të dhënat e fundit dëshmojnë se PB-ja (Perimetri i Belit), është një parametër tjetër i cili përdoret për vlerësimin e obezitetit, por nuk mund të përcaktojë me saktësi masën dhjamore. Ai parametër mat dhjamosjen në zonën e barkut<sup>18</sup>. Perimetri i belit është një faktor i pavarur rreziku për sëmundjet e zemrës, diabetin dhe problemet në frymëmarrje. Konsiderohet si rrezik kur perimetri është mbi 102 cm tek meshkujt dhe mbi 88 cm tek femrat. Po ashtu, perimetri i belit, është rekomanduar si një mjet për matjen e peshës më shumë për arsye të promocionit të shëndetit, pra pa hyrë në më shumë detaje (Lean, M. E. J., Han, T. S. & Morrison, 2011)

Në kulturat perëndimore vlerësohet së tepërmi eleganca. Që nga supermodelet e deri tek laptopi, hollësia shpesh ekuivalentohet me bukurinë. Fillimisht, obeziteti është konsideruar një problem që shfaqej në fëmijëri dhe adoleshencë, tashmë konsiderohet një rrezik që vazhdon gjatë gjithë jetës. Qendra për Kontrollin e dhe Parandalimin e Sëmundjes<sup>19</sup> ka përshkruar disa periudha kritike në zhvillimin e obezitetit, të cilat korespondojnë me zhvillimin e tij të tilla si; shtatëzania, fëmijëria e hershme, moshë 5 deri 7 vjeç dhe adoleshenca. Masa dhjamore shtohet gjatë muajve 12 dhe 18 të jetës. Gjatë moshës 5 dhe 7 vjeçare ulet masa e qelizave dhjamore në organizëm për të filluar përsëri të shtohet. Fëmijët që zhvillojnë shtim të masës dhjamore jashtë këtyre periudhave ka më shumë të ngjarë të zhvillojnë obezitet<sup>20</sup>. Në kohët e sotme, obeziteti përbën një

---

<sup>17</sup> Arner, P. Not all fat is alike. *The Lancet* 2008;351:1301-1302.

<sup>18</sup> Seidell JC, Flegal KM. Assessing obesity: classification and epidemiology. *Br Med Bull* 1997;53:238–243.

<sup>19</sup> Center for Disease Control and Prevention (CDC)-emërtimi origjinal

<sup>20</sup> Sargent JD, Blanchflower DG. Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;148:681–687.

ndër problemet më të përhapura. Konsesusi mjekësor i kohëve të fundit, e konsideron obezitetin si një sëmundje, e cila është e lidhur me një sërë problemesh shëndetësore dhe psikologjike. Tremblay & Doucet propozuan se obeziteti më shumë se një sëmundje është një adaptim biologjik, që ka ndodhur si rezultat i evolucionit. Kjo për arsye se në shoqëritë para-agrokulturore dhe në shoqëritë preindustriale, njerëzit tentojnë të jenë gjahtarë dhe mbledhës dhe në kohë krize, individët që mbledhin energji të mjaftueshme, ka më shumë të ngjarë të mbijetojnë (Tremblay, A. & Doucet, E. 2009)

Ka dy tipe të obezitetit në trupin e njeriut. Sipas modelit të shpërndarjes së dhjavit në trup, obeziteti kategorizohet në dy tipe: formë molle dhe formë dardhe. Obeziteti në formën e mollës rezulton nga depozitimi i dhjavit përreth barkut. Personat me këtë tip obeziteti kanë bel të madh, dhe perimetri i barkut është më i madh se perimetri i vitheve. Ky tip obeziteti lidhet me më shumë problem shëndetësore, të tilla si: presioni i lartë i gjakut apo diabeti. Kjo formë trupi është më e zakonshme tek meshkujt. Studiuesit kanë gjetur, se kjo mund të shkaktohet edhe nga stres afatgjatë. Kjo sepse një sasi e madhe stresi shton nivelin e kortizolit, hormon i cili lehtëson depozitimin e dhjavit në zonën e barkut. Personat me obezitet në formë dardhe e kanë të përqëndruar obezitetin te vithet dhe kofshët. Perimetri i belit është më i vogël se perimetri i vitheve. Personat me këtë formë, nuk kanë rrezik të lartë për zhvillimin e problemeve shëndetësore. Gjithësesi me kalimin e kohës rritet rreziku për tu shtuar pesha edhe në zona më të larta të tilla si ajo abdominal, duke shtuar kështu rrezikun për probleme<sup>21</sup>.

### **2.1.2 Obeziteti; vështrim historik**

Megjithëse obeziteti është vlerësuar si fenomen i kohëve të fundit, ka të dhëna historike që tregojnë se obeziteti ka ekzistuar edhe në shoqëritë primitive. Për këtë arsye janë dhënë argumenta studimore nga shumë studiues. Artifakte të ndryshmedëshmojnë se, që nga koha e paleolitit, gjurmë të obezitetit janë gjetur në Europë, Rusi, dhe Siberi<sup>22</sup>. Venus i Wiliendorf, është artifakti më i cituari dhe është përshkruar si “statueta e vogël 11 cm gjatësi me një obezitet abdominal dhe gjoks të dukshëm<sup>23</sup>. Brown 1991, ka argumentuar se megjithëse kjo statuetë

---

<sup>21</sup>Molarius, A. & Seidell, J. C. Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness -a critical review. *International Journal of Obesity* 1998; 22:719-727.

<sup>22</sup>Beller, A. S. *Fat and Thin: A Natural History of Obesity*. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1977.

<sup>23</sup>Bray, G. A. Historical Framework for the Development of Ideas About Obesity. In Bray, G. A., Bouchard, C. & James, W. P. T. (eds) *Handbook of Obesity*. K 1, fq 1-29. New York: Marcel Dekker, 1998

reflekton obezitetin dhe vjen nga një kohë prehistorike, ka shumë të ngjarë që më shumë të ketë qenë i përhapur tek femrat. Obeziteti vazhdoi të ishte një fenomen i rrallë, ashtu sikurse shumica e shoqërive vazhdonin të ishin gjatë-mlledhës derisa filloi fermëzimi.<sup>24</sup> Bray udhëhoqi një rishikim historik lidhur me zhvillimin e ideve mjekësore mbi obezitetin që nga Koha e Gurit deri në shekullin e 20-të. Bray studioi perspektivat mjekësore të Egjiptit, Kinës, Tibetit, Indisë, Romës, Greqësi dhe Arabisë lidhur me obezitetin dhe trajtimet e rekomanduara. Gjithashtu, Bray 1998, iu referua vëzhgimevetë Hipokratit që vdekja e papritur ishte më zakonshme tek njerëzit e shëndoshë krahasuar me ata të hollë. Po ashtu, Alexander-Mott & Lumsden 1994, sugjeruan se obeziteti u konsiderua si një problem shëndetësor gjatë periudhës klasike.

## 2.2 Epidemia e obezitetit

### 2.2.1 Përhapja dhe trendi i obezitetit

#### 2.2.1.1 Obeziteti sipas OBSH-së<sup>25</sup>

- Obeziteti në rang botëror, pothuajse është dyfishuar që nga viti 1980.
- Në vitin 2008, më shumë 1.4 miliardë të rritur, 20 vjeç ose më shumë, ishin mbipeshë. Ndër ta, mbi 300 milionë meshkuj dhe afërsisht 300 milionë femra ishin mbipeshë.
- Në vitin 2008, 35% e personave të rritur ishin mbipeshë, dhe 11% e tyre ishin obezë.
- Më shumë se 40 milionë fëmijë nën 5 vjeç ishin mbipeshë apo obezë në vitin 2012

Po sipas këtij raporti të OBSH-së, niveli aktual i obezitetit ka pësuar një rritje të dukshme dhe po shkon drejt përmasave të epidemisë. Në vitin 1995, është vlerësuar të jenë 200 milionë obezë të rritur në të gjithë botën dhe në vitin 2000 numri i obezëve u shtua në më shumë se 300 milion. Po ashtu, OBSH, vlerëson se 1 miliardë të rritur janë mbipeshë në të gjithë botën dhe se mbi 115 milion njerëz vuajnë nga probleme të shkaktuara nga obeziteti. Për më tepër, 22 milion

---

<sup>24</sup>Brown, P. J. Cultural Perspectives on the Etiology and Treatment of Obesity. In Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (eds) Obesity: Theory and Therapy. Ch 11, pp179-193. New York: Raven Press, 1993.

<sup>25</sup><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, marrë nga internet me 20 Gusht 2014



fëmijë nën 5 vjeç janë mbipeshë në të gjithë botën dhe obeziteti femënor është rritur në mënyrë domethënëse nga viti 1984 deri në vitin 1994<sup>26</sup>.

### **2.2.1.2 Obeziteti në Shqipëri**

Obeziteti në Shqipëri është matur si pjesë e studimeve të cilat kanë patur një fokus të përgjithshëm, dhe ku është trajtuar edhe kjo çështje. Sipas të dhënave nga Studimi Demografik dhe Shëndetësor, realizuar nga Instituti i Shëndetit Publik dhe INSTAT, 39 % e femrave në moshën 15-49 vjeç janë mbipeshë ose obese, ku 29 % janë mbipeshë dhe 10 % janë obeze. Të dhënat tregojnë se nivelet e mbipeshës dhe obezitetit rriten ndjeshëm me moshën. Kështu moshat 15-19 vjeç obeziteti është 7,9%; moshat 20-29 vjeç mbipeshë janë 22,8 %; moshat 30-39 vjeç mbipeshë janë 49 %; moshat 40-49 vjeç mbipeshë janë 63%.

Sa u takon meshkujve, 53,3 % e tyre në moshën 15-49 vjeç janë mbipeshë dhe 8,5 % janë obezë. Nivelet e mbipeshës dhe obezitetit rriten ndjeshëm me moshën, ashtu sikurse dhe për femrat. Kështu në moshat 15-19 vjeç mbipeshë janë 21%; në moshat 20-29 vjeç mbipeshë janë 38%; moshat 30-39 vjeç mbipeshë janë 40 %; në moshat 40-49 vjeç janë mbipeshë 60%. Bazuar në studim, vetëm 46 % e meshkujve dhe 58 % e femrave kanë indeksin trupor brenda normës prej 18,5-24,9<sup>27</sup>. Gjithsesi, nuk ka një studim më të vonë përse i përket prevalencës së obezitetit në vendin tonë.

Vlerësimi i obezitetit në moshën femënore, një studim i vitit i Institutit të Shëndetit Publik në vitin 2013, rezultoi se 14.4 % e fëmijëve 7-10 vjeç janë mbipeshë dhe 3.3% e tyre janë obezë.

### **2.2.1.3 Obeziteti në Europë**

Në Europë, obeziteti rezulton një dukuri në shtim. Nga të dhënat, rezulton se prevalenca e obezitetit është më e lartë në Europën Lindore, në vende të tilla si Rusia, Polonia dhe vendet e ish-Jugosllavisë, sidomos tek femrat<sup>28</sup>. Të dhënat më të fundit lidhur me studime kombëtare sugjerojnë se përhapja e obezitetit në vendete Europës Perëndimore shkon nga 10-20% për

---

<sup>26</sup>Chinn, S. F & Rona, R. J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British Children, 1974-94. *BMJ* 2001;322:24-26.

<sup>27</sup> Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. Albania Demographic and Health Survey 2008-09. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>.

<sup>28</sup>Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T. A. & Wilson, C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity* 2010;21:715-737.

meshkujt dhe nga 10-25% për femrat<sup>29</sup>. Përhapja e obezitetit është rritur me 10-40% në shumicën e vendeve europiane këto 10 vitet e fundit. Visscher& Seidell, 2001 gjetën se mbipesha dhe obeziteti nuk janë shumë të përhapura në Europë, si mesatare popullsie, duke përjashtuar këtu vende si Finlanda, Gjermania dhe Mbretëria e Bashkuar, vende në të cilat më shumë se gjysma e popullsisë janë mbipeshë.

Projekti i OBSH-së MONICA<sup>30</sup> përbën edhe databazën më të madhe përsa i përket përhapjes së obezitetit. Ky projekt është dizenuar me qëllim që të maten trendi i incidencës dhe mortalitetit nga sëmundjet kardiovaskulare, si dhe vlerësimi i faktorëve të rrezikut. Faktorët e rrezikut monitorohen duke përdorur një studim kros-seksional nga popullata e përgjithshme në 26 vende për një periudhë 10 vjeçare. Studimi u zhvillua me një kampion rastësor me të paktën 200 persona për secilën gjini dhe 10 grupe moshore nga 35 në 64 vjeç, si dhe grupe opsionalë 25-34 vjeç. Po ashtu, Molarius<sup>31</sup> gjeti se prevalenca e obezitetit është rritur në popullatën e përgjithshme të OBSH-së që nga fillimi e deri në studimin e fundit, me përjashtim të Moskës, ku prevalenca kishte pësuar rënie si për meshkujt, ashtu edhe për femrat. Për një periudhë 10 vjeçare rritja më e madhe kishte qenë në Mbretërinë e Bashkuar. Më pak persona obezë u gjetën në vendet skandinave (Danimarkë dhe Suedi), Gent (Belgjikë) dhe Tuluzë (Francë) ku prevalenca e obezitetit shkon nga 10-13%. Niveli i obezitetit shkon në 20% në Republikën Çeke, Friuli (Itali) dhe Jugosllavi. Nivele më të larta të obezitetit u gjetën në Finlandë, Augsburg (Gjermani) dhe Glasgou (Mbretëri e Bashkuar). Prevalenca e obezitetit, në të gjitha vendet e Europës Lindore, për femrat ishte në nivele të konsiderueshme më e lartë se tek meshkujt. Për shembull, shifrat e obezitetit për femrat në Rusi ishin më shumë se dyfishi se sa i atyre për meshkujt. Femrat që jetonin në Tuluzë, Skandinavi dhe Vaud (Zvicër) vihet re që kanë edhe nivelet më të ulëta të obezitetit (10-12%). Prevalenca e obezitetit, në pak vende, për femrat ishte më e ulët se sa për meshkujt, si për shembull: në Turku (Finland), Strasburg, Gotenburg (Suedi), etj.

---

<sup>29</sup>"International Obesity Task Force" (PDF). March 15, 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/iotf\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf). Marrë më 19.09.2012

<sup>30</sup>Monica (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) Alun Evans, International Journal of Epidemiology, 2001; 30: 35-45.

<sup>31</sup>Molarius, A., Seidell, J. C., Visscher, T. L. S. & Hofman, A. Misclassification of high-risk older subjects using waist action levels established for young and middle-aged adults - Results from the Rotterdam Study. Journal of the American Geriatrics Society 2000;48:1638-1645.

#### 2.2.1.4 Obeziteti në vende e tjera joeuropiane

Nga studimet rezulton se niveli i obezitetit në shoqëritë e industrializuara vazhdon të rritet në mënyrë të konsiderueshme përgjatë 20 viteve të fundit. Për shembull, që nga viti 1985, prevalenca e obezitetit në Kanada është rritur më shumë se dyfishi nga 5.6% në 14.8% në 1998, dhe është vlerësuar se 3.3 milion njerëz janë obezë (Katzmarzyk 2002). Edhe në Australi shfaqet një model i ngjashëm, ku prevalenca e obezitetit është 2.5 herë më e lartë se sa në vitin 1981 dhe është vlerësuar se 20.8% e popullsisë është obeze<sup>32</sup>. Po ashtu, në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, të dhëna nga Studimi Kombëtar i Ekzaminimit të Shëndetit dhe Ushqyerjes,<sup>33</sup> tregoi se prevalenca e obezitetit tek të rriturit e moshës 20-74 vjeç ishte rritur më shumë se dyfishi nga viti 1960 deri më 2000, nga 13.3% në 30.9% dhe rritja më e madhe ka ndodhur 20 vitet e fundit<sup>34</sup>. Po ashtu, në Japoni, niveli i obezitetit është dyfishuar që nga viti 1982. Një studim i kohëve më të fundit, konkretisht, gjeti se 25.5% e meshkujve dhe 20.5% e femrave e moshës 15 vjeç apo më shumë, ishin obezë<sup>35</sup>. Gjithësesi, kjo shifër nuk është e krahasueshme, pasi kjo shoqatë e përcakton obezitetin për një IMT >26.4kg/m<sup>2</sup>. Ndryshe nga besimet popullore, obeziteti nuk ndodh vetëm në vendet e industrializuara dhe po përhapet me shpejtësi edhe në vendet në zhvillim, për shembull, në Afrikë, ku fokusi ka qenë tek nënushqyerja.<sup>36</sup> Shifrat e obezitetit janë trefishuar në disa zona të Lindjes së Mesme dhe Ishujve të paqësorit që nga viti 1980<sup>37</sup>. Për më tepër, edhe pse prevalenca e obezitetit në Kinë është akoma në një përqindje të vogël, ajo po rritet gradualisht dhe në një popullatë të tillë të madhe një rritje me 1% do të thotë një rritje me numra në 10 milionë njerëz<sup>38</sup>.

---

<sup>32</sup>Cameron A. J., Welborn, T. A., Zimmet, P. Z., Dunstan, D. W., Owen, N., Salmon, J., Dalton, M., Jolley, D. & Shaw, J. E. Overweight and obesity in Australia: the 1999- 2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). Medical Journal of Australia, 2003;178:427-432.

<sup>33</sup> National Health and Nutrition Examination Survey-emërtimi origjinal

<sup>34</sup>Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. & Johnson, C. L. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA 2002; 288: 1723-1727.

<sup>35</sup>Japan Public Health Association, Public Health of Japan, 2012. <http://www.jpha.or.jp/jpha/english/> Marrë nga interneti më 6 gusht 2013.

<sup>36</sup>Friedrich, M. J. Epidemic of Obesity Expands Its Spread to Developing Countries. JAMA 2012;287:1382-1386.

<sup>37</sup>World Health Organization. Obesity and overweight, 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> Marrë nga interneti më 12 Tetor 2011.

<sup>38</sup>Björntorp, P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? Po aty, fq 7 2

## 2.2.3 Obeziteti sipas faktorëve demografikë

### 2.2.3.1 Gjinia

Në përgjithësi, nga studimet rezulton se femrat kanë tendencë për një prevalencë më të lartë të obezitetit, ka më shumë mundësi të jenë mbipeshë se meshkujt, ilustruar kjo edhe nga të dhënat e OBSH MONICA. Përveç kësaj, femrat kanë tendencë të kenë përqindje më të lartë të masës dhjamore në trup se sa meshkujt me të njëjtën IMT sepse meshkujt kanë më tepër masë muskulore kur shtojnë në peshë<sup>39</sup>. Meshkujt kanë një shkallë më të lartë metabolizmi në qetësi (që do të thotë se ata djegin më shumë kalori në qetësi) se gratë, kështu që burrat kanë nevojë për më shumë kalori për të ruajtur peshën trupore<sup>40</sup>. Si rezultat i kësaj femrat kanë metabolizëm më të ngadaltë se meshkujt dhe kështu kanë tendencë më shumë se meshkujt për të shtuar në peshë se meshkujt. Përveç kësaj, pas menopauzës gratë, pësojnë rënie të nivelit të tyre metabolik. Kjo është edhe arsyeja pse femrat shtojnë në peshë pas menopauzës. Po ashtu edhe humbja e peshës është më e vështirë tek femrat<sup>41</sup>. Me kalimin e moshës, reduktohet sasia e muskujve dhe metabolizmi ngadalësohet akoma më shumë, kështu që rritet tendenca për të shtuar në peshë, sidomos nëse nuk reduktohet sasia e kalorive të marra në ditë.

### 2.2.3.2 Moshë

Rreziku i individit për të qenë obez nga studime të ndryshme rezulton se varion përgjatë jetës. Nëse do të referohemi dy studimeve të gjëra retrospektive në Mbretërinë e Bashkuar, ata kanë dëshmuar se pesha në fëmijëri nuk parashikon peshën e personit në moshë të rritur. Kështu, Braddon et al gjeti se obeziteti fëmijor nuk ishte një kontribues madhor tek obeziteti në moshë 36 vjeçare dhe ata individë që ishin obezë ndërmjet moshës 11 dhe 36 vjeç nuk ishin mbipeshë në fëmijëri. Po ashtu, Wright et al gjeti se shumica e të rriturve mbipeshë nuk kishin mbipeshë në fëmijëri dhe se ata pjesëmarrës që kishin qenë të hollë në fëmijëri dhe adoleshencë, nuk ishin të mbrojtur nga obeziteti në moshë të rritur<sup>42</sup>. Përveç kësaj, ata gjetën se mbipeshë në adoleshencë

---

<sup>39</sup>Monica (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) Alun Evans, International Journal of Epidemiology, 2001; 30: 35-45.

<sup>40</sup>Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. Sex differences in the relation of visceral adipose tissue accumulation to total body fatness. Am J Clin Nutr 99;58:436-467

<sup>41</sup>Nguyen-Duy and coauthors. Visceral fat and liver fat are independent predictors of metabolic risk factors in men. American Journal of Physiology, 2003; 284:558-561.

<sup>42</sup>Braddon, F. E. M., Rodgers, B., Wadsworth, M. E. J. & Davies, J. M. C. Onset of obesity in a 36 year birth cohort study. BMJ 2006 ;293:299-303.

ishite një parashikuese më e mirë e obezitetit në moshë të rritur, sikurse dhe adoleshentët mbi peshë kishin më të ngjarë të ishin mbipeshë edhe në moshë të rritur. Studime të tjera kanë nxjerrë përfundime të tjera. Kështu, ndryshe nga sa më sipër, Ferraro, Thorpe & Wilkinson<sup>43</sup> gjetën si obeziteti në fëmijëri ishte i lidhur në mënyrë domethënëse me obezitetin ekstrem, si për meshkujt ashtu edhe për femrat, por efekti ishte më i fortë tek meshkujt.

Studimi i mëposhtëm kroksional, ka demonstruar se obeziteti shtohet me moshën dhe se ai rritet më shpejt kur njerëzit janë në të njëzetat dhe të tridhjetat e hershme dhe vazhdon rritjen deri kur ata arrijnë fundin e të pesëdhjetave. Djemtë dhe vajzat e moshës prepubertale zakonisht kanë rreth 15% e peshës trupore masë dhjamore, ndërsa tek meshkujt e rritur 20% e peshës së përgjithshme është masë dhjamore, ndërsa për femrat masa dhjamore është 30% e masës së përgjithshme. Individët nën 30 vjeç, të cilët kanë qenë vazhdimisht të hollë, janë në të njëjtin rrezik për të zhvilluar obezitet kur ata arrijnë të tridhjetat. Rritja e obezitetit kur personat janë në të tridhjetat, mendohet të lidhet me institucionin e martesës. Femrat ka më shumë të ngjarë të bëhen obeze në disa stadi të jetës: gjatë shtatëzisë, pas lindjes, gjatë menopauzës dhe kur dalin në pension<sup>44</sup>.

Me kalimin e moshës, aftësia e trupit për metabolizuar ushqimet ngadalësohet dhe nuk janë më të nevojshme aq kalori për të ruajtur peshën. Kjo është arsyeja pse njerëzit kur janë 40 vjeç hanë po njëloj dhe kanë të njëjtin aktivitet sikurse në moshën 20 vjeç, por shtojnë në peshë. Ky është përfundimi i një studimi në Scottish Health Survey në vitin 1998 në Skoci, ku është parë që tek femrat niveli i obezitetit fillon të rritet në mënyrë të qëndrueshme ndërmjet mesit të të njëzetave deri në mesin e të gjashtëdhjetave dhe se prevalenca e obezitetit është më e ulët tek të moshuarit<sup>45</sup>. Megjithatë, rezultate të tjera tregojnë se obeziteti abdominal është më i lartë ndërmjet meshkujve (46%) dhe tek femrat (23%), mbi moshën 55 vjeç<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup>Ferraro, K. F., Thorpe, R. J. & Wilkinson, J. A. The Life Course of Severe Obesity: Does Childhood Overweight Matter? *Journal of Gerontology* 2003;58: 110-119.

<sup>44</sup>Rolland-Cachera, M. F., Cole, T. J., Sempe, M., Tichet, J., Rossignol, C. & Charraud, A. Body mass index variations: centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition* 1991;45:13-21.

<sup>45</sup>Scottish Health Survey . Edinburgh: The Stationery Office, 1998.

<sup>46</sup>Department of Health (2012) Health Survey for England 2011. London: The Stationery Office.

### 2.2.3.3 Statusi socioekonomik

Studiues të ndryshëm kanë arritur në përfundimin se faktorë të lidhur me statusin socio ekonomik (SSE), të tillë si: familja, gjendja ekonomike dhe niveli i edukimit, mendohet të kontribuojnë në shtimin e obezitetit.

*Modeli familjar.* Modelet sjellore të prindërve dhe familjes në përgjithësi, përfshirë këtu ata zakone që kanë të bëjnë me bërjen e pazarit, gatimin, të ngrënët, aktivitetin fizik, etj, kanë një ndikim të madh në balancën energjike dhe rrjedhimisht, në peshën trupore që në moshë të vogël<sup>47</sup>. Dieta dhe stili i jetës së familjes konsiderohen kështu si faktorë shumë të rëndësishëm në shtimin e obezitetit. Kjo ndodh sidomos në moshën të vogël, por që patjetër vazhdon të jetë i pranishëm edhe në moshë të rritur<sup>48</sup>. Sfondi kulturor i individit luan gjithashtu një rol të rëndësishëm në peshën e tij trupore. Kështu, në kultura të caktuara ushqime specifike, përgatiten me shumë yndyrë ose kripë, mund të ndikojnë në shtimin në peshë apo pengojnë rënien në peshë. Po ashtu, takimet familjare e vështirësojnë kontrollin mbi ushqimin si në përbërje ashtu edhe në sasi. Në kultura të caktuara individët mund ta kenë të pamundur të gatuajnë pa përdorur përbërësit ushqimorë që përdoren në vendet e tyre të origjinës (Devaux & Sassi, 2012).

Obeziteti është edhe një çështje e pabarazisë shoqërore, për shkak se është më e përhapur ndërmjet grupeve me të ardhura të ulëta dhe shtresa të ulëta socioekonomike dhe lidhja ndërmjet obezitetit dhe SSE-së është tashmë e mirë dokumentuar. Shumë studime e kanë vërtetuar këtë lidhje, sidomos tek femrat, si në vendet e zhvilluara, ashtu edhe tek ato në zhvillim,<sup>49</sup>. Studimet fillestare në Shtetet e Bashkuara në vitet 1960 gjetën se obeziteti është gjashtë herë më i lartë tek femrat e shtresës së ulët si dhe tek grupet SSE. Kahn, Williamson & Stevens<sup>50</sup> përdornin të dhëna kroseksionale nga Studimi i Parë Kombëtar lidhur me Kontrollin e Ushqyerjes<sup>51</sup> për të investiguar influencën e statusit socioekonomik dhe etnisë tek pesha ndërmjet femrave. Këto femra u ndoqën për 10 vjet dhe megjithëse femrat me ngjyrë morën më shumë peshë se ato të

---

<sup>47</sup> Chang VW, Lauderdale DS. Income disparities in body mass index and obesity in the United States, 1971–2002. *Arch Intern Med* 2005;165:2122–2128.

<sup>48</sup> Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull* 2011;105:260–275.

<sup>49</sup> Rothblum ED. The relationship between obesity, employment discrimination and employment related victimization. *J Voc Behav* 1990; 37: fq 251–266.

<sup>50</sup> Moore, M. E., Stunkard, A. & Srole, L. Obesity, social class, and mental illness. *JAMA* 1962; 181:138-142.

<sup>51</sup> NHANES-I (First National Health and Nutrition Examination)-emërtimi origjinal

bardha, etnia nuk ishte një faktor rreziku i pavarur. Kahn et al arriti në përfundimin se faktorët e rrezikut për shtimin në peshë ishte niveli i ulët arsimor si dhe vazhdimisht të ardhura shumë të ulëta familjare. Një studim i kohëve të fundit në popullatë në Australi gjeti se tek femrat me një status punësimi të ulët kishte më tepër mundësi të kishin një IMT më të lartë, si dhe perimetër beli më të madh si dhe më tepër mundësi për të patur mbipeshë krahasuar me femrat me status të lartë punësimi- për shembull profesionistët<sup>52</sup>. Studimi i Shëndetit në Skoci në 1998-ën, zbuloi gjithashtu se femrat e klasës punëtore kishte më të ngjarë të zhvillonin obezitet se sa femrat e tjera. Gjithsesi, nuk ka një model të qartë të klasës sociale, për prevalencën e obezitetit tek meshkujt<sup>53</sup>. Një arsye për shtimin e obezitetit në shtresa të varfra është se ushqimet hiperkalorike janë më të lira dhe më të thjeshta për tu siguruar dhe për tu përgatitur se sa ushqimet e shëndetshme të tilla si frutat apo perimet. Po ashtu, arsye tjetër është mundësia e pabarabartë në aksesin tek vendet në të cilat mund të bëhet gjimnastikë, apo vendet e shëndetshme të dëfrimit.

Gjithësesi, ka studime, në të cilat dëshmohet se përqindja e obezëve po shtohet edhe tek individë të shtresave të larta socioekonomike<sup>54</sup>.

Niveli i arsimit gjithashtu përdoret ndonjëherë si alternativë ndaj të ardhurave si tregues i SSE-së dhe studimet kanë dëshmuar për lidhjen ndërmjet obezitetit dhe nivelit arsimor. Molarius et al, gjeti se niveli i ulët edukacional lidhej me një IMT më të lartë në pothuajse të gjitha popullatat femra të OBSH-së së MONICA-s dhe femrat me nivel më të lartë edukacional kishin tendencën për të qenë më të holla se ato me nivel arsimor të ulët. Në mënyrë të ngjashme, është gjetur se femrat suedeze, të cilat ishin mbipeshë kishte më shumë të ngjarë të kishin nivel të ulët arsimor, të ishin pa punë, krahasuar me femrat që nuk ishin mbipeshë. Një studim tjetër suedez gjeti gjithashtu lidhjen që ekziston ndërmjet nivelit edukacional dhe IMT-së, ku pjesëmarrësit që kishin IMT më të lartë kishin edhe nivelin më të ulët arsimor<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup>Ball, K., Mishra, G. & Crawford, D. Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? *International Journal of Obesity* 2002;26:559-565.

<sup>53</sup>Goldblatt, P. B., Moore, M. E., & Stunkard, A. J. Social factors in obesity. *JAMA* 2005; 192:1039-1044.

<sup>54</sup>James, W. P. T. A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity* 2001;19:37-45.

<sup>55</sup>Molarius, A., Seidell, J. C., Visscher, T. L. S. & Hofman, A. Misclassification of high-risk older subjects using waist action levels established for young and middle-aged adults - Results from the Rotterdam Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:1638-1645.

Megjithëse fortësia e lidhjes së ndërsjellë që ekziston ndërmjet obezitetit dhe SSE-së, tek meshkujt kjo lidhje nuk duket shumë bindëse. Gjithsesi, ka studime që kanë përcaktuar se obeziteti është i zakonshëm si për femrat ashtu edhe për meshkujt me SSE<sup>56</sup> të ulët. Për shembull, sipas Braddon et al. 2006, meshkujt dhe femrat që kanë zhvilluar obezitet ndërmjet moshave 26 dhe 36 vjeç ishin në grupe të ulëta punësore dhe kishin kualifikime arsimore të ulëta. Në një studim prospektiv me meshkuj të rregjistruar në shërbimin ushtarak në Danimarkë u gjet se meshkujt obezë, kishte më tepër mundësi tu përkisnin klasave të ulëta sociale se sa meshkujt joobezë të të njëjtës popullatë, pavarësisht inteligjencës, edukimit, dhe klasës sociale të prindërve<sup>57</sup>. Gjithashtu është gjetur një lidhje ndërmjet SSE dhe mbipeshës, ashtu sikurse edhe meshkujt të cilët kishin një perimetër të belit më të madh kishte më shumë të ngjarë të jetonin në kushte familjare të varfra<sup>58</sup>. Ndryshe nga kjo, Ball et al. 2002, gjetën se meshkujt që kishin një status punësor të mirë kishte më tepër të ngjarë të ishin mbipeshë.

## 2.3 Shkaqet e obezitetit

Etiologjia e obezitetit, për fat të keq nuk është shumë e qartë. Gjithsesi, ka një marrëveshje të përgjithshme që mbizotëron ndër studiuesit e kësaj çështje, që të fituarit peshë ndodh si pasojë e imbalancës së energjisë, ku energjia totale e shpenzuar është më vogël sesa totali i energjisë së konsumuar. James ka vlerësuar se, megjithëse sasia ditore e ushqimeve është rritur me afërsisht 750kcal që nga 1970, shpenzimi i energjisë gjithashtu ka pësuar rënie me afërsisht 800kcal në ditë dhe kjo shpjegon pse të rriturit kanë tendencën të shtojnë në peshë në moshat nga 25 deri në 75 vjeç<sup>59</sup>.

Qëndrimet tradicionale kundrejt obezitetit e kanë fajësuar individin obez për dembelizimin dhe grykësinë e tij dhe pretendojnë që obeziteti zhvillohet për shkak të pasjes së privilegjeve si dhe të stilit të jetës sedentare. Argumenti sjellor është mbithjeshtëzimi dhe tashmë besohet se shkaqet e obezitetit janë shumëfaktoriale dhe ndodhin si rezultat i ndërveprimit

---

<sup>56</sup>McLaren, L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews*, 2007; 29: fq 29-48

<sup>57</sup>Sonne-Holm, S. & Sorensen, T. I. A.. Prospective study of attainment of social class of severely obese subjects in relation to parental social class, intelligence and education. *BMJ* 1986;292:586-589.

<sup>58</sup>Rosmond, R., Lapidus, L., & Bjömtorp, P. The influence of occupational and social factors on obesity and body fat distribution in middle aged men. *International Journal of Obesity* 1996; 20:599-607.

<sup>59</sup>James, W. P. T. A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity* 2001; 19:37-45.



kompleks ndërmjet gjeneve, mjedisit dhe sjelljes. Gjithsesi personat obezë vazhdojnë të jenë të stigmatizuar si të babëzitur dhe dembelë, si nga publiku në përgjithësi, ashtu edhe nga profesionistët e shëndetit<sup>60</sup>.

### 2.3.1 Faktorët gjenetikë

Shumë studime i kanë dhënë një rol të konsiderueshëm gjenetikës në përcaktimin e obezitetit. Gjenet ndikojnë në proceset që kanë të bëjnë me proceset e lidhura me të fituarin e peshës trupore, të tilla si shkalla e metabolizmit, metabolizmi i glukozës në gjak, depozitimi i dhjamit, hormone, etj.<sup>61</sup> Obeziteti është parë se shfaqet më tepër në individë të një familjeje. Nga studimet ka dalë që nëse prindërit biologjikë janë obezë, mundësia që edhe fëmijët të kenë të njëjtin problem është 75%. Nga studimet me fëmijët e adoptuar është parë se ata kanë tendencën të kenë probleme me peshën të ngjashme më shumë me prindërit biologjikë se sa ata adoptivë. Po ashtu, fëmijë të lindur nga nëna mbipeshë është gjetur të jenë më pak aktivë dhe se fitojnë më tepër peshë me kalimin e moshës krahasuar me fëmijët me nëna me peshë normale. Studimet, gjithashtu kanë gjetur se fëmijët me peshë normale, të cilët kanë prindër obezë mund të kenë një nivel më të ulët metabolizmi, se sa fëmijët me peshë normale të prindërve joobezë. Fëmijët e lindur nga familje ku njëri apo të dy prindërit janë obezë, ka më shumë të ngjarë të jenë mbipeshë ose obezë. Të gjithë këto të dhëna sugjerojnë për predispozitën e obezitetit për tu trashëguar<sup>62</sup>.

Janë kryer studime me kafshë, fillimisht me minj, në mënyrë që të përcaktohet ekzistenca e “gjeneve të obezitetit”. Zbulimi i gjeneve "OB" në 1994 ka përshpejtuar edhe mundësinë që leptina mund të jetë edhe çelësi për trajtimin e obezitetit. Megjithatë, studime konkurruese të kryera me njerëz kanë arritur në përfundimin se roli preciz i leptinës është i paqartë, madje është menduar edhe se individët obezë mund të jenë rezistentë ndaj leptinës<sup>63</sup>.

Shkencëtarët ende nuk kanë patur mundësinë të lokalizojnë një gjen të vetëm përgjegjës për obezitetin dhe është menduar se obeziteti njerëzor mund të jetë poligjenik. Gjithsesi, është e

<sup>60</sup>Tremblay, A. & Doucet, E. Obesity: a disease or a biological adaptation? *Obesity Reviews* 2009;1:27-35

<sup>61</sup> Bouchard C, Tremblay A. Genetic influences on the response of body fat and fat distribution to positive and negative energy balances in human identical twins. *J Nutr* 1997;127:943–947.

<sup>62</sup> Austin MA, Friedlander Y, Newman B, Edwards K, Mayer-Davis EJ, King MC. Genetic influences on changes in body mass index: a longitudinal analysis of women twins. *Obes Res* 1997; 5:326–331.

<sup>63</sup>Filozof, C. & Gonzalez, C. Predictors of weight gain: the biological-behavioural debate. *Obesity Reviews* 2000; 1:21-26

rëndësishme të dihet se si disa forma të obezitetit shkaktohen ndonjëherë edhe nga defekte të rralla gjenetike, si për shembull: sëmundja e Cushing's dhe sindroma Prader-Willi<sup>64</sup>. Sëmundja e Cushing shkaktohet nga prodhimi i tepërt i kortizolit nga gjendra mbiveshkore dhe rezulton me një shtim të obezitetit abdominal. Sindroma Prader-Willi është një nga shkaqet gjenetike më të zakonshme të obezitetit dhe vlerësohet që 1 person në 25 000 ka këtë sindromë. Sindroma Prader-Willi krijon një oreks që nuk ngopet, i cili shkakton obezitet morbid dhe vdekje të parakohshme për shkak të atakut në zemër. Përveç defekteve gjenetike, studiuesit kanë investiguar gjithashtu edhe mundësinë që obeziteti të mund të shkaktohet nga problemet metabolike. Hipotiroidizmi është një problem metabolik, i cili mund të shkaktojë obezitet duke ngadalësuar ritmin e metabolizimit. Gjithsesi, kjo trajtohet lehtësisht me terapi të zëvendësimit të hormoneve<sup>65</sup>.

Roli i trashëgimisë tek obeziteti besohet të jetë po aq i fortë sa edhe tek hipertensioni, alkoolizmi dhe skizofrenia dhe lidhjet familjare kanë demonstruar se rreziku për të zhvilluar obezitet është i shtuar kur personat kanë të afërm mbipeshë apo obezë.<sup>66</sup>

Disa studiues kanë raportuar se ka mundësi që obeziteti të ndodhë si pasojë e një virusi<sup>67</sup>. Dhurandhar et al drejtuan një eksperiment me kafshë, konkretisht me pula dhe minj dhe gjetën se injektimi tek kafshët i një virusi shtonte masën trupore. Po ashtu, Dhurandhar et al kanë testuar disa qindra njerëz për të parë praninë e antitropit Ad-36 dhe gjetën se personat obezë e kishin këtë antitrop. Gjithsesi, janë të nevojshme studime të mëtejshme lidhur me virusin dhe obezitetin njerëzor.

Së fundmi, shkencëtarët kanë gjetur një lidhje mes obezitetit dhe dopaminës, e cila është një neurotransmetues që ndihmon për të përjetuar ndjenja të kënaqësisë<sup>68</sup>. Po ashtu, sikurse substancat adiktive të tilla si kokaina rritin nivelin e dopaminës në tru, dhe personave obezë u duhet të hanë më shumë në përpjekje për të stimuluar receptorët e dopaminës në trurin e tyre.

---

<sup>64</sup>Tremblay, A. & Doucet, E. Obesity: a disease or a biological adaptation? *Obesity Reviews* 2009;1:27-35

<sup>65</sup> Grundy SM. Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice? *Am J Clin Nutr* 2006;83:1248-1251.

<sup>66</sup>Ravussin E. & Swinburn, B. A. Pathophysiology of obesity. *Lancet* 1992;340:404-408

<sup>67</sup>Dhurandhar, N. V., Israel, B. A., Kolesar, J. M., Mayhew, G. F., Cook, M. E. & Atkinson, R. L. Increased adiposity in animals due to a human virus. *International Journal of Obesity* 2000; 24:989-996.

<sup>68</sup>Wang, G., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., Netusil, N. & Fowler, J. S. Brain dopamine and obesity. *The Lancet* 2001; 357:354-357.

### 2.3.2 Probleme të tjera fiziologjike që shkaktojnë obezitet

Disa sëmundje mund të shkaktojnë obezitetin. Këtu përfshihen:

- Hipotiroidizmi është një gjendje shëndetësore në të cilën gjendra tiroide nuk arrin të prodhojë sasi të mjaftueshme të hormoneve të saj. Kjo zakonisht rezulton në një nivel metabolik të ulët dhe ulje të energjisë<sup>69</sup>.
- Disa medikamente, të tilla si steroidet, disa antidepressantë dhe disa mjekime për çrregullimet psikiatrike, mund të shkaktojnë shtimin e peshës. Këto medikamente mund të ngadalësojnë shkallën me të cilën trupi djeg kalori, të stimulojnë oreksin ose të pengojnë nxjerrjen e ujit. Studimet me pacientë psikiatrikë kanë treguar se disa medikamente antipsikotike bllokojnë receptorët e serotoninës dhe dopaminës, gjë që mund të rezultojë me shtim të oreksit dhe rrjedhimisht, mund të sjellë shtim në peshë<sup>70</sup>.

### 2.3.3 Mjedisi

Rritja e shpejtë e prevalencës së obezitetit sugjeron se faktorët mjedisorë luajnë një rol më të fortë tek obeziteti se sa ata biologjikë. Studiues të ndryshëm kanë argumentuar se mjedisi obezitet-induktues përfshin shtimin e ushqimeve të yndyrshme, porcione më të mëdha të ushqimit, aktivitete dëfryese sedentare, të tilla si: ndjekja e televizorit, përdorimi i teknologjisë në punë dhe transporti i motorizuar. Për më tepër, rritja në prevalencën e obezitetit nuk mund të shpjegohet plotësisht nga gjenetika, për sa kohë baza gjenetike nuk ka pësuar ndonjë ndryshim esencial këto 20 vite<sup>71</sup>. Meyer & Stunkard 1993, argumentuan se: "influenca gjenetike përcaktojnë gjerësisht nëse një person mund të bëhet obez, por është mjedisi që përcakton nëse ky person do të bëhet obez". Përveç kësaj, OBSH-ja argumenton se rritja e prevalencës së

---

<sup>69</sup> Grundy SM. Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice? *Am J Clin Nutr* 2006;83:1248–1251.

<sup>70</sup> Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C. & Weiden, P. J. Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1686-1696.

<sup>71</sup> Kumanyika, S. Minisymposium on Obesity: Overview and Some Strategic Considerations. *Annual Review Public Health* 2001: 22:293-308.

obezitetit ka ndodhur si rezultat i industrializimit, urbanizimit, zhvillimit ekonomik dhe globalizimit të tregjeve<sup>72</sup>. Studimet me grupet etnike që kanë migruar, konfirmojnë besueshmërinë e kësaj hipoteze mjedisore. Për shembull, japonezët që kanë emigruar në Shtetet e Bashkuara janë më shumë mbipeshë se sa të afërmit e tyre që jetojnë në Japoni<sup>73</sup>. French, Story & Jeffery 2001, argumentojnë se prevalenca e obezitetit i detyrohet mjedisit i cili inkurajon mbingrënie dhe dekurajon aktivitetin fizik. Po ashtu, Egger & Swinburn 1997, sugjerojnë se obeziteti ndodh si rezultat i të jetuarit në një mjedis postindustrial, i cili promovon obezitetin. Ata kanë sajuar edhe shprehjen "obezogjenik", për të përshkruar efektet e faktorëve mjedisorë të cilat predispozojnë një person drejt obezitetit.

## 2.3.4 Stili i jetës

### 2.3.4.1 Ushqyerja

Ushqyerja prej shumë kohësh është përcaktuar nga studiuesit si një faktor i rëndësishëm që influencon në peshën trupore. Zgjedhjet ushqimore të pashëndetshme konsiderohen ndër rreziqet bazë për zhvillimin e obezitetit. Në këto përfshihen<sup>74</sup>:

- Ushqimet fast-food të cilat dihet kanë shumë kalori;
- Moskonsumi i frutave dhe perimeve;
- Konsumi i tepërt i alkoolit- alkooli përmban shumë kalori dhe ata që e konsumojnë mbi sasinë e rekomanduar, janë shpesh mbipeshë;
- Ngrënia e produkteve ushqimore jashtë, të tilla si biskota, ëmbëlsira, akullore, etj;
- Ngrënia e porcioneve më të mëdha se sa është i nevojshëm;
- Ngrënia si shpërblim. Sidomos personat që janë depresë, kanë tendencë të shijojnë ushqimin dhe e mendojnë si një veprim që i bën të ndihen më mirë.

---

<sup>72</sup>World Health Organization (2003). Obesity and overweight <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en>. Marrë më 12 Shtator 2012.

<sup>73</sup>Willett, W. C. Dietary fat plays a major role in obesity: no. Obesity Reviews 2002;3,59- 68.

<sup>74</sup>Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Shqipërisë (2004). Strategjia e Promocionit dhe Shëndetit Publik: Drejt një vendi të shëndetshëm, me njerëz të shëndetshëm, Tiranë, Shqipëri.

*Frekuenca e të ngrënit.* Lidhja ndërmjet frekuencës së të ngrënit dhe peshës është kontradiktore. Ka disa studime sipas të cilave personat obezë hanë më rrallë se personat normalë<sup>75</sup>. Po ashtu, ka studime që mbrojnë idenë se obezët hanë më shpesh<sup>76</sup>. Shkencëtarët kanë gjetur se personat që hanë vakte të vogla katër ose pesë herë në ditë kanë nivele më të ulëta të kolesterolit dhe nivele më të stabilizuara të sheqerit në gjak, se personat që hanë më rrallë. Një shpjegim i mundshëm është se vaktet e vogla frekvente mundësojnë nivele të stabilizuara të insulinës, ndërsa vaktet e mëdha shkaktojnë shpërthime të mëdha të insulinës pas vakteve.

*Mbikonsumi.* Konsumi i shumë kalorive për nevojat energjitike të përditshme mund të jetë një kandidat i rëndësishëm si faktori kryesor për epideminë e obezitetit<sup>77</sup>. Vlerësohet se aktualisht në vendet e zhvilluara konsumohen mesatarisht 3800 kalori në ditë, me 500 kalori më shumë se 30 vjet më parë. Ditët e sotme vihet re një shtim i ushqimeve dhe pijeve superkalorike. Njerëzit që hanë më shumë duhet të djegin më shumë kalori, përndryshe këto kalori do të depozitohen në formë dhjami. Për shembull, nëse konsumohen 100 kalori më shumë se shpenzohen, është llogaritur se fitohet 0.5 kg në muaj. Pra, fitohen 4.5 kg në vit.

### **2.3.4.2 Aktiviteti fizik**

Një ndikim të madh në shtimin e obezitetit, sipas studiuesve, ka patur edhe trendi në rënie i aktivitetit fizik, si rezultat i shtimit të natyrës sedentare të shumë formave të punës, ndryshimi i mënyrës së transportit, rritja e urbanizimit, etj. Nga studimet aktuale është vlerësuar se një përqindje e ulët e popullatës në përgjithësi praktikon rregullisht aktivitet fizik. Gjithsesi nuk ekzistojnë të dhëna të sakta lidhur me korelacionin që ekziston mes IMT dhe aktivitetit fizik, kështu që nuk mund të thuhet me saktësi ndikimin në obezitet mungesa e aktivitetit fizik<sup>78</sup>. Ajo që dihet me saktësi është se obeziteti shkakton probleme serioze të lëvizjes, për shkak të problemeve të shkaktuara nga çrregullimet muskulore, skeletore, të frymëmarrjes, etj. Kështu që mundësia për aktivitet fizik tek personat obezë, sidomos ata që e kanë në nivele të larta,

---

<sup>75</sup> Gramenzi A, Gentile A, Fasoli M, Negri E, Parazzini F, La Vecchia C. Association between certain foods and risk of acute myocardial infarction in women. *BMJ* 1990; 300:771-773.

<sup>76</sup> Astrup A et al. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *International Journal of Obesity*, 2000; 24: 1545-1547

<sup>77</sup> Bolton-Smith, C. and M. Woodward., Dietary composition of fat to sugar ratios in relation to obesity. *Int. J. Obes* 2001; 18: 820-828.

<sup>78</sup> Williamson, D., J. Madans and R. Anda., Recreational physical activity and ten-year weight change in a U.S. national cohort. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord* 1993; 17: 279 -286.

reduktohet në mënyrë domethënëse. Meshkujt dhe femrat obeze janë më pak fizikisht aktivë, për shkak se jo vetëm kanë vështirësi për të lëvizur, por edhe sepse e kanë të vështirë të shkojnë nëpër palestra<sup>79</sup>. Është gjetur se personat obezë ndjehen shumë në siklet në ambiente të tilla për shkak të përmasave të tyre trupore<sup>80</sup>. Kjo mungesë e aktivitetit fizik mund të shkaktojë depresion dhe ankth (ndërsa aktiviteti fizik i redukton ndjenjat e ankthit dhe depresionit). Pra, me studimet e përmendura mund vërtetohet në njëfarë mënyre lidhja ndërmjet aktivitetit fizik dhe shëndetit psikologjik dhe fizik.

## 2.5 Pasojat e obezitetit

### 2.5.1 Obeziteti dhe cilësia e jetës

Termi “cilësi e jetës” është e vështirë të përkufizohet, përse kohë është një koncept subjektiv dhe përfshin të gjithë aspektet e jetës së një individi, duke përfshirë standartet e të jetuarit, cilësinë e shtëpisë, fqinjësinë, marrëdhëniet familjare dhe shëndetin. Megjithëse pak dihet lidhur me impaktin e obezitetit në cilësinë e jetës, në shumë studime, është përcaktuar se një reduktim i vetëperceptuar në cilësinë e jetës është një ndër pasojat kryesore të obezitetit. Obeziteti ndikon në jetën e përditshme të individit dhe në mënyrën se si ndjehet për veten e vet. Jeta e personave obezë mund të jetë e vështirë edhe në terma praktikë. Mund të jetë shumë e vështirë gjetja e rrobave<sup>81</sup>. Madje, edhe ndenjëset e zakonshme duket të mos jenë dizenuar për persona obezë. Po ashtu, mund të rezultojë jo rrallë e parehatshme (ndonjëherë edhe e dhimbshme) kryerja e veprimeve të përditshme, të tilla si: ecja, dhënia e makinës, ngjitja e shkallëve, bërja e pazarit, etj<sup>82</sup>.

Megjithëse cilësia e jetës është shumëdimensionale, studiuesit e shërbimeve shëndetësore dhe mjekësore tentojnë të fokusohen në Cilësinë e Jetës të Lidhur me Shëndetin (CJLSH)<sup>83</sup>. CJLSH-ja përfshin fushat sociale, psikologjike dhe sociale të shëndetit dhe është një koncept i

---

<sup>79</sup> Di Pietro, L.. Physical activity, body weight and adiposity: an epidemiologic perspective. *Exerc Sport Sci. Rev* 1995, 23: 275-303.

<sup>80</sup> Williamson, D., J. Madans and R. Anda,. Recreational physical activity and ten-year weight change in a U.S. national cohort. *Int.J. Obes. Relat. Metab. Disord* 1993; 17: 279 -286.

<sup>81</sup>Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disord* 2000; 27: fq 101–105.

<sup>82</sup>Finkelstein, M. M. Body mass index and quality of life in a survey of primary care patients. *Journal of Family Practice* 2000; 49:734-737.

<sup>83</sup> Health-related quality of life (HRQL) -emërtimi origjinal

pranuar gjerësisht në kërkimin në fushat e shëndetit. CJLSH-ja përfshin edhe përkufizimin e OBSH për shëndetin si “një gjendje mirëqenieje të plotë sociale, mendore dhe fizike dhe jo thjeshtë mungesa e sëmundjes”. Kjo listë nuk është shtrëuese; termat janë rishikuar, duke u bazuar në rezultatet e studimeve të mëparshme. Instrumentet e CJLSH janë të përgjithshëm dhe specifike për sëmundjen<sup>84</sup>.

Instrumentet e përgjithshëm përfshijnë të gjithë aspektet e CJLSH-së dhe përdoren për matur CJLSH-në përgjatë rangut të gjerë të sëmundjeve ankesave dhe gjendjeve shëndetësore<sup>85</sup>. Instrumentet specifike të sëmundjeve nga ana tjetër, janë dizenuar për të mbledhur informacionin më të fundit për një sëmundje specifike dhe popullatën e një pacienti të caktuar. Studimi mbi Shëndetin me anë të Formës së Shkurtuar të Rezultuar Mjekësore<sup>86</sup> është një nga instrumentet e përgjithshme më të përdorura dhe të vlerësuara të CJLSH-së dhe përmban 36 pyetje që masin tetë fusha të funksionimit: funksionimi fizik, kufizimi i rolit për shkak të kufizimit të shëndetit fizik, funksionimi social, dhimbja, shëndetit mendor, kufizimi i rolit për shkak të problemeve emocionale, vitaliteti dhe perceptimi e shëndetit të përgjithshëm. Pesë studime kroksionale në popullatë të përgjithshme kanë përdorur SF-36 për të ekzaminuar lidhjen ndërmjet CJLSH dhe obezitetit. Megjithëse të pesë studimet demonstruan lidhje domethënëse ndërmjet obezitetit dhe shëndetit fizik, gjetjet për obezitetin dhe shëndetin psikologjik janë të paqëndrueshme. Për shembull, nuk është gjetur ndonjë ndryshim domethënës ndërmjet grupit të kontrollit (jo obezë) dhe grupit obez në dimensionet sociale dhe psikologjike të SF-36<sup>87</sup>. Në mënyrë të ngjashme, Han, Tijhuis, Lean & Seidell<sup>88</sup> nuk gjetën ndonjë lidhje domethënëse ndërmjet obezitetit dhe shëndetit mendor. Ndryshe nga sa më sipër, Larsson et al, 2002, gjetën se burrat e moshës së mesme dhe ata më të rinj, si dhe femrat (16-34 vjeç) raportuan vetëm dëmtime në të tetë fushat e SF-36. Po ashtu, Brown, Dobson & Mishra<sup>89</sup> gjetën se femrat kishin rezultate më të ulëta për shëndetin mendor, funksionimin social e emocional dhe

---

<sup>84</sup>World Health Organization (1946) Themelimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë, në Konferencën Ndërkombëtare të Shëndetit më 19-22 Qershor 1946; e firmosur nga 61 përfaqësues të shteteve.

<sup>85</sup>Larsson, U., Karlsson, J. & Sullivan, M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life -a Swedish population study. *International Journal of Obesity* 2002; 26:417-424.

<sup>86</sup>The Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Health Survey-emërtimi origjinal

<sup>87</sup>Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disord* 2000; 27: fq 101–105.

<sup>88</sup>Han, T. S., Tijhuis, M. A. R., Lean, M. E. J. & Seidell, J. C. Quality of Life in Relation to Overweight and Body Fat Distribution. *American Journal of Public Health* 1998;88:1814- 1820.

<sup>89</sup>Brown, W. J., Dobson, A. J. & Mishra, G. What is a healthy weight for middle aged women? *International Journal of Obesity* 1998;22:520-528.

kufizime të rolit, krahasuar me femra me peshë normale. Së fundmi, është gjetur se mbipesha dhe obeziteti janë të lidhura me rënien e nivelit të mirëqenies fizike dhe emocionale. Megjithatë, ata konkluduan se përkeqësimi më i madh u vu re në dimensionin fizik. Po ashtu, është prania e kushteve kronike që dëmton CJLSH-në dhe subjektet me obezitet morbid të diagnostikuar me tre ose më shumë sëmundje kronike raportuan një CJLSH më të keqe.

Përgjatë dekadës së fundit, janë zhvilluar një numër instrumentesh të CJLSH-së për specifikën e obezitetit. Karlsson, Sjöström & Sullivan<sup>90</sup> ndërtuan një instrument specifik për obezitetin si pjesë e Studimit Suedez të Obezitetit. Kjo matje vetëvlerësuese përcakton perceptimin shëndetësor, çrregullimet e mirëqenies/gjendjes shpirtërore, funksionimin psiko-social dhe sjelljen ushqyuese. Ata, në këtë studim, gjetën nivele të ultëta të CJLSH-së ndërmjet rasteve kirurgjikale dhe atyre jokirurgjikale. Për më tepër, CJLSH-ja përmirësoi ndërhyrjet kirurgjikale që pasuan, si dhe u vunë re përmirësime të dukshme të CJLSH-së tek pacientët që kishin humbur 20 kg.

Impakti i Peshës në Cilësinë e Jetës (IPCJ)<sup>91</sup> u zhvillua fillimisht nga Kolotkin, Head, Hamilton & Tse, 1995, dhe është instrument vetë-raportues specifik për obezitetin me 74 kapituj. IPCJ-ja është konsideruar shumë i gjatë për tu përdorur si matje në kontekstin klinik dhe është rishikuar për krijuar një version më të shkurtër me 31 pyetje, që vlerëson pesë fusha të mëdha: funksionimi social, vetëvlerësimi, jeta seksuale, distresi publik dhe puna. Një studim më i fundit përdori këtë instrument për të matur cilësinë e jetës lidhur me specifikën e obezitetit për pacientë obezë, të cilët kishin humbur 5% të peshës së tyre trupore dhe më vonë rifituan të paktën 5% të peshës së tyre trupore. Në këtë studim u gjet se humbja në peshë ishte e lidhur me përmirësimin e CJLSH dhe rifitimi i peshës ishte i lidhur me përkeqësimin e CJLSH<sup>92</sup>.

Një studim tjetër i kryer me instrumente specifike të obezitetit ka demonstruar se ata kanë një korelacion më të lartë me peshën trupore se sa me matjet e përgjithshme.<sup>93</sup> Megjithatë, përgjithësisht këto janë përdorur për të matur suksesin e ndërhyrjeve të trajtimit dhe si rezultat,

---

<sup>90</sup>Karlsson, J., Sjöström, L. & Sullivan, M. Swedish obese subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Two year follow up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity* 1998, 22,113-126.

<sup>91</sup> The Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL)- mërtimi origjinal

<sup>92</sup>Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D. & Williams, G. R. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research* 2001; 9:102-111.

<sup>93</sup>Fontaine, K. R. & Barofsky, I. Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews* 2001; 2:173-182.



është e nevojshme të kryhen më shumë studime lidhur me përdorimin e tyre në popullatë të përgjithshme.

## 2.5.2 Pasojat shëndetësore të obezitetit

### 2.5.2.1 Obeziteti dhe vdekshmëria

Lidhja ndërmjet peshës dhe rrezikut të shtuar të vdekshmërisë u regjistrua fillimisht nga industria e sigurimit të jetës dhe kjo bëri që Metropolitan Life Insurance Company të krijojë tabela të peshës dhe gjatësisë në Shtetet e Bashkuara. Forma e grafikut u përshkrua në mënyrë të tillë, ku pesha e ulët dhe e lartë konsideroheshin si faktorë rreziku të lidhura me vdekjen. Po ashtu, u përcaktua se rreziku rritej për IMT-në mbi 40 kg/m<sup>2</sup>. Për shembull, një studim në Itali me 569 pacientë gjeti se obeziteti ishte i lidhur me rritjen e vdekshmërisë. Lidhja ndërmjet obezitetit (IMT 30-39.9 kg/m<sup>2</sup>) dhe vdekshmërisë mbeten jo shumë të qarta, për sa kohë nivele të moderuara obezitetit (IMT 25-32 kg/m<sup>2</sup>) nuk janë të lidhura me vdekshmërinë<sup>94</sup>.

Ferraro, Thorpe & Wilkinson, 2003, gjetën se obeziteti me IMT 30-35 kg/m<sup>2</sup> rrit edhe rrezikun e vdekshmërisë. Studimi Shëndetësor i Infermierëve në Harvard<sup>95</sup> investigoi marrëdhënien ndërmjet ndryshimit të peshës në moshën e rritur që rrit rrezikun për obezitet. Kërkimet e përqëndruara tek jetëgjatësia kanë gjetur se mbipësia është e lidhur me 3 vjet rënie në jetëgjatësi ndërsa obeziteti ishte i lidhur me 7 vjet rënie të jetëgjatësisë për femrat dhe 6 vjet për meshkujt. Po ashtu, pjesëmarrësit që pinin duhan, kishin një rënie më të madhe të jetëgjatësisë; tek femrat obeze duhanpirëse patën një reduktim 13 vjet dhe tek meshkujt obezë duhanpirës me 14 vjet, krahasuar me pacientë të shëndetshëm<sup>96</sup>. Në Angli, është vlerësuar se 30 000 vdekje në vit i atribuohen obezitetit dhe se obezitetit e shkurton jetën me 9 vjet mesatarisht. Gjithsesi, impakti i obezitetit është i madh tek kushtet shëndetësore të lidhura me të, gjë që në një farë mënyre shkakton edhe vdekjen<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup>Bender, R, Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. Assessment of excess mortality in obesity. American Journal of Epidemiology 1998; 147:42-48.

<sup>95</sup> Harvard Nurses' Health Study-emërtimi origjinal

<sup>96</sup>Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A. & Bonneux, L. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. Annals of Internal Medicine 2003;138:24-32.

<sup>97</sup>National Audit Office Tackling Obesity in England London: The Stationery Office, 2001

### 2.5.2.2 Diabeti i tipit II

Është përcaktuar si një nga sëmundjet më të lidhura me obezitetin. Diabeti redukton aftësinë e organizmit për të kontrolluar nivelin e sheqerit në gjak. Kjo sëmundje shkaton shumë probleme të tjera shëndetësore, të tilla si: sëmundjet e zëmrës, sëmundje të mëlçisë, verbim, vdekje më të hershme, etj<sup>98</sup>.

Statistikisht, personat mbipeshë kanë dy herë më shumë mundësi të zhvillojnë diabetin, krahasuar me personat normalë. Përveç të qenit një faktor rreziku për SKZ-në, kërkimet kanë dëshmuar se obeziteti abdominal është faktor i rëndësishëm rreziku për zhvillimin e diabetit të tipit II. Diabeti i tipit II po bëhet gjithmonë e më i përhapur dhe ka komplikime serioze, për shkak se redukton jetëgjatësinë me 8-19 vjet dhe është i kushtueshëm për t'u trajtuar. Marrëdhënia ndërmjet obezitetit dhe diabetit të tipit II është e padiskutueshme dhe shumë studime kanë konfirmuar se personat obezë ka më shumë të ngjarë të vuajnë nga diabeti i tipit II<sup>99</sup>. Është vlerësuar se në të gjithë botën ka rreth 110 milion diabetikë dhe 80-90 % e tyre kanë diabetin e tipit II. Po ashtu, afërsisht 80% e individëve me diabet të tipit II janë obezë. Të dhëna nga Studimi i Shëndetit i Infermierëve kanë rikonfirmuar lidhje me IMT-së dhe diabetit të tipit II, ku femrat obeze (IMT >35kg/m<sup>2</sup>) kishin një mundësi 93% më të lartë për të zhvilluar diabet të tipit II krahasuar me femrat me IMT <22kg/m<sup>2</sup>. Gjithashtu, femrat që kishin fituar ndërmjet 5 dhe 8 kg peshë në moshën e rritur ishin 1.9 herë më të rrezikuara që të zhvillonin diabet të tipit II krahasuar me ata që kishin një peshë stabël gjatë moshës së rritur. Megjithëse ka një lidhje të fortë ndërmjet obezitetit dhe diabetit të tipit II, disa studime kanë dëshmuar se mbipesha dhe obeziteti jo domosdoshmërisht shkaktojnë diabet të tipit II dhe se jo të gjithë obezët zhvillojnë diabet të tipit II. Diabeti i tipit II ka një origjinë gjenetike dhe është argumentuar se gjenet që e shkaktojnë diabetin e tipit II gjithashtu provokojnë shtim në peshë. Gjithashtu, besohet se etiologjia e obezitetit dhe e diabetit të tipit II mund të jetë e lidhur: "...obeziteti dhe diabeti ndajnë të njëjtët faktorë të stilit të jetesë që i shkaktojnë, si për shembull: marrja e një energjie të tepruar, një dietë e ngopur me yndyrna dhe një stil jete ndenjës. Zhvillimi i obezitetit, diabetit

---

<sup>98</sup> Stringhini, S., Tabak, A., Akbaraly, T., Sabia, S., Shipley, M., et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: Prospective Whitehall II cohort study. *British Medical Journal*, 2012; 345: fq 54-52.

<sup>99</sup>Lean, M. E., Powrie, J. K., Anderson, A. S. & Garthwaite, P. H, Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 1990;7:228-233.

ose i të dyjave, mund të varet nga prezenca e dyshimeve të gjenetikës për obezitet dhe diabet...»<sup>100</sup>

Është sugjeruar se rezistenca e insulinës ndikon në lidhjen ndërmjet obeziteti dhe diabetit të tipit II. I rezistenca e insulinës është përkufizuar në terma të përgjithshëm si “reduktim i mundësisë së insulinës për të rregulluar metabolizimin e karbohidrateve dhe lipideve”. Diabeti i tipit II zhvillohet si rezultat i pamundësisë së pankreasit për të sekretuar insulinë të mjaftueshme për të tejkaluar rezistencën e insulinës. Rezistenca e insulinës rezulton në hiperinsulinaemi (shtimi i sekretimit të insulinës) dhe tek personat obezë, mbahet rregullisht nën observim. Gjithashtu ajo mund të jetë edhe shkak primar për sindromën metabolike X dhe kjo vazhdon të studiohet<sup>101</sup>.

Hiperinsulinaemia mund të shkaktojë gjithashtu hipertension dhe lidhet me ndryshimet në nivelet e lipideve në gjak; rrit LDL-në (dendësia e ulët e lipoproteinës)<sup>102</sup>, DUL-në (dendësia shumë e ulët e lipoproteinës)<sup>103</sup> dhe reduktim të HDL-së (dendësia e lartë e lipoproteinës)<sup>104</sup> në gjak. DUL-së ndonjëherë i referohemi edhe si “kolesteroli i keq” dhe kjo shkakton depozitim të kolesterolit në arterie dhe gjithashtu edhe nivelet e larta të DUL-së lidhen me rrezik të shtuar të sëmundjeve koronare të zemrës. Ndryshe nga këto DLL-së i referohemi shpesh si “kolesteroli i mirë” për shkak se ndihmon në parandalimin e vendosjes së kolesterolit në arterie. Gjithsesi, një nivel i ulët i DLL-së, është një faktor rreziku për sëmundjet koronare të zemrës. Nivele të larta të lipideve në gjak (dyslipidemia) dhe hipertension janë më të zakonshmet tek pacientët me diabet të tipit II dhe janë faktorë rreziku për SKV-në<sup>105</sup>.

Pavarësisht të dhënave që demonstrojnë se rezistenca e insulinës mund të jetë përcaktuesi kryesor për diabetin e tipit II më shumë se vetë obeziteti, është argumentuar se diabeti i tipit II është i varur nga obeziteti dhe humbja e qëllimshme e peshës në vitin e parë pas përcaktimit të diagnozës lidhet me një reduktim të vdekshmërisë nga diabeti<sup>106</sup>. Gjithashtu, Astrup & Finer 2000, kanë propozuar se mund të adoptohet termi ‘diabezitet’, ashtu sikurse ata mendojnë se

---

<sup>100</sup>Astrup, A. & Finer, N. Redefining Type 2 diabetes: 'Diabesity' or 'Obesity Dependent Diabetes Mellitus'. Obesity Reviews 2000; 1:57-59.

<sup>101</sup>Tremblay, A. & Doucet, E. Obesity: a disease or a biological adaptation? Obesity Reviews 2009;1:27-35.

<sup>102</sup> LDL (low density lipoprotein)-emërtimi origjinal

<sup>103</sup> VLDL (very low density lipoprotein) -emërtimi origjinal

<sup>104</sup> HDL (high density lipoprotein) -emërtimi origjinal

<sup>105</sup> Barnett, A. H. Obesity and the metabolic syndrome. Obesity in Practice 1999;1:7-11.

<sup>106</sup>Lean, M. E., Powrie, J. K., Anderson, A. S. & Garthwaite, P. H, Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. Diabetic Medicine 1990;7:228-233.

shtimi i masës dhjamore në trup, shkakton diabet të tipit II dhe humbja e qëllimshme e peshës, e lehtëson sëmundjen.

Studimet kanë dëshmuar se shfaqja e disa kancereve mund të jetë e lidhur me obezitetin. Obeziteti është i lidhur me 1.5 deri në 3 herë më shumë në rrezik për zhvillimin e kancerit endometrial krahasuar me një IMT-së ndërmjet 20 dhe 25kg/m<sup>2</sup><sup>107</sup>. Gjithashtu studimet kanë treguar se ka një lidhje ndërmjet IMT dhe kancerit të kolonës, sidomos tek meshkujt<sup>108</sup>. Studimet që investigojnë marrëdhënien ndërmjet obezitetit dhe kancerit të gjirit kanë prodhuar rezultate të ndryshme lidhur me femrat premenopauzale dhe postmenopauzale. Femrat premenopauzale me një IMT të lartë kishin një rrezik të shtuar për kancer të gjirit. Shtimi i peshës në moshën e rritur ka qenë vazhdimisht i lidhur me kancerin e gjirit tek femrat postmenopauzale. Dhjami është shumë i rëndësishëm në prodhimin e estrogenit dhe ekspozimi i zgjatur ndaj niveleve të larta të estrogenit, rrit rrezikun e kancerit të gjiri.<sup>109, 110</sup>

### 2.5.2.3 Sëmundjet kardiovaskulare

Obeziteti është identifikuar si një faktor rreziku për Sëmundjet Kardiovaskulare (SKV). Megjithëse SKV-të, përfshijnë një numër sëmundjesh duke përfshirë sëmundjet koronare të zemrës, anginën, hipertensionin, infarktin e miokardit dhe atakun ishemic, kërkimet tek obeziteti dhe faktorët e rrezikut të SKV-së janë fokusuar së pari në sëmundjet koronare të zemrës, atakun dhe hipertensionin.<sup>111</sup>

Ashtu sikurse është përmendur, rreziqet shëndetësore të obezitetit varen nga vendodhja e masës dhjamore dhe obeziteti abdominal lidhet edhe me ndodhjen e SKZ-ve. Megjithatë, Rimm, Stampfer & Giovannucci<sup>112</sup> udhëhoqën një studim perspektiv me profesionistë të shëndetit (meshkuj të moshës 40-75 vjeç) dhe arritën në përfundimin se obeziteti është një faktor rreziku

---

<sup>107</sup>Visscher, T. & Seidell, J. C. The Public Health Impact of Obesity. Po aty, fq 360

<sup>108</sup>Murphy, T. K, Calle, E. E., Rodriguez, C., Kahn, H. S. & Thun, M. J. Body mass index and colon cancer mortality in a large prospective study. American Journal of Epidemiology 2000;152:847-54.

<sup>109</sup>Huang, Z., Hankinson, S. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Hunter, D. J., Manson, J. E., Hennekens, C. H., Rosner, B., Speizer, F. E. & Willett, W. C. Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. JAMA 1997;278:1407-11.

<sup>110</sup>Ursin, G., Longnecker, M. P., Haile, R. W. & Greenland, S. A meta-analysis of body mass index and risk of premenopausal bilateral breast cancer. Epidemiology 1995;6:137-141.

<sup>111</sup> Despres JP, Moorjani S, Lupien PJ, et al. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. Arteriosclerosis 1990;10:497-511.

<sup>112</sup>Rimm, E. B., Stampfer, M. J. & Giovannucci, E. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among Middle-aged older US men. American Journal of Epidemiology 1995;141:1117-1127.

për SKZ. Studime të ndryshme kanë demonstruar një lidhje mes IMT-së dhe SKZ-ve. Për shembull, është gjetur një lidhje direkte ndërmjet shkallës së mbipeshës dhe SKZ pavarësisht nga faktorët e tjerë të rrezikut. Një IMT i lartë ishte i lidhur pozitivisht me SKZ dhe Studimi Rajonal Britanik i Zemrës gjeti se një IMT e lartë është e lidhur me ndodhjen e atakut në zemër. Gjithashtu, është parë se femrat në moshë të mesme, IMT-ja e të cilave është brenda kufijve të peshës së shëndetshme, janë gjithashtu në rrezik për të zhvilluar SKZ, sidomos nëse fitojnë peshë gjatë moshës së rritur<sup>113</sup>.

Lidhja ndërmjet obezitetit dhe rrezikut për atak në zemër është akoma e paqartë për sa kohë edhe të dhënat janë të paqëndrueshme. Studime të ndryshme, kanë gjetur se një IMT e lartë mund të rritë rrezikun për atak në zemër. Megjithatë, studiues të tjerë nuk e kanë gjetur IMT-në si faktor rreziku për atak në zemër. Studime të tjera kanë synuar të lidhin obezitetin me faktorë të tjerë rreziku, përfshirë hipertensionin, (presioni i lartë i gjakut) dhe hiperkolesteroleminë (kolesteroli i lartë). Hipertensioni është parë të jetë i lidhur me shtimin e peshës trupore dhe është vlerësuar se hipertensioni është tre herë më i zakonshëm tek femrat dhe meshkujt obezë sesa tek anëtarët më të hollë të popullatës<sup>114</sup>. Megjithëse hiperkolesterolemia është e zakonshme të mendohet si e lidhur me obezitetin, kërkimet kanë treguar se është e lidhur dobët me peshën trupore.

Kërkimet më të fundit, kanë treguar një fëmijëri mbipeshë është e lidhur gjithashtu me faktorët e rrezikut të SKZ-ve. Për shembull, Freedman, Dietz, Srinivasan & Berenson 1999, zbuluan se afërsisht 60% e fëmijëve mbipeshë të moshës 5-19 vjeç kanë një faktor rreziku, të tillë si: hipertensioni, hyperlipidemia (nivele të shtuara të dhajmit në gjak) apo shtim të niveleve të insulinës. Për më tepër, mbi 20% e 5-10 vjeçarëve kanë dy ose më shumë faktorë rreziku kardiovaskular.

Megjithëse shumica e studimeve të cituara tregojnë njëfarë lidhje që ekziston ndërmjet obezitetit dhe SKZ, ka kërkime që kanë arritur në përfundimin se nuk ka një marrëdhënie të qëndrueshme ndërmjet peshës trupore ose masës dhjamore dhe sëmundjeve të zemrës<sup>115</sup>.

---

<sup>113</sup>Hubert, H. B., Feinleib, M., McNamara, P. M. & Castelli, W. P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67:968-77.

<sup>114</sup>Walker, S. P., Rimm, E. B., Ascherio, A., Kawachi, I., Stampfer, M. J. & Willett, W. C. Body size and fat distribution as predictors of stroke among US men. *American Journal of Epidemiology* 1996;144:1143-1150.

<sup>115</sup>Williams, S. R., Jones, E., Bell, W., Davies, B. & Bourne, M. W. Body habitus and coronary heart disease in men: A review with reference to methods of body habitus assessment. *European Heart Journal* 1997;18:376-393.

Megjithatë, sëmundjet e zemrës në vetvete janë një shkaktar madhor i vdekjes në shoqëritë e industrializuara dhe ngelen për tu studiuar të gjithë faktorët e rrezikut për to, përfshirë edhe obezitetin.

#### **2.5.2.4 Steatoza hepatike, ose sëmundja e mëlçisë së dhjamosur**

Sëmundja e mëlçisë së dhjamosur, e njohur si steatoza hepatike me origjinë joalkolike shkaktohet nga depozitimi i tepërt i indit dhjamor në mëlçi. Marrja e kalorive të tepërta bën që indi dhjamor të depozitohet jo vetëm në depozitat e dhjamt, por edhe në mëlçi, si dhe në organet e tjera jetësore. Ky depozitim dhjamor në mëlçi rezulton me një inflamacion të heshtur, që zakonisht testohet nëpërmjet analizave laboratorike të gjakut<sup>116</sup>. Në SHBA, ky është shkaku më i shpeshtë i rezultateve jo normale të testeve laboratorike, që rezulton deri në 25% të personave obezë dhe mbipeshë. Është vlerësuar se 10%-20% e individëve me këtë gjendje, nëse nuk trajtohen, shkojnë drejt zhvillimit të cirrozës ose insufiçencës hepatike. Edhe pse janë përdorur disa medikamente diabetike për trajtimin e kësaj gjendje, rënia në peshë dhe rritja e aktivitetit fizik mbeten mënyrat kryesore të trajtimit<sup>117</sup>.

#### **2.5.2.5 Sëmundje të tëmthit**

Sëmundjet e tëmthit dhe gurët në tëmth janë probleme shumë të zakonshme tek personat mbipeshë dhe sa më shumë shtohet pesha, aq më shumë shtohet rreziku i tyre<sup>118</sup>. Ende nuk është e qartë lidhja që ekziston mes tyre. Mendohet që kjo shkaktohet si pasojë e ndryshimit të yndyrës dhe kolesterolit që shpërndahen në trup, duke sjellë mbingopjen me lëng tëmthi të organizmit. Në një gjendje të mbingopur, mund të formohen stuktura të ngurta që e pengojnë edhe daljen e

---

<sup>116</sup> Browning JD, Szczepaniak LS, Dobbins R, Nuremberg P, Horton JD, Cohen JC, Grundy SM, Hobbs HH. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. *Hepatology* 2004;40:1387–1395.

<sup>117</sup> Schwimmer JB, McGreal N, Deutsch R, Finegold MJ, Lavine JE. Influence of gender, race, and ethnicity on suspected fatty liver in obese adolescents. *Pediatrics* 2005;115:561–565

<sup>118</sup> Tremblay, A. & Doucet, E. Obesity: a disease or a biological adaptation? *Obesity Reviews* 2009;1:27-35

lëngut. Zakonisht, kjo rezulton në inflamacion kronik të tëmthit. Simptoma të tjera përfshijnë dhimbje, ethe, të vjella, të përziera, etj<sup>119</sup>.

### 2.5.2.6 Çrregullimet respiratore

Vështirësia në frymëmarrje citohet si një nga pasojat e zakonshme të obezitetit. Megjithatë, obeziteti është i lidhur gjithashtu me disa sëmundje respiratore serioze, të tilla si apnea e gjumit dhe astma. Apnea e gjumit është e lidhur fort me obezitetin dhe kontribuon tek morbiditeti psikosocial, gjë që mund të rezultojë në pagjumësi të tepruar ose gjumë pa pushim. Ajo dyshohet shpesh kur pacient apo partneri i pacientit ka një histori gërhitjeje me zë të lartë. Studimet kanë dëshmuar se meshkujt obezë me morbiditet, ka më tepër mundësi të zhvillojnë apnea të gjumit<sup>120</sup>.

Femrat obeze gjithashtu mund të zhvillojnë apnea të gjumit. Për shembull, Young, Palta, Dempsey, Skatrud, Weber & Badr 1993, vlerësuan se 4% e femrave obeze të moshës 30-60 vjeç kishin përjetuar apnea të gjumit. Obeziteti dhe astma janë vazhdimisht të lidhura mes tyre dhe kjo lidhje u raportua fillimisht në vitet 1980<sup>121</sup>. Mbipësia kontribuon gjithashtu edhe tek angina (dhimbja e gjoksit e shkaktuar nga reduktimi i sasisë së oksigjenit që shkon në zemër). Po ashtu, ka shumë studime që lidhin obezitetin me mundësinë për të zhvilluar astmë. Studime kroksionale kanë treguar se prevalenca e astmës është më e lartë tek femrat, ndërsa femrat obeze ka tre herë më shumë të ngjarë të zhvillojnë astmën<sup>122</sup>. Po ashtu, edhe tek fëmijët, vajzat obeze kanë më shumë prirje se fëmijët jo obezë që të vuajnë prej astmës<sup>123</sup>. Ndryshe nga sa më sipër, një studim më i vonë kanadez ka demontruar se nuk ka lidhje ndërmjet obezitetit fëmisor dhe astmës<sup>124</sup>. Gjithsesi, studimet ndërhyrëse kanë treguar se humbja e peshës tek pacientët me astmë përmirëson funksionin e mushkërive dhe simptomat e astmës.

---

<sup>119</sup>Kawachi, I. Physical and psychological consequences of weight gain. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60:5-9.

<sup>120</sup>Vgontzas, A. N., Tan, T. L., Bixler, E. O., Martin L. F., Shubert, D. & Kales, A. Sleep apnea and sleep disruption in obese patients. *Archives of Internal Medicine* 1994;154:1705-1711.

<sup>121</sup>Chinn, S. Asthma and obesity: where are we now? [Editorial]. *Thorax* 2003;58:1008- 1010.

<sup>122</sup>Camargo, C. A., Weiss, S. T., Zhang, S., Willett, W. C. & Speizer, F. E. Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. *Archives of Internal Medicine* 1999;159:2582-2588.

<sup>123</sup>Figuroa-Munoz, J. I., Chinn, S. & Rona, R. J. Association between obesity and asthma in 4-11 year old children in the UK. *Thorax* 2001;56:133-137.

<sup>124</sup>Vydykhan, T. N., Dell, S., Tassoudji, M. & Jarris, J. K. Is obesity associated with asthma in young children? *Journal of Pediatrics* 2004;144:162-168.

### **2. 5. 2. 6 Çrregullimet muskuloskeletale**

Osteoartriti (artriti degjenerativ) është një problem i lidhur kronikisht me obezitetin. Ai prek kockat e trupit, sidomos tek gjunjë, vithet dhe pjesa e poshtme e kurrizit. Me rritjen në peshë, shton një presion ekstra mbi kyçet lidhëse të kockave, duke i zhveshur ato nga shtresat mbrojtëse ose kartilagjet (lëndë që mbron nyjet).<sup>125</sup>

Osteoartriti është i lidhur me obezitetin dhe studimet kanë treguar se kjo është e lidhur direkt me peshën trupore. Gjithashtu, është menduar se osteoartriti ndodh për shkak të rritjes së presionit në kyçe. Megjithatë, osteoartriti mund të zhvillohet edhe tek individët me peshë normale. Ky çrregullim është më i përhapur tek femrat se sa tek meshkujt dhe ky është një rrezik për paaftësi. Përveç osteoartritit, studimet kroseskionale kanë demonstruar lidhje ndërmjet obezitetit dhe problemeve me hernien diskale dhe dhimbjeve kronike të kurrizit<sup>126</sup>.

### **2.5.2.7 Probleme në sistemin riprodhues**

Sindroma e vezores policistike, një gjendje shëndetësore në të cilën prodhohen shumë ciste të vogla në vezore, e karakterizuar nga nivele të larta androgjeni, mungesë ose parregullsi e cikleve menstruale, vihet re në një frekuencë të lartë tek personat obezë. Po ashtu, sidomos tek femrat obeze vihen re dëmtim i fertilitetit, probleme riprodhimi, përfshirë cikël menstrual i parregullt , më shumë se sa tek femrat me peshë normale<sup>127</sup>.

### **2.5.2.8 Çrregullimet e gjumit**

Shumë njerëz, pasi shtojnë në peshë, ankohen se ata ndihen të lodhur gjatë gjithë kohës dhe se nuk bëjnë një gjumë të qetë. Gjithashtu, mungesa e gjumit mund të kontribuojë në shtimin e obezitetit. Nga ana tjetër, obeziteti kontribuon në problemet e gjumit për shkak të kushteve shëndetësore të tilla si apnea. Studime të kohëve të fundit kanë sugjeruar se individët me probleme gjumi ka më shumë të ngjarë të shtojnë në peshë<sup>128</sup>.

---

<sup>125</sup>Heliövaara M. Body height, obesity, and risk of herniated lumbar intervertebral disc. *Spine* 1987, 12,469-472

<sup>126</sup>Oliveria, S. A., Felson, D. T., Grillo, P. A., Reed, J. I. & Walker, A. M. Body weight, body mass index and incident symptomatic osteoarthritis of the hand, hip and knee. *Epidemiology* 1999;10:1-6.

<sup>127</sup>Stewart A, Brooks R. Effects of being overweight. *Am J Public Health* 1986;**76**: fq 1410–1415.

<sup>128</sup>Vgontzas, A. N., Tan, T. L., Bixler, E. O., Martin L. F., Shubert, D. & Kales, A. Sleep apnea and sleep disruption in obese patients. *Archives of Internal Medicine* 1994;154:1705-1711.



## 2.5.3 Si ndikon obeziteti në shëndetin mendor dhe emocional?

### 2.5.3.1 A është obeziteti çështje e shëndetit mendor?

Në fakt, sipas studimeve të fundit, shëndeti mendor preket nga obeziteti po aq sa shëndeti fizik. Gjithsesi studimet tregojnë po ashtu që edhe të qenët nën peshë ka ndikime negative në shëndetin mendor. Jo deri para shumë kohësh, mendohej gjerësisht se personat obezë janë ngrënës kompulsivë, ankthiozë, depresë, nën stres apo në përpjekje për të kompensuar defiçencat në jetën e tyre<sup>129</sup>. Por aktualisht po mendohet se obeziteti nuk është thjeshtë një problem personal. Shoqata Psikiatrike Amerikane (SHPA) nuk e konsideron obezitetin si çrregullim psikologjik, dhe shumica e obezëve nuk klasifikohen me diagnozë psikiatrike<sup>130</sup>. Por gjithsesi, me shtimin e obezitetin, janë shtuar edhe përjashtimet, që vërtetojnë të kundërtën, pra lidhjen mes obezitetit dhe shëndetit mendor. Disa studime sugjerojnë se personat depresivë ka më shumë të ngjarë të kenë ndryshime të oreksit ose sindromën metabolike që, jo rrallë, shoqërohet me shtim në peshë. Këta individë mund të ngushëllojnë veten me anë të “kënaqësisë së të ngrënit”, të cilat zakonisht janë ushqime të pasura me yndyrna, sheqerna dhe kalori, për shkak të ankthit, vetmisë, zemërimit, apo vetëvlerësimit. Shumë persona obezë shprehen se nuk janë të lumtur me trupin e tyre dhe ndjejnë se jeta e tyre është më e vështirë për shkak të përmasave të tyre dhe kështu, e ngrëna mbetet kështu nga kënaqësitë e vetme, kështu që të ndjerët keq mund të çojë në shtim të ngrënit<sup>131</sup>.

Efektet në shëndetin emocional, sipas studiuesve, janë më të forta tek femrat se tek meshkujt. Kjo për shkak se femrat i japin më shumë rëndësi pamjes së jashtme. Imazhi për trupin ndikon jo vetëm vlerësimin për veten, por edhe në nivelin e arritjes individuale<sup>132</sup>.

Rezultatet lidhur me impaktin e obezitetit në shëndetin psikologjik ashtu sikurse matet nga SF-36, duket se janë ambige për kampionet nga komuniteti. Le Pen et al, 1998 dhe Han et al, 1998 konkluduan se nuk kishte diferenca në shëndetin psikologjik të personave obezë. Gjithsesi,

---

<sup>129</sup>Brownell KD. Exercise and obesity treatment: psychological aspects. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; **19**(Suppl): fq 122–125.

<sup>130</sup>American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author

<sup>131</sup>Palinkas, L. A., Wingard, D. L. & Barrett-Connor, E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 40:59-66.

<sup>132</sup>Kawachi, I. Physical and psychological consequences of weight gain. Po aty fq 7.

Brown et al dhe Larsson et al<sup>133</sup> demonstruan se femrat obeze në moshë të mesme kishin një shëndet psikologjik më të varfër se sa femrat me peshë të shëndetshme. Mospërputhja ndërmjet studimeve mund të shpjegohen nga mënyra se si përkufizohet obeziteti. Për shembull, si Larsson et al, ashtu edhe Brown et al. e përkufizuan obezitetin si  $>30\text{kg/m}^2$ , ndërsa Han et al. e përkufizoi pikën e obezitetit të ndryshme për meshkujt dhe femrat (respektivisht  $\text{IMT}>26.84\text{ kg/m}^2$  dhe  $>25.63\text{ kg/m}^2$ ). Në mënyrë të ngjashme, Le Pen et al e përkufizoi grupin e obezëve me  $\text{IMT} >27\text{m}^2$  dhe jo standartin e OBSH-së ku përkufizimi i obezitetit ishte për  $\text{IMT}>30\text{ kg/m}^2$ .

Studimet që investigojnë CJLSH dhe obezitetin në ndërhyrjet klinike përfitojnë më shumë të dhëna për lidhjen mes obezitetit dhe shëndetit psikologjik. Për shembull, Dymek, le Grange, Neven & Alverdypërdorën SF-36 për të matur CJLSH tek pacientët para dhe pas operacionit. Ata gjetën përmirësime në shëndetin e përgjithshëm, vitalitetin dhe shëndetin mendor pas katër javësh dhe tek të gjitha nënshkallët pas gjashtë muajsh<sup>134</sup>.

Studime të komunitetit që kanë investiguar lidhjen ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik përgjithësisht kanë qenë krosseksionalë. Për shembull, një nga studimet më të hershme që ka studiuar lidhjen ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik nuk ka gjetur ndonjë lidhje ndërmjet obezitetit dhe sëmundjeve mendore në të tanishmen apo të shkuarën, në një kampion me moshë të mesme të femrave suedeze<sup>135</sup>. Ndryshe nga sa më sipër, një studim më i vonë në Gjermani gjeti se obeziteti të femrat e reja (18-25 vjeç) ishte i lidhur me rritjen e shkallës së çrregullimeve të ankthit<sup>136</sup>.

Janë bërë disa studime që kanë investiguar obezitetin dhe shëndetin psikologjik, të cilat kanë patur tendencën të fokusohen në lidhjen mes obezitetit dhe depresionit. Gjetjet lidhur me marrëdhënien ndërmjet obezitetit dhe depresionit përgjithësisht rezultojnë jo shumë të qarta. Ndër ta ka disa studime, të cilat kanë demonstruar se obeziteti është i lidhur pozitivisht me

---

<sup>133</sup>Larsson, U., Karlsson, J. & Sullivan, M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life - a Swedish population study. *International Journal of Obesity* 2002;26:417-424.

<sup>134</sup> Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. & Faith, M. S. Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results From a General Population Study. *American Journal of Public Health* 2000;90:251- 257.

<sup>135</sup> Hallström, T. & Noppa, H. Obesity in women in relation to mental illness, social factors and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research* 1981;25:75-82.

<sup>136</sup> Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U. & Neumer, S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity* 2001;25:5-9

depressionin. Onyike et al.<sup>137</sup> përdori Planin e Intervistës Diagnostikuese për të mundësuar që diagnoza të vihet në përputhje me DSM-III2. Ndryshe nga i mësipërmi, Dong et al. përdorën një listë kontrolli të shëndetit mendor dhe Johnston et al përdori Shkallën e Depresionit<sup>138</sup>, ku të dyja janë mënyra matje me vetë raportim. Po ashtu, Onyike et al dhe Dong et al në studimet e siperpërmendura e shtresëzuan obezitetin nisur nga ashpërsia dhe gjetën diferenca ndërmjet obezitetit dhe depresionit. Onyike et al gjeti se prevalenca e depresionit ishte më e lartë tek pacientët me obezitet morbid. Megjithëse këto studime kanë përdorur instrumenta të ndryshëm për matjen e depresionit, të gjitha e përkufizojnë obezitetin si  $IMT > 30 \text{kg/m}^2$ .

Një numër studimesh kanë hedhur dritë mbi atë që lidhja ndërmjet obezitetit dhe depresionit diferencon nga meshkujt tek femrat. Për shembull, Onyike et al, 2003, gjeti se obeziteti ishte i lidhur me depresionin tek femrat, por nuk u gjet ndonjë lidhje domethënëse tek meshkujt. Në mënyrë të ngjashme Jorm, Korten, Christensen, Jacomb, Rodgers & Parslow, 2003, gjetën se obeziteti ishte i lidhur me depresionin dhe mirëqenienë ulët tek femrat, por nuk u gjet ndonjë lidhje domethënëse tek meshkujt. Për më tepër, Carpenter, Hasin, Allison & Faith 2000, gjithashtu demonstuan diferenca gjinore domethënëse për meshkujt dhe femrat, duke ofruar edhe të dhënat më të besueshme deri më sot. Carpenter et al. analizoi të dhënat nga 40,086 pjesëmarrës të përfshirë në Studimin Kombëtar Epidemiologjik Longitudinal mbi Alkoolin<sup>139</sup>, një studim përfaqësues kombëtar, ku u përdor një intervistë diagnostike e strukturuar. Obeziteti është i lidhur me një rrezik të rritur për depresion tek femrat por një rrezik i ulët tek meshkujt. Ka një lidhje të ngjashme ndërmjet ideve suicidale dhe tentativave konkrete; femrat obeze, ishin në rrezik të shtuar, ndërsa meshkujt obezë në rrezik më të ulët. Studimi i Carpenter et al. shtoi hipotezën e “obezit gazmor”, e propozuar fillimisht nga Crisp & McGuinness.

Hipoteza e “obezit gazmor” sugjeron se obeziteti është një faktor mbrojtës për zhvillimin e depresionit. Crisp & McGuinness gjeti se meshkujt obezë kishin në mënyrë domethënëse më pak të ngjarë të shfaqnin simptoma të depresionit, krahasuar me meshkujt jo obezë<sup>140</sup>. Në mënyrë

---

<sup>137</sup>Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, G. G. & Eaton, W. W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology* 2003;158:1139-1147.

<sup>138</sup>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

<sup>139</sup>National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey-emërtimi origjinal

<sup>140</sup>Crisp, A. H. & McGuinness, B. Jolly fat: the relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *BMJ* 1976; 272:7-9.

të ngjashme, Palinkas, Wingard & Barrett-Connor, 2011, nuk gjetën lidhje ndërmjet obezitetit dhe depresionit tek femrat. Ndoshta kjo mospërputhje vjen nga instrumenti i përdorur për të vlerësuar depresionin. Palinkas et al. përdori Inventarin e Depresionit të Beck-ut<sup>141</sup>, i cili është një instrument vlerësimi vetë raportues në DSM-IV, si një mjet diagnostik, i përdorur sëbashku me një vlerësim të strukturuar psikiatrik. Për më tepër, pjesëmarrësit në studimin e Palinkas et al.(50-90 vjeç) konfirmuan kështu që gjetjet përgjithësohen vetëm për këtë grup moshor, ndërsa kampioni i studimit të Carpenter et al. ishte përfaqësues vetëm për popullatën e Shteteve të Bashkuara të Amerikës. Carpenter et al. përdori Inventarin për Çrregullimet e lidhura me Alkoolin dhe Paaftësitë Shoqëruese' një intervistë psikiatrike e strukturuar, e cila përmbante pyetje që reflektonin për depresionin madhor. Friedman & Brownell drejtuan një meta-analizë studimesh duke investiguar lidhjen mes obezitetit dhe depresionit dhe nuk gjetën ndonjë lidhje domethënëse. Ata sugjeruan se studimet që ekzaminojnë obezitetin dhe depresionin nuk ishin të qëndrueshme, për shkak të kufizimeve metodologjike dhe përmasa të papërshtatshme të kampionit.

Janë zhvilluar tre studime perspektive Studimi Kombëtar Alameda<sup>142</sup>, <sup>143</sup>, <sup>144</sup>, <sup>145</sup>. Ky ishte një studim logitudinal i shëndetit mendor, fizik dhe vdekshmërisë dhe pati një kampion prej 6,928 persona që jetonin në Alameda County, California që nga 1965. Të tre studimet i patën rezultatet të ngjashme, gjë që i bën akoma më të besueshme gjetjet e tyre. Për më tepër janë kryer studime, kur është arritur të parashikohet mundësia që tek personi obez të shfaqet depresioni ose simptomat depressive. Roberts et al riekzaminuan hipotezën e “obezit gazmor”, duke përdorur të dhëna perspektive nga vitet 1994-1999 dhe nuk gjetën ndonjë mbështetje për hipotezën, duke qenë se arritën në përfundimin se pjesëmarrësit obezë ishin në rrezik të shtuar për zhvillimin e depresionit. Në mënyrë të ngjashme, u gjet se prania e obezitetit parashikonte zhvillimin e depresionit edhe pas 5 vjetësh. Për më tepër, nuk u gjetën të dhëna që mbështesnin nocionin se depresioni rrit rrezikun për obezitet apo nëse ka një marrëdhënie reciproke. Si

---

<sup>141</sup> Beck Depression Inventory (BDI)-emërtimi origjinal

<sup>142</sup> Alameda County Study-emërtimi origjinal

<sup>143</sup>Roberts, RE., Kaplan, G. A., Shema, S. & Strawbridge, W. J. Are the Obese at Greater Risk for Depression? American Journal of Epidemiology 2010:163-170.

<sup>144</sup>Roberts, RE., Strawbridge, W. J., Deleger, M. S. & Kaplan, G. A. Are the Fat More Jolly? Annals of Behavioural Medicine 2002;24:169-180.

<sup>145</sup>Roberts, RE., Deleger, S., Strawbridge, W. J. & Kaplan, G. A. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. International Journal of Obesity 2003;27:514-521.

përmbledhje, 3 studimet e udhëhequra nga Roberts et al treguan se personat obezë janë në një rrezik të shtuar për të zhvilluar depresion.

Studime u kryen me adoleshentë prodhuan të dhëna kontradiktore me studimet Roberts et al. Një bazë me gjendje shpirtërore deprese ishte e lidhur me gjasën për të zhvilluar një obezitet brenda një viti<sup>146</sup>. Disa studiues investiguan lidhjen ndërmjet depresionit në adoleshencë dhe obezitetit<sup>147</sup>. Ky është studimi i parë longitudinal për të demonstruar se lidhja ndërmjet obezitetit dhe depresionit ndryshon sipas gjinisë. Richardson et al. gjeti se depresioni në adoleshencën e vonë ishte i lidhur me obezitet të vonë tek vajzat dhe se nuk kishte lidhje ndërmjet depresionit dhe obezitetit për meshkujt. Gjetjet e këtij studimi përputhen me studimet kroksionale, të cilat kanë gjetur një lidhje pozitive ndërmjet depresionit dhe obezitetit për femrat. Në një studim të ngjashëm, Pine, Goldstein, Wolk & Weissman përdorën një intervistë psikiatrike për të identifikuar 90 fëmijë me depresion madhor dhe 87 fëmijë pa çrregullime psikiatrike. Të dy grupet e fëmijëve u ndoqën për 15 vjet dhe Pine et al. gjeti se depresioni fëmijor parashikon në mënyrë domethënëse një IMT më të lartë në moshë të rritur<sup>148</sup>. Kështu, në këto studime, konfirmohet mundësia për të parashikuar që obeziteti mund të jetë një “parashikues” për probleme në të ardhmen.

Studimet longitudinale mbështesin mundësinë e të dy shtigjeve: që depresioni shkakton obezitet dhe se obeziteti mund të shkaktojë depresion. Gjithsesi, këto studime krahasuan të rriturit me fëmijë/adoleshentë. Kështu lind nevoja për studimin e një popullate më të gjerë përfaqësuese, bazuar në studime perspektive. Këto studime të së ardhmes përgjithësisht në sugjerimet e Friedman & Brownell's: përkufizimi i obezitetit patjetër të jetë duke përdorur kriteret ndërkombëtare dhe përkufizimi i depresionit në përputhje me kriteret diagnostike psikiatrike. Depresioni dhe obeziteti janë të dyja gjendje të përhapura në popullatë, kështu që ka një mundësi të madhe që mund të përjetojnë të dyja të njëjtën kohë dhe megjithëse studimet e kohëve të fundit kanë demonstruar lidhjen mes obezitetit dhe depresionit, shkakësia mes tyre nuk është

---

<sup>146</sup>Goodman, E. & Whitaker, R. C. A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *Pediatrics* 2002;109:497-504.

<sup>147</sup>Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T., Caspi, A. & Connell, F. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives Pediatric and Adolescent Medicine* 2003;157:739-745.

<sup>148</sup>Pine, D. S., Goldstein, RB., Wolk, S. & Weismann, M. M. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*(2001;107:1049-1056.

përcaktuar akoma<sup>149</sup>. Për më tepër, është e rëndësishme të dihet se jo të gjithë personat obezë vuajnë nga depresioni. Po ashtu, është e rëndësishme të kuptohet se personat obezë mund të vuajnë nga probleme specifike të peshës, të cilat nuk mund të maten nga personaliteti standard dhe inventarët e psikopatologjisë. Për shembull, Hill & Williams<sup>150</sup> nuk gjetën lidhje ndërmjet obezitetit dhe depresionit, por femrat obeze në studim raportuan më shumë probleme specifike të obezitetit, të tilla si: pakënaqësia lidhur me peshën dhe trupin dhe vetëvlerësimi i ulët.

### **2.5.3.3 Episodet e mbingrënies**

Në prani të emocioneve negative, të tilla si: trishtimi, mërzia, apo zemërimi, ekziston tendenca për të ngrënë më shumë, gjë që shpesh rezulton në obezitet. Është parë që 30% e personave që kërkojnë trajtim për obezitetin e tyre kanë probleme me episodet e mbingrënies dhe menaxhimin e tyre. Gjatë episodeve të mbingrënies njerëzit hanë sasi të mëdha ushqimi ndërsa ndjejnë se nuk kanë kontroll në atë se sa shumë po hanë. Individët që i kanë më të ashpra këto episode të mbingrënies, ka shumë të ngjarë të përjetojnë simptoma të depresionit dhe vetëvlerësimit të ulët<sup>151</sup>.

### **2.5.3.4 Obeziteti dhe imazhi i trupit**

Imazhi i trupit mund të përkufizohet si “mendimet, ndjenjat dhe perceptimet e një personi lidhur me trupin e tij”<sup>152</sup>. Shqetësimet e imazhit të trupit apo pakënaqësia ndaj trupit, vlerësohet zakonisht duke përfshirë vetëpërcaktimin apo disatisfaksionin e raportuar, ose vjen nga mospërputhja ndërmjet pamjes ideale dhe asaj aktuale<sup>153</sup>.

Studiues të ndryshëm kanë argumentuar se imazhi i trupit është i ndërtuar socialisht. Për shembull, është përcaktuar se imazhi i trupit është mënyra se si ne e perceptojmë veten dhe

---

<sup>149</sup>Palinkas, L. A., Wingard, D. L. & Barrett-Connor, E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 40:59-66.

<sup>150</sup>Hill, A. J. & Williams, J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity* 2008; 22:578-583.

<sup>151</sup>Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P., Rodgers, B. & Parslow, R. A. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2003;27:440-448

<sup>152</sup>Grogan, S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London: Routledge, 1999.

<sup>153</sup>McLaren, L. & Wardle, J. Body image: a life course perspective. In Kuh, D. & Harvey, R. (eds), *A Life Course Approach to Women's Health*. Oxford University Press, Oxford, 2002.

mënyrën që mendojmë se të tjerët na shohin. Njerëzit e ndërtojnë identitetin dhe perceptimet e tyre lidhur me peshën nëpërmjet ndërveprimit social me të tjerët. Po ashtu, imazhi i trupit mund të shihet si një spektrum që nga kategoria mjekësore e ndërtuar e “obezitetit” deri tek kategoritë e ndërtuara psikiatrike të “anoreksisë nervoze” dhe “bulimisë nervore”. Imazhi i trupit dhe çrregullimet e të ngrënit janë studiuar gjerësisht në literaturën psikiatrike dhe mjekësore. Tre kampione nga komuniteti kanë demonstruar se obeziteti është fortësisht i lidhur me pakënaqësinë nga trupi. Po ashtu, u gjet se femrat ishin më shumë të pakënaqura me formën e tyre trupore, si dhe pamjen se sa meshkujt. Në mënyrë të ngjashme, papërputhshmëria lidhur me imazhin e trupit ishte më e lartë tek femrat sesa tek meshkujt dhe femrat obeze e nënvlerësonin formën e tyre trupore dhe ndjenin se forma e tyre e dëshiruar ishte realisht e paarritshme<sup>154</sup>.

Në një studim, u investiguan faktorët e lidhur me pakënaqësinë nga imazhi i trupit tek meshkujt dhe femrat. Aty u gjet se të gjithë faktorët (media, mosha, familja, presioni dhe vetëvlerësimi) ishin kontribues domethënës në pakënaqësinë e trupit tek femrat. Ndërsa vetëm vetëvlerësimi dhe presioni i familjes ishin si faktorë domethënës që ndikonin tek pakënaqësia ndaj imazhit tek meshkujt. Po ashtu, dy studime klinike investiguan moshën e fillimit të obezitetit si një faktor rreziku për pakënaqësinë ndaj trupit. Të dy studimet gjetën se fillimi i hershëm i obezitetit lidhet shumë edhe me pakënaqësinë ndaj trupit. Së fundmi, të dy studimet, vlerësuan etninë dhe gjetën të dhëna konfliktuale. Femrat me ngjyrë, hispanike dhe të bardha raportuan nivele të ngjashme të pakënaqësisë ndaj trupit ndërsa femrat aziatike përjetuan më pak pakënaqësi. Ndryshe nga sa më sipër, Smith et al. gjeti se femrat me ngjyrë ishin më të kënaqura me trupin e tyre sesa femrat e bardha. Gjithsesi, kjo mospërputhje mund të shpjegohet me studimin e Cachelin et al. i cili krahasoi një numër grupesh raciale, ndërsa Smith et al. krahasoi vetëm femrat me ngjyrë dhe ato të bardha dhe kështu mund të kishin marrë rezultate të ndryshme nëse do të kishin studiuar një rang më të gjerë të grupeve etnike<sup>155</sup>.

Studimet klinike dhe ato të bazuara në komunitet, kanë investiguar marrëdhënien ndërmjet obezitetit dhe imazhit të trupit dhe kanë gjetur se vetëvlerësimi lidhet me pakënaqësinë nga imazhi i trupit. Vetëvlerësimi është një faktor shumë domethënës që shkakton pakënaqësi lidhur me imazhin e trupit. Friedman, Reichmann, Costanzo & Mustante, 2002, gjetën se

---

<sup>154</sup>Leonhard, M. L. & Barry, N. J. Body Image and Obesity: Effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 2008;23:31-34.

<sup>155</sup>Smith, D. E., Thompson, K. J., Raczynski, J. M. & Hilner, J. E. Body Image among Men and Women in a Biracial Cohort: The CARDIA Study. *International Journal of Eating Disorders* 1999, 25,71-82.

zhvillimi i imazhit të trupit ishte i lidhur me simptomat depresive dhe vetëvlerësimin. Për më tepër, Friedman et al. sugjeroi se marrëdhënia ndërmjet obezitetit dhe depresionit/vetëvlerësimit, ndërmjetësohet nga imazhi i trupit. Vetëvlerësimi dhe imazhi negativ i trupit, është dëshmuar se janë të lidhura me ekspozimin ndaj stigmatizimit negativ<sup>156</sup>.

### 2.5.3.5 Ciklimi i peshës

Rifitimi i peshës pas humbjes në peshë është i zakonshëm dhe raportohet se afërsisht 95% e dietave dështojnë. Një studim i është kushtuar pasojave në shëndet të “riciklimit të peshës”, zakonisht e referuar si “dieta yo-yo”. Riciklimi i peshës ndodh kur individët alternojnë ndërmjet periudhave të humbjes në peshë dhe rifitimit të peshës. Disa artikuj në media theksojnë se praktika e dietave yo-yo është një praktikë e rrezikshme gjë që reflektohet edhe në revistat shkencore. Gjithsesi të dhënat janë ende kontradiktore. Megjithëse nga dy studime ka rezultuar se nuk ka efekte të shkurtra kontradiktore që mund t’i atribuohen riciklimit të peshës, ata nuk kanë mundur të përcaktojnë pasojat e mundshme afatgjata<sup>157</sup>. Studime të ndryshme nuk kanë gjetur ndonjë lidhje ndërmjet riciklimit të peshës dhe rrezikut të shtuar për SKV-të dhe shkaqe të tjera të vdekjes<sup>158</sup>.

Ndryshe nga sa më sipër, riciklimi i peshës tek meshkujt nuk e rrit rrezikun e vdekjes në mënyrë direkte<sup>159</sup>. Studime me kafshë kanë treguar se një dietë me pak kalori, e alternuar me mbingrënie, shkakton hipertension tek lepujt dhe tek njerëzit hipertensionin lidhet me diabetin e tipit II<sup>160</sup>. Po ashtu, individët obezë, të cilët humbin e fitojnë peshë ka më shumë të ngjarë të përjetojnë probleme me tëmthin, për shkak të humbjes së shpejtë të peshës<sup>161</sup>. Për më tepër, është argumentuar, se riciklimi i peshës është i rrezikshëm për shëndetin, për shkak ai shton dhjamin në pjesën e sipërme të trupit, rrit rrezikun e vdekjes dhe shton metabolizimin, duke i bërë

---

<sup>156</sup>Myers, A. & Rosen, J. C. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity* 1999;23:221- 230.

<sup>157</sup>Wing, R. R., Jeffrey, R. W. & Hellerstedt, W. L. A prospective study of effects of weight cycling on cardiovascular risk factors. *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1416- 1422.

<sup>158</sup>Folsom, A. R., French, S. A., Zheng, W., Baxter, J. E. & Jeffery, R. W. Weight variability and mortality: the Iowa Women's Health Study. *International Journal of Obesity* 1996;20:704-709.

<sup>159</sup>Wannamethee, S. G., Shaper, A. G. & Walker, M. Weight Change, Weight Fluctuation and Mortality. *Archives of Internal Medicine* 2002;162:2575-2580.

<sup>160</sup>Ernsberger, P., Koletsky, R. J., Baskin, J. Z. & Foley, M. Refeeding hypertension in obese spontaneously hypertensive rats. *Hypertension* 1994; 24: 699-705.

<sup>161</sup>Everhart, J. E. Contributions of obesity and weight loss to gallstone disease. *Annals of Internal Medicine* 1993;119:1029-1035.



përpjekjet për humbje të peshës në të ardhmen edhe më të vështira. Individët obezë ka më shumë të ngjarë të përfshihen në riciklime të peshës dhe kjo ka pasoja serioze për shëndetin, për shkak se shtohet dhjami në pjesën abdominale, si dhe rreziku për zhvillimin e problemeve shëndetësore të lidhura me obezitetin, të tilla si diabet i tipit II dhe SKV-të. Po ashtu, në ato pak studime të kryera lidhur me riciklimin dhe efektet psikologjike vihet re që ciklimi i peshës shoqërohet me rënie të perceptimeve lidhur shëndetin dhe mirëqenien si dhe shtim të episodeve të mbingrënies<sup>162</sup>.

### 2.5.3.6 Obeziteti dhe stigma

Obeziteti në vetvete nuk shkakton distres psikologjik, por shoqëria krijon distres nëpërmjet qëndrimeve negative, paragjykitimit dhe diskriminimit: “Obeziteti nuk krijon ngarkesë psikologjike. Obeziteti është një gjendje psikologjike. Njerëzit e krijojnë ngarkesën psikologjike”. Edhe të tjerët, ua vështirësojnë jetën obezëve. Në një botë perfekte, askush nuk duhet të paragjykohet nisur nga pamja e jashtme. Por njerëzit shpesh ndërtojnë paragjykime. Diskriminimi social përfshin mënyrën se si shoqëria e shikon individin bazuar në një aspekt të tij. Efektet e shëndetit mendor tek obeziteti përfshijnë diskriminimin. Konkretisht, personat obezë gjykohen apo trajtohen negativisht për shkak të përmasave trupore, lidhur me atë se si funksionojnë personat obezë dhe përse ata shëndoshen aq shumë. Obezët mendohen si dembelë, pa vullnet dhe të paaftë për të parë përtej vetes. Jo rrallë ata janë të padëshirueshëm nga ana sociale, gjë që e rrit mundësinë që ata të përjetojnë ndjesi ankthi apo depresioni. Opinione publike dhe mjekësore lidhur me mbipeshën kanë tendencën të fokusohen në nocionin se njerëzit janë mbipeshë sepse ata hanë shumë dhe kështu, përgjegjësia për peshën e tepërt i atribuohet individit.<sup>163</sup>

Të ndjerët keq mund të prekë jetën e tyre sociale si dhe punën. Për shembull, obezët e kanë më të vështirë të zënë miq, të marrin pjesë në aktivitete, etj. Mund të ndodhë që personat obezë të refuzojnë edhe të aplikojnë për punë, për shkak se mendojnë se të tjerët nuk do të

---

<sup>162</sup>Foster, G. D., Sarwer, D. B. & Wadden, T. A. Psychological effects of weight cycling in obese persons: a review and research agenda. *Obesity Research* .1997 ;5: 474-488.

<sup>163</sup>Stunkard, A. J. & Sobal, J. Psychosocial Consequences of Obesity. In Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. (eds) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. K 73, fq 417-421. New York: Guilford Press, 1995.

besojnë tek ata<sup>164</sup>. Po ashtu, ka rezultuar se personat obezë e kanë më të vështirë të gjejnë një punë dhe në jo pak raste edhe ta ruajnë apo të jenë të suksesshëm në të.

Obeziteti, sipas studimeve, mund të rezultojë në gjendje depressive edhe për shkak të dietave kufizuese ose dështimeve terapeutike të herëpashershme. Një studim mbi obezitetin në Universitetin e Texas në Austin (2006), zbuloi se studentët obezë kanë arritje më të varfër akademike se ata me peshë normale. Në një studim me 11.000 studentë u gjet se ata obezë kishin më pak sukses akademik se joobezët<sup>165</sup>. Po ashtu nga studimet, ka dalë që fëmijët obezë, mungojnë më shumë në shkollë se ata jo obezë. Shoqëritë perëndimore post-industriale vlerësojnë elegancën dhe në to triumfon “kulti i elegancës”. Si rezultat, obeziteti është një gjendje shumë e stigmatizuar dhe stigma rezulton nga devijimi kulturor dhe mjekësor nga një peshë e “shëndetshme”.

Po ashtu, është parë se profesionistët e kujdesit shëndetësor, kanë qëndrime negative kundrejt personave obezë dhe kjo është e mirëdokumentuar që mjekët dhe studentët e mjekësisë kishin qëndrime negative kundrejt pacientëve obezë. Për shembull, u pyet një grup mjekësh dhe studentësh të mjekësisë që të atribuonin një numër karakteristikash të pacientëve të tyre obezë<sup>166</sup>. 97% e mjekëve dhe studentëve të mjekësisë i gjykuan pacientët e tyre si budallenj, 86% mendonin se ata ishin dembelë, 60% mendonin se janë pa vullnet dhe 54% të shëmtuar. Studime më të fundit, kanë dëshmuar se mjekët akoma kanë qëndrime kundër obezitetit dhe i perceptojnë pacientët obezë si jo të këndshëm, jotërheqës, dembelë, budallenj dhe të pavlerë<sup>167</sup>. Gjithsesi paragjykimet për obezitetin nuk janë vetëm tek mjekët. Në një studim me dietologë u gjet se edhe ata kishin qëndrime jo të favorshme kundrejt pacientëve obezë. Në një studim me infermiere, 24.3% e tyre pranonin se “kujdesi për një pacient obez zakonisht më krijon ndjesi neverie”<sup>168</sup>.

---

<sup>164</sup>Leonhard, M. L. & Barry, N. J. Body Image and Obesity: Effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 2008;23:31-34.

<sup>165</sup>Dong, C. & Price, R. A. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity* 2004;28:790-795.

<sup>166</sup>Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R., Allison, D. B. & Kessler, A. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research* 2003; 11:1168-1177.

<sup>167</sup>Schwartz, M. B., Chambliss, H., Brownell, K. D., Blair, S. N. & Billington, C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research* 2003;11: 1033-1039.

<sup>168</sup>Bagley, C. R., Conklin, D. N., Isherwood, RT., Pechiulis, D. R. & Watson, L. A. Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual and Motor Skills* 1989;68:954-962

Diskriminimi mund të ndodhë si rezultat i qëndrimeve paragjyquese dhe ka të dhëna lidhur me diskriminimin në punë bazuar tek pesha në të gjitha stadet e e punës: seleksionimi, vendosja, promovimi, disiplina dhe shpërblimi. Po ashtu, personat obezë stereotipizohen si dembelë, persona të cilëve u mungon vetë-disiplina dhe që ka më pak të ngjarë të pranohen nga kolegët. Në një fokus grup për të eksploruar stigmatizimin lidhur me peshën u gjet se pjesëmarrësit raportuan se ata përjetonin diskriminim dhe ngacmim në disa situata, duke përfshirë këtu edhe situata të tilla kur ata janë të përfshirë në aktivitet fizik apo kur janë në publik<sup>169</sup>. Në mënyrë të ngjashme, në dy studime për të vlerësuar nivelin e stigmatizimit nëpër situata u gjet se pjesëmarrësit kishin përjetuar stigmatizim në disa situata të tilla si: tallja nga fëmijët, mos patja mundësi uljeje në ndenjese normale, mos patja mundësi të vishen rroba normale, komente negative nga stafet të kujdesit shëndetësor, etj<sup>170</sup>.

### **2.5.3.7 Kostoja ekonomike e obezitetit**

Përveç pasojave të obezitetit në shëndetin fizik, ka një interes të konsiderueshëm lidhur me impaktin ekonomik të obezitetit dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor përdorin vazhdimisht vlerësime ekonomike për të përcaktuar edhe prioritetet e trajtimit, si dhe buxhetet e kujdesit shëndetësor. Studime të ndryshme ekonomike kanë investiguar koston e kujdesit shëndetësor dhe llogaritjet priren të përfshijnë koston e trajtimit për obezitetin në vetvete dhe për sëmundjet e lidhura me obezitetin: hipertensioni, diabeti i tipit II dhe SKV-të<sup>171</sup>. Po ashtu, është raportuar se pacientët obezë ka më shumë të ngjarë të kërkojnë trajtim, si dhe të marrin mediakamente. Për shembull, respondentët obezë i vizitojnë profesionistët e kujdesit shëndetësor (PKSH) më shpesh se sa respondentët joobezë. Respondentët obezë kishte më të ngjarë se respondentët joobezë të merrnin medikamente për zemrën, pilula dietike, antibiotikë, qetësues stomaku si dhe analgjezikë për dhimbjen e shpinës e artritit<sup>172</sup>.

---

<sup>169</sup>Cossrow, N. H. F., Jeffery, R. W. & McGuire, M. Understanding weight stigmatization: A focus group study. *Journal of Nutrition Education* 2001;33:208-214

<sup>170</sup>Myers, A. & Rosen, J. C. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity* 1999;23:221-230.278

<sup>171</sup>Thompson, D. & Wolf, A. M. The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews* 2001;2:189-197.

<sup>172</sup>Hughes, D. & McGuire, A. A review of the economic analysis of obesity. *British Medical Bulletin* 1997;53:253-25

Kostoja e vlerësuar e trajtimit të obezitetit dhe morbiditeteve të lidhura me të, është vlerësuar për shumë vende dhe llogaritet ndërmjet 2% dhe 7% të shpenzimeve totale të përdorura për trajtimin e mbipeshës dhe obezitetit<sup>173</sup>. Në Australi, 2% e buxhetit të përgjithshëm për kujdesin shëndetësor shpenzohet për obezitetin<sup>174</sup>. Në mënyrë të ngjashme, është vlerësuar se 2% e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor në Francë shkon për obezitetin. Kostoja ekonomike në Kanada dhe Zelandën e Re, është pak më e lartë dhe është respektivisht 2.4% dhe 2.5% e shpenzimeve totale të kujdesit shëndetësor, e përdorur për trajtimin e obezitetit. Kosto nga kujdesi shëndetësor dedikuar obezitetit, arrin nivele më të larta në Shtetet e Bashkuara, ku 7% (70 miliardë \$) e shpenzimeve totale të shëndetit shkojnë për trajtimin e obezitetit<sup>175</sup>. Sipas një studimi në Angli, është vlerësuar se në 1998 janë shpenzuar rreth 9.5 milion £ për trajtimin vetë obezitetit dhe 386 milion £ u shpenzuan për trajtimin e sëmundjeve të lidhura me obezitetin të tilla si hipertension SKV-të dhe diabeti i tipit II. Po ashtu, nga i njëjti studim është vlerësuar se përgjithësisht 9000 vdekje në një vit janë të lidhura me obezitetin dhe ndodhin përpara moshës së pensionit, duke rezultuar në total 40000 vite të humbura pune. Gjithsesi, është sugjeruar që të dhënat e këtij studimi duhet të vlerësohen në mënyrë të kujdeshme, për shkak se janë përdorur metoda të ndryshme për llogaritjen e kostos ekonomike të obezitetit.<sup>176</sup>

Përveç impaktit direkt në shpenzimet e kujdesit shëndetësor, ka edhe pasoja ekonomike jodirekte, për shkak të produktivitetit të humbur të shkaktuar nga mungesa në punë, pensione të paftësisë dhe vdekjes së parakohshme. Në 1998, në Angli, kostoja indirekte e obezitetit ishte 2.1 miliard £, në të cilat 1.3 miliard £ është humbur si pasojë e mungesave nga sëmundja dhe 0.8 milion £ për shkak të vdekjes së parakohshme<sup>177</sup>. Në shumicën e vendeve europiane, pensionet rimburohen pjesërisht kur personat tërhiqen nga puna për shkak të sëmundjeve kronike apo paftësisë. Pensioni i paftësisë u jepet 2 dhe 1.5 herë më shpesh meshkujve obezë finlandezë, krahasuar me pjesëmarrësit me IMT më të vogël. Është parë se 12% e femrave suedeze të moshës 30-59 merrnin pension paftësie krahasuar me 5% në popullatën e përgjithshme. Përveç

---

<sup>173</sup>Seidell, J. C. Societal and personal costs of obesity. *Experimental Clinical Endocrinology Diabetes* 1998;106:7-9.

<sup>174</sup>Segal, L., Carter, R., Zimmet, P. The cost of obesity. The Australian perspective. *Pharmacoeconomics* 1994; 5(Suppl 1):45-52.

<sup>175</sup>Colditz, G. A. Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine and Science in sports and Exercise* 1999;31:663-667.

<sup>176</sup>National Audit Office. *Tackling Obesity in England* London: The Stationery Office, 2001.

<sup>177</sup>Hughes, D. & McGuire, A. A review of the economic analysis of obesity. *British Medical Bulletin* 1997;53:253-256.

kësaj, femrat obeze raportuan 1.5-1.9 herë më shumë raporte mjekësore për një periudhë njëvjeçare, krahasuar me pjesën tjetër të popullatës suedeze<sup>178</sup>.

Së fundmi, obeziteti ka gjithashtu impakt në financat individuale, sepse kostoja personale e obezitetit mund të përfshijë sigurime më larta të jetës dhe atyre të kujdesit shëndetësor, rroba më të shtrejta, sedilje avioni më të shtrejta (disa kompani i nxisin personat obezë të marrin dy sedilje, etj.<sup>179</sup>

## 2.6 Obeziteti tek fëmijët

Obeziteti konsiderohet nga specialistët si një problem në të gjithë botën, tashmë po merr përmasat e një epidemie. Numri i fëmijëve mbipeshë dhe obezë në Amerikë është rritur në një shkallë alarmante gjatë viteve të fundit dhe nuk ka asnjë ose pak shanse për ta ngadalësuar këtë trend nëse nuk merren masa konkrete<sup>180</sup>. Në 2010, 43 milion fëmijë (35 milion në vendet në zhvillim) janë vlerësuar si mbipeshë dhe obezë; 92 milion janë në rrezik për mbipeshë. Prevalenca në nivel botëror e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët është rritur nga 4.2% në vitin 1990 në 6.7% në vitin 2010. Mendohet se trendi do të shkojë në nivelin 9.1% në vitin 2020. Prevalenca është më e ulët në Azi dhe Afrikë (4.9% në 2010)<sup>181</sup>.

Pasi llogaritet IMT-ja për fëmijët dhe adoleshentët, numri vlerësohet në bazë të tabelave të rritjes për fëmijët, për të përfutur një renditje të percentileve. Percentilet janë treguesit më të përdorur për të vlerësuar përmasat e fëmijës në raport me rritjen normale. Percentilja tregon pozicionin relativ të IMT-së së fëmijës, krahasuar me fëmijët e tjerë të së njëjtës gjini dhe moshë.

Llogaritja e mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët bëhet nisur nga gjina dhe mosha, duke u përkufizuar sipas Indeksit të Masës Trupore 25 dhe 30 kg/m<sup>2</sup>, e siguruar nga matje në shumë vende të botës<sup>182</sup>.

---

<sup>178</sup>Narbro, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H. & Sjöström, L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *International Journal of Obesity* 1996; 20:895-903.

<sup>179</sup>The Times (2004) Airline shows fatter passengers the bottom line. <http://www.timesonline.co.uk/article/0-9829-1014846,00.html> Marrë nga interneti më 27 Shkurt 2013.

<sup>180</sup><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>,

<sup>181</sup>Vos M and S. E. Barlow S, "Update in childhood and adolescent obesity," *Pediatric Clinics of North America*, , 2011, vol. 58, pp. 15–17

<sup>182</sup>Cole et al, *BMJ* 2000; 320: 1240-1243

Tabela 2 Llogaritja e IMT për fëmijët 2-18 vjeç

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

**Shkaqet e obezitetit tek fëmijët.** Preferenca për ushqime të gatshme, tashmë, ka përfshirë shumicën e fëmijëve në vendet e zhvilluara apo ato në zhvillim. Konsumi i ushqimeve të shpejta nga fëmijët, është rritur pesë herë që nga viti 1970<sup>183</sup>. Për shkak të disponueshmërinë së ushqimeve të pashëndetshme, fëmijët janë të prirur për t'u bërë mbipeshë apo obezë sidomos kur zakonet e tyre të të ngrënit nuk janë të balancuara me një sasi të mjaftueshme të aktivitetit fizik. Luksi teknologjik, me mjete të tilla si televizorë, kompjuterë, dhe video games mund të kontribuojë për obezitet tek fëmijët. Televizorët, kompjuterat dhe video games, të cilat konsiderohen të jenë nevojë teknologjike në kohën tonë, kanë filluar të reduktojnë rëndësinë e ushtrimeve fizike. Në Europë dhe Shtetet e Bashkuara, fëmijët mesatarisht shpenzojnë më shumë se tre orë çdo ditë duke parë televizor. Kjo është koha që mund të shpenzohet duke marrë pjesë në aktivitete në natyrë të tilla si: biçikleta, patinazhi ose futboll. Fëmijët janë konsideruar obezë në qoftë se ata kanë një indeks të masës trupore më të madh ose të barabartë me 95 përqindësh për moshën e tyre<sup>184</sup>. Shkaqet kryesore të obezitetit në fëmijëri janë të ushqyerit e papërshtatshëm dhe mungesa e aktivitetit fizik. Nëse për një kohë të gjatë, konsumohen sasi të pashëndetshme, të yndyrave, ëmbëlsirave apo ushqime të tjera hiperkalorike, mund të rezultojë në obezitet.

Pavarësisht pengesave të shumta, ka shumë mënyra për të ngadalësuar ose edhe ndalur, obezitetin në fëmijëri. Parandalimi mund të arrihet duke ndjekur një dietë të ekuilibruar dhe duke marrë pjesë në një nivel të moderuar të aktivitetit fizik. Çështjet emocionale janë një tjetër shkak i obezitetit tek fëmijët. Obeziteti mund të rezultojë nga vetërespekt i ulët, depresioni, ose ngjarjet dramatike të jetës. Ngjarjet dramatike në jetën e disa fëmijëve të tilla si: vdekje në familje, divorci i prindërve, ose ndryshimi i vendbanimit, mund të çojnë në mbingrënie<sup>185</sup>. Disa fëmijë mund të hanë në sasi të tepruar, si një mënyrë për të përballuar problemet në jetën e tyre.

Mungesa e burimeve financiare të familjes mund të çojë gjithashtu në obezitet tek fëmijët. Varfëria mund të pengojë disa prindër që t'u ofrojnë fëmijëve të tyre aktivitet fizik apo

---

<sup>183</sup>Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *Natl Health Stat Rep.* 2010;(25):1-5.

<sup>184</sup>Kuczumarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat 11.* 2002;(246):1-190.

<sup>185</sup>Bromfield P. V., "Childhood obesity: psychosocial outcomes and the role of weight bias and stigma," *Educational Psychology in Practice*, 2009, vol. 25, no. 3, pp. 193–209.

dietën e duhur ushqimore, për shkak të mungesës së kohës ose të burimeve financiare<sup>186</sup>. Obeziteti tek fëmijët mund të rezultojë nga probleme emocionale, të ushqyeri jo të shëndetshëm, mungesa e burimeve financiare, pa lënë mënjanë gjenetikën. Gjenetika është një shkak i obezitetit të fëmijët sepse çrregullimet metabolike mund të trashëgohen. Nëse njëri prej prindërve të fëmijës është obez, edhe fëmija ka një shans 50% të bëhet obez, si edhe nëse të dy prindërit janë obezë, fëmija ka një shans 80% për qind të bëhet obez. Gjithsesi, trashëgimia mund të luajë rol, por jo aq sa stili i jetës. Fëmijët e prindërve obezë ose mbipeshë kanë shumë më shumë gjasa të jenë mbipeshë apo obezë. Ata hanë ushqime të njëjta dhe imitojnë nivelin e aktivitetit të prindërve<sup>187</sup>.

**Komplikimet që vijnë tek fëmijët për shkak të obezitetit** 1) *Problemet sociale dhe psikologjike për shkak të obezitetit në fëmijëri.* Ka gjithmonë e më shumë studime lidhur me stigmën dhe paragjykimin e fëmijëve obezë. Ka raste ku prania e paragjyqimeve dhe diskriminimit, ka çuar deri në vetëvrasje fëmijët obezë<sup>188</sup>. Në një studim klasik të vitit 1960, iu kërkua fëmijëve të rendisnin 6 fotografi të fëmijëve të tjerë që do të donin të kishin shokë. Në shumicën e rasteve, fëmija obez ishte renditur i fundit, krahasuar edhe me fëmijë me paaftësi fizike. Në një përsëritje të kohëve të fundit të këtij studimi, me fëmijë të klasave të pesta dhe të gjashta, rezultoi se ishte rritur paragjykimi për fëmijët obezë që nga studimi i parë. Paragjykimet dhe diskriminimi kundrejt obezitetit fëmijor është i lidhur me më pak vite shkollimi, më pak të ardhura familjare, më pak kënaqësi në marrëdhënie me partnerët në jetën si i/e rritur<sup>189</sup>.

Qëndrimet negative kundrejt fëmijëve obezë, ka rezultuar se zhvillohen që herët. Kërkime me fëmijë kanë dëshmuar në mënyrë konsistente se qëndrimet negative janë të mësuara. Vlerat kulturore lidhur me obezitetin janë “I keq” që burojnë në një moshë të vogël dhe se fëmijët jo-obezë kanë tendencën të kenë qëndrime negative dhe diskriminuese kundrejt fëmijëve obezë. Në një studim me një grup me fëmijë 10-11 vjeçarë, iu kërkua atyre të rendisnin gjashtë viza që përfaqësonin fëmijët sipas preferenceës dhe studiuesit gjetën se fëmijët i kishin radhitur

---

<sup>186</sup> Maziak W, Ward K. D., & M. B. Stockton, “Childhood obesity: are we missing the big picture?” *Obesity Reviews*, 2008, vol. 9, no. 1, pp. 35–42.

<sup>187</sup> J. A. Shoup, M. Gattshall, P. Dandamudi, and P. Estabrooks, “Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children,” *Quality of Life Research*, 2008, vol. 17, no. 3, pp. 407–412.

<sup>188</sup> Gardner RM, Sorter RG, Friedman BN. Developmental changes in children’s body images. *J Soc Behav Pers* 2011; 12: 1019–1036.

<sup>189</sup> Bell SK, Morgan SB. Children’s attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese. Does a medical explanation for the obesity make a difference? *J Ped Psych* 2009; 25: 137–145.



në mënyrë të tillë që fëmija me peshë normale ishte radhitur i pari ndërsa fëmija obez ishte radhitur i fundit. Me përsëritjen e studimit të mëparshëm, duke përdorur të njëjtat viza, dhe konfirmuan se fëmijët ishin të pozicionuar fort kundër fëmijëve obezë. Për më tepër ata gjetën se kjo bazë ishte edhe më e fortë se sa kishte qenë në 1961<sup>190</sup>. Në një studim me fëmijë 3-5 vjeç, rezultoi se se një fëmijë obez isht më pak i dëshirueshëm si shok loje, krahasuar me një tjetër me peshë normale<sup>191</sup>. Studime të tjera me fëmijë 3 vjeçarë, kanë nxjerrë se këta fëmijë i përcaktonin fëmijët obezë si budallenj, të shëmtuar, të palumtur, dembelë, etj. Po këto përcaktime, u vunë re edhe tek fëmijët 4-11 vjeç, ku fëmijëve obezë iu vendosën një sërë përcaktimesh negative, ndryshe nga fëmijët e ngjashëm, por me peshë normale<sup>192</sup>. Studime të kohëve të fundit të cilat investiguan qëndrime të fëmijëve kundrejt mbipeshës, kanë konfirmuar se fëmijët kanë perceptime negative për mbipeshën. Kështu, fëmijët i shohin fëmijët mbipeshë si dembelë budallenj dhe jopopullorë. Për më tepër, prindërit dhe fëmijët kanë qëndrime të ngjashme. Është gjetur se vajzat 9 vjeçare dhe prindërit e tyre besonin se fëmijët obezë kishin vështirësi për të zënë miq, ishin dembelë dhe kishin pak miq<sup>193</sup>.

Moshatarët nuk janë refuzuesit e vetëm të fëmijëve obezë. Në një studim me mësues të shkollës fillore, rezultoi se mësuesit i mendonin fëmijët obezë, si më shumë emocionale, me probleme familjare më pak të mundshëm për sukses, etj<sup>194</sup>. Në një studim me femra obeze 12-16 vjeç, 60% e tyre raportuan se kishin përjetuar diskriminim për shkak të obezitetit të tyre. Ata raportuan se të gjithë i paragjykonin; bashkëmoshatarë dhe të rritur dhe se ishin paragjykuar e diskriminuar në të gjitha moshat<sup>195</sup>. Një fëmijë obez është shumë herë më tepër objekt i talljeve dhe i bullizmit. Këta fëmijë janë objekt i talljeve, agresivitetit, ngacmimeve psikologjike dhe fizike, për shkak të obezitetit të tyre.

---

<sup>190</sup>Latner, J. D. & Stunkard, A. J. Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research* 2003; 11:452-456.

<sup>191</sup>Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Res* 2010; 9: 788–805

<sup>192</sup>Tiggermann M, Anesbury T. Negative stereotyping of obesity in children: The role of controllability beliefs. *J Appl Soc Psych* 2011; 30: 1977–1993

<sup>193</sup>Krahnstoever-Davison, K. & Lipps-Birch, L. Predictors of fat stereotypes among 9 year old girls and their parents. *Obesity Research* 2004;12:86-94.

<sup>194</sup>Price JH, Desmond SM, Stelzer CM. Elementary school principals' perceptions of childhood obesity. *J Sch Health* 1987; 57: 367–370

<sup>195</sup>Neumark-Sztainer D, Story M, Faibisch L. Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. *J Adolescent Health* 2008; 23: 264–270

*Rrezik i rritur për depression.* Tek fëmijët obese janë raportuar nivele të larta të rrezikut për depression<sup>196</sup>. Një fëmijë depres mund të humbë interesin për aktivitetet normale, mund të flejë më pak ose më shumë se zakonisht, të qajë vazhdimisht, etj. Në një studim me femra mbipeshë të moshës 8-13 vjeç rezultoi se kishte një marrëdhënie domethënëse ndërmjet depressionit dhe IMT-së.<sup>197</sup>

Po ashtu, nga studimet, rezulton se fëmijët obezë kanë më tepër probleme emocionale, duke përmendur këtu depression, vetëvlerësim të ulët, ankth, etj. Fëmijët obezë kanë vlerësim më të ulët për veten krahasuar me moshatarët e tyre jobezë. Në një studim, doli se vajzat 10-16 vjeçe, të cilat ishin mbipeshë, raportuan nivele të ulëta të vetëvlerësimit. Po ashtu, në një studim tjetër me fëmijë 9-11 vjeç, vetëvlerësimi ishte i ulët tek vajzat, shumë më tepër se sa tek djemtë. Vetëvlerësimi i ulët lidhej edhe me qëndrimet e prindërve të këtyre fëmijëve kundrejt peshës<sup>198</sup>.

Bullizmi në këtë moshë shpesh ka në shënjestër fëmijët obezë, i cili nga ana tjetër shton nivelin e problemeve psikologjike të tyre. Problemet psikologjike, shtojnë gjasat për mbingrënie duke shtuar problemin e obezitetit. Fëmijët obezë përballen edhe me probleme të tjera, sikurse janë tërheqja dhe izolimi social. Këta fëmijë duke qenë të pasigurtë për pamjen e tyre, përjetojnë ankth në situata sociale. Kështu, është parë që fëmijët obezë kanë një performancë më të dobët në shkollë, si dhe arritje më të dobëta. Po ashtu, fëmijët obezë raportojnë të kenë më pak marrëdhënie sociale cilësore me të tjerët, përfshirë këtu moshatarët, kushërinjtë, etj<sup>199</sup>.

Të gjitha problemet psikologjike duket se krijojnë një rreth të mbyllur për fëmijët obezë. Këta fëmijë për shkak të obezitetit të tyre, është vlerësuar se përjetojnë nivele më të larta stresi, arsye kjo që ata të kenë shanse më të larta për të patur episode mbingrënie gjë që e shton obezitetin apo vështirëson trajtimin e tij<sup>200</sup>.

**Probleme sjelljeje dhe me të mësuarin.** Fëmijët mbipeshë dhe obezë kanë tendencën për të patur më shumë ankth dhe aftësi më të varfra sociale. Këto probleme mund të bëjnë që një

---

<sup>196</sup>Wallace W, Sheslow D, Hassink W. Obesity in children: a risk for depression. *Ann N Y Acad Sci* 2012; 699: 301–303.

<sup>197</sup>Sheslow D, Hassink W, Wallace W, DeLancey E. The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 699: 289–291

<sup>198</sup>Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes.* 2010;5(4):282-304

<sup>199</sup>G. Lundstedt, B. Edlund, I. Engström, B. Thurffjell, and C. Marcus, “Eating disorder traits in obese children and adolescents,” *Eating and Weight Disorders*, 2006, vol. 11, no. 1, pp. 45–50.

<sup>200</sup>Pierce JW, Wardle J. Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 34: 1125–1136

fëmijëtë sillet në mënyrë agresive, por nga ana tjetër mund të bëjnë që fëmija obez të jetë i/e tërhequr socialisht.<sup>201</sup>Në një studim tjetër është vlerësuar se fëmijët mbipeshë, për shkak të vetëvlerësimit të ulët, kanë më vështirësi të krijojnë dhe mbajnë marrëdhënie sociale<sup>202</sup>.

2)*Komplikime fizike për shkak të obezitetit në fëmijëri.* Obeziteti tek fëmijët ka një sërë pasojash shëndetësore. Ndër më kryesoret përmenden<sup>203</sup>:

- Diabeti i tipit 2 është një gjendje kronike, e cila ka gjasë më të madhe të jetë e pranishme te fëmijët obezë.
- Sindroma metabolike, e cila nuk është një sëmundje në vetvete, por një tërësi simptomash të cilat e vendosin fëmijën obez në rrezik për sëmundje zemre, kolesterol të lartë, etj.
- Kolesteroli i lartë dhe presioni i lartë i gjakut. Mbipesha dhe sidomos obeziteti mund ta vendosin fëmijën në rrezik për këto sëmundje, të cilat nxisin krijimin e pllakave në arterie, të cilat mund të shkaktojnë atak në zemër ose hemoragji cerebrale.
- Puberteti apo menstruacionet e hershme, sepse obeziteti mund të shkaktojë një imbalancë hormonale
- Probleme me frymëmarrjen,
- Probleme me gjumin, etj.

Pasojat e shumta shëndetësore të obezitetit, ka shumë të ngjarë ta ndjekin një fëmijë edhe në moshë të rritur.<sup>204</sup>

## **Modele që nxisin obezitetin në fëmijëri.**

1)*Prindërit shpërblejnë të ngrënë.* Aftësia e fëmijëve për të vetërregulluar sjelljen e tyre mund të ndikohet nga disa faktorë të sjelljes së prindërve të tyre. Një nga më të përhapurat është

---

<sup>201</sup>Klesges RC, Haddock CK, , Hanson CL. Relationship between psychosocial functioning and body fat in preschool children: A longitudinal investigation. *J Consult Clin Psychol* 2010; 60: 793–796.

<sup>202</sup>Sheslow D, Hassink W, Wallace W, DeLancey E. The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 699: 289–291

<sup>203</sup>Dietz WH. Medical consequences of obesity in children and adolescents. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Guilford Press: New York, 2002, pp 473–476.

<sup>204</sup>Fulkerson J A , J. Strauss, D. Neumark-Sztainer, M. Story, and K. Boutelle, “Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 2007, vol. 75, no. 1, pp. 181–186.

shpërblimi i ngrënies, edhe kur fëmijët nuk janë të uritur. Studimet tregojnë se kur prindërit i detyrojnë fëmijët të mbarojnë pjatën e ushqimit apo u ofrojnë shpërblim për të ngrënë, këta fëmijë e humbasin aftësinë që të vetërregullojnë marrjen e energjisë. Shpesh, prindërit përdorin shpërblime me ushqime të preferuara, sikurse është ofrimi i një ëmbëlsire pas ngrënies së primeve ose ofrimi i një akulloreje pas përmbushjes me sukses të një detyre. Studimet kanë treguar se këto fëmijë në të ardhmen mund të kenë probleme me episodet e mbingrënies, krahasuar me persona të cilët nuk janë shpërblyer me ushqime<sup>205</sup>.

**2)Prindërit e kufizojnë aksesin ndaj ushqimeve të shëndetshme.** Ka disa studime që kanë përcaktuar lidhjen ndërmjet përpjekjeve të prindërve për të kontrolluar ushqimet që merr fëmija, si dhe sasinë e ushqimit që ha fëmija. Në një studim me vajza 5-7 vjeç rezultoi se ato vajza nënat e të cilave e kontrollonin ushqimin, korespondonin me një sasi më të madhe të ushqimit të marrë kur iu dha liri në përzgjedhjen e ushqimit<sup>206</sup>. Kjo shpjegohet edhe me përpjekjen e nënave për të parandaluar problemet e tyre me peshën tek fëmijët e tyre. Këto nëna, duke patur probleme me peshën, mundohen që këto probleme të mos jenë të pranishme edhe tek fëmijët e tyre, duke i kufizuar ata në disa lloje ushqimesh, por duke bërë nga ana tjetër që këta fëmijë t'i dëshirojnë akoma më shumë këto ushqime, duke e shtuar kështu gjasën që fëmijët t'i marrin këto ushqime.

**3)Të shohësh atë që nuk mund të kesh.**Në një studim eksperimental, fëmijët u vendosën në dy kontekste: në njërin iu tha që ishin vetëm dhe në tjetrin iu tha se po monitoroheshin nga prindërit e tyre. U pa që fëmijët, të cilëve iu tha se ishin vetëm kishin më shumë tendencën të zgjidhnin ushqime të pashëndetshme dhe sasi më të madhe kalorish. Autorët konkluduan se përpjekja e prindërve për të kufizuar ushqimet e pashëndetshme krijon në mënyrë paradoksale një nxitje të dëshirës së fëmijës për këto ushqime të pashëndetshme<sup>207</sup>.

---

<sup>205</sup>Harper KU, Sanders KM. The effect of adult's eating on young children's acceptance of foods. *J Exper Child Psych* 2005; 20: 206–214.

<sup>206</sup>Alderson TS, Ogden J. What do mothers feed their children and why? *Health Educ Res* 1999; 14: 717–727.

<sup>207</sup>Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 2004; 94: 653–661.

## Kapitulli III: Metodologjia

### 3.1 Përse kam zgjedhur të studioj këtë temë?

Obeziteti përbën një gjendje kryesisht shëndetësore, e shkaktuar nga një sërë faktorësh, përfshirë ata gjenetikë, mjedisorë, ku më së shumti i jepet rëndësi stili të jetës jo të shëndetshëm të jetës, të ngrënit jo të shëndetshëm por edhe mungesës së aktivitetit fizik. Po ashtu, obeziteti shoqërohet me një sërë pasojash në jetën e individit, përfshirë pasoja shëndetësore, psikologjike e deri në stigma e diskriminim për këtë arsye.

Pak është bërë për çështjen e obezitetit në vendin tonë. Në fakt, nuk ka të asnjë studim të mirëfilltë të kryer në rang kombëtar që përcakton saktë përqindjen e përhapjes së këtij problemi. Gjithashtu, edhe studimet lidhur me këtë çështje janë shumë të pakta dhe sporadike. E njëjta gjë mund të thuhet edhe për botimet, për profesionistët apo për publikun.

Në punën time si psikologe në Departamentin e Promocionit të Shëndetit, në Institutin e Shëndetit Publik, në takime pune e trainime me target grupe të ndryshme, kam vënë re që tema e obezitetit përbën një çështje me mjaft interes. Po ashtu, kam vënë re, se një temë e tillë, pak herë është trajtuar dhe pak informacion është dhënë, pa folur pastaj për personat obezë, të cilët janë të prekurit kryesorë e kësaj mangësie në informacion. Mangësia në informacion ka shumë ndikim tek ta. Së pari, njohja me prevalencën e obezitetit në fëmijët e moshës 10-15 vjeç do të ishte ndihmëse, për të kuptuar se sa i përhapur është një problem i tillë në popullatën me këtë moshë dhe kjo do të mundësonte edhe marrjen e masave më efektive për të, për të ndrëhyrë me anë të trajtimit, por edhe për parandalim. Arsye tjetër është se duke e studiuar në thellësi këtë çështje, përfshirë prevalencën por edhe karakteristikat e kësaj dukurie, specialistë janë më të përgatitur për ta trajtuar dhe janë më të qartë lidhur me karakteristikat e një situatë të tillë si dhe cilat janë mënyrat më efektive për ta përballur një gjendje të tillë. Motiv tejet substancial për t'u marrë me këtë temë ka qenë synimi për t'u ardhur në ndihmë personave obezë, në përpjekjen e tyre për të trajtuar me sukses këtë problem. Situata e trajtimit të një çrregullimi të tillë, ka nevojë për mbështetje dhe programe serioze. Mungesa e informacionit përsa i përket obezitetit ndikon së pari tek personat obezë në mënyrë direkte dhe indirekte. Kështu, publiku “joobez” mungesën e informacionit lidhur me obezitetin e reflekton duke stigmatizuar në shumicën e rasteve personat

obezë, shpesh si persona të babëzitur, të cilët nuk kanë vullnetin e duhur për të qenë me një peshë normale.

Në të njëjtën kohë, me anë të këtij studimi, e rezultateve të tij, synoj të ndihmoj në parandalimin e obezitetit, në parandalimin e shtimit të numrit të personave obezë. Një studim i tillë synon të sjellë një informacion të plotë përsa i përket obezitetit në vendin tonë. Të gjitha këto elemente kanë shërbyer si shtysë për mua në ndërmarrjen e një studimi të tillë.

### **3.2 Qëllimi i studimit**

Ky kërkim është një kërkim deskriptiv-analitik dhe është ideuar që të studiojë prevalencën e obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç. Në të njëjtën kohë, si plotësuese e tablosë, në këtë kërkim synohet të studiohen shkaqet që kontribuojnë në zhvillimin e obezitetit si dhe pasojat kryesore në jetën e një individi obez, në stilin e jetës, në pasojat psikosociale, në të gjithë funksionimin e jetës. Kjo në mënyrë që duke i studiuar dhe kuptuar në thellësi këto pasoja, ndoshta, ndihmohet në trajtimin dhe parandalimin e tyre.

### **3.3 Çështjet kërkimore**

Ky studim ka përcaktuar këto çështje kërkimore:

- Matja e përhapjes së obezitetit tek fëmijët shkollarë shqiptarë 10-15 vjeç, ku me anë të shifrave të mundësohet njohja e këtij problemi dhe krijimi i një tabloje për tu njohur me përhapjen e këtij çrregullimi.
- Evidentimi i shkaqeve që mendohet se shkaktojnë obezitetin, nisur nga ato që studimet përcaktojnë si shkaktarët kryesorë të obezitetit, faktorët gjenetikë, ato mjedisorë, ku përfshihen e ngrëna e jo shëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik.
- Evidentimi i faktorëve të riskut të lidhura me obezitetin. Identifikimi, analizimi dhe vlerësimi i lidhjes që ekziston ndërmjet obezitetit dhe disa faktorëve sjellorë (ushqyerja, zakonet e të ngrënit, jeta sedentare, aktiviteti fizik) e faktorëve mjedisorë (familja, puna, shkolla, komuniteti).
- Evidentimi i pasojave të lidhura me gjendjen e obezitetit. Eksplorimi nisur nga studimi i pjesëmarrësve, lidhur me pasojat që vijnë nga obeziteti, pasojat në cilësinë e jetës, përfshirë këtu pasojat shëndetësore, por kryesisht pasojat psikologjike.

### 3.4 Pyetjet kërkimore

2. Cila është prevalenca e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç duke e parë këtë sipas:
  - Moshës.
  - Gjinisë.
  - Vendbanimit.
4. Cilat janë njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me shkaqet e obezitetit?
5. Cilat janë njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me pasojat e obezitetit?
6. Çfarë marrëdhënie ekziston ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik?

### 3.5 Hipoteza dhe variblat në studim

Ky studim ka këto hipoteza:

- Rritja në moshë e fëmijëve shton gjasat për rritje të IMT-së.
- Femrat, ka të ngjarë të kenë IMT më të madhe
- Fëmijët në zona urbane kanë IMT më të lartë.
- Obeziteti lidhet me shëndetin psikologjik

Variabël i varur është pikërisht Indeksi i Masës Trupore. Variabla të pavarur, janë moshja, gjinia dhe vendbanimi. Percentilet e IMT u përdorën për arsye se pikët e IMT të fëmijëve janë shumë të varura nga moshja dhe gjinia. Kështu, percentile e IMT janë përdorur si një e dhënë e varur, ku fëmijët me percentile 85-95 janë përkufizuar si mbipeshë dhe ata me percentile mbi 95 si obezë.

### 3.6 Justifikimi metodologjik

Matja e prevalencës së obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç, ka qenë një studim kuantitativ, kjo për vetë faktin se kjo është konceptuar edhe nga studiues të tjerë si mënyra më e mirë për matjen e një dukurie të tillë.

Tipi studimit të përdorur ka qenë kros-seksional, me dy komponentë:

- Deskriptiv (përshkrues): është përfshirë ky komponent në kuadër të përshkrimit/vlerësimit të prevalencës dhe shpërndarjes së faktorëve të riskut të obezitetit sipas karakteristikave demografike.
- Analitik: është përfshirë ky komponent në kuadër të vlerësimit të faktorëve të rrezikut për obezitet në lidhje me karakteristikat demografike.

Për studimin e prevalencës së faktorëve të rrezikut dhe sëmundshmërisë në popullatë, zakonisht përdoren studimet krosseksionale. Arsyet sepse këto lloj studimesh preferohen janë praktike në aspekte të tilla si kohëzgjatja, koha e nevojshme, njerëzit e përfshirë, etj. arsye këto që kanë justifikuar përdorimin e këtij lloj studimi në popullatën e fëmijëve shqiptarë.

Përdorimi i miksimit të metodave sasiore dhe cilësore është përdorur disa herë në kërkimin shkencor. Ky lloj kërkimi bazohet në parime pragmatiste, i fokusuar tek problemi dhe nuk është shumë i orientuar teorikisht apo filozofikisht<sup>208</sup>. Studiues të tjerë, argumentojnë se ky kombinim i metodave, prodhon një studim i cili është në të njëjtën kohë pozitivist, interpretivist dhe konstruktivist. Në përgjithësi, miksimi i metodave del si një rekomandim i natyrshëm kur lloji i studimit, kërkesat praktike të këtij studimi, duke superuar kornizat teorike, parashtrajnë nevojën për kërkim të kësaj natyre. Ndonjëherë, ky miksim i metodave sasiore dhe cilësore është quajtur si “një person me dy kapele” (për shkak se përdor metodat cilësore dhe sasiore) dhe ky person i ka marrë masat më mirë për të kuptuar kompleksitetin e fenomenit social që po studiohet. Ka edhe studiues që mendojnë se kombinimi i metodave sasiore dhe cilësore duhet të jete si mjet pune për kërkuesit në shkencat sociale<sup>209</sup>.

Miksimi i metodave sasiore dhe cilësore po gjen gjithmonë e më shumë përdorim në kërkimet në fushën e shëndetit<sup>210</sup>. Studiues në këtë fushë kanë argumentuar se do të ishte mirë një kombinim i metodave për tre arsye kryesore<sup>211</sup>: 1) për shkak se kanë kontribut në stadi të ndryshme të projektit studimor ,2) për shkak se kompensojnë gjetjet e njëra tjetrës dhe 3) për

<sup>208</sup>Hakim, C. Research Design: Successful Designs for Social and Economic Research. London: Routledge, 2000

<sup>209</sup>Pope, C. & Mays, N. Qualitative methods in health research. In Pope, C. & Mays, N. (eds) Qualitative Research in Health Care. London: BMJ Books, 2000.

<sup>210</sup>Hayes, N. Doing Psychological Research: Gathering and Analysing Data. Buckingham: Open University Press 2000.

<sup>211</sup>Mason, J. Linking qualitative and quantitative data analysis. In Bryman, A. & Burgess, R. G. (eds) Analyzing Qualitative Data. Ch5, pp89-110. London: Routledge, 1994.



shkak të triangulimit. Po ashtu, miksimi i metodave është përdorur në mënyrë që të zgjerohen, zhvillohen dhe shtrihen gjetjet nga secila metodë.

Studimet sasiore, janë përcaktuar më të mirat për të përcaktuar përhapjen në popullatën e përgjithshme të një dukurie të caktuar<sup>212</sup>. Kjo është arsyeja se pse u përdor kjo strategji, për matjen e prevalencës së obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç.

Studimi cilësor mundëson shpjegimin e detajuar personal lidhur me eksperiencën e të qenit obez dhe të kuptuarin e tyre lidhur me shkaqet dhe pasojat e obezitetit. Mënyra multi-metodë për pyetjet nga jeta reale është e rëndësishme, sepse vetëm një metodë rrallë është adekuate dhe nëse rezultatet e metodave të ndryshme, përputhen, atëherë kemi besim më të madh tek gjetjet<sup>213</sup>. Kërkimi cilësor është një "dritare direkte në jetën e personit pjesëmarrës" sepse ajo merret me vlerësimin e pjesëmarrësit lidhur me eksperiencat e tij. Kërkimi cilësor, i jep shumë rëndësi shpjegimit dhe vlerësimit nga vetë personi të qëndrimeve, motiveve dhe sjelljes. Ai ofron raporte të pasura deskriptive të perceptimeve, qëndrimeve, besimeve, pikëpamjeve ndjenjave, kuptimeve dhe interpretimeve të individit, të dhëna ngjarjeve, personave dhe objekteve, pra të gjithë sjelljes së tyre".

### 3.7 Çështje etike

Ky studim është kryer në pjesën e parë të tij me pjesëmarrës të moshës 10-15 vjeç, moshë e cila është në nën moshën e përgjegjësisës ligjore. Kështu, është menduar që tek ky kampion të zhvillohej matja e obezitetit, në terma të parametrave fizikë. Pikërisht me qëllim ruajtjen e etikës, nisur nga mosha e tyre, u vendos që kërkimi cilësor, në të cilin përfshihen pyetje më të zgjeruara nga jeta personale e individëve të kryhen tek një moshë, e cila ka arritur dhe fituar përgjegjësinë ligjore.

**Aprovimi etik.** Aprovimi etik është marrë nga Drejtoria e Arsimit Parauniversitar në Ministrinë e Arsimit, Klinika e Endokrinologjisë, si dhe nga drejtueset e qendrave dietologjike, në të cilat është punuar.

**Miratimi i informuar.** Për fëmijët pjesëmarrës, u mor miratimi i prindërve (tek Shtojca). Tek "Miratimi i informuar" shpjegohet se çfarë është kjo matje, cilat janë qëllimet e saj, cili dhe

---

<sup>212</sup>Hakim, C. Research Design: Successful Designs for Social and Economic Research. London: Routledge, 2000

<sup>213</sup>Gillham, B. (2000), Developing A Questionnaire. London: Continuum,

pse do të përdorë të dhënat, etj. Ai është konceptuar si një leje për pindërit dhe kujdestarët ligjorë të fëmijëve.

Të gjithë pjesëmarrësit e rritur, morën nga një formë të miratimit, ku informoheshin plotësisht rreth studimit dhe u kërkohesh të firmosnin përpara se të bëheshin pjesë e studimit. Pjesëmarrësve u kërkohesh të kontaktonin me mua nëse do të kishin ndonjë pyetje apo diçka tjetër që do të donin të sqaronin. Pjesëmarrësit që ranë dakord të ishin pjesë e studimit u kontaktuan shumë herë, të gjitha rastet me telefon dhe u lanë takime, të cilat ishin në orare reciprokisht të përshtatshme dhe u zhvilluan në ambjente në të cilat ofroheshin trajtime, kryesisht këshillim. Kështu, këto ambjente ishin zyra private këshillimi, zyra e këshillimit e psikologes së spitalit, zyra e mjekes tek qendra dietike.

Përpara se të fillonte puna, çdo herë shpjgoheshin arsyet e asaj interviste dhe inkurajoheshin pjesëmarrësit të bënin pyetje nëse ishin të pasigurtë lidhur me procesin e intervistimit.

**E drejta e tërheqjes.** Pjesëmarrësve iu bë e qartë që, nëse nuk dëshironin të vazhdonin më të ishin pjesë e studimit, nuk ndiheshin mirë në të, nëse kishte diçka që i krijonte probleme si pasojë e pjesëmarrjes në studim, mund të largoheshin dhe askush nuk do t'i kontaktonte më për këtë qëllim.

**Ruatja e anonimatit.** Instrumenti i përdorur tek fëmijët kishte vetëm kod dhe jo emër. Ndërsa për pjesën e kërkimit cilësor, unë kam qenë personi i vetëm që për këtë studim kam patur akses tek emrat e pjesëmarrësve dhe tek adresat e tyre. Të gjitha transkriptet e intervistave kanë qenë anonime. Emrat dhe adresat nuk janë vendosur në to, me qëllim ruajtjen e anonimatit.

**Konfidencialiteti.** Askush nuk ka patur akses në të dhënat e secilit individ. Po ashtu, askush nuk ka qenë i pranishëm në takimet me personat obezë, gjatë kryerjes së këtij studimi. Po ashtu, edhe materialeve nuk u është vendosur emri i saktë.

**Trajtimi i përshtatshëm i pjesëmarrësve.** Pjesëmarrësit janë trajtuar në mënyrë sensitive duke u ftuar të jenë të lirë të zgjedhin të jenë pjesë apo jo e studimit. Atyre u është shpjguar, ajo që synon të masë kë studim, arsyet, pse kryhet, etj. Në pjesën ku është folur për eksperiencën jetësore, kur gjatë studimit janë prekur disa çështje shumë sensitive dhe emotive për ta, kur është parë që respondentit nuk ndjehet mirë, po përjeton stres apo nuk dëshiron të flasë nuk është vazhduar më tej me të njëjtën pyetje. Është bërë përpjekje që të kthehem tek kjo

bisedë atëherë kur është vlerësuar e përshtatshme për respondentin dhe kur ai/ajo është vlerësuar në gjendje për t'u përgjigjur. Nëse pjesëmarrësi pyeste për diçka në të cilën unë nuk isha kompetente, e drejtoja drejt burimit më të saktë. Kështu, nëse bënte një pyetje mjekësore, i rekomandoja t'i drejtohej mjekut për këtë gjë.

**Përmbledhja.** Në fund të plotësimit të instrumentit për matjen antropometrike nga fëmijët, por patjetër edhe pas intervistës cilësore unë kam shpenzuar të paktën 10 minuta në përmbledhjen e intervistës, për t'u siguruar që pjesëmarrësi nuk ka pësuar ndonjë dëmtim, ndërsa i përgjigjej pyetjeve.

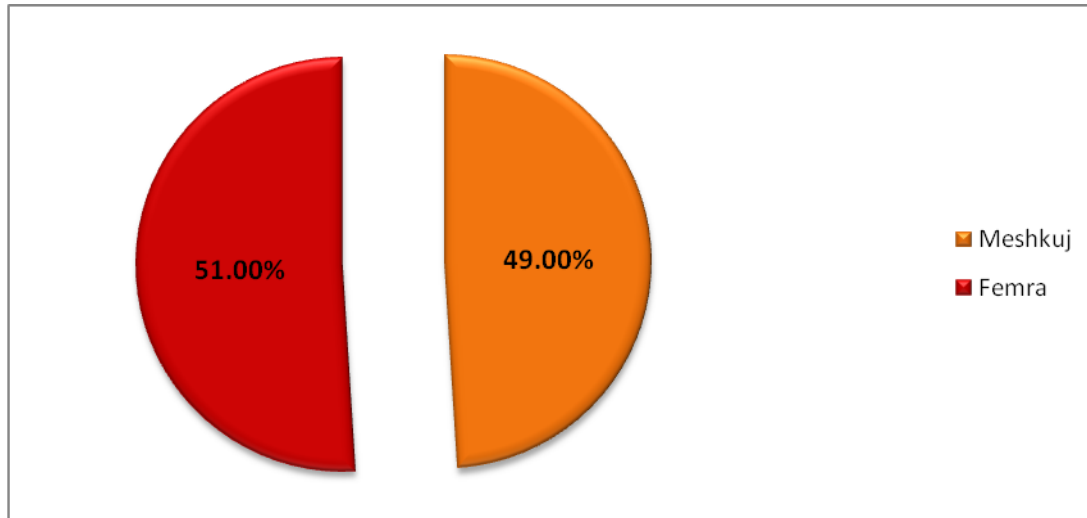
### 3.8 Kampioni

Në pjesën e parë të këtij studimi, popullata ishte nxënës 10-15 vjeç, përkatësisht në klasa të pesta, të gjashta, të shtata, të teta, të nënta, nga i gjithë vendi. Është zgjedhur kjo grupmoshë edhe për arsye sepse pikërisht në këtë moshë ka të ngjarë të fillojë puberteti, i cili i rrit gjasat për mbipeshë dhe obezitet. Po ashtu, është përzgjedhur kjo grupmoshë edhe për arsye se e kuptojnë edhe pjesëmarrjen në një studim dhe janë më bashkëpunues.

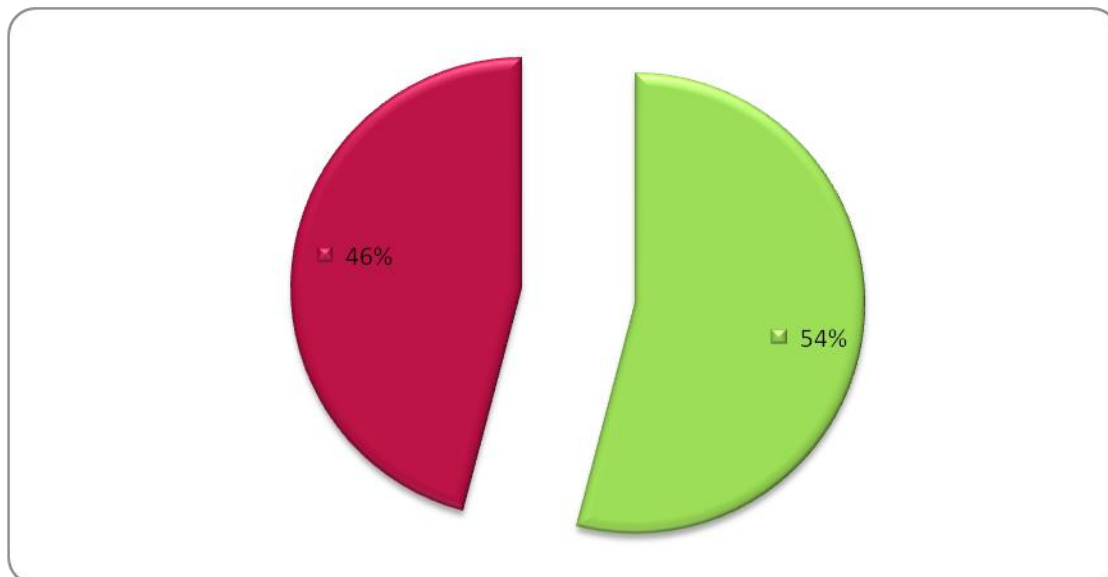
Në fazën/stadin e parë, u përftua një kampion i rastësishëm i thjeshtë me probabilitet në funksion të madhësisë prej 20 shkollash. Numri i shkollave të përfshira në kampion: 20 shkolla. Numri i klasave të përfshira në kampion:  $20 * 2 = 40$  klasa (dy klasa për secilën shkollë). Numri i nxënësve për klasë: 15 (nisur nga supozimi konservativ, i cili tenton të maksimalizojë madhësinë e kampionit të klasave të përfshira në studim meqenëse numri mesatar i nxënësve për klasë në vendin tonë është  $\approx 20$ ). Numri total i nxënësve të përfshirë është 600.

Përsa i përket karakteristikave demografike të kampionit kemi grafikët e mëposhtëm.

*Figura 1: Shpërndarja e fëmijëve pjesëmarrës sipas gjinisë.*



Sikurse mund të vihet re nga *Figura 1*, 51% janë femra dhe 49 % janë meshkuj.



*Figura 2: Shpërndarja e fëmijëve pjesëmarrës sipas zonave urbane/rurale*

Përsa i përket prejardhjes së pjesëmarrësve, 46% janë nga zona rurale dhe 54% janë nga zona urbane.

Tabela 3: Shpërndarja e fëmijëve sipas gjinisë dhe zonave urbane/rurale

Fëmijët	Zona		
	Urbane	Rurale	Totali
Djem	49.10%	50.90%	100%
Vajza	50.90%	49.10%	100%

Në tabelën, e cila pasqyron shpërndarjen e fëmijëve sipas moshës dhe gjinisë, vëmë re që është bërë një shpërndarje pak a shumë e barabartë përsa i përket gjinisë dhe prejardhjes.

Përsa i përket kampionit të pjesës cilësore të studimit, pjesëmarrësit janë zgjedhur për të marrë pjesë në studim duke përdorur kampionim të qëllimshëm. Në këtë studim, kampionimi i qëllimshëm është marrë edhe për disa arsye. Kriteri i parë ishte që të zgjidhen pjesëmarrës që janë të larmishëm, përsa i përket karakteristikave demografike, të tilla si: moshë, gjinia, prejardhja kulturore, gjendja ekonomike, niveli edukacional, etj. Kjo për arsye që të ishte më e thjeshtë përgjithësimi i gjetjeve. Kriteri i dytë, ka qenë IMT-ja, e cila është përzgjedhur të jetë >40. Është përzgjedhur ky kriter për arsye se studiuesit kanë vlerësuar se në këtë nivel obeziteti janë edhe më të dukshme pasojat, si ato fizike, ashtu edhe ato psikologjike. Përveç këtyre kritereve kryesore, disa nga pjesëmarrësit, janë kampionuar mbi bazën e raportimeve të tyre për përfshirje në dietë, si dhe të historikut të ushqyerjes. Për shembull, nëse ata kishin mbajtur dieta apo nuk e kishin bërë kurrë këtë dhe nëse kishin patur apo jo episode apo periudha mbingrënie. Është bërë përpjekje që rastet që janë përzgjedhur të jenë unike dhe interesante<sup>214</sup>.

Përsa i përket kampionit të personave të rritur, të përfshirë në pjesën cilësore të studimit, ka karakteristikat e mëposhtme:

<sup>214</sup>Patton, M. Q. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Newbury Park, California: Sage 1987.

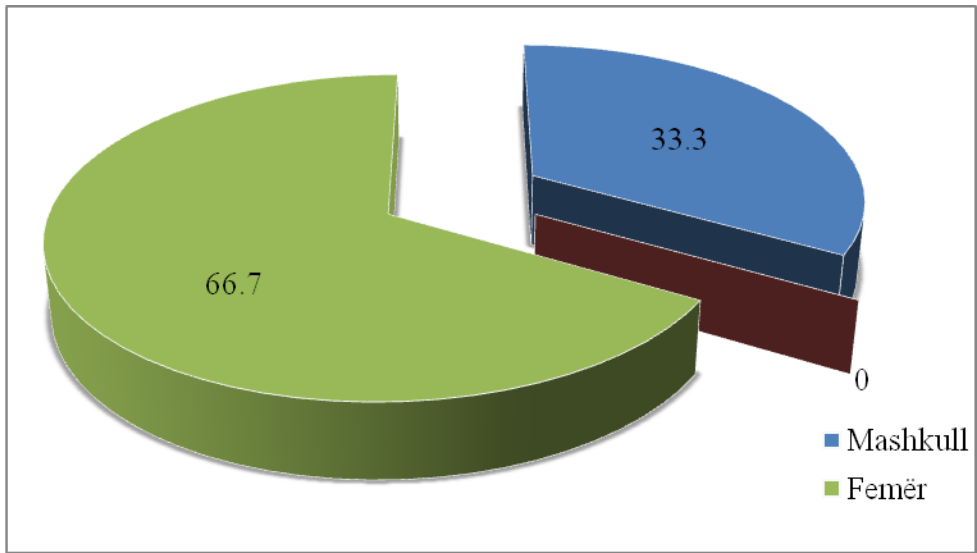


Figura 3. Shpërndarja në përqindje e pjesëmarrësve në studim sipas gjinisë

Në grafikun e mësipërm janë paraqitur subjektet sipas gjinisë. Shohim se rreth 66 % e pacientëve të përfshirë në studim i përkasin gjinisë femërore dhe 33% asaj mashkullore. Pra, kemi një mbizotërim të pjesëmarrëseve femra në studim, me 2 herë.

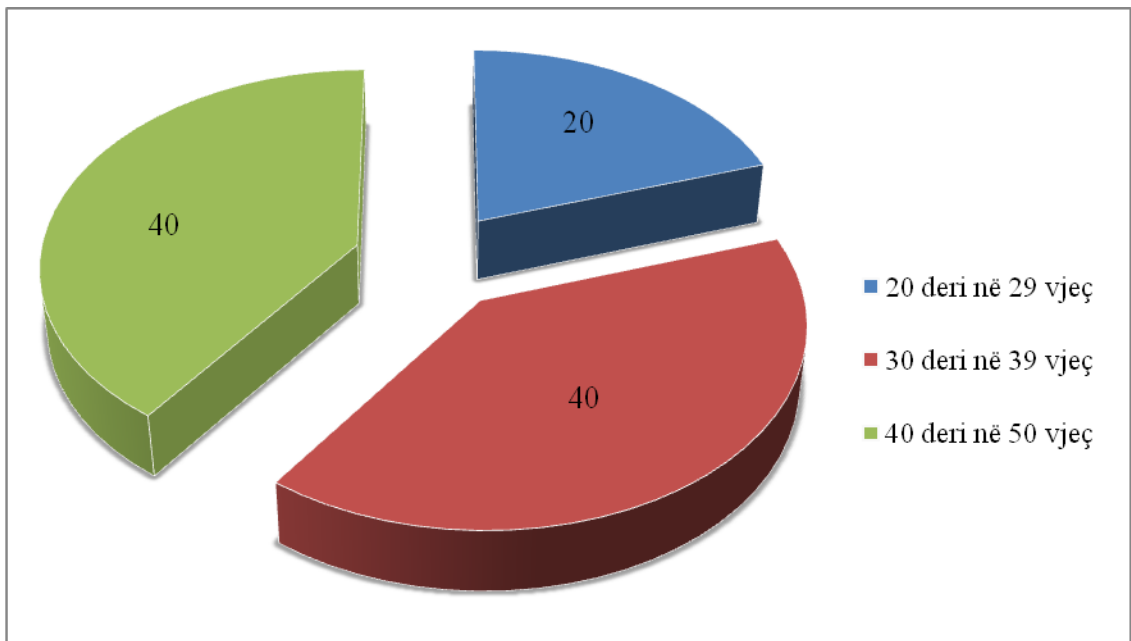


Figura 4. Shpërndarja në përqindje e pjesëmarrësve në studim sipas moshës në vite

Në grafikun e mësipërm janë paraqitur pjesëmarrësit sipas moshës. Për të lehtësuar kryerjen e analizës statistikore, subjektet i kemi grupuar sipas moshës në subjekte 20 deri në 29 vjeç; 30 deri në 39 vjeç dhe 40 deri në 49 vjeç. Mosha mesatare e subjekteve është 35,8 me deviacionin standard  $\pm 8.5$ .

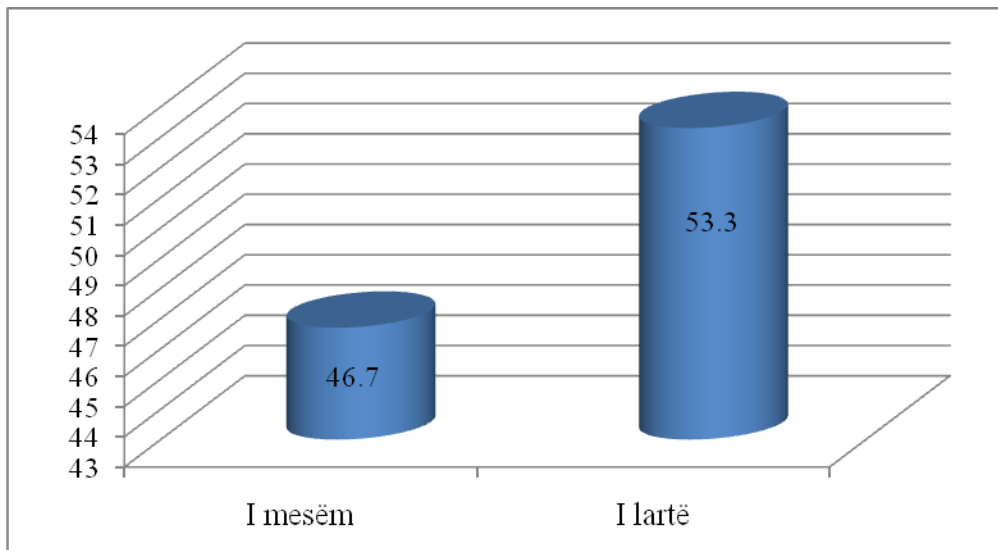


Figura 5. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas nivelit arsimor.

Në grafikët numër 3 dhe 4 është paraqitur shpërndarja e subjekteve sipas arsimit dhe gjendjes civile. Rezultatet tregojnë se afërsisht 46% e rasteve raportuan se kanë një nivel arsimor të mesëm dhe më shumë se gjysma janë me shkollë të lartë. Pra personat me nivel arsimor të lartë mbizotërojnë afërsisht me 1,15 herë.

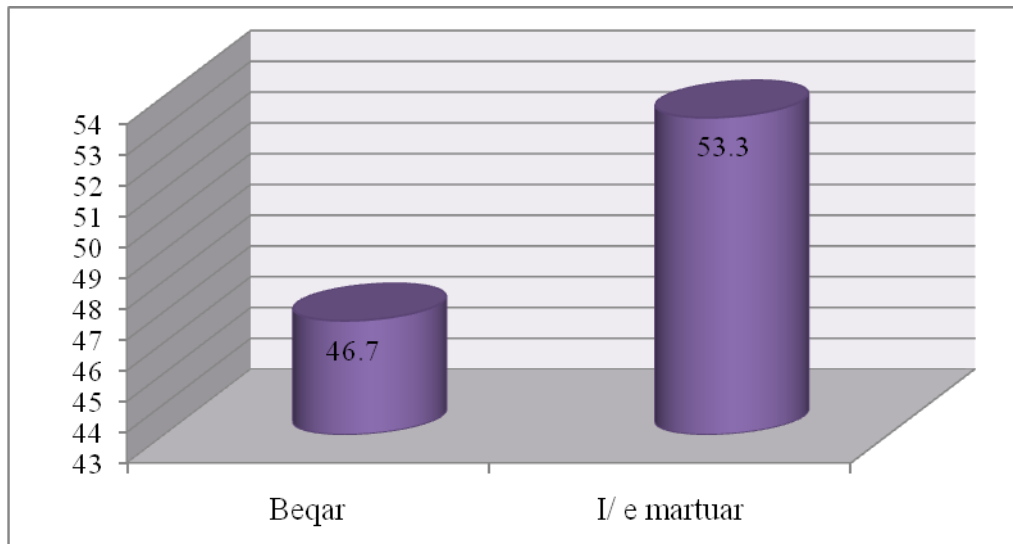


Figura 6. Shpërndarja pjesëmarrësve në studim sipas statusit të gjendjes civile.

Më shumë se gjysma (53%) e subjekteve janë të martuar dhe nuk kemi asnjë individ të divorcuar ose të ndarë. Fakti që asnjë nga rastet nuk është i/e divorcuar tregon se subjektet kanë marrëdhënie të mira ndërpersonale dhe arrijnë të ruajnë ekuilibrat e një marrëdhënieje impenjative sikurse është martesë.

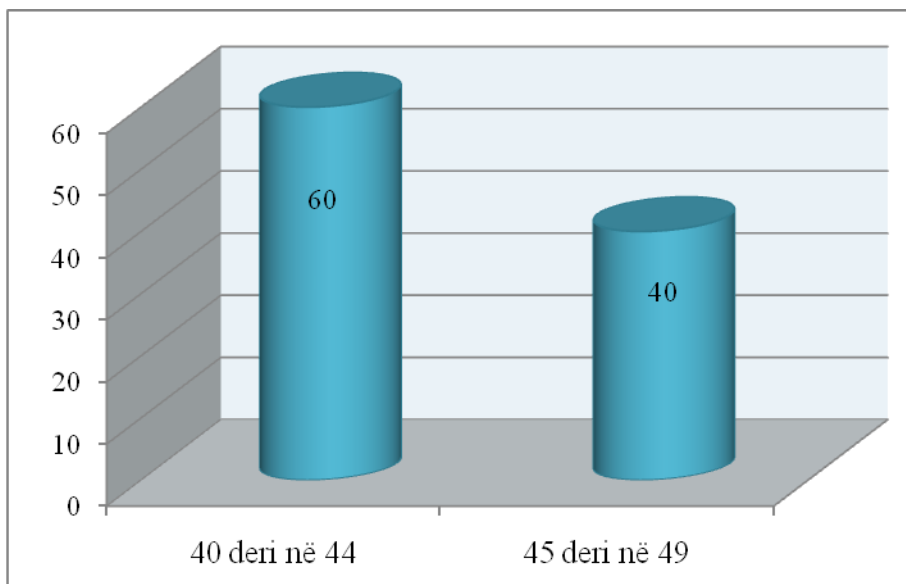


Figura 7. Përqindja e pjesëmarrësve në studim sipas indeksit të masës trupore (IMT).



Me sipër paraqiten rastet e përfshira në studim të kategorizuar sipas Indeksit të Masës Trupore. Në figurën 7 shohim se Indeksi i Masës Trupore është dukshëm mbi normalen dhe kemi të bëjmë me obezitet të ashpër. Rreth 60 përqind e rasteve i përkasin IMT-së 40 deri në 44 dhe 40% e tyre e kanë këtë indeks nga 45 deri në 49.

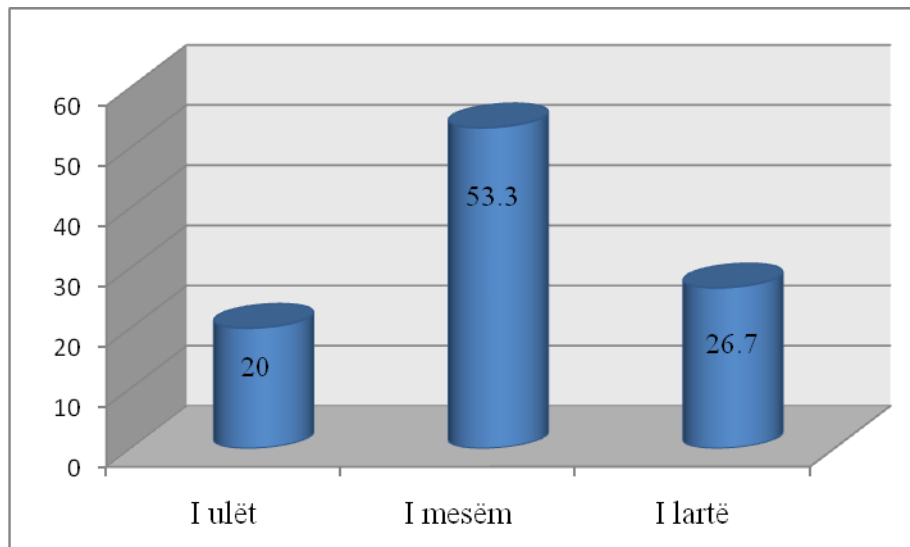


Figura 8. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas statusit socio-ekonomik

Janë marrë në studim statusi ekonomiko-social dhe punësimi si dy faktorë të rëndësishëm ndikimi për obeziteti. Të kategorizuar sipas nivelit socio-ekonomik shohim se 20% e rasteve janë me nivel të ulët ekonomik. Më shumë se gjysma (53%) i përkasin nivelit mesatar dhe vetëm 26% ose 4 raste kanë nivel të lartë ekonomik. Pra kemi të bëjmë kryesisht me subjekte më të ardhura monetare relativisht të mira.

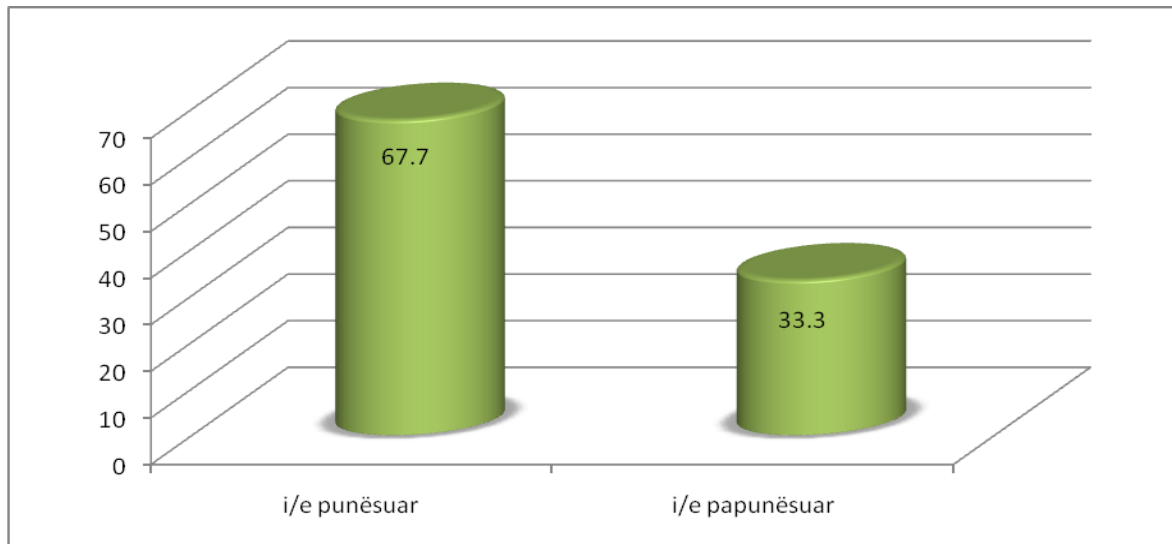


Figura 9. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas nivelit të punësimit

Ndërsa sa i përket punësimit, afërsisht 67 % e subjekteve janë në marrëdhënie pune. Raporti të punësuar dhe jo të punësuar është 2 në 1. Ka gjasa që punësimi të ketë ndikim negativ në zhvillimin e obezitetit.

### 3.8.1 Rekrutimi i pjesëmarrësve

Nxënësit pjesëmarrës në studim janë marrë në studim në kohën kur kanë qenë në shkollë, sipas rregullave të kampionimit. Është shkuar në klasat e përzgjedhura, u është dhënë leja për prindërit dhe jemi rikthyer pas dy ditësh për matjet. Është punuar me nxënësit vetëm nëse nuk ka patur refuzim nga ana e prindërve apo kujdestarëve ligjorë të tyre.

Ndërsa pjesëmarrësit e mundshëm në pjesën cilësore të studimit janë përzgjedhur prej meje dhe bashkëpunëtorëve në Klinikën e Endokrinologjisë, si dhe Klinikën Dietologjike. Ato janë takuar dhe ftuar që të jenë pjesë e këtij studimi. 3 persona refuzuan të marrin pjesë në studim. Njëri filloi dhe pastaj u largua. Më pas, pasi ata nënshkruan edhe "Miratimin e informuar", u kontaktuan me telefon për të lënë takimet e radhës.

## 3.9 Instrumentet

### 3.9.1 Përcaktimi i IMT-së

Aplikimi i Indeksit të Masës Trupore si vlerësim standart për përcaktimin e obezitetit, ka rezultuar problematik për fëmijët duke qenë se ata janë në rritje. Struktura e trupit të fëmijëve ndryshon në lidhje me moshën dhe gjininë.

Në këtë studim u përdor Indeksi i Masës Trupore për përcaktimin e statusit të peshës së fëmijëve pjesëmarrës në studim, duke u mbështetur në vlerat kufi të përcaktuara nga OBSH-ja. Kështu, vlerat kufi të IMT-së për mbipeshën dhe obezitetin, të përcaktuara nga Cole Jt e al janë të pranuar universalisht nga i gjithë komuniteti shkencor për përdorimin në studime epidemiologjike, si dhe të rekomandueshme për krahasim ndërkombëtar të prevalencës së obezitetit.

Ka patur shumë debate lidhur me përshtatshmërinë e përdorimit të peshës dhe gjatësisë së vetëraportuar dhe disa studiues kanë argumentuar se pesha dhe gjatësia të maten në mënyrë që të sigurohet një IMT e saktë dhe të shmangen gabimet. Gjithsesi, pesha dhe gjatësia e vetëraportuar mund edhe të përdoren në raste kur bëhet matja e prevalencës së obezitetit<sup>215</sup>. Ekzaminimi fizik konsistoi në vlerësimin e peshës, gjatësisë dhe perimetrit të belit.

Treguesi i masës trupore (IMT) u llogarit si raport i peshës (në kg) me gjatësinë (m<sup>2</sup>). Gjatësia (me saktësi 1mm) u mat duke përdorur një metër të ngjitur në mur. Matjet e individëve u bënë pa këpucë. Pesha (me saktësi 100 mg) u realizua me peshore elektronike dhe pa këpucë e me rroba të lehta.

### 3.9.2 Intervista gjysëm e strukturuar

Intervista gjysmë të strukturuar janë kryer në mënyrë që të eksplorohej mekanizmi nëpërmjet të cilit pesha lidhet me të shkuarën dhe të tashmen; çfarë e ka shkaktuar dhe çfarë pasoje shkakton ajo.

Intervistat janë nga metodat cilësore më të përdorura në kontekstin e kujdesit shëndetësor dhe janë të përdorshme për eksplorimin e përvojës, sjelljes, ndjenjave dhe njohjes. Intervista

---

<sup>215</sup>Bolton-Smith, C., Woodward, M., Tunstall-Pedoe, H. & Morrison, C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:143-148.

gjysmë e strukturuar është zgjedhur si pjesë e këtij studimit sepse unë kam menduar se do të ndihmonte në të kuptuarit më mirë të obezitetit. Gjithashtu intervistat konsiderohen si mënyra më efektive lidhur me eksplorimin e përvojës personale e qenit obez dhe të kuptuarin e shkaqeve e pasojave të tij<sup>216</sup>.

Intervista është ndërtuar si një strukturë pune ndihmëse për studimin, e cila ka si qëllim që të preken të njëjtat çështje tek të gjithë pjesëmarrësit. Struktura e intervistës gjysmë të strukturuar është fleksibël dhe mundëson që intervistuesi të ndryshojë renditjen e pyetjeve gjatë intervistës si dhe përshtatjen e intervistës, duke u bazuar në nivelin e kuptueshmërisë së pjesëmarrësit dhe aspekteve të tij të veçanta<sup>217</sup>.

Intervista është ndërtuar duke u bazuar në literaturë. Nuk ishte i nevojshëm përdorimi i një llogaritjeje statistikore për intervistën gjysmë të strukturuar. Renditja e pyetjeve në intervistën gjysmë të strukturuar është e rëndësishme dhe duhet që pyetjet të vendosen në një rend logjik, duke lëvizur nga pyetje të përgjithshme në specifike<sup>218</sup>. Megjithëse ka studiues që rekomandojnë që pyetjet demografike janë sensitive dhe për këtë arsye vendosen në fund, unë i vendosa ato në fillim pasi mendova se nuk janë kërcënues dhe janë të thjeshta për t'u përgjigjur, kjo krahasuar edhe me pyetjet lidhur me shkaqet dhe pasojat e obezitetit që janë shumë sensitive ndonjëherë.

Pyetjet e intervistës, ishin renditur një një rrjedhë logjike, por të ndryshueshme, që përcaktohej edhe nga temat që dilnin nga pjesëmarrësit. Kështu, për shembull, megjithëse unë tentoja të diskutoja lidhur me peshën dhe imazhin e trupit të pjesëmarrësve diku nga mesi i intervistës, shumica e pjesëmarrësve dëshironin të flisnin për këto që në fillim të intervistës.

Intervistuesit duhet të jenë dëgjues të mirë dhe duhet të jenë të aftë në ndërveprimin personal dhe në hetim<sup>219</sup>. Po ashtu, intervistuesi duhet të jetë i aftë në shumë detyra, duke qenë se atyre u nevojitet të dëgjojnë lidhur me atë që po thuhet dhe ta kuptojnë atë, të vendosin se si të lidhen me pyetjet kërkimore dhe të vendosin se si të përmbledhin një çështje të caktuar të thënë nga respondentit. Të dëgjuarit aktiv është gjithashtu kritik lidhur me gjykimin e tonit emocional të respondentit dhe për t'u siguruar që respondentit mund të vazhdojë përpara. Hetimi duhet të

---

<sup>216</sup>Britten, N. Qualitative interviews in health care research. In Pope, C. & Mays, N. (eds) Qualitative Research in Health Care. K 2, fq 11- 19. London: BMJ Books, 2000.

<sup>217</sup>Clarke, A. Evaluation Research: An Introduction to Principles, Methods and Practice. London: Sage, 1999.

<sup>218</sup>Sudman, S. & Bradburn, N. M. Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire Design. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

<sup>219</sup>Marshall, C. & Rossman, G. B. Designing Qualitative Research. Thousand Oaks, California: Sage, 1999.

përdoret për përpunimin e mëtejshëm të informacionit, qartësimin dhe për të marrë akoma më shumë detaje. Gjatë intervistës janë përdorur një sërë teknikash verbale dhe jo verbale, të sugjeruara në literaturë të tilla si kontakti me sy, tundja e kokës, fjalë të shkurtra miratuese, ndjekëse, etj. Po ashtu, janë përdorur edhe pyetje përforcuese, në mënyrë që idetë të zgjerohen më tej apo të merren edhe ide të reja. Këto pyetje shërbejnë sidomos për të theksuar disa aspekte të caktuara të jetës apo përjetimeve të respondentëve.

### ***Seksionet e pyetjeve***

*Lidhur me ju.* Në këtë seksion është mbledhur informacion specifik demografik për të dhëna lidhur me gjininë, moshën, statusin martesor, shtresën socio-ekonomike, nivelin arsimor, etj.

*Shkaqet e obezitetit.* Janë pyetur pjesëmarrësit lidhur me statusin e perceptuar të peshës së tyre, lidhur me arsyet pse ata mendojnë që kanë sjellë një peshë të tillë, se si ka ndryshuar pesha përgjatë viteve, cilët kanë qenë faktorët që kanë ndikuar në shtimin në peshë tek secili, etj.

*Stili i jetës,* ku përfshihen zakonet e të ngrënit dhe aktiviteti fizik. Pjesëmarrësit janë pyetur gjithashtu lidhur me njohuritë dhe qëndrimet e tyre personale përsa i përket arsyeve pse kanë shtuar në peshë.

*Pasojat e obezitetit.* Literatura e promocionit të shëndetit dhe media vazhdimisht janë munduar të hedhin dritë lidhur me atë që konsiderohet e shëndetshme dhe jo e shëndetshme dhe si rezultat, unë jam përpjekur të eksploroj konceptin e pjesëmarrësve lidhur me dikotominë i shëndetshëm/jo i shëndetshëm si dhe karakteristikat që i bënin ata të ndiheshin të shëndetshëm apo jo të shëndetshëm. Po ashtu, unë kam qenë e interesuar se si ka ndryshuar shëndeti i tyre përgjatë kohës. Po ashtu, është diskutuar me pjesëmarrësit lidhur me pasojat që kishte obeziteti tek ta, të tilla si: probleme shëndetësore, psikologjike e deri tek adoptimi i një stili prej obezi dhe stigma e diskriminimi për shkak të obezitetit.

*Ndryshimi i mundshëm.* Gjithashtu janë pyetur edhe për përfitimet e mundshme nga humbja e peshës, si dhe motivimet e për të humbur në peshë. Po ashtu janë pyetur edhe lidhur me eksperiencat e mëparshme të rënies në peshë.

### **2.9.3 Inventarët**

Pyetësorët ose inventarët me vetëplotësim janë mjete kërkimi gjërësisht të përdorura dhe kanë disa avantazhe të tilla si: reduktojnë ndikimin e intervistuesit, mbledhin një sasi më të madhe të dhënash në një kohë më të shpejtë si dhe janë më thjeshta për tu analizuar pasi janë të standartizuara. Pyetësorët gjithashtu mbrojnë anonimat e respondentit. Gjithësesi përveç këtyre pikave të forta, pyetësorët kanë edhe shumë kufizime, të tilla si: saktësia e përgjigjes mund të jetë e ulët, cilësia e të dhënave mund të ndikohet nga pyetjet e paplotësuara dhe ndonjëherë ka probleme për të motivuar respondentët nëse ata mendojnë se një kapitull i caktuar nuk ka lidhje me ta<sup>220</sup>.

Respondentët u sqaruan lidhur me mënyrën e plotësimit të inventarëve, përpara fillimit të plotësimit, si dhe gjatë plotësimit.

#### **2.9.3.1 Shkalla e Rosenbergut për vetëvlerësimin**

Vetëvlerësimi është një orientim pozitiv dhe negativ kundrejt vetes, një vlerësim i përgjithshëm i vlerave apo cilësive të vetes. Njerëzit janë të motivuar të kenë vetëvlerësim të lartë dhe kjo tregon respekt për veten dhe jo egoizëm. Vetëvlerësimi është vetëm një komponent i konceptit të vetes, të cilin Rosenberg e përkufizon si "shumë të mendimeve dhe të ndjenjave të individit të referuara ndaj objektit që në këtë rast është vetvetja"<sup>221</sup>. Përveç vetëvlerësimit, vetëefikasiteti dhe vetëidentiteti janë pjesë të rëndësishme të vetë-konceptit. Por vetëvlerësimi si koncept mund të jetë subjekt i shtrembëruar apo i keqpërdorur, kjo për shkak të përhapjes së tij të gjerë gjatë bisedave apo në psikologjinë e thjeshtë. Një pjesë e mirë e punës së Rosenbergut ekzaminon mënyrën sesi kategori sociale, si raca apo etnia, dhe kontekste si shkolla apo familja lidhen me vetëvlerësimin. Në këtë shkallë, faktorë socialë të modeluar sigurojnë një sërë karakteristikash të përvojave, të cilat interpretohen nga individët duke u ndikuar nga mënyra sesi është formuar vetëkoncepti.

Të paktën katër parime teorike kyçe mbështesin procesin e formimit të vetëkonceptit:

---

<sup>220</sup>Gillham, B. Developing A Questionnaire. London: Continuum, 2000

<sup>221</sup>Fieng, N. & Throm (2001), II. Qualitative interviewing. London: Sage

- 1) Vlerësimet e perceptuara
- 2) Krahasimi social
- 3) Vet-atribuimet
- 4) Qendrat psikologjike në tru

Vetëvlerësimi shpesh është analizuar si një ndryshore e pavarur. Ai është në përgjithësi një tipar stabël te të rriturit, prandaj nuk manipulohet lehtë në eksperimente. Është jo realiste të mendosh se vetëvlerësimi mund të mësohet; ai më tepër zhvillohet përmes përvojave jetësore të individit. Ky inventar është përdorur në këtë studim, pasi studiuesit në çështjet lidhur me obezitetin kanë përcaktuar se obeziteti lidhet shumë me vetëvlerësimin, duke sjellë tek shumica e personave obezë rënie të vetëvlerësimit, pikërisht për këtë arsye<sup>222</sup>.

### 2.9.3.2 Pyetësi i formës së trupit

Pyetësi i formës së trupit<sup>223</sup> është një pyetësor me vetëraportim, që është dizenuar për të matur shqetësimet lidhur me formën e trupit. Ky pyetësor është përdorur kryesisht për çrregullime të të ngrënit të tilla si anoreksia nervoze dhe bulimia, por së fundi, po përdoret shumë edhe tek personat obezë.<sup>224</sup> Secila pyetje pikëzohet nga 1 tek 6, ku "Kurrë" pikëzohet me 1 dhe "Gjithmonë" pikëzohet me 6 dhe totali për 34 pyetjet teorikisht nga shkon nga 34 në 204.

Pika e prerjes ndërmjet "normal" dhe jo "jonormal" janë si më poshtë.

Tabela 4 Pikëzimi për Body Shape Questionnaire

<b>Më pak se 80</b>	<b>Jo shqetësim lidhur me peshën</b>
<b>80 deri 110</b>	<b>Shqetësim i butë lidhur me formën trupore</b>
<b>111 deri 140</b>	<b>Shqetësim i moderuar lidhur me formën trupore</b>

<sup>222</sup>Myers, A. & Rosen, J. C. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity* 1999;23:221-230. 278.

<sup>223</sup> Cooper, P.J., M.J. Taylor, Z. Cooper & C.G. Fairburn. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 1986; 6: 485-494.

<sup>224</sup>Merteos, A. & Tosen, J. C. Body image and self-esteem. *International Journal of Obesity* 2011, 23,221-229

Shqetësimet që lidhen me pamjen e trupit janë ndër kriteret kryesore në përcaktimin e çrregullimeve të të ngrënit. Tek të gjitha çrregullimet e të ngrënit, obeziteti, anoreksia nervore, bulimia nervoze, haset shqetësim dhe mospëlqim i pamjes së jashtme.

Të ashtuquajturat metoda të vlerësimit të pamjes trupore, karakterizohen nga manipulimi i masës së stimulit "krahasues" sikurse është pamja e shtrembëruar e trupit, për sa ajo perceptohet si matëse e përmasave reale. Metodat për vlerësimin e përmasave trupore zakonisht ndahen në pjesën e vlerësimit të trupit si të tërë dhe të vlerësimit të pjesëve të veçanta.

Problemet me pamjen e jashtme të tilla si gjymtime, trauma, apo edhe problemet e obezitetit, konsiderohen si faktorë që nxisin problemet psikologjike, gjendje depressive, apo rënie të vetëvlerësimit. Imazhi i trupit konsiderohet nga shumë autorë si eksperiencë psikologjike, e cila fokusohet në ndjenjat dhe qëndrimet e individit kundrejt trupit. Kështu, imazhi i trupit është një aspekt subjektiv, i cili bazohet gjerësisht në eksperiencën jetësore<sup>225</sup>.

Koncepti i imazhi të trupit është studiuar në disa perspektiva, përfshirë atë neurologjike, somatike dhe psikologjike, duke u sjellë kështu si një konstrukt multidimensional. Gjithashtu imazhi i trupit është përkufizuar si një mekanizëm adaptiv, i cili është një balancë ndërmjet komponentëve psikologjikë, fizilogjikë dhe sociokulturorë të trupit.<sup>226</sup> Disa aspekte sjellore të çrregullimeve të imazhit të trupit mendohet të jenë të lidhura me simptoma të tilla si: shmangia e aktiviteteve sociale apo shmangie e të ngrënë për periudha të caktuara.

Në fakt, marrëdhënia ndërmjet problemeve psikologjike dhe problemeve me imazhin e trupit është e mirëdokumentuar. Frojdi i lidh këto probleme me imazhin me konflikte të pazgjidhura psikologjike. Tashmë dihet nga shumë studiues që një imazh i varfër për trupin lidhet me shtim të problemeve në shëndetin mendor. Perceptimet dhe ndjesitë që lidhen me imazhin e trupit, varen shumë edhe nga mosha dhe gjinia. Në moshë të re, ka të ngjarë që imazhi

---

<sup>225</sup>Wardle, J., Waller, J. & Fox, E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors* 2002; 27:561-573.

<sup>226</sup>Leonhard, M. L. & Barry, N. J. Body Image and Obesity: Effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 2008;23:31-34.



i trupit të jetë negativ. Po ashtu, edhe tek femrat, vihet re që ka që forma e trupit shkakton nivel më të madh stresi<sup>227</sup>.

### 3.10 Procedura

Si hap i parë i këtij studimi ka qenë mbledhja e literaturës, pasi studimi i literaturës përbëjnë një element shumë të rëndësishëm për kërkimin shkencor në përgjithësi. Kështu është mbledhur literatura që u vlerësua si e përshtatshme për çështjet në studim. Është bërë kujdes që të mblidhet literaturë sa më e afërt dhe e lidhur me këto çështje dhe në të njëjtën kohë duke u kujdesur që kjo literaturë të jetë sa më shumë e kohëve të fundit të ishte e mundur.

Më pas u fillua me përcaktimin e e kriterëve të kampionimit. U mor një listë e shkollave 9-vjeçare në Ministrinë e Arsimit, duke kaluar më pas tek kampionimi.

Gjithashtu, u mundësuan vizita dhe takime edhe me qendrat në të cilat drejtoreshin personat obezë për trajtimin e këtij problemi. Këto qendra janë Klinika e Endokrionologjisë në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza" Tiranë, si dhe Klinika Dietologjike "Blerina Diet". Në këto klinika u mor informacion lidhur me mënyrat e trajtimit të personave obezë, aspektet në të cilat përqëndrohet ky trajtim, etj.

Hapi tjetër ka qenë fillimi i punës me përgatitjen e instrumenteve që të përdorëshin. Drafti i parë i intervistës është pilotuar në 20 nxënës dhe për pjesën cilësore, në 2 pjesëmarrës të studimit. Gjithashtu, kjo intervistë është pilotuar me miq dhe kolegë për të parë nëse pyetjet ishin konceptuar qartë dhe ishin të duhurat për të matur atë që synohej në këtë studim. Pak ndryshime iu bënë pas pilotimit.

Pilotimi është mjaft i dobishëm për shkak se ndihmon studiuesin të familjarizohet me çështjet e studimit, si dhe në praktikimin e teknikave intervistuese<sup>228</sup>. Gjithsesi, arsyeja kryesore e pilotimit mbetet, korrigjimi i instrumentit dhe përshtatja e tij. Pas pilotimit, ka filluar puna me personat obezë, për zhvillimin e intervistave.

Me secilin prej tyre janë bërë 3-5 takime për zhvillimin e intervistës së strukturuar. Secili takim ka zgjatur rreth 1 orë.

---

<sup>227</sup>Green, S. P. & Pritchard, M. E. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior & Personality* 2003; 31: 215-222.

<sup>228</sup>Fielding, N. & Thomas, II., (2001). Qualitative interviewing. In Gilbert N. (ed) *Researching Social Life*. Ch8, pp123-144. London: Sage.

Pas përfundimit të punës me fëmijët, me intervistën gjysëm të strukturuar janë zhvilluar instrumentet e Vetëvlerësimi të Rosenbergut dhe Pyetësi i Formës së Trupit. Në shumicën dërrmuese janë zhvilluar në një seancë të vetme, por në një rast janë zhvilluar dy seanca.

### 3.11 Mbledhja e të dhënave

Për mbledhjen e të dhënave duhet të zgjidhet një ambient dhe kohë e përshtatshme<sup>229</sup>. Takimet me nxënësit janë bërë në shkollë, është marrë leje nga drejtoritë e shkollave për ti marrë nxënësit e përzgjedhur nga ora e mësimit. Matjet janë bërë në një ambient të konsideruar si të përshtatshëm, përta i përket ndriçimit, temperaturës, hapësirës, etj.

Për të dhënat cilësore, është bërë kujdes që konkretisht kryerja e intervistës gjysmë të strukturuar dhe plotësimi i inventarëve të kryhen në një zyrë private këshillimi, në zyrën e psikologes në spital dhe në zyrën e mjekut tek qendra dietologjike. Kjo me qëllim që të krijohej një kontekst pune, por edhe i rehatshëm, ku janë në minimum ngacmuesit e jashtëm, persona që hyjnë dhe ndërpresin punën, etj. Në shumicën e rasteve, takimet janë kryer në një oraret e pasdites, sidomos për pjesëmarrësit që ishin në marrëdhënie pune.

Përpara se të fillonte puna shpjegoheshin arsyet e studimit, qëllimet dhe struktura e tij dhe inkurajoheshin pjesëmarrësit të bënin pyetje lidhur me instrumentin dhe studimin në përgjithësi. Në kërkimin cilësor studiuesi merr formën e instrumentit të kërkimit, kështu që studiuesi/intervistuesi në vetvete është shumë i rëndësishëm<sup>230</sup>. Gjithashtu, pranohet gjerësisht se karakteristikat personale të intervistuesit mund të kenë ndikim në mbledhjen e të dhënave gjatë intervistës. Ndikimi i roleve profesionale është shumë i rëndësishëm, madje studiuesit i duhet të vendosë për mënyrën se si do të prezantojë veten<sup>231</sup>. Emslie, që ishte sociologe, vendosi ta prezantojë veten si kërkuese dhe e distancuar nga stafi mjekësor. Unë i informova pjesëmarrësit se po bëja këtë studim në kuadër të studimeve doktorale dhe se nuk kisha informacion të saktë mjekësor apo lidhur me aspekte të ushqyerjes. Gjithashtu, u përpoqa të mbaj

---

<sup>229</sup>Britten, N. (2000). Qualitative interviews in health care research. In Pope, C. & Mays, N. (eds) Qualitative Research in Health Care. K 2, fq 11- 19. London: BMJ Books,

<sup>230</sup>Fieng, N. & Throm (2001), II. Qualitative interviewing. London: Sage.

<sup>231</sup>King, E. ( 1996), The use of the self in qualitative research. Leicester: BPS Books.

distancë nga stafet mjekësore, pasi sipas studimeve ata kanë tendencë të kenë paragjykime lidhur me pacientët obezë<sup>232</sup>.

Iu bëhej gjithashtu e qartë pjesëmarrësve se informacionet e marra prej tyre do të ishin anonime dhe askush nuk do kishte akses tek to, përveç supervisorit tim. Po ashtu, iu bë e qartë se në studim mund të citoreshin histori apo përvoja të tyre, por duke ndryshuar emrin.

Puna është mirë të fillojë me një "ice-breaker" ose pyetje "të thjeshta për t'iu përgjigjur" dhe pastaj të vijohet me rrjedhën logjike. Ose si "ice breaker" mund të shërbejë edhe një bisedë me humor, thjeshtë për "të ngrohur" pak atmosferën. Po ashtu, e njëjta gjë vlen edhe për intervistën gjysmë të strukturuar. Studiuesi cilësor hyn në botën e pjesëmarrësit, jo si person që di gjithçka, por si një person që ka ardhur të mësojë; jo si një person që dëshiron të bëhet si ata, por si një person që dëshiron të mësojë se si është të jesh si ata.<sup>233</sup>

Mendoj që kjo ka ndihmuar në ndërtimin e një raporti miqësor me pjesëmarrësit dhe u mundëson atyre të flasin lirshëm gjatë zhvillimit të intervistës. Unë mendoj që ka qenë esenciale për ti inkurajuar ata të flasin hapur. Gjithsesi, është shumë e rëndësishme që studiuesi të qëndrojë neutral dhe të dëgjojë pa gjykuar atë që respondentit po thotë<sup>234</sup>.

### **3.12 Analiza e të dhënave**

Të dhënat sasiore janë përpunuar me anë të programit statistikor SPSS 17. Po ashtu, për vlerësimin e raportit të gjasave dhe intervalin e besimit është përdorur edhe EPIINFO V7. Përsa i përket përpunimit statistikor ka patur këto karakteristika:

- 1 Analiza e të dhënave është bazuar në përshkrimin e variablave, konkretisht në mesataret dhe shmangiet standarde për variablat numerikë dhe frekuencat për variablat kategorikë. Po ashtu, është bazuar edhe në aplikimin e testeve statistikore për krahasimin e prevalencës së nënpeshës, mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët.

---

<sup>232</sup>Teachman, B. A. & Brownell, K. D. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity* 2001;25;1525-1537

<sup>233</sup>Bogdan, R. C. & Biklen, S. *Qualitative Research for Education*. Boston: Allyn & Bacon, 1992.

<sup>234</sup>Patton, M. Q. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Newbury Park, California: Sage, (1987).

- 2 Testet statistikore të përdorura në analizë u bazuan në: a) Testi hi-katror dhe testi ekzakt i Fisherit për krahasimin e prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët sipas gjinisë (meshkuj / femra), vendbanimit (fshat / qytet) apo rrethit të përfshirë në studim. Regresioni logjistik binar, u përdor për vlerësimin e raportit të gjasave të mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët. Modelet fillestare u bazuan në analizë bivariate. Më pas, u aplikuan modele të regresionit shumëndryshorësh (analizë multivariate), e cila konsistoi në vlerësimin e raportit të gjasave të mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët pas kontrollit të njëkohshëm për të gjithë variablat apo karakteristikat e fëmijëve të përfshirë në studim.
- 3 Për përcaktimin e statusit të peshës tek fëmijët, ndryshe nga matja e të rriturve, matja me percentile mundëson një vlerësim të kategorisë së peshës së fëmijës duke marrë në konsideratë gjininë dhe moshën e fëmijës.
- 4 Kështu, statusi i peshës së fëmijës ndërmjet 85 dhe 95 percentile konsiderohet si “Mbipeshë”, ndërsa statusi i peshës mbi 95 percentile, konsiderohet si “obezitet”.
- 5 Është zgjedhur të bëhet përpunimi statistikor sepse përshkruhet më mirë shpërndarja e njëkohëshme midis ekspozimit dhe ngjarjes shëndetësore në popullatë<sup>235</sup>. Ky tip studimi është vecanërisht i dobishëm për sëmundjet e shpeshta siç është obeziteti, duke marrë parasysh këtu dhe kohëzgjatjen e madhe të kësaj epidemie.
- 6 Për paraqitjen e frekuencave është përdorur bar diagrama në mënyrë që të tregohet dinamika e fenomenit të obezitetit në jetën e pjesëmarrësve dhe sepse të dhënat janë diskrete.
- 7 Është përdorur tabela 2x2, duke kombinuar të dhënat e grumbulluara për të parë lidhjet e mundshme midis Indeksit të Masës Trupore, statusit ekonomiko-social, punësimit dhe statusit të gjendjes civile.

---

<sup>235</sup>Gordis L, 2004, Epidemiology 3 rd edn. W.B. Saunders Company, fq177-190

- 8 Gjithashtu, është kombinuar edhe Indeksi i Masës Trupore me episodet e depresionit, ankthit dhe pagjumësisë, me përdorimin e medikamenteve dhe me historinë e diabetit.
- 9 Në çdo krostabulat të paraqitur është përdorur testi i pavarësisë  $X^2$  ose Chi Square sepse lejon krahasimin e dy proporcioneve. Përdoret ky test statistikor sepse vlera e pritshme është më e madhe se 2. Niveli i sinjifikancës 0.05 shërben për të përcaktuar vlerën e testit Chi Square që bën të mundur hedhjen poshtë apo mbajtjen e hipotezës bazë zakonisht.
- 10 Një alternativë tjetër krahasimi midis Indeksit të Masës Trupore është raporti i gjasave. Për shkak se ky studim në këtë pjesë është transversal ose kros-seksional dhe në pamundësi të njësimi të rrezikut relativ, përdorim raportin e gjasave si madhësi njehsuese e shoqërimit midis IMT-së dhe faktorëve të mundshëm që kanë ndikuar në këtë indeks. Kur flasim për probleme të shëndetit mendor apo problemet me diabetin, studimi na jep informacione relative sa i përket ekspozimit që pjesëmarrësit kanë nën ndikimin e obezitetit. Raporti i gjasave gjithashtu është përdorur në ato raste kur vlera e probabilitetit pas aplikimit të testit Chi Square ka rezultuar statistikiisht jo sinjifikante.
- 11 Testi ANOVA është përdorur sepse lejon analizimin dhe krahasimin e mesatareve të pikëzimit të Rosenberg-ut dhe pikëzimit të Pyetësorit të Pamjes Trupore. Arsya e dytë sepse është përdorur testi ANOVA është sepse është tentuar të testohet hipoteza se niveli mesatar i vetëvlerësimit nuk është i njëjtë në të gjithë pjesëmarrësit në studim duke supozuar se Indeksi i Masës Trupore ndikon në vlerësimin që individët kanë për veten.
- 12 Modeli i regresionit të thjeshtë linear është përdorur në mënyrë që të përshkruhet lidhja midis dy variablave, atij të varur që është Indeksi i Masës Trupore dhe moshës, që është variabli i pavarur. Ky krahasim bëhet për të parë ndikimin që ka rritja e moshës në rritjen ose jo të indeksit të masës trupore.

Intervista e thelluar prodhoi të dhëna pa fund dhe analiza ishte një proces i rreptë dhe sistematik. Ky studim, sidomos pjesa e intervistës së strukturuar, meqë ishte cilësor, nuk ka patur ndonjë ekzaminim statistikor përse i përket lidhjes së obezitetit me shkaqet dhe pasojat. Kjo përbën edhe arsyen kryesore pse është përdorur intervista. Nga një analizë fillestare rezulton se obeziteti lidhet me një sërë shkaqesh dhe pasojash. Në analizën e materialit janë anashkaluar ato çështje pa lidhje me studimin.

U përdorën qasje të ndryshme, ku u kombinuan elemente të analizës së intervistës së thelluar, të analizës të punës në terren dhe analiza induktive, me qëllim analizën dhe interpretimin e të dhënave. Megjithëse kjo mënyrë kodimi mund të tingëllojë si demode, ajo ofron një qasje unike tek studimi, pasi kontakti fizik i përsëritur dhe menaxhimi i të dhënave ka shumë për të rekomanduar, procesi i rileximit të të dhënave dhe ndarja e tyre nëpër kategori do të thotë që studiuesi zhvillon një njohje intime të të dhënave, megjithëse ky proces është më i mundimshëm<sup>236</sup>.

Për më tepër, përdorimi i metodës së mësipërme ka disa kufizime të tilla si njohja dhe pastrimi i çështjeve të caktuara është në mënyrë të pashmangshme punë e studiuesit: "Kompjuterat nuk mund të performojnë detyrën intelektuale dhe kreative të ndarjes së kategorive, apo të vendosjes se cila kategori apo tip të dhënash janë të nevojshme për procesin që po investigohet, apo se cili krahasim ka kuptim, apo gjenerimi i pyetjeve të kërkimit, nisur nga të dhënat."<sup>237</sup>

Të dhënat e marra nga intervista gjysmë e strukturuar, i janë nënshtruar një analize deskriptive të të dhënave. Kjo metodë ka mundësuar përshkrimin e tipareve kryesore të të dhënave dhe ofron mundësinë e përfundimeve të thjeshta të matjeve të kryera. Kjo analizë mundëson edhe bazën për një analizë statistikore. Gjithashtu, kjo analizë mundëson një paraqitje të të dhënave të shumta sasiore në aspekte me të thjeshta sasiore.

Kërkuesi cilësor duhet të ketë një sërë aftësish në mënyrë që të jetë në gjendje të përpunojë të dhënat në mënyrën e duhur. Këto aftësi përfshijnë njohjen e modelit, aftësia për të vendosur të dhënat në një sistem të përdorshëm dhe "kompleksiteti kognitiv" që është aftësia për të perceptuar modele të ndryshme dhe për të konceptualizuar marrëdhënien ndërmjet

---

<sup>236</sup>Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. Analysing qualitative data. In Pope, C. & Mays, N. (eds) *Qualitative Research in Health Care*. K 8, fq75-88. London: BMJ Books, 2000.

<sup>237</sup>Bogdan, R. C. & Biklen, S. *Qualitative Research for Education*. Boston: Allyn & Bacon, 1992.

modeleve<sup>238</sup>. Të gjitha këto aftësi janë përdorur gjatë analizës së të dhënave në këtë studim. Analiza është kryer në stadi të mëdha dhe megjithëse thuhet që analiza është një proces linear, në realitet ka qenë një proces interaktiv, për shkak se në të përfshihej lëvizja para dhe pas në të dhënat e shkruara, kodimi i vazhdueshëm dhe rikodimi i të dhënave.

Përpara kodimit dhe organizimit të të dhënave, ka qenë e rëndësishme familjarizimi me to. Familjarizimi është një pjesë esenciale e procesit analitik: "Çelësi për analizë të suksesshme është nevoja që studiuesi të bëhet sa më shumë të jetë e mundur familjar me të dhënat, si dhe të vendoset një sistem praktik që mundëson një krahasim të sakët të intervistave."<sup>239</sup>

Pas çdo interviste, të dhënat janë lexuar dhe është shtuar gjithçka kishte thënë respondentit. Më pas janë lexuar disa herë duke bërë shënime përkrah. Duke u rilexuar, janë vendosur edhe shënime të tjera, ose ndryshuar shënimet e vendosura. Çështjet e koduara janë vendosur bashkë, duke krijuar kështu një kornizë për atë çështje. Çështjet e identifikuar në një intervistë u krahasuan me ato të intervistave të tjera, në mënyrë që të kontrollohej për pika të përbashkëta. Ky proces ka qenë interaktiv, pasi kodet ndryshoheshin pas një interviste tjetër.

Duke ndjekur vendosjen e kodeve, të gjitha shënimet u rilexuan dhe u përdorën lapsa me ngjyra për të theksuar ato pjesë të tekstit të vlefshme për t'u koduar. Kodimi ka tre funksione kryesore: ndihmon studiuesin të vërë re fenomene të kohëve të fundit, mbledh shembuj të fenomeneve dhe i analizon fenomenet në mënyrë që të gjejnë një model të përshtatshëm apo sipas modeleve të vendosura<sup>240</sup>. Po ashtu, për kodimin mund të përdoren edhe koncepte të përdorura nga pjesëmarrësit.

Pasi është bërë kodimi, seksionet e të dhënave që janë të ndryshme apo të ngjashme me të tjerat janë vendosur bashkë mbi një titull të caktuar duke i vendosur edhe në dokumentin ku do të diskutoheshin më tej në kompjuter.

Pas kodimit fillestar, u realizua reduktimi i të dhënave në mënyrë që këto të dhëna të jenë më të arritshme. Më pas, është bërë një përmbledhje me kodet e vendosura nga intervistat, të cilat përmbanin çështjet kryesore. Pastaj të dhënat janë organizuar sipas një skice personale të të dhënave në përgjithësi. Më vonë, të dhënat u organizuan duke marrë në konsideratë nivelin e

---

<sup>238</sup>Boyatzis, R. E. Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development. Thousand Oaks, California: Sage, 1998.

<sup>239</sup>Fieng, N. & Throm (2001), II. Qualitative interviewing. London: Sage.

<sup>240</sup>Coffey, A. & Atkinson, P. Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies. London: Sage, 1996.

qëndrimeve dhe eksperiencave për secilën çështje. Në një hap të mëvonshëm të dhënat janë reduktuar dhe përmbledhur dhe çështjet kyçe që kanë dalë janë analizuar në mënyrë që të kishte një lidhje logjike mes krahasimeve dhe shoqërimeve të bëra. Gjithsesi përpara kalimit nga kodimi tek interpretimi, kodet duhet të rishihen dhe eksplorojnë<sup>241</sup>. Kjo është bërë duke ndarë dhe lidhur kodet si dhe duke identifikuar variacionet në çështje apo duke krijuar kategori apo subkategori të reja. Më pas transkriptet janë rishikuar dhe është vendosur me laps me ngjyrë edhe ndonjë kod tjetër.

Pasi u përmbyll edhe ky stad, të dhënat u analizuan duke përdorur shumë pyetje të cilat përfshinin identifikimin e karakteristikave të respondentit të cilat lidheshin me pikëpamje të caktuara, koncepte të pranishme tek respondentët dhe në eksplorimin e ngjashmërive dhe diferencave ndërmjet pikëpamjeve të ndryshme. Në mënyrë që të sigurohet vlefshmëria dhe të mundësohet përgjithësimi i të dhënave, ndonjëherë është shumë efektive gjetja e shembujve kontradiktorë, gjë që mund të nxitë më tej diskutimin<sup>242</sup>. Të kërkuarit e rasteve devijante dhe formulimi i shpjegimeve lidhur me atë që shfaqet por edhe me pritshmëritë, bën të mundur që të pretendohet për një analizë të saktë të të dhënave. Krahasimi i vazhdueshëm, në të cilin disa të dhëna, krahasohen me disa të tjera, ndihmon po ashtu edhe në krijimin e kategorive analitike.

Së fundi, është e rëndësishme të dihet se interpretimi mbetet misterioz tek analiza e kërkimit cilësor duke qenë se idetë ndonjëherë vijnë rastësisht, në kohë të papritura ndonjëherë. Shpesh një studiues mund të përjetojë ide për studimin ndërsa po ecën në rrugë, natën dhe jo domosdoshmërisht kur është i ulur duke shkruar për të. Idetë mblidhen në të pandërgjegjshmen dhe dalin me asosacion të lirë<sup>243</sup>.

---

<sup>241</sup>Coffey, A. & Atkinson, P. (1996) Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies. London: Sage,

<sup>242</sup>Barbour, R. S. & Members of WoReN. Acquiring qualitative skills for primarycare research. Review and reflections on a three stage workshop. Part 2: analysing interview data. Family Practice 2000; 17:83-89.

<sup>243</sup>Okely, J. Thinking through fieldwork. In Bryman, A. & Burgess, R. G. (eds) Analysing Qualitative Data. K 1, fq 18-34. London: Routledge, 1994.



### 3.13 Vlefshmëria dhe besueshmëria

Përpunimi i të dhënave me anë të programeve të specializuara kompjuterike, sikurse është SPSS 17 dhe Epi Info, konsiderohet si një kriter i fuqishëm që i jep vlefshmëri këtij studimi. Megjithëse "koncepti i besueshmërisë dhe vlefshmërisë ndonjëherë nuk mund të jetë plotësisht i pranishëm tek kërkimi cilësor", mund të përdoren një numër teknikash për të siguruar besueshmërinë dhe vlefshmërinë tek kërkimi cilësor. Për shembull, organizimi i të dhënave të mbledhura në një metodë standarde dhe një proces i përpiktë analize, si dhe zhvillimi konceptual, mund të sigurojnë besueshmërinë. Po ashtu, besueshmëria e analizës, mund të sigurohet nga krijimi i kategorive dhe përdorimi kodeve të shumëfishta<sup>244</sup>. Megjithëse kodimi i shumëfishtë nuk është përdorur në këtë studim, të lexuarit për të më ka ndihmuar të kuptoj dhe punoj më mirë me kodet.

Kampionimi rastësor e rrit vlefshmërinë e një studimi. Triangulimi dhe miratimi i respondentit janë cituar vazhdimisht si metoda për përmirësimin e vlefshmërisë. Triangulimi duhet të ketë një vlerë të kufizuar dhe në vend të tij të përdoret krahasimi i vazhdueshëm, si dhe analiza e rasteve të veçanta, në mënyrë që të sigurohet vlefshmëria<sup>245</sup>. Gjithësesi edhe pse në këtë studim është përdorur triangulimi, krahasimi i vazhdueshëm edhe analiza e rasteve të veçanta në mënyrë që të mundësohet krahasime nga studime të mëparshme plus për vlefshmërinë dhe besueshmërinë, përgjithësimi tek kërkimi cilësor është shpesh i diskutueshëm.

Tek kërkimi sasior, përgjithësimi arrihet nisur nga kampionimi statistikor gjë që siguron edhe përgjithësimin për të gjithë popullatën, ndërkohë përgjithësimi nuk është qëllimi kryesor i kërkimit cilësor. Qëllimi i kërkimit sasior është që të përcaktohet një kampionim rastësor apo përgjithësues nga popullata, por edhe që të identifikohen grupet specifike të cilët kanë karakteristika apo jetojnë në rrethana të cilat janë edhe interesi i studimit. Pjesëmarrësit janë identifikuar sepse ata mund të ofrojnë një eksplorim lidhur me aspekte të caktuara të sjelljes që përbën interes për studimin". Përgjithësimi i gjetjeve cilësore përfshin demonstrimin se gjetjet janë të aplikueshme në një popullatë më të gjerë se ajo e studimit, që është mbështetur nga shumë autorë,<sup>246</sup>. Përgjithësimi teorik i gjetjeve të studimit u bë nëpërmjet një rishikimi të

---

<sup>244</sup>Silverman, D. *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage 2001.

<sup>245</sup>Silverman, D. 2000. *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*. London: Sage.

zgjeruar të literaturës mjekësore, sociologjike dhe psikologjike. Në analizën e studimit, është përdorur krahasimi i vazhdueshëm, për të kontekstualizuar gjetjet me literaturën ekzistuese. Insighti teorik dhe materiali i krahasueshëm vjen nga studimet e tjera, ndoshta edhe nga jashtë fushës së interesit. Në mënyrë që të arrihet përgjithësimi teorik, analiza duhet të jetë sa më shumë të jetë e mundur rigoroze dhe empirike<sup>247</sup>.

### **3.14 Pikat e forta dhe kufizimet e studimit**

Përdorimi strategjisë sasiore dhe cilësore, ka patur si qëllim që këto metoda të ishin komplementare, të plotësonin njëra tjetrën, gjë që përforcon edhe kuptueshmërinë e studimit.

Gjetjet nga ky studim vijnë si nga pjesa sasiore që siguron një tablo lidhur me prevalencën e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç ashtu edhe nga gjetjet cilësore që sigurojnë një eksplorim të detajuar të përvojës si obezë, gjë që është neglizhuar në përgjithësi nga studimet mbi obezitetin.

Ky studim është përpjekur të sjellë një qasje shumëdimensionale lidhur me dukurinë e obezitetit, në përpjekje për ta eksploruar dhe kuptuar sa më mirë atë. Në këtë studim synohet të ofrohet një sintezë e një të kuptuari bazuar në këndvështrimin mjekësor, social, psikologjik, etj. Është synuar kështu, të hidhet dritë mbi prevalencën e obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç, por në ndihmë të kësaj edhe duke e parë obezitetin si një problem i lidhur me shumë aspekte duke u përpjekur për të siguruar një tablo të qartë lidhur me këto aspekte. Duke mundësuar më shumë informacion për këtë problem, do të mundësohej një sensibilizim më i madh për këtë çështje duke mundësuar kështu edhe një mbështetje më efektive për këta persona.

Gjithsesi, ky studim ka edhe kufizimet e veta. Gjetjet do të kishin më tepër vlerë për tu përgjithësuar nëse kampioni do të ishte më i madh, pra të përfshinte një numër më të madh fëmijësh.

Po ashtu, gjetjet e një studimi cilësor janë vështirë të përgjithësohen në popullatë të përgjithshme. Për më tepër, kampioni nuk është përgjithësues, pasi janë përfshirë ato subjekte që kanë kërkuar trajtim për obezitetin.

---

<sup>247</sup>Green, J. Grounded Theory and the Constant Comparative Method. *BMJ*, 1998;316, 1064-1065.

Gjithashtu, edhe kampionimi i qëllimshëm tek pjesa cilësore përbën një kufizim në studim. Një kufizim tjetër, jo më pak i rëndësishëm, është edhe mungesa e studimeve lidhur me obezitetin në vendin tonë, të cilëve do të mund ti referohesha. Nuk ka shifra të sakta lidhur me këtë çështje apo studime të tjera deskriptive apo shkakësore. Kjo gjë patjetër që ka ndikuar në të gjithë punën gjatë këtij studimi duke e vështirësuar shpesh procedimin.

### **3.15 Implikime për kërkime të mëtejshme**

Gjetjet nga ky studim hedhin dritë mbi prevalencën e obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç në vendin tonë. Do të kishte qenë me shumë dobi dhe interes në të njëjtën kohë, studimi i prevalencës së obezitetit tek e gjithë popullsia e Shqipërisë. Po ashtu, në këtë studim janë bërë përpjekje për të studiuar kompleksitetin e shkaqeve dhe pasojave të obezitetit. Do të ishte me interes të eskploroheshin akoma më shumë shkaqet e obezitetit. Po ashtu, edhe të mbingrënies. Dieta jonë tradicionale nuk është e shëndetshme dhe studimet do të ndihmonin që kjo temë të qartësohej në mënyrë që të merreshin edhe masa efikase, të shpërndareshin informacione lidhur me dëmet konkret që vijnë nga kjo mënyrë ushqyerje.

Po ashtu, në nivel kombëtar nuk ekzistojnë aspak marrëdhënie të mira me aktivitetin fizik. Kështu, në këtë studim del qartë, që shqiptarët nuk e përfshijnë aktivitetin fizik si pjesë e “detyrave”. Studimet e mëtejshme do të ndihmonin njohjen me shifrat si dhe që do të kontribuonin në të kuptuarin e kësaj sjelljeje, e për rrjedhojë, do të ndihmonin shumë që të ofroheshin edhe këshilla më adapte lidhur me mënyrat se si mund të përforcohet kjo sjellje.

Përsa i përket pasojave shëndetësore, studimet e lidhin obezitetin me një sërë sëmundjesh, por ndonjëherë është e paqartë origjina e vërtetë e këtyre problemeve. Kjo sepse obeziteti mund të përshpejtojë atë që mund të jetë një problem shëndetësor i trashëguar. Kështu, që do të ishte mirë të hidhej dritë mbi shkaqet e sakta të këtyre problemeve dhe mënyrën se si konkretisht ndikon obeziteti. Po ashtu, gjetjet nga ky studim, po edhe nga studime të tjera, hedhin dritë mbi kompleksitetin e marrëdhënies ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik. Të dhënat dëshmojnë se obeziteti dhe simptomat depresive janë shumë të përhapura në shoqëri dhe është esenciale që të studiohen më tej mënyra se si lidhen, ndikimi shkakor mes tyre, kjo duke përdorur studime sasiore dhe cilësore. Kjo sepse, nisur nga shumë arsye, përfshirë dizenjimet e

studimeve, kampionet, variablat, etj. kërkimet lidhur aspektet psikologjike të obezitetit akoma nuk kanë qenë në gjendje që të prodhojnë përfundime të qarta.

Gjithashtu, do të ishin të nevojshme kërkime të mëtejshme lidhur me nevojën për të përcaktuar efektivitetin e ndërhyrjeve trajtuese. Gjithashtu, do të ishte e nevojshme të studiohej lidhur me terapitë sjellore të cilat kombinojnë dietën dhe aktivitet fizik.

Aspekt tjetër i nevojshëm për tu studiuar më tej do të ishte efektiviteti ndërhyrjeve në kujdesin shëndetësor parësor, në të cilat duhet të kombinohen aspektet psikologjike sëbashku me ato nutricionale. Këto terapi mund të ofrohen në formën e grupeve të punës, pasi deri më tani kanë rezultuar efektive dhe të mundshme për t'u praktikuar konkretisht.

Gjetje tjetër e rëndësishme e këtij studimi ishte fakti që dietat dhe ciklimi i peshës ishin eksperiencia të zakonshme për pjesëmarrësit në studim. Do të ishte shumë e nevojshme të kryheshin studime më sistematike lidhur me pasojat e ciklimit të peshës. Të dhënat lidhur me rreziqet shëndetësore të lidhura me obezitetin janë të publikuara gjerësisht, por mungojnë të dhënat lidhur pasojat në shëndet të dietave, si dhe të ciklimit të peshës. Kjo shtron nevojën e kryerjes së studimeve për të qartësuar dëmet konkrete nga dieta dhe ciklimi i peshës.

Do të ishte me interes të dëshmohej se të qenët mbipeshë lidhet pozitivisht me mbajtjen dietë, si dhe me simptomat depressive. Me interes do të ishte edhe investigimi më i detajuar i marrëdhënies ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik. Kjo është akoma më e vështirë për shkak të mungesës së studimeve të mëparshme. Pastaj, për të arritur në përfundime më të sakta, ndoshta do të ishte mirë të studiohej popullata obeze krahasuar me atë joobeze.

# Kapitulli IV: Gjetje të studimit

## a- Të dhëna të përgjithshme për subjektet në studim

Në këtë kapitull janë paraqitur të gjitha gjetjet, duke qartësuar kështu më shumë hipotezën, mbi të cilin është ngritur studimi. Rezultatet janë përfutur nga analiza statistikore e të dhënave të grumbulluara nga vlerësimet me pjesëmarrësit.

Të dhënat janë paraqitur në tabela, duke vlerësuar rëndësinë e variablave sipas përqindjeve dhe në numër absolut. Gjithashtu paraqitja grafike qartëson ndryshimet e vërejtura. Ndryshimet janë bërë në formën e ndryshimit në përqindje për të gjithë kategoritë në studim dhe krahasueshmëria e gjetjeve tregon dallimin midis variablave. Kriteri për të gjykuar sinjifikancën e krahasimeve është testi Chi-square me vlerë 0.05.

Tabela 5: Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale.

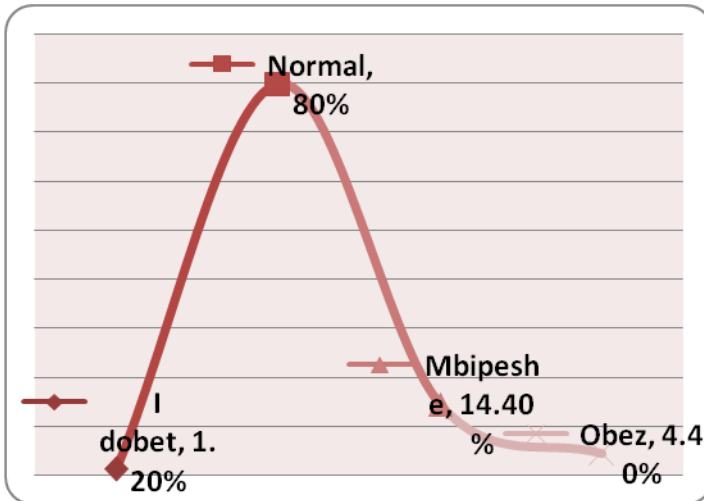
Konsumojnë mëngjes	Zona		
	Urbane	Rurale	Totali
Po	46.90%	53.10%	100.00%
Jo	45.30%	54.70%	100.00%
Totali	46.50%	53.50%	100.00%

Përsa i përket konsumimit të mëngjesit, i pasqyruar në Tabelën 6, vëmë re që në zonën urbane ka diferencë të lehtë në favor të fëmijëve që hanë mëngjes, ndërsa në zonat rurale ka një diferencë të vogël në favor të fëmijëve që nuk hanë mëngjes.

Tabela 6 Shpërndarja e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve sipas moshës dhe gjinisë.

Fëmijët gjini/moshë	Konsumojnë mëngjes		
	Po	Jo	Totali
Djem 10-11	72.70%	28.30%	100%
Djem 12-13	74.40%	25.60%	100%
Djem 14-15	71.70%	28.30%	100%
Vajza 10-11	71.90%	28.10%	100%
Vajza 12-13	68.50%	31.50%	100%
Vajza 14-15	68.70%	31.30%	100%

Përsa i përket shpërndarjes së konsumimit të mëngjesit duke axhustuar moshën dhe gjininë, mund të vëmë re që konsumi i mëngjesit është më i lartë tek vajzat dhe është një dukuri që bie me rritjen në moshë.



$p < 0.001$

Figura 10 Shpërndarja e BMI-së mes fëmijëve pjesëmarrës.

Përsa i përket peshës së pjesëmarrësve, vëmë re që 4.40% rezultojnë të jenë në nivelet e obezitetit, 14.40% janë në nivelet e mbipeshës (gjë që përbën një rrezik të lartë për obezitet).

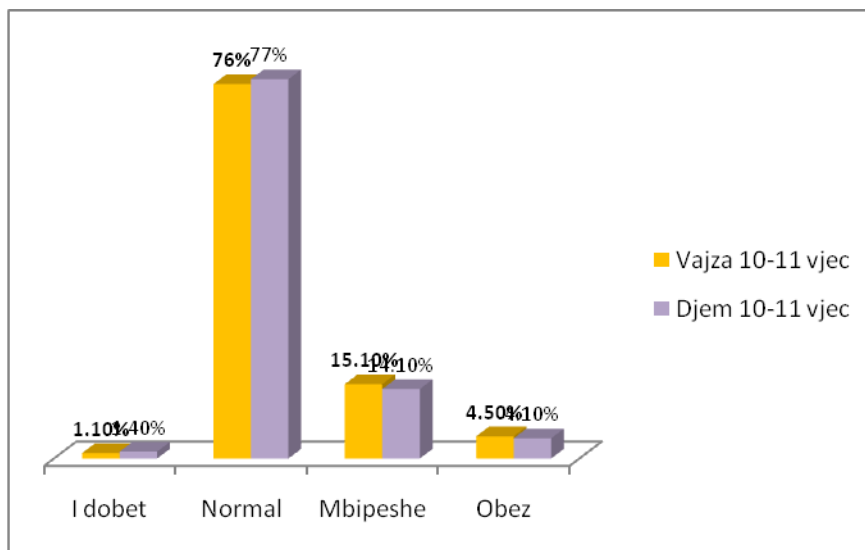


Figura 11 Shpërndarja e IMT-së tek fëmijet 10-11 vjeç në bazë të gjinisë.

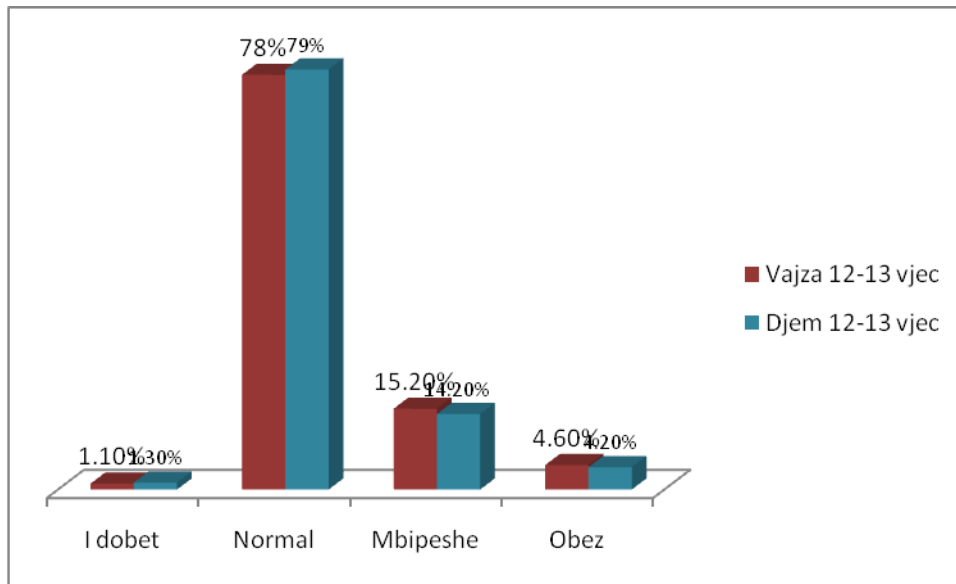


Figura 12 Shpërndarja e IMT-së tek fëmijet 12-13 vjeç në bazë të gjinisë .

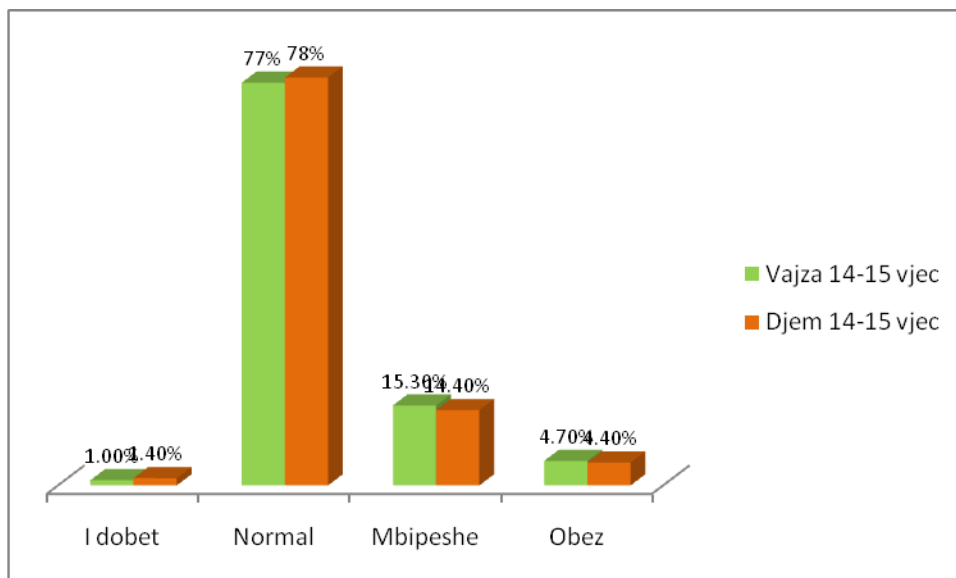


Figura 13 Shpërndarja e IMT-së tek fëmijet 14-15 vjeç në bazë të gjinisë

Figurat reflektojnë se mbipesha dhe obeziteti janë në nivele më të larta tek femrat se sa tek meshkujt, për të tre kategoritë e moshës në studim.

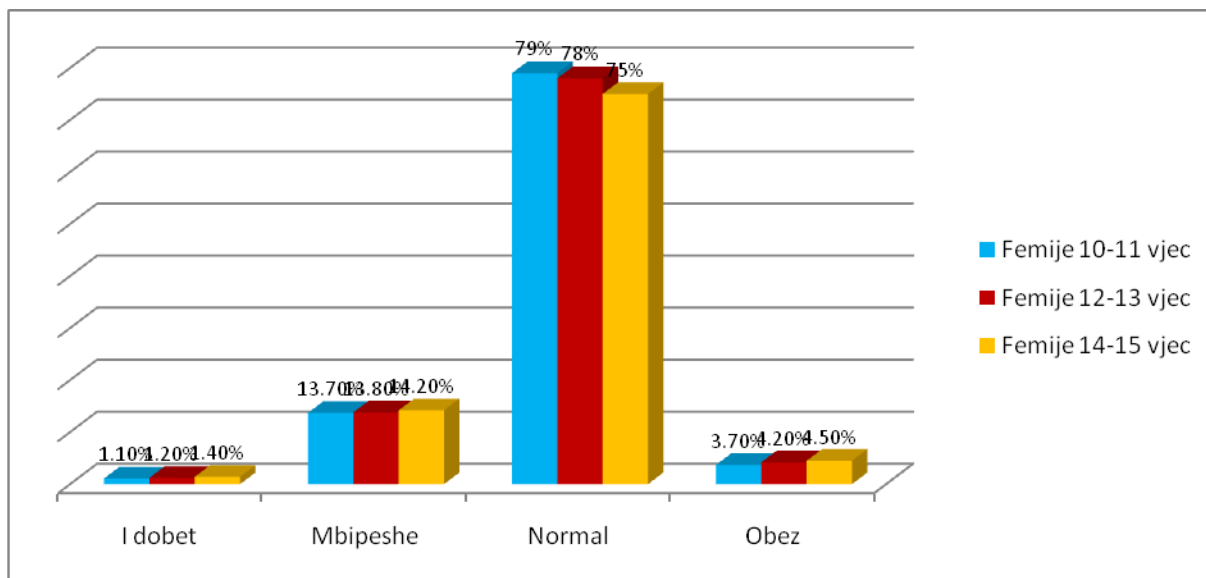
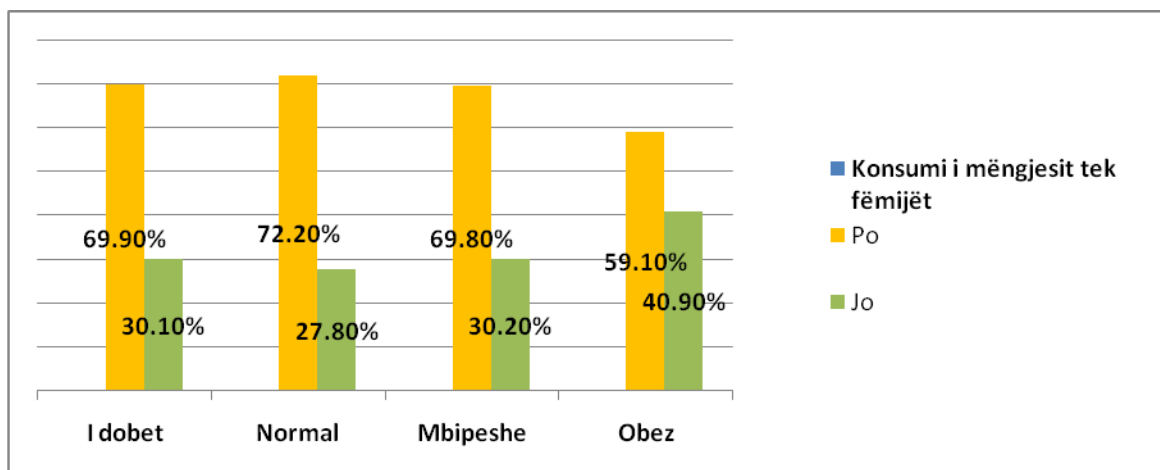


Figura 14: Shpërndarja e IMT-së te fëmijët 10-15 vjeç, të grupuar në bazë të moshës.

Shpërndarja e peshës sipas moshës na sjell në vëmendje që obeziteti dhe mbipesha janë dukuri që rriten me rritjen në moshë.

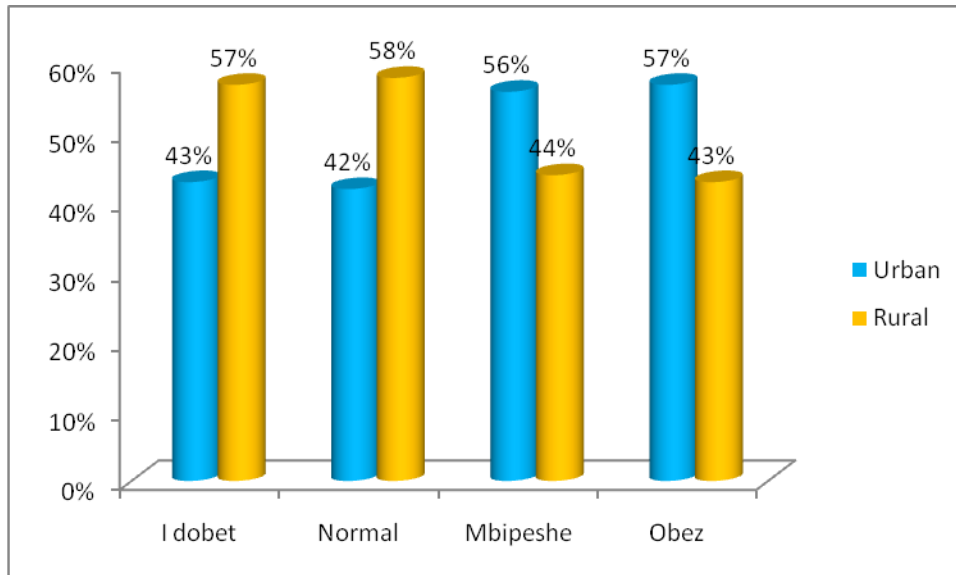


P<0.003

Figura 15: Shpërndarja e fëmijëve në bazë të IMT-së dhe konsumit të mëngjesit.



Sikurse mund të vëmë re, në të gjithë grupet e peshave të studiuara, ka një përqindje të lartë të personave që konsumojnë mëngjesin, duke shkuar në disa raste në më shumë se dyfishin e përqindjes së respondentëve që raportojnë se nuk konsumojnë mëngjes.



\*P<0.001

Figura 16: Shpërndarja e IMT-së në % mes fëmijëve sipas zonave urbane/rurale.

Nëse do ti referoheshim të dhënave të përftuara, rezulton se për peshën “i dobet” dhe “normal” ka përqindje më të lartë në fëmijët që jetojnë në zona rurale, ndërsa, përsa u përket kategorive “mbipeshë” dhe “obez”, vihet re një përqindje më e lartë në qytet.

#### **b- Tabela mbi nivelin e vetëvlerësimit të Rosenbergut dhe Body Shape Questionnaire**

Rosenbergu e përkufizon vetëvlerësimin si "shumë të mendimeve dhe të ndjenjave të individit, të referuara ndaj objektit që në këtë rast është vetvetja". Pyetësi i Rosenbergut njehson gjendjen e vetëvlerësimit si shuma e pikëve për çdo pohim: janë 10 pohime në total, vlera maksimale është 15 pikë dhe ajo minimale 0 pikë. Sa më e madhe të jetë vlera e pikeve të grumbulluara nga përgjigjet, aq më i madh është niveli i vlerësimit që pjesëmarrësit kanë për veten e tyre.

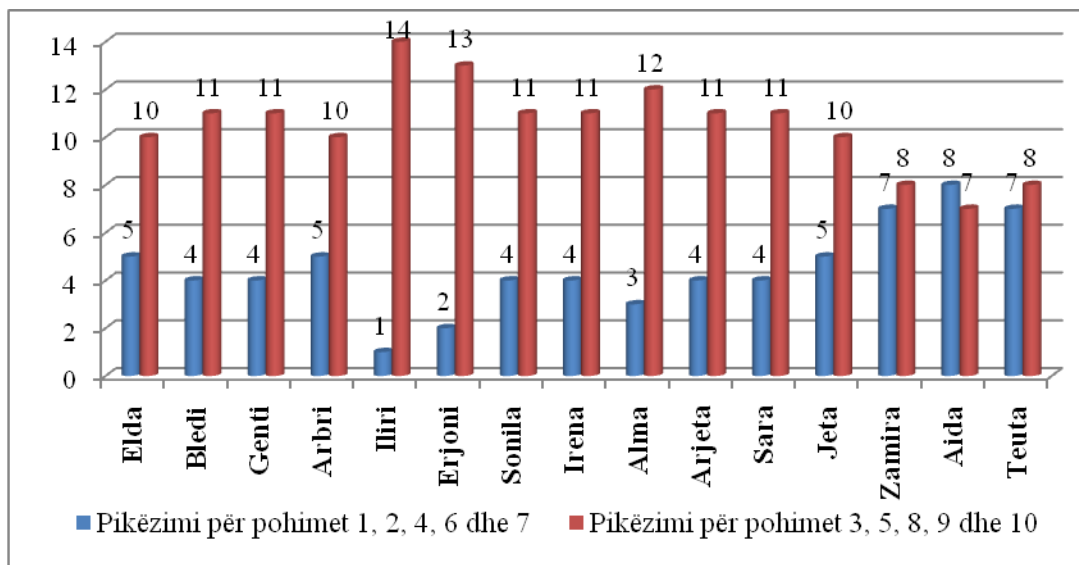


Figura 17. Pikëzimi i përgjithshëm i Inventarit të Rozenbergut.

Të gjithë pjesëmarrësit raportojnë nivele të ulta vlerësimi për veten. Nga llogaritjet shohim se asnjë pjesëmarrës nuk e ka arritur vlerën maksimale prej 15 pikësh. Vetëm Arbri dhe Genti kanë grumbulluar 10 pikë, duke raportuar një nivel më të lartë vlerësimi krahasuar me pacientët e tjerë. Gjithashtu, shohim se Iliri ka nivelin më të ulët duke e bërë atë individin më me pak vlerësim për veten. Shpërndarja më e detajuar e subjekteve sipas pikëzimit të Inventarit të Rosenbergut paraqitet në grafikët në vijim.

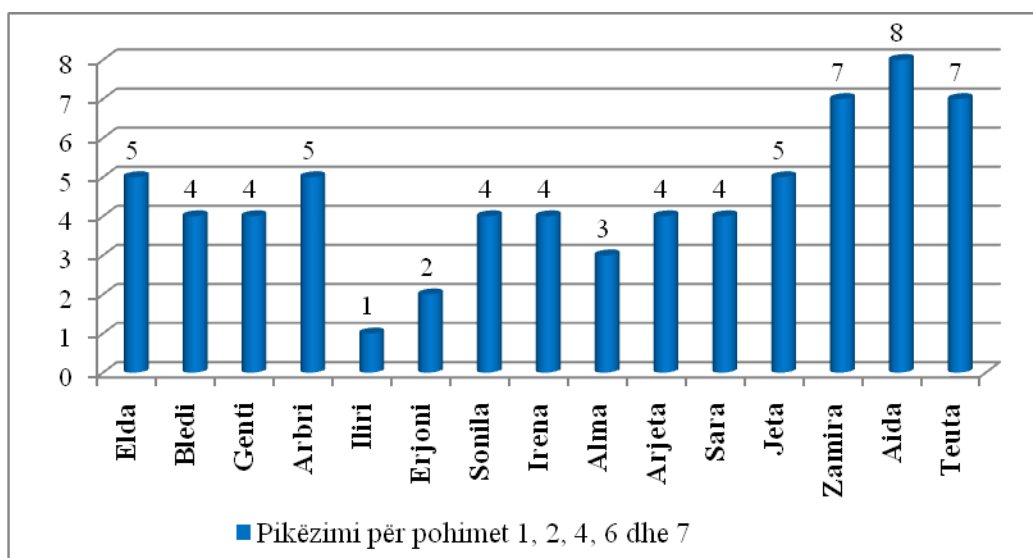


Figura 18 Pikëzimi i Inventarit të Rozenberg-ut për pohimet 1, 2, 4, 6, 8.

Figura 18 paraqet një vështrim të detajuar mbi pikëzimin e pohimeve 1,2,4,6, 7. Pikët për secilën nga pyetjet janë 0 deri në 15, ku 15 janë pikët maksimale. Kjo mënyrë e ndërtimit të pyetjeve lejon reduktimin e biasit të raportimit nga pjesëmarrësit.

Nga Figura19 shohim se nivelin më të lartë të pikëve të grumbulluara i kanë Aida me 8 dhe Zamira me Teutën përkatësisht me 7 secila. Në total, femrat janë relativisht më të ndikuara nga pamja e jashme dhe kanë një nivel vlerësimi më të ulët krahasuar me gjininë mashkullore.

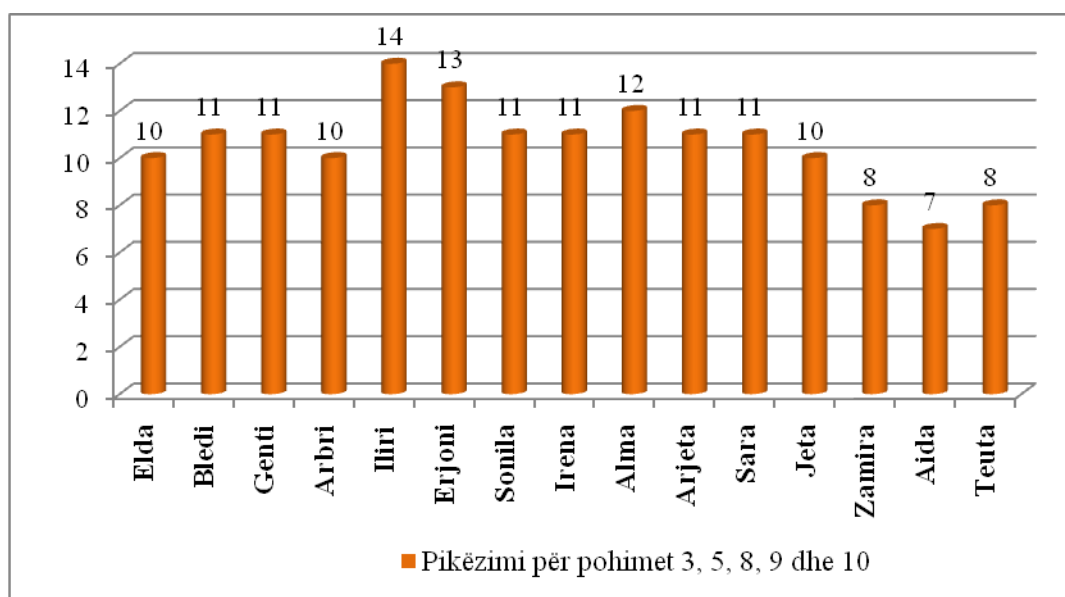


Figura 19. Pikëzimin i Inventarit të Rozenbergut për pohimet 3, 5, 8, 9, 10

Në ndryshim nga pohimet e tjera, këto pyetje vlerësimin e kanë të anasjelltë, nga 15 deri në 0. Pra një pikëzim i ulët tregon vetëvlerësim të lartë. Sërisht edhe në këtë paraqitje grafike vëmë re nivel jo të mirë të vlerësimit për veten. Kemi një përputhje midis dy grafikëve, duke nënkuptuar kështu minimizimin e gabimit të raportimit të subjekteve. Ashtu si në Figurën 20, Iliri është individi më vetëvlerësimin më të ulët.

Në këtë studim tonë përqindja e subjekteve që kanë mendim jo të mirë për veten është 40%. Ata dëshirojnë të kenë më shumë respekt për vetëveten dhe mendojnë se nuk kanë për

çfarë të jenë krenar. Krenaria e tyre është e cënuar nga gjendja e obezitetit. Ky ndryshim është statistikisht domethënës sepse vlera “p” është me e vogël se 5%. Paragjykimet nga personat e tjerë gjithashtu kanë gjasa të ndikojnë në uljen e krenarisë së pjesëmarrësve.

Tabela 7. Niveli i pikëzimit për Body Shape Questionnaire

Shkalla		Përqindje
Më pak se 80	Nuk shqetësohen për pamjen e jashtme	0
Nga 80 deri në 140	Shqetësim i moderuar për pamjen e jashtme	53,3
Mbi 140	Shqetësim i shprehur për pamjen e jashtme	46,7

Për sinjifikancën e kënaqësisë nga imazhi trupor shuma totale është 34 nga 14 pyetje që derivojnë. Vlera maksimale e pikëzimit është 204 dhe ajo minimale 34. Vlera maksimale e pikëzimit tregon një nivel të lartë të pakënaqësisë nga imazhi trupor individual.

Nga Tabela 7 shohim se vlera mesatare është 127,73 me një deviacion standart  $\pm 22,6$ . Të gjithë pjesëmarrësit janë të shqetësuar për pamjen e tyre të jashtme. Kjo vërteton dhe literaturën e marrë në shqyrtim.

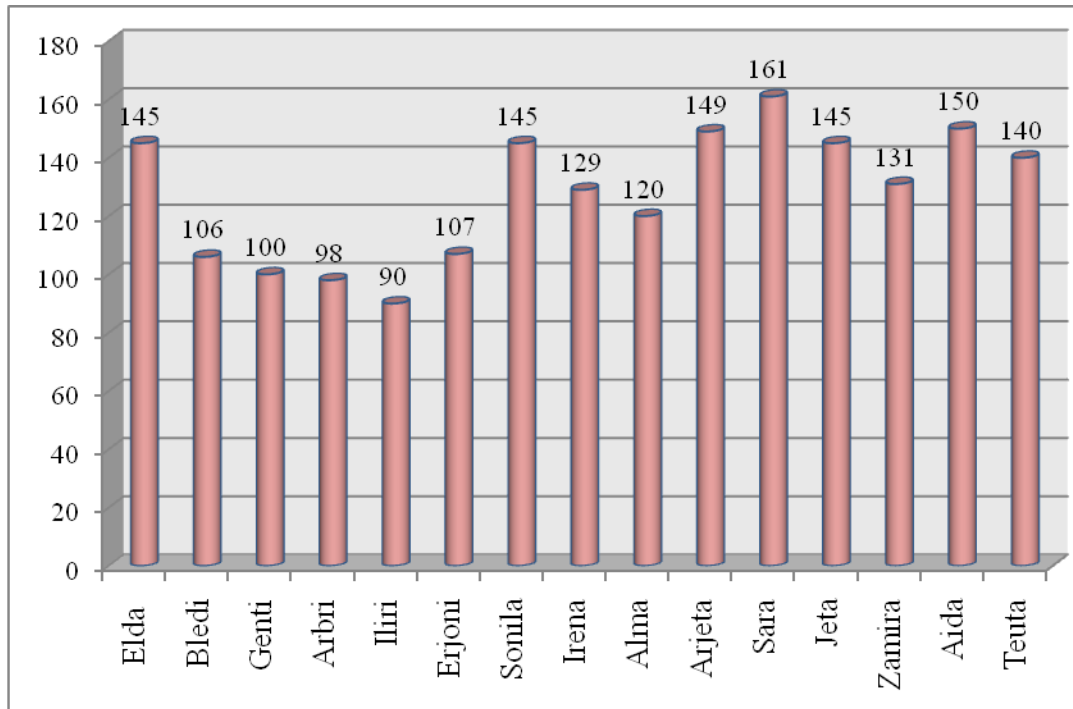


Figura 20. Pikëzimi i *Body Shape Questionnaire* për pjesëmarrësit në studim.

Nga Figura 20 Pikëzimin për *Body Shape Questionnaire* për pjesëmarrësit e marrë në studim, shohim se vlera mesatare është e madhe 127,73, me një deviacion standart  $\pm 22,6$ . Pikëzimi është individual për pjesëmarrësit. Pjesëmarrësi numër 5 ka vlerën në të ulët me 90 dhe pjesëmarrësi numër 11 ka vlerën më të madhe: 161. Shohim se të gjithë pjesëmarrësit, i japin rëndësi pamjes por një vlerë afër 80 njësi do të thotë që individi i jep relativisht pak rëndësi pamjes së jashtme ndërsa pjesëmarrësit që kanë deklaruar ti japin shumë rëndësi pamjes e kanë pikëzimin mbi 140 njësi. Genti ka vlerën më të ulët, duke e bërë atë individin që i jap më pak rëndësi mënyrës sesi duket krahasuar me subjektet e tjera. Nga meshkujt e përfshirë në studim personi që i jep shumë rëndësi imazhit është Erjoni ndërsa nga femrat është Sara. Sara është individi me moshën më të vogël dhe ka gjasa që me rritjen e moshës të ulët rëndësia që rastet i japin pamjes së jashtme. Kjo hipotezë mund të shërbejë si temë hulumtimi për studjuesit e tjerë.

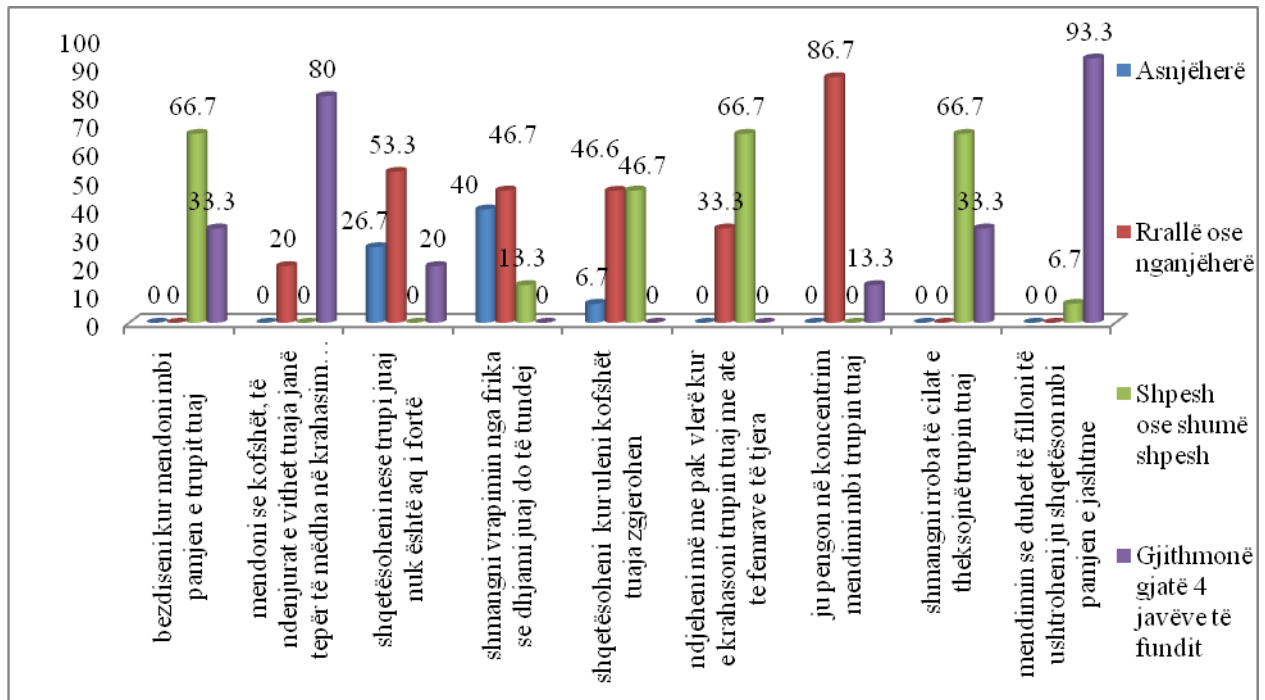


Figura 21. Ndikimi i pamjes së jashtme në sjellje dhe qëndrime të pjesëmarrësve ( në përqindje)

Nga paraqitja grafike e mësipërme shohim se sjelljet e pjesëmarrësve dhe qëndrimet e tyre janë shpesh ose shumë shpesh të ndikuara nga pamja tyre e jashtme. Duke marrë parasysh frekuencën e pjesëmarrësve që dëshmon se ata “limitohen” për shkak të indeksit të tyre të masës trupore, mund të themi ndikim i obezitetit në këta subjekte është relativisht i madh.

Tabela 8 Mendimi se pamja e jashtme vjen si rezultat i mungesës së vetëkontrollit.

Variabli	Frekuencë	Përqindje
Shpesh ose shumë shpesh	13	86,6
Gjithmonë gjatë katër javëve të fundit	2	13,4

Mungesa e vetëkontrollit dhe të ngrënit emocional kanë një lidhje pozitive me obezitetit. Më shumë se 80% e individëve mendojnë se pamja e jashtme e tyre ka ardhur si pasojë e mungesës së vetëkontrollit. Kjo përqindje tregon një nivel shumë të ulët vetëkontrolli kur bëhet fjalë për konsumimin e ushqimeve.

E parë nga një tjetër këndvështrim, impulsiviteti që rastet shfaqin është i madh. Ka gjasa që ushqimi për këta subjekte të jetë një formë lehtësimi ose të shërbejë si qetësues ndaj presionit që faktorë të jashtëm ushtrojnë në këta individë. Ata gjejnë “strehim” tek konsumimi i ushqimeve

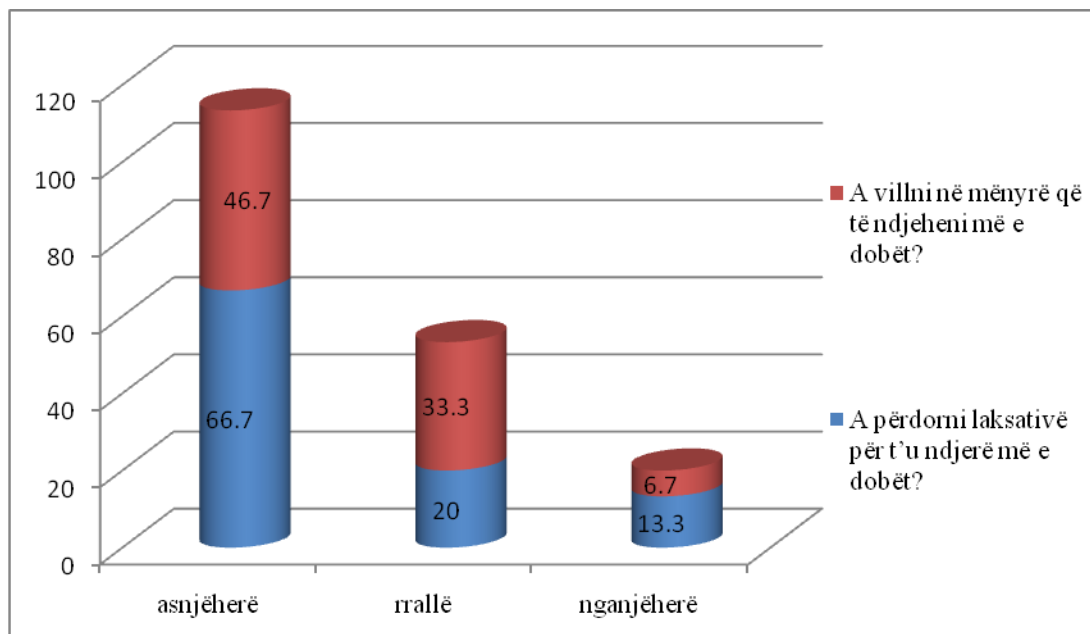


Figura 22. Përdorimi i laksativëve dhe provokimi i të vjellave nga pjesëmarrësit për t'u ndjerë më të dobët, në përqindje.

Përdorimi i laksativëve dhe provokimi i të vjellave rrallë është përkatësisht 20% dhe 33%, ndërsa afërsisht 13% e pjesëmarrësve përdorin laksativë ndonjëherë dhe vetëm 6.7% i shkaktojnë vetë të vjelljat për t'u “çliruar” nga ushqimi i tepërt.

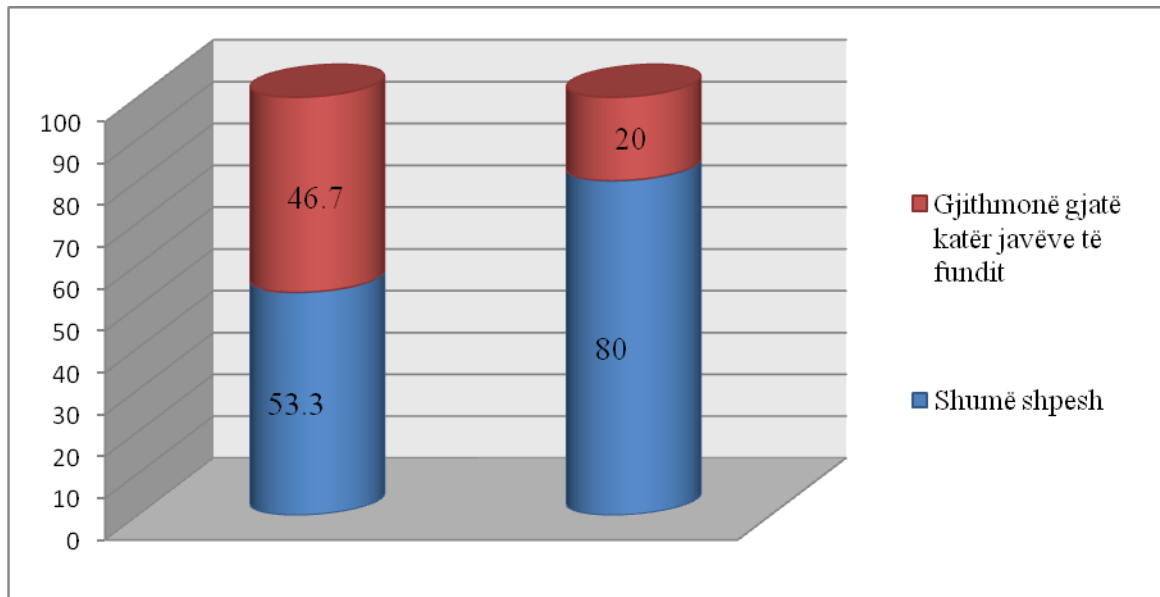


Figura 23. Frekuenca në përqindje që pjesëmarrësit ndjenjë nevojën për të mbajtur dietë dhe frekuencën që kanë mbajtur konkretisht dietë

Të gjithë rastet raportojnë nevojën për të mbajtur dietë, për të reduktuar kështu peshën trupore. Përqindje e konsiderueshme (53%) e tyre këtë nevojë e kanë shpesh dhe 46% e kanë gjithmonë gjatë katër javëve të fundit. Nga këto, rreth 80% mbajnë shumë shpesh dietë dhe 20% e subjekteve mbajnë gjithmonë dietë gjatë këtyre 4 javëve të fundit.

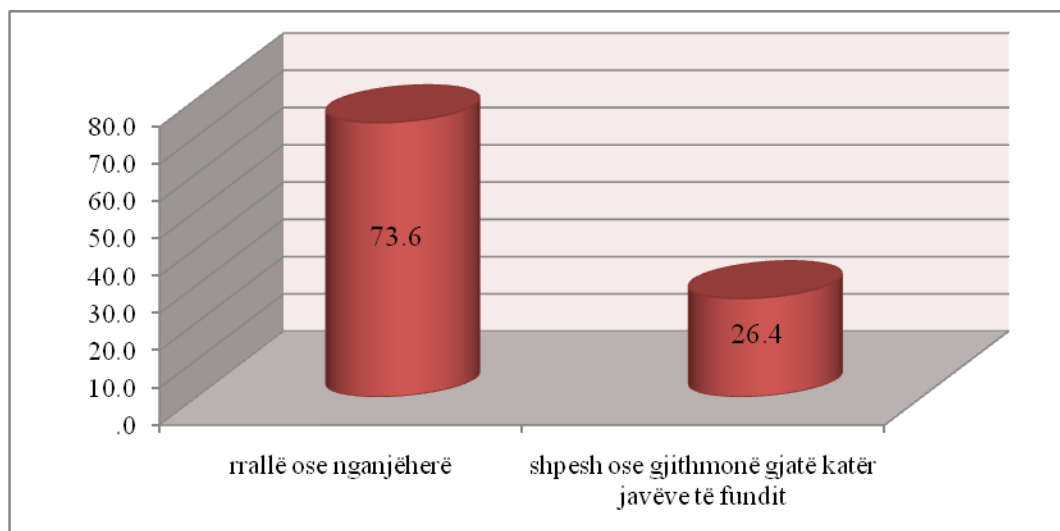


Figura 24. Ndikimi në përqindje që ka mendimi për pamjen e jashtme në përqëndrimin e pjesëmarrëve.



Rreth 73 % e pjesëmarrësve kanë rrallë ose ndonjëherë probleme në përqëndrim dhe më shumë se 26% kanë patur shpesh probleme përqëndrimi. si pasojë e të menduarit gjithë kohën lidhur me peshën gjatë muajit të fundit.

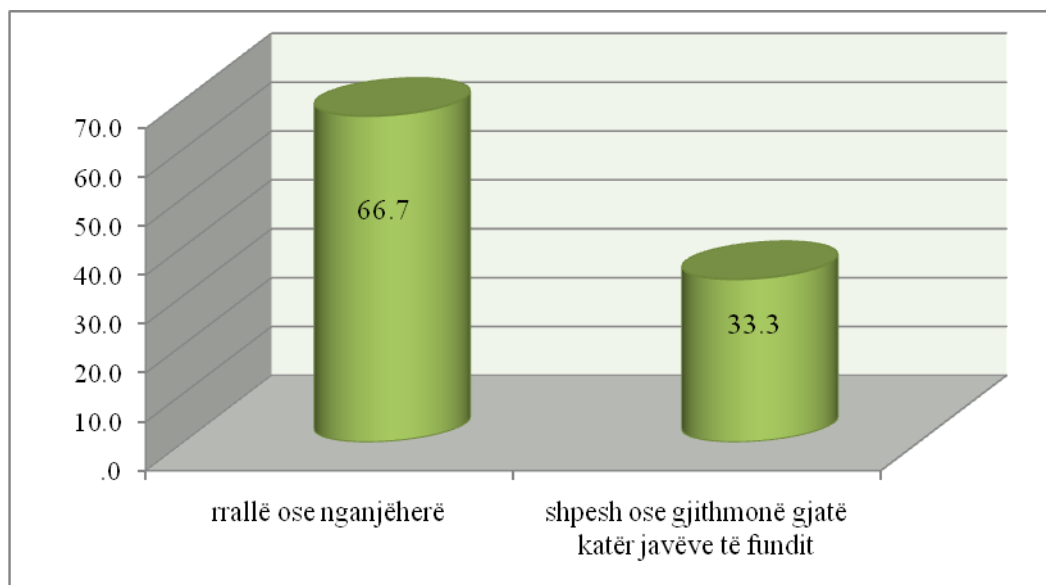


Figura 25. Frekuenca në përqindje e shmangies së aktiviteteve shoqërore apo argëtuese

Kur analizojmë nivelin e pjesëmarrjes nëpër aktivitete sociale apo argëtuese, 33% e pjesëmarrësve raportuan se, për shkak të peshës tepër të madhedhe frikës se do të paragjykohe, ato i shmangen këtyre aktiviteteve rrallë dhe e njëta përqindje për shpesh ose gjithmonë gjatë këtyre katër javëve të fundit.

Tabela 9 Frekuenca e raportuar e faktorëve precipitues në zhvillimin e dukurisë së obezitetit.

Variabli	Episode depresioni, akthi, pagjumësie	Përdorimi i medikamenteve të paktën një herë	Histori diabeti
<b>Po</b>	33,3	33,3	13.3
<b>Jo</b>	66,7	66,7	86,7
<b>Total</b>	100	100	100

Më sipër janë renditur disa nga faktorët e raportuara nga subjektet si faktorë precipitues që ndikojnë gjithashtu në obezitet. Historitë e mëparshme të simptomave depresive, pagjumësia, problemet e ankthit, përdorimi i medikamenteve, si: antidepressantët, medikamentet kundër pagjumësisë dhe anti-anksiolitikët janë disa nga pasojat e obezitetit. Në këtë studim, më shumë se 33% e rasteve deklaruan se në anamnezën e tyre mjekësore kanë kaluar situata me simptoma depresive; po e njëjta përqindje (33%) deklarojnë se kam marrë të paktën një herë medikamente për këto patologji. Vetëm 13,3 e subjekteve kanë diabet të tipit II.

**c- Tabelat e frekuencave të shpërndarjes mbi variablat në studim dhe krostabulatet.**

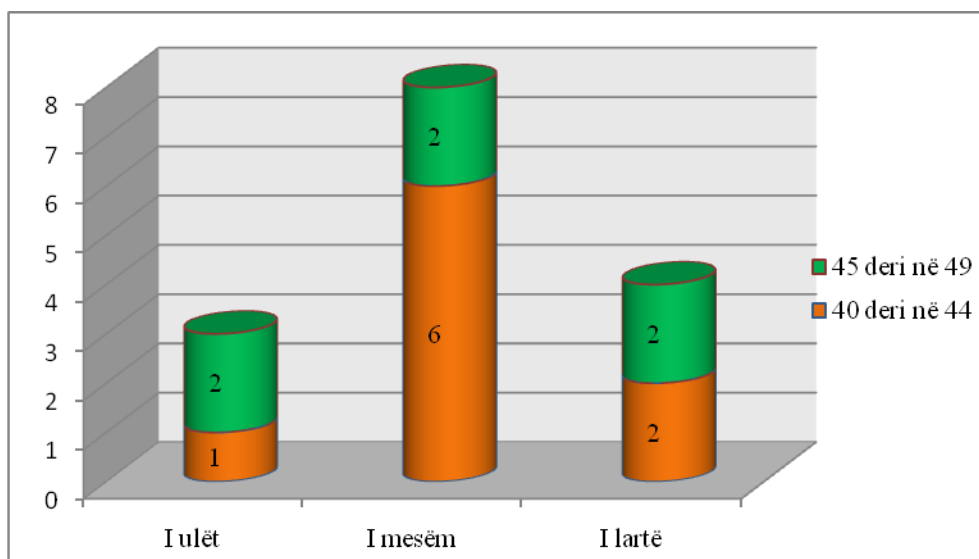


Figura 26. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas IMT-së dhe statusit ekonomik

Në grafikun e mësipërm krahasojmë indeksin e masës trupore dhe variablin e statusit socio-ekonomik. Shpërndarja e personave që kanë një indeks trupor relativisht (45 deri në 49) më të madh është i njëjtë për të gjitha nivelet ekonomike. Nuk ekziston ndryshim domethenës midis IMT-së dhe statusit ekonomiko-social, pra niveli ekonomik nuk përbën faktor mbrojtës ndaj obezitetit. Vlera e chi-square është më e madhe se 5% (1,806), duke konfirmuar se ndikimi i statusit ekonomik në statusin mbipeshë është i pakët.

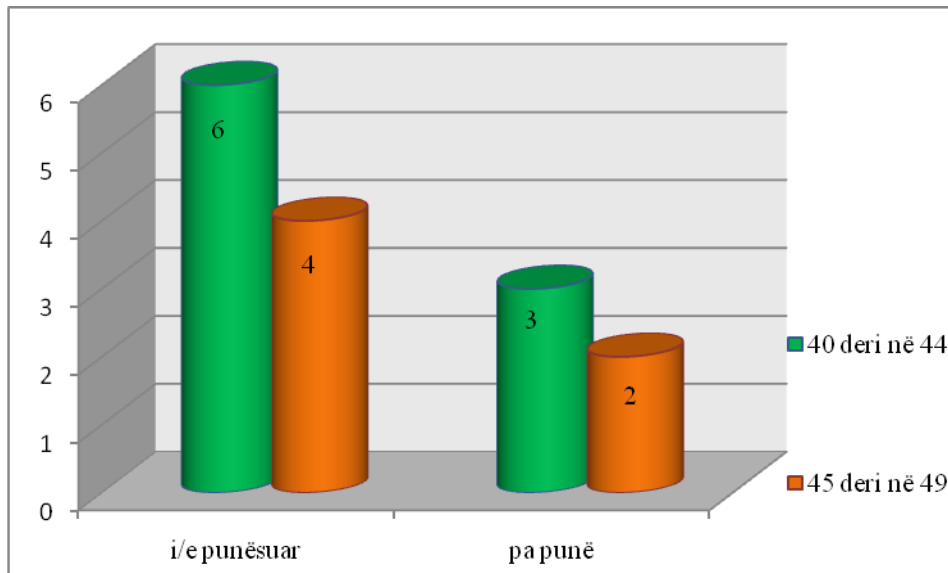


Figura 27. Krahasimi i pesëmarrësve sipas IMT-së dhe punësimit.

Nëse analizojmë nivelin e punësimit i vetërapotuar nga subjektet, shohim se personat e punësuar kanë më shumë gjasa të bëhen obezë krahasuar me personat e papunësuar. Ky ndryshim është statistikiisht domethënës. Vlera e chi-square është më e vogël se 0,05. Ndoshta kjo lidhet me mënyrën e të ushqyerit, pasi personat e punësuar pranë qendrave të punës nuk mund të konsumojnë ushqime të shëndetshme, përkundrazi. Po ashtu koha e kufizuar që u mbetet personave të punësuar në shtëpi, minimizim mundësinë e tyre për të gatuar ushqime të shëndetshme apo për t'u përfshirë në aktivitete fizik.

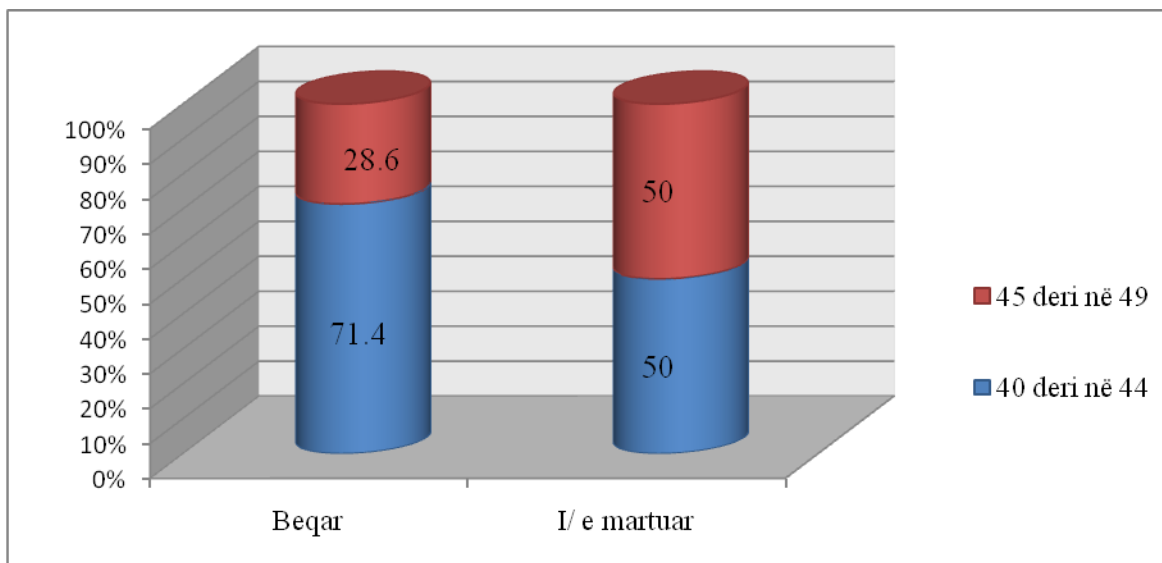


Figura 28. Shpërndarja në përqindje e subjekteve sipas IMT-së në kategori dhe statusi i gjëndjes civile.

Kur krahasojmë indeksin e masës trupore me statusin e gjëndjes civile, vëmë re se nuk ka dallim midis statusit civil dhe indeksit të masës trupore të pjesëmarrësve në studim.

Ndryshimi është statistikiisht jo sinjifikant midis IMT-së për pjesëmarrësit që janë beqarë ose të martuar, vlera e chi-square është 0,714.

Tabela 10 Tabela 2x2 duke bërë krahasimin e indeksit të masës trupore me punësimin dhe e axhustuar me moshën e pjesëmarrësve.

Moshë në kategori			IMT në kategori		Total
			40 deri në 44	45 deri në 49	
20 deri ne 29	Punësimi	i/e punësuar	1	1	2
		pa punë	1	0	1
	Total		2	1	3

<b>30 deri ne 39</b>	<b>Punësimi</b>	i/e punësuar	3	1	4
		pa punë	2	0	2
	<b>Total</b>		5	1	6
<b>40 deri ne 49</b>	<b>Punësimi</b>	i/e punësuar	2	2	4
		pa punë	0	2	2
	<b>Total</b>		2	4	6

Tabela e mësipërme është një tabelë 2x2 dhe bën krahasimin e indeksit të masës trupore me punësimin dhe është axhustuar me moshën e pjesëmarrësve. Kjo bëhet për të matur ndikimin që ka niveli i punësimit në IMT. Kurse axhustimin apo standartizimin e përdorim për të mbajtur nën kontroll ose “konstante” një variabël që në këtë rast është grupmosha e pjesëmarrësve duke lejuar kështu krahasimin me studimet e tjera.

Gjasat për obezitet janë me dy herë të larta tek subjektet e punësuar krahasuar më ato jo të punësuar. Gjithashtu ka gjasa që personat që janë në marrëdhënie pune kanë një nivel relativisht më të lartë të vetë-vlerësimit krahasuar me individet që janë të papunë. Ky ndryshim është statistikiisht domethënës, vlera e chi-square është  $p < 0,05$ .

*Tabela 11. Krahasimi i Indeksit të masës trupore (në kategori) me simptoma depresive, ankthin dhe pagjumësinë.*

		Çregullime psikologjike		Total
		Po	Jo	
<b>IMT në kategori</b>	<b>40 deri në 44</b>	5	4	9
	<b>45 deri në 49</b>	0	6	6

Dhe pse ndryshimi është statistikisht jo domethënës, vlera Chi-Square është më e madhe se 0,05 lidhja midis çrregullimeve psikologjike dhe obezitetit është pozitive. Të gjithë pjesëmarrësit që e kanë indeksin e masës trupore 40 deri në 44 kanë deklaruar të kenë patur episode të depresionit, pagjumësi dhe/ose probleme të ankthit, por duke marrë parasysh se të gjithë pjesëmarrësit kanë një nivel IMT-së të ashpër ka gjasa që këto diferenca të mos lidhen me problemet e lartpërmendura.

Tabela 12. Krahasimi i IMT-së (në kategori) me përdorimin e medikamenteve antidepressivë ose anksiolitikë të paktën një herë gjatë vitit të fundit.

		<b>Përdorimi i medikamenteve</b>		<b>Total</b>
		<b>Po</b>	<b>Jo</b>	
<b>IMT në kategori</b>	<b>40 deri në 44</b>	2	7	9
	<b>45 deri në 49</b>	3	3	6

Kur krahasojmë përdorimin e medikamenteve të paktën një herë gjatë vitit të fundit, shohim se individët me indeks të masës trupore 45 deri në 49 kanë përdorur 1,5 herë më shumë medikamente për të trajtuar episode të çrregullimeve psikologjike krahasuar me subjektet me IMT 40 deri në 44. Por ky ndryshim nuk është statistikisht domethënës, vlera e Chi Square është më e madhe se 0,05. Nuk ka gjasa të mendojnë se obeziteti ndihmon pozitivisht apo negativisht në konsumimin e medikamenteve të përdorura për trajtimin e ndaj çrregullimeve psikologjike si depresioni apo ankthi.

Tabela 13 Krahasimi i IMT (në kategori) me histori të diabetit.

		<b>Diabeti</b>		<b>Total</b>
		<b>Po</b>	<b>Jo</b>	
<b>IMT në kategori</b>	<b>40 deri në 44</b>	2	7	9
	<b>45 deri në 49</b>	0	6	6

Në studim rezultojnë dy pjesëmarrës që aktualisht janë me diabet. Subjektet me diabet e kanë indeksin e masës trupor 40 deri në 44 por niveli i kritik i këtij indeksi i bën këto subjekt shumë të riskuar për të patur komplikacione shëndetësore. Edhe pse vlera Chi-Square është më e madhe se 0,05, lidhja midis obezitetit dhe diabetit është e vërtetuar në literaturën shencore me nivel të lartë besueshmërie.

*Tabela 14. Krahasimin e indeksit të masës trupore (në kategori) me anamnezën personale për episode depresioni, ankthi, pagjumësie e standartizuar për gjininë.*

Gjinia			Episode depresioni, akthi, pagjumësie		Total
			Po	Jo	
Femër	IMT në kategori	40 deri në 44	1	3	4
		45 deri në 49	0	6	6
	<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Mashkull	IMT në kategori	40 deri në 44	4	1	5
	<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Duke përdorur standartizimin për gjininë mundemi të krahasojmë më mirë ndikimin në kanë episodet depressive dhe të ankthit në obezitet.

Nga *Tabela 14* shohim se meshkujt me indeks të masës trupore 40 deri në 44 kanë patur episode depresioni, ankthi dhe/ose pagjumësie më shumë se femrat, por ky ndryshim midis gjinive është statistikisht domethënës. Vlera e testit Chi-Square është më e madhe se 0,05.

**Përdorim modelin e regresionit linear, duke përshkruar kështu lidhjen midis dy variablave.** Regresioni linear i thjeshtë përshkruan lidhjen midis dy ose më shumë variablave. Variabli i varur është indeksi i masës trupor IMT ndërsa i pavaruri është mosha. Konstantja “b” është pozitive (39.2), dhe tregon se rritja e moshës shoqerohet me rritjen e IMT-së. Lëvizja është në një drejtim dhe lidhja është pozitive. Shihet qartëse mosha është faktor risku për obezitetin, pra me rritjen e moshës rriten dhe gjasat që indeksi i masës trupore të rritet. Vlera e probabilitetit është  $p < 0,001$ .

*Tabela15. Testi F per dy varianca, për të testuar raportin e variancës mes mesatareve me variancën mes pjesmarrësve për pohimet e vetëvlerësimit të Rosenberg-ut dhe pikëzimin e pyetësorit të Body Shape Questionnaire.*

<b>Numri i pjesmarrësve</b>	<b>Pohimet 1,2,4,6,7 të Rosenberg</b>	<b>Pohimet 3,5,8,9,10 të Roseberg</b>	<b>Pikëzimi i pyetësorit Body Shape Questionnaire</b>
<b>1</b>	6	8	145
<b>2</b>	5	8	106
<b>3</b>	5	10	100
<b>4</b>	5	10	98
<b>5</b>	1	14	90
<b>6</b>	3	8	107
<b>7</b>	5	6	145
<b>8</b>	5	6	129
<b>9</b>	4	8	120
<b>10</b>	5	9	149
<b>11</b>	5	6	162
<b>12</b>	5	8	145



<b>13</b>	8	6	131
<b>14</b>	8	7	150
<b>15</b>	7	7	140
<b>Mesatarja grupit</b>	5,13	8,06	127,8
<b>Deviacioni standard i grupit</b>	1,71	2,07	21,1

**Mesatarja e madhe e grupeve është 46,99 dhe deviacioni standard i tre grupeve është 25,5**

**Përdorim testin ANOVA për të testuar hipotezën.** Hipoteza zero( $H_0$ ) për testin F është që dy variancat janë të barabarta (njësoj). Nëse ato janë njësoj, variacioni mes mesatareve nuk është më i madh se variacioni mes observimeve individuale në cdo grup të dhënë. Nëse  $H_0$  tërhiqet, arrijmë në përfundimin që jo të gjitha mesataret janë të barabarta.

*Ngremë hipotezën e zeros  $H_0$  dhe atë alternative  $H_A$ .*

$H_0$ : Niveli mesatar i vetëvlerësimit është i njëjtë në të gjithë individët. Pra indeksi i masës trupore nuk ndikon në vlerësimin që individët kanë për veten.

$H_A$ : Niveli mesatar i vetëvlerësimit është i ndryshëm për të gjithë individët. Rritja e indeksit të masës trupore ndikon në uljen e vlerësimit që individët kanë për veten.

Të dhënat e paraqitura në *Tabelën 9* tregojnë vlerat mesatare të pohimeve të Rosenberg-ut në grupin A dhe B si dhe vlerën mesatare të IMT-së në grupin C.

Nëse konsiderojmë se këto grupe janë marrë nga një popullatë e madhe, atëherë pyetja jonë është: a është niveli i vetëvlerësimit në mostrën tonë i ndryshëm nga ai i popullatës, nga e cila është marrë kjo mostër? Por, megjithëse diferencat ekzistojnë, çka shihet në *Tabelën 16*, këto diferenca mund të jenë shkaktuar vetëm nga shanci edhe kur variacioni ekziston në popullatë. Tashmë pyetja jonë konsiston nëse diferencat e vëna re i detyrohen rastit apo janë pasqyrë e një realiteti objektiv? Pas llogaritjeve vlera e observuar e F-së është 694,4, pra është më e madhe se 3,15 (vlera kritike). Si pasojë,  $H_0$  tërhiqet dhe mund të themi se ka ndryshim mes mesatareve të

tre grupeve, pra rritja e indeksit të masës trupor çon në uljen e nivelit të vetëvlerësimit tek subjektet e marra në studim.

Vlerat e shpërndarjes  $F$  me shkallë lirie në numërues është e barabartë me 2 dhe me shkallë lirie në emërues është e barabartë me 42, është mes 2,44 dhe 4,05. Mesatarja e tyre është 3,24. Vendimi është nëse do të tërheqim  $H_0$  për mesatare të barabarta, nëse vlera e observuar e  $F$ -së është më e madhe se 3,15 dhe bie në zonën e rrëzimit ( figura më poshtë).

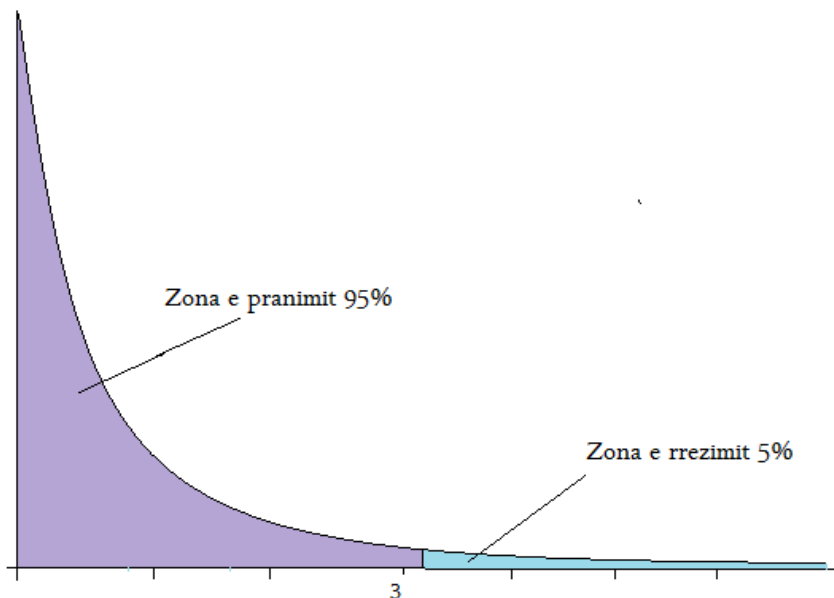


Figura 29. Ilustrim i pikës kritike për shpërndarjen  $F$  me 2 dhe 42 shkallë lirie.

Vlera e observuar e  $F$ -së është 694,4, pra është më e madhe se 3,15 (vlera kritike e marrë në hapin III). Si pasojë,  $H_0$  tërhiqet dhe mund të themi se ka ndryshim mes mesatareve të tre grupeve. Duhet të bëjmë kujdes; ky përfundim tregon vetëm që mesataret janë të ndryshme mes grupeve, por jo se cila mesatare e grupit ndryshon.

### c. Gjetjet nga intervista gjysmë e strukturuar

Të gjithë pjesëmarrësit e pranojnë se janë obezë. Gjithsesi, këtu vërejmë diferenca gjinore, pasi pjesëmarrëset femra raportojnë më shumë mungesë kënaqësie nga imazhi i trupit të tyre, ndërsa pjesëmarrësit meshkuj nuk raportuan ta kishin aq shumë problem këtë gjë. Ndoshta kjo lidhet me

pranueshmërinë sociale të meshkujve obezë, që pjesëmarrësit mendojnë se është më e lartë se sa për femrat obeze. Në fakt, pjesëmarrësit meshkuj shprehen se nuk perceptojnë të kenë shumë probleme për t'u pranuar në situata të ndryshme. Ndërsa femrat shprehen se kudo që shkojnë ndjehen keq, pasi duket hapur që njerëzit nuk mendojnë aspak mirë për to, për shkak të peshës së tyre.

Njohuritë rreth shkaqeve të obezitetit. Pjesëmarrësit janë të ndërgjegjshëm lidhur me shkaqet e obezitetit, duke pranuar në të njëjtën kohë kompleksitetin e etiologjisë së obezitetit. Ata përpiqen të tregojnë se dinë, kanë lexuar apo dëgjuar lidhur me problemet që vijnë nga mbingrënia dhe mungesa e aktivitetit fizik si shkaqe të obezitetit, madje përdorën edhe terma si “metabolizmi” apo “gjenetika” në shpjegimet e tyre. Gjithsesi, ata përmendën një sërë arsyesh, përfshirë ato kulturore, për përhapjen e obezitetit dhe perceptuan se ndryshimet në modelet e të ngrënies si dhe disponueshmëria e bizneseve fast-food janë shkaqe të rëndësishme.

Pjesëmarrësit ishin në dijeni lidhur me parimet e promovimit të shëndetit përse i përket “të ngrënësë shëndetshme” dhe aktivitetin fizik. Gjithsesi, ata përmendën se ka disa arsye që i pengojnë ata që ti praktikojnë konkretisht këto parime. Barrierat kryesore, të cilat i pengonin ata për një të ngrënë të shëndetshme, janë mungesa e kohës, përgjegjësitë familjare, prania e bizneseve fast-food, etj.

Kostoja e ushqimeve të shëndetshme, ndonjëherë perceptohet edhe si barrierë për përdorimin rregullisht të këtyre ushqimeve. Të gjithë pranuan se ushqimet e shëndetshme kushtojnë më shumë, por vetëm dy prej tyre thanë se kjo është arsyeja pse ata nuk i përdorin. Kishte nga pjesëmarrësit që mendonin se ushqimet e shëndetshme në fakt nuk janë shumë më të shtrenjta. Thjeshtë është perceptimi që janë ashtu dhe kjo shpesh ndodh tek persona që janë të një shtresë social-ekonomike të varfër dhe që nuk janë shumë të arsimuar.

Po ashtu, pjesëmarrësit e kishin kohën të kufizuar, për arsye të angazhimeve në punë apo përgjegjësi familjare, të tilla si: punë në shtëpi apo kujdesi për fëmijët, gjë që shkaktonte për ta kufizim të zgjedhjeve ushqimore, gjë që bën që të mbështeten tek ushqimet jo të shëndetshme, si ushqime të yndyrshme, të konservuara apo fast-food.

Megjithëse pjesëmarrësit folën lidhur me rëndësinë e aktivitetit fizik, ata mohojnë të përfshihen rregullisht në aktivitete të tilla. Disa prej tyre shprehen se kjo ndodh për shkak të kostos së ambienteve të këtyre aktiviteteve, të tilla si palestra apo pishina. Po ashtu, ata shprehen

se të ecurit në natyrë mund të aplikohet, por kjo nuk ndodh për shkaqe të ndryshme të tilla, si ndikimi i kushteve atmosferike, shiu apo dielli, djersitja, mungesa e ambienteve të përshtatshme përreth shtëpisë së tyre, etj.

Faktorët psikologjikë, po ashtu, mund të ndikojnë në angazhimin në aktivitet fizik. Kështu, sidomos femrat pjesëmarrëse raportojnë se përfshirja në aktivitet fizik bën që të përjetojnë një nivel më të lartë të pakënaqësisë nga trupi, sidomos kur shkojnë në ambiente të tilla, si: pishina apo palestra, sepse kjo bën që ato të përjetojnë një situatë të sikletshme.

*Obeziteti dhe shëndeti psikologjik.* Studimet dëshmojnë se obeziteti lidhet me një vetëvlerësim të ulët dhe është një parashikues i një shëndeti psikologjik me probleme. Gjetjet cilësore të këtij studimi, hedhin dritë mbi atë që mekanizmat të cilët lidhin obezitetin me shëndetin psikologjik janë kompleksë. Kështu, tregohet mundësia e një marrëdhënieje ciklike ndërmjet depresionit, reduktimit të aktivitetit fizik dhe të ngrënës emocionale. Po ashtu, pjesëmarrësit raportojnë një të ngrënë "të çrregulluar" që ndodh thjeshtë për arsye psikologjike dhe aspak ose pak për shkak të nevojave fiziologjike. Pjesëmarrësit thonë që kërkojnë rehati nga ushqimi dhe përfshihen në të ngrënë emocionale, në mënyrë që të përmirësojnë mirëqenien e tyre psikologjike. Ata raportojnë se shumë rrallë u kishte ndodhur që kur ndiheshin keq, tu pritej oreksi.

Gjithsesi, si meshkujt, ashtu edhe femrat pjesëmarrëse në studim, raportuan se kanë një sërë problemesh praktike si pasojë e obezitetit, ku ndër më të mëdhatë janë probleme në gjetjen e veshjeve. Kuptohet se vajzat e kishin më tepër një problem të tillë, kjo për vetë faktin se dihet që femrat janë shumë më të dhëna pas veshjeve krahasuar me meshkujt. Të gjithë pjesëmarrësit, raportojnë se janë shumë të pakënaqur me rrobat që duhet të veshin, të detyruar nga pesha.

*Eksperiencia e rënies në peshë dhe dieta.* Të gjithë pjesëmarrësit në studim raportojnë se janë përfshirë më parë në dieta të ndryshme. Pjesëmarrësit gjithashtu, pranojnë se janë përfshirë në "mënyra të shpejta" për të rënë në peshë, të tilla si pilulat apo lëngjet dobësuese, edhe pse pranojnë që e dinë që janë të dëmshme.

*Përfitimet e perceptuara nga humbja në peshë.* Individët obezë dhe sidomos ata morbidë janë të ndërgjegjshëm lidhur me përfitimet nga humbja e peshës. Kështu, pjesëmarrësit obezë raportojnë se motivet për rënien në peshë përfshijnë pamjen, dëshirën për të kënaqur persona të

caktuar, rastet speciale, etj., si dhe faktorë psikologjikë të tillë si rritja e vetëvlerësimit dhe vetëbesimit.

Për më tepër, arritja e objektivave për rënien në peshë, si dhe motivi për rënien në peshë fokusohen kryesisht në përpjekjen për t'u dukur bukur. Më pas, vijnë përfitimet shëndetësore të perceptuara. Këto përfundime përputhen me studime të mëparshme, të cilat demonstuan se shqetësimet lidhur me shëndetin dhe njohja e faktorëve të rrezikut lidhur me shëndetin mund të iniciojnë të menduarin për ndryshim dhe angazhimin në rënien në peshë.

Së fundmi, të intervistuarit zbuluan se ciklet e humbjes dhe shtimit të peshës ishin një eksperiencë e zakonshme për ta. Megjithëse përfitimet nga humbja e peshës janë të mirëdokumentuara dhe përfshijnë rënien e presionit të gjakut dhe të kolesterolit, kërkimet lidhur me efektet e ciklimit të peshës, janë ende jobindëse<sup>248</sup>. Ka shumë probleme që vijnë nga obeziteti, por edhe nga luhajtjet në peshë. Për më tepër, pjesëmarrësit raportojnë ndjenja zhgënjimi, neverie dhe turpi sa herë që lënë në mes një iniciativë të tillë apo që pikasin se po shtojnë në peshë.

---

<sup>248</sup>Kawachi, I. Physical and psychological consequences of weight gain. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60:5-9.

## Kapitulli V: Diskutim i gjetjeve

### 5.1 Diskutim lidhur me prevalencën e obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç, duke e parë këtë sipas: moshës, gjinisë dhe vendbanimit.

Obeziteti tek fëmijët, sikurse rezulton edhe nga literatura, është një dukuri që po shtohet dita ditës dhe vihet re një trend në rritje në të gjithë botën, sidomos në vendet e zhvilluara e ato në zhvillim.

Sikurse mund të shihet nga rezultatet, vajzat pjesëmarrëse janë më të prirura për mbipeshë dhe obezitet. Kjo, sikurse është parë edhe në pjesën e literaturës, shpjegohet me disa faktorë. Njëri është karakteristika biologjike, pasi tek femrat ka më tepër masë dhjamore dhe tek meshkujt më tepër masë muskulore dhe meshkujt, janë më të gjatë se sa femrat në të njëjtën moshë. Po ashtu kjo lidhet shumë edhe me stilin e jetës që femrat dhe meshkujt bëjnë. Kështu, meshkujt janë më shumë aktivë; janë më të prirur për të lëvizur, përfshihen në aktivitete ku kërkohet angazhim fizik, etj.

Po ashtu, nëse u referohemi rezultateve, mund të vëmë re që mbipesha dhe obeziteti tek fëmijët kanë tendencë të rritet me rritjen në moshë. Kështu, në literaturën shkencore të shfletuar në kapitullin “Rishikimi i Literaturës” ka disa mosha, të cilat i kanë përcaktuar si “pika të nxehta” për sa i përket rrezikut për mbipeshë dhe obezitet. Një nga këto mosha është edhe kufiri ndërmjet fëmijërisë dhe adoleshencës. Kjo shpjegohet më së shumti me ndryshimet hormonale<sup>249</sup>, duke u bashkangjitur edhe të gjithë problemet e tjera, si mungesa e aktivitetit fizik, ushqyerja jo e shëndetshme, etj, të cilat shumëfishojnë kështu gjasat për obezitet në këtë moshë.

Në përgjithësi, kultura e të ngrënit mëngjes nuk është e përhapur ende në vendin tone; përkundrazi, vihet re që në shumë familje i vihet theksi cilësisë së ushqimeve, pa u ndalur shumë në mënyrën se si ndahen këto ushqime në vakte. Në literaturë theksohet shpesh se ngrënia e mëngjesit është ndër zakonet kryesore të sjelljeve të shëndetit. Shpesh herë theksohet se

---

<sup>249</sup>Singh AS, Chin A Paw MJ, Brug J, van Mechelen W. Dutch obesity intervention in teenagers: effectiveness of a school-based program on body composition and behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med.* Apr 2009;163(4):309-17

“shëndeti fillon nga mëngjesi”, por mesa duket do të duhet akoma kohë që kjo të përvetësohet dhe të jetë një praktikë në familjet shqiptare<sup>250</sup>.

Rezultate nga studime të mëparshme, të përmendura me sipër, sugjerojnë se frekuenca e të ngrënit tek fëmijët, mund të lidhet në mënyrë rastësore me peshën e trupit dhe ndryshimet në peshë. Në një studim, u rishikuan të dhënat epidemiologjike duke lidhur frekuencën e të ngrënit të fëmijëve me peshën e trupit dhe u arrit në përfundimin se në fakt në shumë studime nuk është gjetur ndonjë lidhje statistikisht domethënëse. Studime të ndryshme me fëmijët, të përmendura tek literaturë, kanë demonstruar se një frekuencë e ulët e vakteve, lidhet me me përqendrim më të larta të insulinës, krahasuar me ata persona që kanë një frekuencë më të lartë të vakteve. Të ngrënë e vakteve të shpeshta, mund të reduktojë urinë e fëmijës e, në të njëjtën kohë, sasinë përqendruar të serumit të insulinës. Insulina inhibon aktivitetin e enzimave dhe rrit depozitimin e dhjavit. Duke qenë se insulina është e lidhur me depozitimin e dhjavit në organizëm, frekuenca e vakteve të ngrëna mund të jetë një faktor që ka një ndikim të konsiderueshëm në peshën e trupit të fëmijës.

Po ashtu, ka të dhëna që sugjerojnë se fëmijët që nuk hanë mëngjes kanë një tendencë për të marrë më shumë kalori gjatë ditës. Studime me kafshë sugjerojnë se nëse një kafshë, privohet nga ushqimi për një kohë të gjatë dhe më pas ekspozohet ndaj një sasi të pakufizuar ushqimi, do të vihet re se ajo do të hajë sasi shumë më të mëdha ushqimi sesa po të ishte ushqyer rregullisht. Nga ana tjetër, një kafshë e cila është ushqyer me forcë për disa kohë, do të ketë tendencën të hajë më pak nëse do të lihej e lirë të ushqet sa do<sup>251</sup>. Në një studim me njerëz, ku morën pjesë 35 individë, të cilët u angazhuan në regjistrimin e sjelljes së tyre së të ushqyerit gjatë një programi 10 javë për rënien në peshë, u dokumentua një lidhje mes lënies së një vakti dhe mbingrënies. Nga studimet ka rezultuar, se ngrënia e mëngjesit është një karaktersitikë e zakonshme për rënien e sukseshëm në peshë. Një fëmijë që nuk ha herët gjatë ditës mund të ketë tendencën të jetë më shumë i uritur dhe kështu, të konsumojë sasi më të mëdha ushqimi, duke konsumuar numër më të madh kalorish gjatë orëve të mbrëmjes, krahasuar me fëmijët që hanë në mënyrë të qëndrueshme gjatë ditës. Një marrje më e madhe e energjisë mund të rezultojë në një depozitim më të madh të dhjavit, gjë që është një nga faktorët kryesorë që sjellin shtim në peshë.

<sup>250</sup>Inge TH, King WC, Jenkins TM, et al. The effect of obesity in adolescence on adult health status. *Pediatrics*. Dec 2013;132(6):1098-104.

<sup>251</sup>Kuczumarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Po aty*, fq 13

Së fundmi, fëmijët që hanë vonë në mbrëmje mund të shtojnë mundësinë për shtim të sasisë së glukozës të depozituar në muskuj në formë glikogjeni. Tek njerëzit, glikogjeni i muskujve është në akordancë me periudhat e aktivitetit të muskujve, si dhe me konsumin e vazhdueshëm të karbohidrateve. Të dhënat sugjerojnë se konsumi i ushqimeve të pasura me karbohidrate në darkë, mund të sjellë shtim të nivelit të glikogjenit në muskuj<sup>252</sup>. Duke qenë se ky glikogjen, shërben si karburant i trupit, ka një tendencë për ta “magazinuar” atë në formë dhjami. Kështu, konsumi i karbohidrateve në darkë përbën një faktor tjetër të lidhur me obezitetin<sup>253</sup>. Nuk është gjetur ndonjë lidhje statistikisht domethënëse ndërmjet kohës së ngrënies darkë dhe vajtjes në krevat. Gjithësesi, janë të nevojshme studime të mëtejshme për të vërtetuar një hipotezë të tillë.

Po ashtu, është parë që obeziteti tek fëmijët është shumë i lidhur me të ngrënë jashtë shtëpisë. Kur flitet për të ngrënë jashtë shtëpisë patjetër që nënkuptohet ushqime të tilla si byrekët apo fastfood-et e tjera që tregëtohen pranë shkollave. Pak është e përhapur kultura e marrjes nga fëmija në shkollë të një vakti të shëndetshëm, të përgatitur në shtëpi. Në përgjithësi, pranë shkollave në vendin tonë gjen shpesh pika të tilla, ku tregëtohen këto ushqime hiperkalorike, të cilat patjetër që janë një faktor që ndikojnë edhe tek obeziteti.

Mungesa e aktivitetit fizik është një faktor tjetër domethënës përse i përket obezitetit në fëmijëri. Vitet e fundit, në shumë vende, ka rënie të orëve të aktivitetit fizik nëpër shkolla. Në shumicën e vendeve, u kushtohet shumë më tepër vëmendje lëndëve shkencore dhe orët e aktivitetit fizik po reduktohen. Lee et al., argumentojnë se mjediset shkollore po bëhen gjithmonë e më shumë obezogjenikë, për shkak të reduktimit të aktivitetit fizik: vetëm 3.8% e shkollave fillore, 7.9% e klasave të larta të tetëvjeçares dhe 2.1% e shkollave të mesme e kanë edukimin fizik në programin e përditshëm<sup>254</sup>. Në vendin tonë, ka një handikap të konsiderueshëm përse i përket dëshirës dhe angazhimit konkret për t'u marrë me aktivitetin fizik. Në shkollë, aktualisht, bëhen dy orë fiskulturë në javë dhe kjo, në shumicën dërrmuese të rasteve është krejt formale: jepet një top dhe fëmijët mund të përfshihen ose jo. Sidomos nëpër qytete, fëmijët bëjnë një jetë tejet sedentare, për shkak të kufizimit të hapësirave të gjelbëra, parqeve dhe hapësirave të tjera

---

<sup>252</sup>Ben-Sefer E, Ben-Natan M, Ehrenfeld M. Childhood obesity: Current literature, policy and implications for practice. *Int Nurs Rev.* 2009;56:166–73.

<sup>253</sup>Sharma M. Meta-analysis of school-based childhood obesity interventions in the U.K. and U.S. *Int Q Community Health Educ.* 2009;29:241–56.

<sup>254</sup>Lee et al, Tucker P, Irwin JD, Bouck LM, He M, Pollett G. Preventing paediatric obesity; recommendations from a community-based qualitative investigation. *Obes Rev.* 2006;7:251–60.



publike. Në të gjithë këtë zhvillim, pak vëmëndje u është kushtuar fëmijëve. Mungesa e këtyre ambienteve ka bërë që fëmijët të jenë të përqëndruar në lojërat “brenda mureve”, të tilla si: televizori, lojërat në kompjuter. Kjo patjetër që është një faktor që ndikon në shtim të obezitetit.

Ditët e sotme, lloji i ushqimeve që konsumohen, nuk ka sesi të mos përmendet si një faktor domethënës në shtimin e obezitetit tek fëmijët. Ka akoma shumë familje, në të cilat mirëqenie konsiderohet konsumi i ushqimeve hiperkalorike, pije të konservuara, të gazuara, etj. Ende ka prindër dhe për fat të keq nuk janë pak që kujdesen më shumë që të ketë në familje për fëmijët e tyre ushqime të ëmbla, të kripura apo lëngje të konservuara. Familje të tilla e vënë pak theksin në kujdesin për fruta dhe perime të freskëta, apo që familja të ketë vakte të shëndetshme apo të vendosura në orare të arsyeshme. Trupi i fëmijëve, duke qenë në rritje, ka nevojë të vazhdueshme për energji, e cila duhet të jetë e llogaritur, në mënyrë që përveçse të hahet diçka, në të njëjtën kohë, të jetë e shëndetshme. Po ashtu, është e rëndësishme që fëmijët të marrin ato produkte ushqimore që ndihmojnë rritjen, por në të njëjtën kohë që janë edhe të shëndetshme, që kanë kalori.

Faktorët mjedisorë, sikurse është përcaktuar edhe tek kapitulli “Rishikimi i literaturës”, gjithashtu, luajnë gjithashtu një rol shumë të rëndësishëm në zhvillimin e obezitetit tek fëmijët. Po aty, janë identifikuar disa kontribues në këtë kontekst, duke përfshirë komunitetin, shkollën dhe familjen. Komuniteti, në të cilin rritet dhe me të cilin ndërvepron fëmija, mund të ndikojë me anë të ndikimit që ka në dietën e shëndetshme si dhe në aktivitetin fizik, duke i inkurajuar ose jo ato. Këto komunitete në literaturë janë konsideruar edhe si “shkretëtira për ushqime të shëndetshme”, për shkak se jo rrallë, banorët e tyre e kanë të vështirë të gjejnë fruta apo perime (vetëm pak lloje mund të gjenden) dhe këto zona janë në rrezik të lartë për të zhvilluar mbipeshë dhe obezitet. Fëmijët që jetojnë në këto lagje, përgjithësisht, kanë nivele më të larta të mbipeshës, krahasuar me fëmijë që jetojnë në lagje ku ka shumëllojshmëri frutash dhe perimesh. Po ashtu, në lagjet e varfëra nxitet pak aktiviteti fizik dhe kjo përbën një arsye tjetër pse fëmijët janë më tepër mbipeshë apo obezë.

Faktorë të tjerë mjedisorë, sikurse janë përmendur edhe në literaturën e cituar, kanë një influencë të madhe në zhvillimin e obezitetit tek fëmijët. E tillë është edhe familja. Zhvillimet sociale kanë patur impakt edhe tek obeziteti në fëmijëri. Ndryshimet në strukturën familjare që kanë ndodhur në gjysmën e dytë të shekullit të kaluar, duke përfshirë këtu punësimin me kohë të

zgjatur të dy prindërve apo familjet me një prind, mendohet të kenë patur një ndikim të konsiderueshëm tek obeziteti në fëmijëri. Rritja e nivelit të obezitetit, e vënë re dekadat e fundit, shihet nga studiuesit sishumë e lidhur me punësimin e grave dhe sidomos e atyre me fëmijë të vegjël. Vëzhgimet lidhur me zgjerimin e obezitetit fëmënor dhe punësimin të nënave, i kanë nxitur studiuesit të eksplorojnë lidhjen ndërmjet tyre<sup>255</sup>. Studimet, e kanë konfirmuar këtë fakt, duke raportuar një lidhje pozitive ndërmjet punësimin të nënave dhe rritjes së shkallës së obezitetit. Gjithsesi, nuk mund të anashkalohet rëndësia e përkujdesjes atërore në sjelljen e fëmijës dhe rëndësia e vëmendjes ndaj obezitetin në rastin konkret, ku mund të veçohet vëmendja mbi dietën ushqimore, aktivitetet e kohës së lirë, koha që fëmijët ndjekin televizor, etj. Ajo që vihet re është se roli edukativ i babait po vjen gjithmonë e më shumë në rritje. Kjo sepse, me rritjen e orëve të punës së nënave, angazhimi i meshkujve në kujdesin në familje ka pësuar një rritje të konsiderueshme në vitet e fundit.

Studiuesit kanë vlerësuar se orët që femrat harxhojnë duke u kujdesur për familjen janë përgjysmuar, kurse ato të meshkujve janë dyfishuar. Kështu, baballarët po kalojnë shumë më tepër kohë me kujdesin për fëmijët, gatimin për ta, ndjekjen e tyre në aktivitetet e përditshme, duke u dhënë atyre një masë të konsiderueshme ndikimi në mbipeshën dhe obezitetin në fëmijëri. Ditët e sotme, është vlerësuar që femrat përmbushin 60% të punëve të shtëpisë ndërsa meshkujt 40% të tyre<sup>256</sup>. Gjithashtu, në vendin tonë vihet re një rritje e angazhimit të meshkujve në punët e familjes, si dhe në kujdesin për fëmijët. Në kontekstin shqiptar janë shumë evidente këto ndryshime në rolet prindërore, me një shtim të përkujdesjes nga ana e babait. Duke patur parasysh edhe faktin se nëna është gjithmonë e më pak prezente, mendohet të ketë ndikuar në shtimin e shifrave të obezitetit

## **5.2 Diskutimi lidhur me njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me shkaqet e obezitetit**

---

<sup>255</sup>Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: A review of interventions and programmes. *Obes Rev.* 2006;7:111–36.

<sup>256</sup>Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Gastroenterology.* May 2007;132:2087-2102

Ndërmjet kombinimit të IMT me statusin ekonomik të pjesëmarrësve nuk shohim ndonjë marrëdhënie domethënëse. Në fakt, në literaturë, jo pak herë, obeziteti lidhet me një status të ulët socioekonomik. Kjo pasi mundësia ekonomike ndikon në llojet e ushqimeve të zgjedhura pasi ushqimet e shëndetshme zakonisht kushtojnë më shtrenjtë. Po ashtu, në mënyrë indirekte, statusi ekonomik lidhet edhe me edukimin. Kështu që, personat që kanë një status ekonomik të ulët ka shumë të ngjarë të jenë pak të arsimuar. Si rrjedhojë, ka më shumë të ngjarë të kenë pak informacion lidhur me ushqimin e shëndetshëm dhe si rrjedhojë ka shanse më të larta për obezitet<sup>257</sup>. Gjithsesi kjo gjë nuk vërtetohet nga pjesëmarrësit në këtë studim. Nga ana tjetër ka studime të përmendura më parë në të cilat dëshmohet se përqindja e obezëve po shtohet edhe tek individë të shtresave të larta socioekonomike.

Kur krahasojmë IMT-në dhe variablin e statusit socio-ekonomik shohim se shpërndarja e personave që kanë një IMT relativisht më të madhe (45 deri në 49) është e njëjtë për të gjitha nivelet ekonomike. Nuk ekziston ndryshim statistikisht domethënës midis IMT-së dhe statusit ekonomiko-social, pra niveli ekonomik nuk përbën faktor mbrojtës ndaj obezitetit. Vlera e Chi-Square është 1,806 pra më e madhe se kriteri i pranuar 5%. Ka gjasa që statusi ekonomik të ndikojë në obezitet sepse mungesa e kohës i çon subjektet të ushqehen me ushqime të shpejta (Fast-Food). Por, nga ana tjetër, niveli i ulët ekonomik çon në pamundësi për të konsumuar ushqime të shëndetshme sepse kosto e këtyre produkteve ushqimore është e madhe dhe pak e përballueshme.

Kur analizojmë nivelin e punësimit të raportuar nga subjektet shohim se personat e punësuar kanë më shumë gjasa të bëhen obezë krahasuar me personat e pa punësuar. Mungesa e kohës dhe e përkushtimit nga këta individë ndikon në rritjen e konsumimit të ushqimeve të gatshme ose gjysmë të gatshme dhe të pasura me shumë kalori. Ky ndryshim është statistikisht domethënës. Vlera e Chi-Square është më e vogël se 0,05.

Raporti i gjasave (OR) është i barabartë me 1 dhe intervali i besimit e përfshin vlerën 1. (CI 95% ë  $0.0 < OR < 14.6$ ), pra mund të themi se nuk ka lidhje midis ekspozimit dhe ngjarjeshëndetësore.

---

<sup>257</sup>Goldblatt, P. B., Moore, M. E., & Stunkard, A. J. Social factors in obesity. JAMA 1965; 192:1039-1044

Mungesa e vetëkontrollit dhe të ngrënies emocionale kanë një lidhje pozitive me obezitetin. Më shumë se 80% e individëve mendojnë se pamja e jashtme e tyre ka ardhur si pasojë e mungesës së vetëkontrollit. Kjo përqindje tregon një nivel shumë të ulët vetëkontrolli kur bëhet fjalë për konsumin e ushqimeve. Pjesëmarrësit pranojnë se sidomos, në ato raste kur ndjehen keq lidhur me peshën e tyre, ka më shumë të ngjarë edhe të fajësojnë veten për këtë peshë. Ndoshta kjo vjen pasi, shpesh herë, ata raportojnë se përfshihen në ngrënie emocionale, pikërisht atëherë kur nuk ndjehen mirë, ndoshta si një mënyrë "rebelimi" për të gjithë këto qëndrime kundër tyre.

### **Shkaqet e perceptuara te obezitetit**

Disa nga pjesëmarrësit kanë perceptuar se shkaqet e obezitetit ishin të pavarura nga sjelljet e lidhura me shëndetin dhe kishin më tepër origjinë familjare dhe gjenetike. Elda thotë:

"Mua ma tërheq dera shëndetin; të gjithë në familjen time jemi të shëndoshë. Vetëm nusja e vëllait është e hollë si shkop, pavarësisht se ha bashkë me të tjerët, pavarësisht se ha njëlloj sa të tjerët. Të gjithë në familjen saj ashtu janë dhe të gjithë në familjen time janë kështu".

Iliri pranon ndikimin e gjeneve tek obeziteti, por në të njëjtën kohë argumenton se prevalenca e obezitetit lidhet shumë me të ngrënën e tepërt si dhe me mungesën e aktivitetit fizik:

"Mund të ketë faktorë gjenetikë që ndikojnë tek obeziteti, por unë mendoj që nëse në shohim vërdallë, do të shohim shumë më tepër persona obezë nga sa kanë qenë më përpara. Është e vështirë të shohësh persona obezë që nuk hanë shumë dhe gjithashtu, nuk para ndodh të shohësh persona që bëjnë shumë gjimnastikë dhe janë obezë".

Gjithësesi, nuk janë vetëm personat në zonat e pasura, të cilët e perceptojnë të lidhur obezitetin me një stil jete të pashëndetshëm.

Për shembull, Iliri ka mësuar për obezitetin e tij nga mjeku, nga i cili pranoi edhe konstatimin se shtimi në peshë është i lidhur me konsumimin e shumë kalorive dhe aktiviteti fizik i pamjaftueshëm. Ai deklaron:

"Mjeku më tha mua, se është thjeshtë aritmetikë: sa më shumë merr, aq më shumë ke për të djegur dhe se sa më shumë kalon mosha aq më pak lëvizin njerëzit gjë që nxit edhe një depozitim më të madh të dhjavit".

Po ashtu, pjesëmarrësit pranojnë që edhe kultura është shumë përcaktuese tek obeziteti. Kështu, në kulturën tonë janë përdorur tradicionalisht gatimet me shumë yndyrë, gjë që deri vonë konsiderohej si mirëqenie. Akoma sot, në shumë kontekste familjare yndyra konsiderohet një komponent shumë i nevojshëm për një gjellë të shijshme. Zamira tregon:

"Në familjen time kemi ngrënë mirë gjithmonë. Prindërit e mi kujdeseshin që të hanim çdo ditë mish, dhe babi gjente ku ishte mish viçi apo dashi. Në shtëpi kishim dhe gjyshen, e cila gatonte për familjen. Për gjyshen, nëse në tavën me perime nuk shkëlqente yndyra, nuk i plotësonte standartet si gjellë e mirë". Po ashtu, në kulturën tonë janë shumë të përdorura edhe brumrat, të tilla si: byrekët, lakrorët, petullat, jufkat, etj. Në çdo zonë ka gatime brumi që janë edhe karakteristike.

Jeta shprehet:

"Gjithmonë i kam patur qejf brumërat. Mami im një herë në dy ditë na bënte nga një lakror, nga ata me 20 petë. Po ashtu, shpesh, sidomos në fundjavë ne hamë petulla me mjaltë. E di që brumërat nuk janë aspak të mira, sidomos në peshën time, po çfarë të bëj? unë jam rritur bashkë me to."

Elda thotë:

"Unë i kam shumë qejf ëmbëlsirat dhe po kaq kam ti gatuar vetë. I bëj me sebeb të gocës dhe pjesën më të madhe i ha vetë, se më vjen keq ti hedh. Kjo është një gjë shumë e gabuar".

Shkak tjetër madhor në rritjen e nivelit të obezitetit është rritja e aksesit tek ushqimet fast food<sup>258</sup>. Duke qenë se njerëzit janë pothuajse gjatë gjithë ditës jashtë shtëpisë, është shtuar aksesit në ushqimet e tipit fast-food. Ata i frekuentojnë këto ambiente sepse janë shumë më lirë se

<sup>258</sup>Prentice, A. M. & Jebb, S. A. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. Obesity Reviews 2003; 4:187-194

restoranti, por edhe sepse përgjithësisht njerëzit gatuajnë në shtëpia dhe kështu që hanë jo si vakt, të cilin mendojnë ta hanë me familjen por si mënyrë për të thyer urinë. Alma tregon:

"Në punën time ne nuk dalim dot për kafë. Ne nuk pushojmë gjithë ditën. por është e pamundur të punosh 8 orë dhe të mos fusësh diçka në gojë. Kështu, kemi një dyqan fast-food aty para punës dhe dalim marrim ndonjë gjë të shpejtë të tillë si ndonjë sanduic apo tost. Shumë rrallë mund të marr suflaqe apo byrekë." Po ashtu ka njerëz, që për shkak se punojnë shumë apo mund të jenë studentë që edhe punojnë, nuk kanë mundësi të gatuajnë në shtëpi, kështu që hanë në fast food.

Iliri thotë:

"Unë nuk mund të rri pa ngrënë. Kështu ha ndonjë suflaqe dhe doner, sa për të thyer urinë". Mënyra e gatimit ka diçka që i bën shumicën e njerëzve ti pëlqejnë këto ushqime, duke filluar që në fëmijëri.

Pjesëmarrësit pranojnë që e ngrëna, llojet e ushqimit, mënyra e gatimit ka ndryshuar gjatë viteve. Sot, sikurse është përmendur edhe në literaturën e cituar, shumë studiues e lidhin obezitetin me këto ushqime hormonale që zotërojnë tregun e ditëve tona. Vite më parë, ushqimet kanë qenë më të shëndetshme, johormonale. Zamira mendon:

"Para shumë vitesh ushqimet, fruta, perimet kishin vlere. Ndërsa sot, tregu është mbushur me produkte të modifikurara gjenetiki, të cilat është vërtetuar që treten më me vështirësi dhe që ka më shumë të ngjarë të shkaktojnë obezitet.

Sonila po ashtu kujton:

"Kur ne ishim fëmijë frutat dhe perimet ishin të rritura në mënyrë natyrale, kurse sot çdo gjë është me hormone. Hormonet me tepriçë që kemi marrë nga ushqimet, na kanë bërë kështu".

Elda thotë:

"Kot është ajo këshilla që hani fruta e perime. Ku vlejnë ato?! Ndonjëherë më duken si kashtë dhe nuk mendoj kurrë që këto fruta e perime që janë sot janë me vlerat e tyre origjinale. Përkundrazi, ata vetëm të shëndoshin."

### **Eksperiencia personale të shtimit të peshës**

Pjesëmarrësit u pyetën nëse kishin vënë re ndryshime në peshën e tyre si dhe iu kërkua të hamendësonin lidhur me arsyet e mundshme që kanë sjellë shtim në peshë. Alma tregon:

“Unë gjithmonë kam qenë mbipeshë. Që kur kam qenë në shkollë të mesme isha më e shëndoshë se duhet të isha. Pastaj gradualisht, vetëm shtoja në peshë.”

Po ashtu edhe Erjoni shprehet:

“Mbaj mend që i vogël kam qenë një fëmijë buçko. Kishte shumë njerëz që më përkëdhelnin. Nuk e di, mendoj që atëherë shiheshin ndryshe këta fëmijët buçko. Njerëzit i kishin qejf. Por në shkollë nuk jam ndjerë dhe aq rehat lidhur me këtë gjë, sepse moshatarët e mi talleshin herë pas here me shëndetin tim.”

Bradley në 2005-ën drejtoi një studim me pyetësorë dhe gjeti gjithashtu se femrat respondente raportuan se shtimi në peshë tek to ishte i lidhur me shtatëzaninë, stresin psikologjik, mjekime të ndryshme si dhe ndërhyrjet kirurgjikale. Sikurse dhe gjetjet në këtë studim edhe respondentët meshkuj në studimin e Bradley, cituan faktorët e stilit të jetës të tilla si: mungesa e aktivitetit fizik, lënia e duhanit dhe përdorimi i alkoolit si shkaktarët kryesorë që ndikonin në shtimin në peshë. Nga analiza del se pjesëmarrësit kanë fituar më së shumti peshë gjatë moshës së rritur, gjë që shton rëndësinë e të kuptuarit nëse shtimi i peshës lidhet me rritjen në moshë. Femrat që janë bërë nëna, kanë tendencën ia atribuojnë shtimin në peshëlindjes së fëmijëve. Aida thotë:

“Unë gjithmonë kam patur një trup të mbushur, por jo të shëndoshë. Dukësha mirë. Pas lindjes së djalit të parë shtova shumë. Shumë shpejt, pa patur mundësi të marr veten, ngela përsëri shtatëzanë me djalin e dytë dhe shtova përsëri”.

Irena gjithashtu thotë :

“Kur linda shtova 30 kile. Paslindjes humba ato 10 kilet që janë bebi dhe ujërat dhe nuk humba më në peshë. Po ashtu, më kishin thënë që ushqimi me qumësht i fëmijës ndihmon në rënien në peshë dhe humbjen e kileve të marra, por hiç. Përkundrazi, t’i do të hash se do të ushqesh veten dhe bebin. Kështu që vetëm shton në peshë.”

Edhe Elda e lidh shtimin në peshë me shtatëzaninë. Ajo thotë

"Kur isha shtatëzanë me gocën shtova 25 kile. Shumë pak rashë pas lindjes."

Sonila tregon:

“Kur isha gocë e re isha shumë e hollë. Domethënë kisha një trup të rregullt dhe të mirë. I kam përdorur shumë këto pilulat kontraceptive. Dhe ato më bënë kështu. Në fillim as që më shkonte mendja që e kisha nga ato. Por shkova tek një mjekë gjinekologë dhe ajo më tha që këto medikamente kanë një sërë efektshë anësore, ku ndër më të përhapurit është shtimi në peshë. Aty e kuptova sa gabim kisha bërë që i kisha marrë. Ashtu ishte atëherë. Të fliste ndonjë shoqe, shkoje në farmaci dhe i merrje. Ato jo vetëm që më kishin shëndoshur pa kthim, por në të njëjtën kohë më kishin bërë edhe nevrrike, sidomos të ngrënë e kisha si një proces lehtësimi për stresin që përjetoj gjithë ditën.”

Alma e shpreh në këtë mënyrë mendimin e saj:

“Unë mendoj se kjo peshë më është shtuar e shtuar, për shkak të çrregullimit të gjendrës tiroide. Gjithësesi, të gjitha ngjarjet në jetë, ato stresantet kuptohet kanë ndikuar tek pesha, duke e shtuar atë sa herë që kam patur një problem. Ka një tendencë tek pjesëmarrësit për të krahasuar peshën e tanishme me peshën e tyre në një kohë tjetër, si për shembull, kur ishin të rinj, adoleshentë apo fëmijë.

Teuta thotë:

“Kur kam qenë e re, nuk e vrisja mendjen fare se çfarë haja. Me përshesh e lyeja gjellën dhe nuk shëndoshesha. Lëvizja edhe shumë atëherë. Ecja gjithë ditën”.

Iliri gjithashtu tregon,:

“Unë i kam patur shumë qejf sportet. Merresha pothuajse me gjitha sportet me top, sidomos me futboll. Më pas, kur shkova në shkollë, fillova edhe punë si kamarier. Sapo vija nga shkolla,



vishesha shpejt dhe shkoja në punë. Kjo gjë vazhdonte të më mbante trupin në formë por, më këputi lidhjet me sportin. Më vonë, kur e lashë punën si kamarier, ndenja ca kohë, me idenë që do rifilloj sportin, por vetëm sa të shlodhem pak dhe e shtyja. Dhe gradualisht fillova të shëndoshem.”

Meshkujt pjesëmarrës e theksojnë më tepër mungesën e aktivitetit fizik si arsye e mundshme sepse ata kanë shtuar në peshë. Erjoni mendon:

“Dihet që nëse përfshihesh në palestër apo thjeshtë del dhe ecën apo vrapon, është një gjë shumë e mirë për shëndetin. U bën mirë të gjithë organeve. Nga ana tjetër është edhe një element kyç për shëndoshjen. Një person që bën rregullisht palestër, nuk mundet kurrë të shëndoshet kështu. Palestra është forma më e mirë për mbajtjen e trupit në peshë normale.”

Bledi thotë :

“Këtu nuk kemi shumë njohuri për sportin. Njerëzit bëjnë palestër dy muaj dhe pastaj e lënë. Kur të vendosësh të bësh sport, duhet ta ndash mendjen. Duhet gjetur patjetër koha nëse fillon të merresh. Për sportistët thuhet ‘po e le stërvitjen, të la’, pra nuk është aspak gjë e mirë që të bësh sipas qejfit. Pastaj është më e dëmshme ndërprerja.”

Për shembull, Irena thotë:

“Kjo pesha ime lidhet shumë edhe me stilin e jetës që unë bëj. Unë pothuajse nuk lëviz fare në këmbë. Kur kam për të shkuar diku shkoj me makinë. Ose edhe me autobus ndonjëherë, por me këmbë jo. Them që duhet që është një gjë e mirë, që më bën mirë, por nuk e praktikoj. Dhe unë e di që kjo më bën shumë dëm.”

Bledi thotë:

“Mënyra se si jeton është shumë domethënëse. Unë kam pasë pirë shumë duhan gjë që mendoj ka ndikuar shumë negativisht. Kjo sepse në atë kohë nuk ecja dot sepse duhani më ngarkonte mushkëritë shumë dhe lodhesha menjëherë.”

Elda tregon:

"Gjithmonë kam qenë natyrë dembele për të ecur. Sidomos tani që jam e rënduar, as që bëhet fjalë"

Ata pjesëmarrës që kanë pirë duhan, e pranojnë se periudha kur kanë hequr dorë nga duhani ka ndikuar negativisht në shtimin në peshë. Alma jep këtë përshkrim:

"Kur lashë duhanin u bëra shumë nervoze. Më rrinte mendja gjithë kohën për të ngrënë. Në atë periudhë nuk e kuptoja. Madje isha e gëzuar sepse po arrija të manaxhoja varësinë nga duhani. Mjekja ime më tha më vonë që mua nuk më shkonte mendja për duhan sepse dëshira për duhan ishte zëvendësuar në mënyrë të pandërgjegjshme nga dëshira për të ngrënë. Në fakt unë e kisha patur këtë dëshirë, por kur lashë duhanin nuk e mendova fare se shyqyr që po lë duhanin. Atë periudhë u shëndosha më shumë."

Po të njëjtin problem përmend edhe Erjoni.

"Në përgjithësi, unë nuk e kam vrarë shumë mendjen për peshën time. Kur lashë duhanin, e kuptova që kisha një oreks të paparë, por nuk u shqetësova për këtë. Duhanin kisha kohë që doja ta lija, pasi e kisha filluar kalama dhe e kuptoja që ishte shumë i dëmshëm. Por kur lashë duhanin mu shtuan edhe ca gjëra të tjera, përveç oreksit. Kështu, pas buke, unë vrapoja për të pirë një cigare. Kurse, pasi lashë duhanin dystohesha me ndonjë ëmbëlsirë. Patjetër që të gjitha këto ndikuan në shtimin akoma më shumë të peshës time."

### **Pesha dhe gjinia**

Femrat pjesëmarrëse, sidomos ato që kanë qenë të holla më parë raportojnë më shumë se tjerat mungesën e vlerësimit për imazhin e trupit. Sepse një person që e ka patur një gjë, e vlerëson më shumë se sa një person që gjithmonë ka qenë trup i shëndoshë. Sonila thotë shpreh këtu dëshirën e saj:

"Gjithçka do të jepja të isha përsëri e hollë, ashtu si kam qenë".

Pjesëmarrësit pranojnë se femrat vështirë se kënaqen me formën e tyre trupore. Pjesëmarrëset femra obeze shqetësohen dhe kanë shumë më tepër se meshkujt pakënaqësi lidhur me formën e tyre trupore, obeze në këtë rast.

Ja si shprehet Alma:

“Jo vetëm unë që kam këtë formë trupore për shkak të peshës por kështu janë femrat. Të gjitha do të donin të kishin disa gjëra ose një gjë ndryshe. Unë kam plot shoqe ose kushërira që janë shumë të rregullta në pamje dhe përsëri do të donin të ishin ndryshe në ndonjë element.”

Po ashtu Aida thotë:

“Neve femrave nuk na gjendet karari. Unë e shkreta kam hall të madh peshën dhe dua të dobësohem. Shoqja ime ka hall tjetër; ajo është shumë e hollë dhe do që të shëndoshet. Si janë njerëzit! Nuk gjejnë rehat. Po të kisha qenë unë e hollë, nuk do të kisha dashur gjë tjetër në botë. Do të kisha qenë njeriu më i lumtur.”

Halliwell & Dittmar<sup>259</sup> eksploran shqetësimin për imazhin e trupit tek femrat dhe tek meshkujt, si dhe qëndrimet për këtë gjë me rritjen në moshë. Ata gjetën se meshkujt e konsideronin moshën si një aspekt që kishte ndikim negativ në mundësitë fizike të trupit, ndërsa ndryshimet në pamje si të ndikuara në një nivel të parëndësishëm ose pozitiv. Nga ana tjetër, qëndrimet e femrave ndaj ndryshimeve në pamje ishin pesimiste, duke qenë se ato mendonin se mosha redukton pjesën e tyre atraktive dhe se për to ishte shumë e rëndësishme ruajtja e një pamje të re. Sonila thotë:

“Për neve është shumë më e rëndësishme të dobësohemi. Me kalimin e viteve ti e humb gjithmonë e më shumë freskinë dhe tërheqjen si femër. Duke qenë edhe kështu, kaq e shëndoshë, nuk ka më keq, sidomos për një femër”.

Nocioni se mosha ishte e dëmshme për forcën fizike ishte më së shumti një shqetësim mashkullor. Erjoni mendon:

“Me rritjen në moshë, njeriu bie edhe fizikisht. Në palestër, për shembull ti nuk mund të bësh të njëjtat ushtrime, ose nuk mund të bësh ushtrime force.” Po ashtu, përveç aktiviteti fizik, pjesëmarrësit i referohen edhe sjelljeve të tjera të lidhura me shëndetin, të cilat ka shumë të ngjarë të shkaktojnë shtim në peshë.

<sup>259</sup>Halliwell, E. & Dittmar, H. A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles* 2003;49:675-684.

Në fakt në shoqërinë tonë ka shumë më tepër presion tek femrat për të qenë në peshë normale sesa tek meshkujt. Femrat janë shumë më tepër "viktima të kultit të bukurisë". Sipas tyre, është shumë më tepër i rëndësishëm impakti i parë kur përballë është një femër sesa kur është një mashkull. Kështu një femër obeze, nëse i prezantohet dikujt, patjetër që krijon një impakt goxha negativ. Erjoni shprehet:

"Unë mendoj se është shumë më e vështirë për femrat kur janë obeze se sa për meshkujt. Ne presim që kur themi femër, të jenë karakteristikat që ne kemi të ngulitura për to, si e bukur, elegante, e butë...dhe një femër obeze të ngelet në mendje vetëm për obezitetin e saj dhe njerëzit e kanë të pamundur që të mendojnë për të edhe cilësi të tjera pozitive. Kurse për meshkujt është pak më ndryshe. Patjetër që duhet të kenë pak aftësi sociale, por një mashkull obez e ka më të lehtë të krijojë një opinion të mirë". Gjithsesi meshkujt pjesëmarrës në studim, pranojnë që patjetër që ka presion edhe mbi meshkujt që vjen nga imazhet e medias."

Iliri thotë:

" Në media ka shumë model meshkujsh të pashëm dhe kur thuhet i pashëm patjetër që nëkupton sidomos në peshë normale. Nuk ka kuptim që të konsiderohet i pashëm një mashkull obez".

Arbri shprehet:

"Meshkujt obezë janë vetëm në role për të qeshur në TV, janë pjesë e barcaletave".

Sidomos të rinjtë bombardohen me mesazhe të tilla të cilat dashur pa dashur bëjnë presion tek ta, duke u ofruar modelin se si duhet të jenë për të qenë të preferuar, duke nënkuptuar që nëse nuk je ashtu, ka pak shanse të preferohesh dhe të jesh i sukseshëm. Heronjtë e të rinjve janë të gjithë të bukur e me peshë normale, madje në disa raste edhe nën peshë, modele që shkaktojnë goxha presion tek të rinjtë, për më tepër tek adoleshentët mbipeshë. Në kohët ku jetojmë, është i pashmangshëm ndikimi që idhujt e ekranit kanë tek masa, sidomos të rinjtë. Të gjithë jemi koshientë për përpjekjet e të rinjve për t'i imituar gjë që shkon deri në sjellje shmangëse të tilla si përdorimi i substancave abuzive. Ndërsa veshja konsiderohet si imitimi më i thjeshtë i mundshëm, por tek obezët shndërrohet në më të vështirin. Dhe femrat janë përsëri më

të ndikuara. Kjo pasi femrat përpiqen të imitojnë më shumë imazhin i idhujve të tyre, ndërsa meshkujt priren të imitojnë më tepër sjelljen. Për ta është shumë e rëndësishme se si duken dhe si të tjerët i perceptojnë, pra janë shumë të interesuara për pamjen. Kjo shpjegon pse ka kaq shumë marketing për gjëra për femrat, që janë detaje të bukura. Kjo e vështirëson akoma më shumë situatën e femrave obeze dhe rrit presionin për një imazh tërheqës. Sara mendon:

"Unë mendoj se femrat që në moshë të vogël, janë shumë më të ndjeshme ndaj imazhit se sa djemtët. Që të vogla vajzat kujdesen që të vishen bukur, të kombinojnë kordelet, sandalet dhe çantat. Dhe ne presim që të gjitha femrat të jenë kështu; të bukura të kombinuara, të krehura bukur...".

I gjithë ky informacion për imazhin konsiderohet si presion i medias për të qenë në një linjë të caktuar veshjesh, stili dhe performance. Po ashtu, në media fëmijët mësojnë që nëse je obez, nuk je në linjë me të tjerët, madje mund të bëhesh subjekt negativ i tyre. Vajzat e vogla me peshë normale, kanë më tepër frikë se djemtë nga obeziteti, sepse janë më të ndikuar nga presioni social për të qenë të bukura<sup>260</sup>. Zamira deklaron:

"Vajza ime është shumë e preokupuar se dy djemtë lidhur me mundësinë për tu bërë obez. Po ashtu, është ajo që më nxit të ndryshoj, të mbaj dietë, apo të shkoj në klinika trajtimi. Ajo dëshiron shumë që unë të dukem bukur".

Presioni në media vjen edhe në formën e dieteva të rekomanduara nga personazhe të njohura, të cilët pranojnë se edhe ata kanë patur probleme me mbipeshën dhe me këtë dietë, ia kanë dalë. Ky përbën një formë të madhe presioni, sepse jo vetëm që të ofrohet një imazh, por edhe mënyra për tu bërë ashtu, mënyra për të zgjidhur problemin e "madh", obezitetin.

### *Mosha dhe qëndrimet ndaj peshës*

Mosha duket se ka impakt në qëndrimet drejt peshës dhe disa nga pjesëmarrësit mendojnë se me kalimin e moshës ata ndjehen gjithmonë e më pak të shëndetshëm, por e kanë gjithmonë e më pak problem pamjen e jashtme. Zamira thotë:

---

<sup>260</sup>Halliwell, E. & Dittmar, H. A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles* 2003;49:675-684.

"Unë kam disa vjet e shëndoshë. Jam mësuar me këtë gjë dhe i di me saktësi problemet direkte që më shkakton. Por ndjej se këto kohët e fundit sikur kam rënë disi si fuqi. Mendoj që me kalimin e moshës, patjetër dhe problemet janë më të dukshme. Unë kam shumë probleme nga pesha, por këtë peshë e kam patur edhe më përpara. Tani më duket sikur me moshën janë rënduar më shumë. I ndiej ndryshe problemet me të cilat ka kaq kohë që isha mësuar."

Po ashtu edhe Teuta shprehet:

"Diabeti bën të vetën, por ky shëndet i tepërt po më lodh shumë. Tani që nuk jam më e re, mezi lëviz. Nuk kam fare energji. Kockat i kam të rrënuara. Nëse ngjitem nëpër shkallë më duket sikur do të më ndalojë frymëmarrja. Ndoshta trupi nuk është më i ri që të përballojë gjithë këtë peshë sikurse ka bërë deri më tani".

Pjesëmarrësit gjithashtu përshkruan impaktin e arritjes së etapave moshore, të tilla si të shkosh 30 apo 40 vjeç. Ja si e paraqet Iliri :

"Që kur shkova 35 vjeç unë fillova të bëhem më i ndërgjegjshëm lidhur me shëndetin. Fillova të bëhem më i ndërgjegjshëm për gjërat që haja. E shoh më me kujdes atë që ha. Po ashtu edhe jam i martuar dhe përgjithësisht kaloj edhe më shumë kohë në shtëpi, ose dal me fëmijët, pra nuk jam shumë i përfshirë në aktivitet fizik, kështu që mundohem që gjithë kujdesin ta çoj tek ushqimi. Problemi im nuk është te llojet e ushqimit, sepse shumicën e kohës e kontrolloj këtë pjesë, por tek sasia që ha. Këtu është problemi im. Problem i madh është".

Në përgjithësi pjesëmarrësit mendojnë që sidomos me afrimin e moshës së mesme, është e pashmangshme shtimi në peshë. Kjo është më tepër një karakteristikë e zhvillimit biologjik dhe duke qenë se dihet, që në shumicë e njerëzve ndodh kështu, atëherë mund të parandalohet<sup>261</sup>. Pjesëmarrësit, perceptojnë se shtimi në peshë ndodh për shkak të rënies objektive të funksioneve biologjike të trupit. Alma thotë:

"Me kalimin e moshës metabolizimi ngadalësohet. Nuk është më aq efektiv. Kjo lidhet edhe me llojin e jetës që bëjnë njerëzit. Por thjeshtë trupi, nuk ka nevojë për aq shumë energji apo ushqim."

<sup>261</sup>Hint, K., Tintyre, S. Age specific comparisons with national datasets on a range of health measures. European Medical Journal 2011; 39:101-109.

Irena tregon:

“Në fakt kisha vendosur të dobësohesha dhe kisha filluar të bija në peshë. Por pastaj rënia nuk ishte më e dukshme. Për disa javë nuk rashë fare me gjithë kufizimin e ushqimit. Doktorin më tha që kjo ka ndodhur pasi me kalimin e kohës dietat nuk janë më aq shumë efektive. Ose më mirë duhet më tepër kohë që rezultatet të jenë të dukshme.”

Erjoni thotë:

“Mjeku më ka thënë që duhet urgjentisht të filloj të mendoj dhe të përfshihem konkretisht në reduktimin e peshës. Ai më ka thënë që vitet po kalojnë dhe do ta kem gjithmonë e më të vështirë të bie në peshë pastaj. Mua do të më duhet shumë punë që të arrij në një peshë të pranueshme. Kështu që nuk duhet humbur kohë dhe duhet filluar sa më shpejt. Nuk duhet lënë aspak kohë që të më shkojë dëm.”

Ndonjëherë, tek pjesëmarrësit, mosha, përdoret edhe si justifikim për të shpjeguar pse këta persona nuk bien dot në peshë, apo edhe se nuk ia vlen të provojnë pasi me kalimin e viteve humbja e peshës bëhet shumë e vështirë. Kështu Irena thotë:

“Edhe po të mos dua unë është e pashmangshme shtimi i peshës. E ndjej që kam rënë si forcë fizike. E ndjej që kam filluar të plakem. Tani kur mbaj dieta e shoh që është më e vështirë të bie në peshë.”

Teuta mendon në këtë mënyrë:

“Mendoj që e kam shumë të vështirë që të bie në peshë. Unë nuk jam më gocë e re dhe sa më shumë kalon koha, aq më e vështirë është që të dobësohesha. Nuk e di. Ndonjëherë mendoj se nuk do të dobësohem kurrë, se kështu do të vdes.”

Më pak se gjysma e pjesëmarrësve në këtë studim mendonin se shtimi në peshë është pjesë e pashmangshme e kalimit të viteve. Po ashtu në këtë studim doli se pjesëmarrësit kishin dëshirë që të flisnin dhe krahasonin peshën dhe eksperiencat lidhur me të, me persona të tjerë të ngjashëm e ta, miq apo të afërm. Gjithësesi pjesëmarrësit përdorën shembuj edhe nga të afërm apo miq për të ilustruar se me kalimin e viteve, për të gjithë është më e vështirë që të ruajë peshë normale. Sara thotë:

“Mami im ka filluar të shtojë në peshë ku ishte 45 vjec dhe tani është relativisht e shëndoshë, jo sa unë, por jo ashtu siç ka qenë. Deri më atëherë ka patur një trup shumë të bukur.”

Irena tregon:

“Të gjithë miqtë e mi, duke ecur vitet e duke vënë pala dhjami. Është e paevitueshme kjo gjë. Motra ime ka qenë shumë e hollë gjithmonë. Vetëm kur kaloi të 40-at filloi të kishte probleme me trupin domethënë, vuri ca kile dhe nuk i heq dot.”

Gjithësesi kjo demonstroi se ndonjëherë këto kile që vijnë gradualisht për shkak të moshës, ndoshta janë të pashmangshme. Ndoshta është pjesë e zhvillimit dhe nuk mund të bëhet shumë për ta ndryshuar. Por gjithësesi patjetër që kur flitet për peshën, ka përsëri vend për mbajtje nën kontroll, pasi vërtetë që ndodh një shtim i peshës por mund të parandalohet që të mos bëhet shumë. Aida thotë:

“Ndoshta mosha është shumë e rëndësishme për peshën. Për shembull burri im filloi të vërë bark kur ishte 40 vjeç. Shumë meshkuj që njoh kanë filluar të vënë bark pikërisht në atë moshë, kur deri më atëherë kanë qenë të hollë.”

### **Marrëdhënia me ushqimin**

Ushqimi për pjesëmarrësit, është një pjesë e rëndësishme e situatave sociale, si pjesë e trishtimeve dhe e festës. Kështu, ushqimi mund të jetë qetësues, social, stimulant apo depresant. Ata e pranojnë që në shumicën e rasteve hanë për arsye të tjera, ndryshe nga ato të oreksit biologjik. Duke u bazuar në një nivel të thjeshtë arsyetimi, pjesëmarrësit e përcaktojnë të ngrënën si pjesë esenciale të ekzistencës. Genti përshkruan vlerat që ka ushqimi për të në këtë mënyrë :

“Ushqimi është kënaqësi, është aspekt social si dhe është nevojë.”



*Zanafilla e marrëdhënies me ushqimin.* Pjesëmarrësit i përshkruajnë qëndrimet e tyre lidhur me ushqimin, përgjithësisht duke filluar që nga fëmijëria. Sara thotë:

"Kur isha e vogël, mbaj mend që prindërit më detyronin ta mbaroja pjatën që kisha përpara. Unë e konsideroja të ngrënë si detyrë për të mbaruar pjatën dhe jo diçka të këndshme, ku mund të shijosh atë që po ha".

Paisley, Sheeshka & Daly<sup>262</sup> kanë përcaktuar disa nga rregullat që ekzistojnë lidhur me të ngrënë dhe pjesëmarrësit në studimin e tyre kujtuan tre thënie që ishin dhe rregulla për të ngrënë në fëmijëri, që ishin "mbaroje pjatën", "vetëm provoje" dhe "ti do të hash aq sa të është hedhur". Teoria psikosomatike e obezitetit, e propozuar nga Kaplan & Kaplan<sup>263</sup> sugjeron se mbingrënia është e lidhur me eksperiencat të hershme të fëmijërisë në të cilat ndjenja e rehatisë lidhet me të ngrënë. Jeta kujton fëmijërinë e saj dhe të përdorurit e ushqimit si shpërblim dhe si mënyrë të festuari. Ajo thotë :

"Shpesh kur bënim diçka mirë prindërit më shpërblenin me një ushqim të preferuar, të cilat përgjithësisht ishin ëmbëlsira apo çokollata. Edhe festat nuk mund të konceptohesh pa ëmbëlsira në shtëpinë tonë. Në fakt, në fillim nuk i kisha qejf, por pastaj fillova ti pëlqej".

Aida kujton:

"Në familje time kemi patur shumë probleme sepse im atë ishte i alkoolizuar. Situatat problematike ishin shumë të shpeshta. Nëna ima ka vuajtur shumë; duhej të kujdesej për gjithçka dhe duhej të duronte edhe mllëfin e tij që i drejtohej kryesisht asaj. Unë isha e pafuqishme, krejtësisht e pafuqishme. E përballoja këtë situatë kaq të vështirë vetëm duke ngrënë. Haja sepse më dukej sikur e mposhtja pak atë tmerr që përsëritej e përsëritej. Kujtoj që ngrëna ishte shpëtim për mua. Por unë nuk isha e shëndoshë."

Në fakt, e ngrëna jo rrallë shikohet si një mënyrë që largon stresin apo e redukton së paku. Shumica e njerëzve kanë ushqime të preferuara, gjë që përbën edhe "Planin B" kur janë mërëzitur.

<sup>262</sup>Paisley, J., Sheeshka, J. & Daly, K. Qualitative investigation of the meanings of eating fruits and vegetables for adult couples. *Journal of Nutrition Education* 2001;33:199-207.

<sup>263</sup>Kaplan, H. I. & Kaplan, H. S. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1957;125:181-201.

Për obezitet kjo duket se funksionon akoma më tepër pasi për ta përqëndimi tek ushqimi është shumë më i madh, e sidomos përqëndimi në përpjekjen për të mos ngrënë. Kjo bën, që ata, kur ndjehen keq të kërkojnë shpëtim pikërisht edhe tek "armiku" i tyre më i madh por edhe "dashuria" më e madhe, nga e cila kanë kaq shumë probleme. Ndoshta shtypja që përpiqen ti bëjnë dëshirës për të ngrënë bën edhe që ajo të shpërthjë më me forcë, pikërisht atëherë kur balancat psikologjike prishen. Jeta tregon se edhe atëherë, sikurse tani, kur është e mërzitur ka qejf të hajë ndonjë çokollatë. Ajo thotë:

"Çokollata është e preferuara ime. Kur jam shumë e mërzitur, më duket sikur më shoqëron në atë mërzinë time. Ndonjëherë e dua edhe kur jam e lodhur, apo e pafuqishme. Nuk e di, më duket sikur kam krijuar varësi nga kjo gjë. Nëse jam keq mendoj se më duhet patjetër.

Arbri shprehet:

"Ushqimi më duket sikur më mbush psikologjikisht. Më duket sikur më bën të ndihem më mirë me veten dhe më botën. Trupi im nuk ka shumë nevojë për ushqim por mendja ime po. Ushqimi për mua është një lloj përforcimi që më ndihmon të ndjehem më mirë. Kur ndjehem keq, kam një nevojë urgjente për të ngrënë ndonjë ëmbëlsirë apo ndonjë gatim të yndyrshëm dhe kjo në njëfarë mënyre më krijon një ndjesi qetësie. Kjo më ndodh kur jam shumë i lodhur apo kur jam keq i mërzitur sa që e kam humbur fillin fare. Kur ke një ndjesi sikur trupi u mbush, atëherë të duket sikur çlirohesh nga ana psikologjike.

Gjithashtu, edhe Iliri mendon se rehati psikologjik mund të të krijohet edhe kur ha mirë, sidomos kur ha ushqime që të pëlqejnë. Ai thotë:

"Nëse unë kam probleme psikologjike, domethënë që nuk arrij të qetësohem apo të gjej rehat, ushqimi është gjëja më mrekullueshme që të bën vërtetë të ndjehesh mirë, ose së paku pak më mirë. Nëse unë ulem para televizorit dhe marr patate të skuqura, djath dhe hudhra nuk ka gjë më të mirë. Të tjerët mund të preferojnë të hanë ëmbëlsira. Ky për mua është një aspekt mjaft qetësues dhe rehatues".

## **E ngrëna e shëndetshme**

Në literaturën e promocionit të shëndetit, theksohen disa hapësira të mëdha të ndryshimit dietik: reduktimi i konsumit të produkteve me yndyrë, reduktimi i yndyrës së përdorur për gatim, reduktimi i yndyrës në qumësht dhe shtimi i ushqimeve të pasura me fibra dhe karbohidrate, të tilla si frutat dhe perimet. Gjatë zhvillimit të intervistave, të gjithë pjesëmarrësit, diskutuan për mënyrat në të cilat ato përpiqen të hanë në mënyrë të shëndetshme dhe duket në pamje të parë sikur ata i dinë dhe i kanë brendësuar këto këshilla të të ngrënit shëndetshëm. Kështu, Iliri tregon:

"Në familjen time hamë përgjithësisht mish të bardhë dhe nuk përdorim pothuajse fare yndyrë. Peshkun unë e ha shumë, por vetëm unë e ha në shtëpi. Po ashtu, ne përdorim vetëm vaj ulliri. Gjithashtu, përdorime edhe zgarën si një mënyrë gatimi pa yndyrë".

Arjeta thotë:

"Unë jam e ndërgjegjshme që marrja me sport ose gjimnastikë është shumë e rëndësishme për të gjithë, sidomos për mua. Unë duhet të eci patjetër. Mjeku më ka këshilluar që mund të kem probleme me hipertensionin kështu që duhet të bëj gjimnastikë. Ajo që unë bëj është që kam eliminuar yndyrën nga ushqimet. Nuk e e ha me bukën me gjalpë, që e kam pasë ngrënë jashtëzakonisht shumë".

Po ashtu, pjesëmarrësit përmendin, që e dinë rëndësinë e konsumimit të frutave dhe perimeve. Irena deklaron:

"Unë jam e uritur shumë herë gjatë ditës. Ajo që bëj zakonisht është të ha fruta dhe zarzavate të freskëta. Kur jam në shtëpi, por edhe kur nuk jam, i marr me vete. Nuk e pi kurrë kafën dhe pi shumë ujë gjatë ditës, mund të shkojë në disa litra".

Të gjithë pjesëmarrësit e dinë rëndësinë që ka stili i të ngrënit shëndetshëm, krahasuar me mbajtjen e dietave, që shpesh herë janë të dëmshme, madje jo vetëm nuk i ndihmojnë për të rënë në peshë, por shpesh i kanë bërë që të shtojnë kilogramë. Ajo që është më e thjeshta dhe në fakt më e mira për tu bërë është heqja pak nga pak e ushqimeve të dëmshme dhe po pak nga pak përfshirja në aktivitet fizik. Sonila thotë:

"Unë e di shumë mirë që zgjidhja e problemit tim nuk është dieta, nuk është të rri pa ngrënë. Ajo që duhet të bëj, është të heq ato ushqimet e dëmshme që unë i kam qejf. Sikur unë të mos haja ëmbëlsira, kushedi sa shpejt do të dobësohesha. Por nuk rri dot. E vendos 100 herë që nuk i vë më në gojë dhe prapë e thyej angazhimin. Nuk do i ha më dhe do filloj të eci. Shumë shpejt do ta filloj këtë".

Erjoni shprehet:

"E kam shumë qejf bukën . Mund të ha një bukë të tërë me djathë. Dhe jo vetëm një. E di shumë mirë që po të mos e ha fare bukën unë bie në peshë. Por e kam të vështirë ta lë. Vendos ta lë, po kur ulem në tavolinë, nuk e ha dot gjellën pa bukë. Kam arritur edhe e kam ngrënë vetëm gjellën, dhe më pas kam ngrënë bukë e djathë sepse më duket sikur nuk kam ngrënë fare. E di që duhet të filloj edhe palestër, por hë me sot e hë me nesër nuk jam bërë mbarë".

Jeta thotë:

"Unë i di të gjitha këshillat që jepen për të ngrënë. E di që duhet të ha me porcione më të vogla, të ha ngadalë, të pi një gotë ujë para se të ulem për të ngrënë, etj. Ndonjëherë i bëj, por jo gjithmonë. Di që duhen ngrënë 5 fruta e perime në ditë dhe megjithëse nuk i kam qejf fare, ndonjëherë i ha. I ha me zor. I ha që të marr vitamina dhe që të më heqin oreksin, por nuk ma heqin fare. Në shtëpi, nuk i fusim fare ëmbëlsirat. Po ashtu mundohemi të hamë sa më pak gjëra domethënë të mos hamë dy tre gjëra në vakt."

Koha e kufizuar, për arsye të angazhimeve në punë apo përgjegjësi familjare, të tilla si punë në shtëpi apo kujdesi për fëmijë, u shkaktonte në shumë raste pjesëmarrësve kufizim të zgjedhjeve ushqimore, gjë që bën që të mbështeten tek ushqimet jo të shëndetshme, të tilla si ushqime të yndyrshme, të konservuara apo fast-food.

### **Aktiviteti fizik**

Megjithëse pjesëmarrësit kanë folur për përfitimet që vijnë nga aktiviteti fizik, ata kanë arsyetuar se e kanë të vështirë që të përfshihen në një aktivitet të rregullt fizik. Promocioni i shëndetit

rekomandon sidomos aktivitete në ajër të pastër, të tilla si ecja, drejtimi i biçikletës etj. Por jo përherë kjo është e mundur për obezët. Irena tregon:

"Dola ca herë të eci tek liqeni por djersitesha shumë dhe nuk kisha ku ndërrohesha kështu që nuk e vazhdova më".

Sonila thotë

"Do të dojqat të ecja përditë por në lagjen time nuk ke ku të ecësh. Rruga është plot me njerëz që shesin. Liqenin e kam larg, kështu që nuk e di si do të zgjidh, por aktualisht nuk kam ku të dal për të ecur. Duket absurde, por kështu është".

Alma thotë:

"Unë kam dashur të filloj ecjen tek liqeni. Por ka një gjë, që kur e fillon duhet ta vazhdosh gjithmonë. Edhe unë nuk kam ndonjë vullnet të madh. Duhet të dilet pastaj në shi, në ftohtë dhe në diell. Ku jam në gjendje unë të dal kur është shi!? Po ku është diell?! Edhe palestra nuk më pëlqen, sepse aty duhet të kapësh ritmin e të tjerëve të cilin unë nuk e ndjek dot".

Po ashtu, mungesa e kohës është perceptuar nga pjesëmarrësit si një nga arsyet për të mos u marrë me aktivitet fizik. Genti dëftën:

"Unë kam shumë punë dhe e kam të pamundur që të shkoj në palestër. 100 herë jam regjistruar sepse doja t'ia bëja vetes fakt, të shkuarin atje, por jo, e kam të pamundur".

Jeta thotë:

"U regjistrova në një palestër por nuk munda të gjej kohën për të shkuar. Aktualisht jam në një punë tetë orë. Po ashtu, merrem edhe me një punë tjetër, ndihmoj një shoqen time në biznesin e saj. Nuk e di se si do t'ia bëj po dua të shkoj në palestër. Dua sepse, më mirë atë se të rri pa ngrënë (qesh). Thjeshtë duhet të menaxhoj pak më mirë oraret".

Femrat pjesëmarrëse e kanë më të vështirë të përfshihen në aktivitet fizik edhe për shkak të angazhimeve në familje. Alma thotë :

"Unë dua të merrem me palestër ose të dal dhe të eci, por nuk kam kohë. Kam kaq shumë gjëra për të bërë, sa që është e pamundur. Paradite në punë, pasdite në shtëpi, e njëjta gjë, me të njëjtin intensiteti. Duhet të lë ca gjëra dhe ta përfshij aktivitetin fizik patjetër në jetën time".

Po ashtu, ata përmendin edhe faktin se çmimet në këto ambiente të tilla si palestra, pishina, etj. janë disi të larta, dhe jo të gjithë mund të kenë akses për këtë arsye. Arjeta thotë:

"Kam dashur të shkoj në pishinë sepse mjeku më tha që noti është më i mirë për të rënë në peshë, sidomos kur bëhet fjalë për përmasa obeze sikurse janë të mijat. Por çmimet janë të larta, pasi këtu në kosto përfshihet edhe rruga pasi duhet shkuar me makinë dhe unë nuk e përballoj dot".

Teuta deklaron:

"Mora vesh që ishte një kurs aerobie i përshtatur për moshë pak të mëdha, për persona mbipeshë etj. dhe më pëlqeu shumë ideja. Por çmimi ishte i lartë. Kështu që e lashë këtë ide".

Na ka qëlluar shpesh dy shoqe, dy shokë ose një çift që ushtrohen sëbashku. Të paturit e një personi tjetër, për pjesëmarrësit, është një nxitës shumë i madh, sepse ti përfshihesh edhe për të mos ngleur pas tij, edhe për të qenë me të. Arbri thotë:

"Do dilnim me një shokun tim për të ecur tek liqeni, por ai nuk bëhet mbarë. Me la edhe mua duke pritur atë".

Ka një lidhje të fortë ndërmjet aktivitetit fizik dhe mbështetjes sociale<sup>264</sup>. Kështu, nëse shoqërohen nga një i afërm rritet gjasa që një person të shkojë në palestër, sidomos ata që nuk kanë shkuar asnjëherë. Një arsye tjetër është edhe paragjykimi që ndiejnë personat obezë në këto ambiente, ku përgjithësisht shikon trupa të hollë. Pjesëmarrëset femra, shprehen obeze nuk preferojnë të përfshien në aktivitet fizik si pasojë e frikës nga dëmtimi, nga frika nga situata të sikletshme dhe tallja. Sara përshkruan:

<sup>264</sup>Stahl, T., Rütten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., Luschen, G., Diaz, J., Rodriguez, A., Vinck, J. & Van der Zee, J. The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. *Social Science & Medicine* 2001:52:1-10.

"Fillova të shkoj në palestër, por në atë palestër që shkova unë njerëzit nuk shkonin për ushtrime por për tu marrë me të tjerët. Të gjithë kohën që isha aty, i kisha të gjithë sytë mbi mua. Nuk e kuptoja pse gjithë ai interes. Dhe nuk shkova më. Jo për gjë por do të isha kapur keq më ndonjë person aty."

Ka disa barriera, ku përfshihen ato personale, sociale dhe mjedisore, që i mbajnë njerëzit larg aktivitetit fizik. Për shembull, barrierat sociale përfshijnë, mungesën e parave, mungesën e një personi shoqëruues, probleme të motit (herë diell e herë shi), etj.

### **Identiteti i "obezit"**

Individët obezë adoptojnë një identitet 'obezit' si pasojë e asimilimit të statusit të brendshëm dhe të jashtëm të lidhur me perceptimet negative të obezitetit. Sinjale të jashtme janë karakteristikat e mjedisit social dhe mund të jenë aktive ose pasive. Ato aktive përfshijnë komentet e bëra lidhur me përmasat e individit, ndërsa pasive janë ato të përjetuara nga vetë individi si për shembull vështirësia për të blerë rroba, apo për tu rehatuar në sediljet e mjeteve të transportit. Veshja, si pjesë e identitetit të obezit është po ashtu pjesë e rëndësishme e imazhit, krijon po ashtu stres. Sara thotë:

"Të njëjta rroba, të njëjtat modele. Unë nuk kam shumë ndryshime nga stili i gjyshes sime. Këto janë rrobat që qarkullojnë për përmasat mija. Duhet të trazohem tek këto gjëra. Sikur do të bëjë diferencë po të vesh rroba më të bukura. Përsëri gjëja e parë që bie në sy, janë përmasat e mëdha".

Veshja është gjithashtu problem edhe për meshkujt obezë pjesëmarrës. Edhe për ta po ashtu është e vështirë të gjenden rroba, të përshtashme për punën, të bukura dhe të kohës. Iliri deklaron:

"Sa të vështirë e kam veshjen. Unë dorëzohem sepse duhet shkuar nëpër ca dyqane të shëmtuar me ca manekinë si buf. Po të mos ishte ime shoqe që kujdeset dhe shkon e mi gjen, nuk e di si do t'ia kisha bërë."

Si meshkujt ashtu edhe femrat pjesëmarrëse në studim raportojnë probleme në blerjen e rrobave dhe mendojnë se rrobat për personat obezë janë të shëmtuara. Ata thonë se u duhet të

zgjedhin ndër pak mundësi modelesh e ngjyrash. U duhet të marrin në konsideratë edhe materialet, pasi djersitja është një problem mjaft sikletosës për ta. Nuk bëhet fjalë që ata të gjejnë rroba të modës. Veshja përbën një ndër preokupimet kryesore në ditët tona. Ne shpenzojmë kohë dhe para, për tu veshur mirë, në mënyrë të rehatshme por edhe sipas trendit të veshjes. E për obezët kjo përbën vuajtje më vete. Jeta raporton:

"Ndihehem shumë keq ku dëgjoj shoqet e mija që diskutojnë për veshjet, për modele veshjesh për modele të modës. Unë nuk mund të jem kurrë si ato, të vesh gjëra të tilla, apo të diskutoj për rroba të bukura. Unë jam dënuar të vishem me këto gjëra të shëmtuara..."

Zamira thotë:

"Nuk është kurrë e mundur të gjesh rroba të bukura. Të gjitha janë stil i vjetër dhe demode. Po këpucët? Të tmerrshme. Pak jemi të dënuar të dukemi keq për shkak të obezitetit, por na bëjnë edhe këto veshje të dukemi edhe më keq".

Personat obezë ndjehen të diskriminuar shumë edhe për këtë fakt, ndjejnë që shpesh ata nuk janë të përfshirë në popullatën "normale". Në shumicën e dyqaneve nuk ka rroba apo këpucë për ta. Alma shprehet:

"Ne ndjehemi gjithë kohën sikur nuk bëjmë pjesë në këtë shoqëri. Në sezone uljesh shpesh njerëzit diskutojnë që blenë këtë apo do të shkojnë të shohin për këtë tjetrën. Kjo për mua është një gjë krejt e huaj. Nuk e imagjinoj dot të shkoj nëpër dyqanet normale dhe ti provoj të gjitha ato veshje aq të bukura..."

### **5.3 Diskutimi lidhur me njohuritë dhe qëndrimet e personave obezë lidhur me pasojat e obezitetit**

#### **Obeziteti rrit rrezikun për probleme shëndetësore**

Të gjithë pjesëmarrësit, bien në një konsensus lidhur me atë që obeziteti patjetër që rrit gjasat për probleme shëndetësore, por gjithësesi jo domososhmërisht do të thotë që mund të zhvillohen probleme shëndetësore. Sara e formulon mendimin e saj kështu:



“Gjithësesi të qenë obez nuk do të thotë që patjetër ke probleme. Unë mendoj që kjo lidhja me problemet ndodh nëse obeziteti vazhdon gjatë, pra është një efekt afatgjatë i obezitetit.”

Teuta thotë:

"Ne kemi shumë probleme nga obeziteti. Ky drejtë ti shkatërron të gjitha. Unë mezi qëndroj në këmbë. Yndyrnat në gjak i kam në hava. Po ashtu, rrezik tjetër është edhe zemra. Vëllai im para ca kohësh pati një parainfarkt. Mjekët i thanë që e kishte nga duhani. Pupupu sa shumë që pinte. Plus që është edhe i shëndoshë, sidomos barkun ka të madh. Nuk e di si e kemi hallin".

Gjithësesi pjesëmarrësit, mendojnë që një person mund të jetë mbipeshë, madje edhe obez dhe mund të mos shfaqë asnjë problem shëndetësor. Ja si shprehet Alma :

“Një kushërira ime ka gjithë jetën që është obeze dhe e ke pa asnjë problem shëndetësor. Nuk do të thotë gjë ndonjëherë.”

Genti thotë:

“Me thënë të drejtën kush ka thënë që ne domosdoshmërisht kemi probleme. Nuk ka shumë që bëra një kontroll të përgjithshëm tek mjeku dhe të gjitha mirë më dolën.”

Në kapitujt e mëparshëm kemi parë se si ka një sërë komplikimesh shëndetësore të lidhura me obeziteti, duke përfshirë SKZ dhe diabetin e tipit II. Dy nga pjesëmarrësit, Teuta dhe Zamira vuajnë nga diabeti i tipit II, për të cilin mjekët kanë përcaktuar se është shkaktuar nga obeziteti. Kështu Teuta deklaron:

"Jam e ndërgjegjshme për gjithë këto probleme shëndetësore që më janë shkaktuar nga shëndeti i tepërt. Kam tre vjet që jam me diabet dhe dihet pse; për shkak të shëndetit të tepërt. Po ashtu kam shumë probleme me kyçet, kam dhimbje të tmerrshme. Po ashtu kam probleme me frymëmarrjen, me hipertensionin. Dhe të gjitha këto për shkak peshës. Që kur jam diagnostikuar me diabet, kam bërë ndryshime në ato gjëra që ha përditë. Kështu, kam hequr sheqerin, ha vetëm bukë të zezë, ha shumë fruta dhe perime dhe sa më pak yndyrë". E pata shumë të vështirë në fillim, por nuk kisha çfarë të bëja; duhej ta bëja këtë".

Po ashtu edhe Zamira thotë:

"Që kur dola me diabet kam ndryshuar shumë gjëra në mënyrën se si ushqehem. Mendohej të mos ha shumë. Po ashtu, mendohej të ha fruta. Në përgjithësi ne i kemi qejf zarzavatet. Mendohej të mos ha gjalpë. Të vështirë e kam, por po mësohem. Ndoshta shlyqyr që ndodhi sepse po më detyron të ha më pak, se më përpara nuk kishte gjë që të më frenonte".

Zamira nuk ka shumë dëshirë ta lidhë diabetin me obezitetin. Ajo thotë

"Ne e kemi në rracë diabetin. Edhe dy motrat e mija janë me diabet".

Më vonë ajo e pranoi se diabeti ishte i lidhur me obezitetin:

"Në fakt ne e kemi në rracë por unë mendoj që ma ka përshpejtuar shumë peshën". Gjithashtu, përsëri më vonë në intervistë ajo pranoi "u tremba shumë dhe bëra ndryshime drastike kur mora vesh që isha me diabet. Menjëherë ndryshova dietën. Aq me seriozitet e morëm këtë gjë, sa që edhe djemtë e mi filluan të pinë ujë si dhe hoqën dorë nga pijet e ëmbla të gazuara. Nga kjo ranë edhe në peshë".

Dy nga meshkujt, pranuan që në familjes e tyre ka histori të diabetit. Erjoni thotë:

"Mami im ka shumë probleme nga diabeti. I është shfaqur prej disa vitesh dhe nuk do të thotë gjë kujdesi ndonjëherë. Ajo ka bërë gjithmonë jetë të rregullt. Ka qenë pak mbipeshë por jo ndonjë gjë kushedi se çfarë. Unë e di shumë mirë rrezikun që kam për të dalë me diabet. Ndonjëherë kam frikë dhe për pak ditë ndryshoj. Pastaj sikur jeta më përfshin, e harroj dhe filloj prapë stilin tim."

Po ashtu edhe Genti thotë:

"Mami im është me diabet prej shumë vitesh. Madje të gjithë nga mami, vëllezër e motra janë me diabet. E kam të sigurtë që do sëmurem dhe unë. E di shumë mirë që gjithë ky shëndet është dorë me një për diabetin. Seriozisht, e mendoj shpesh këtë rrezik që kam. Dhe aty për aty mendoj se duhet të marr masa. Angazhohem me veprime konkrete. Por shpejt heq dorë".

Po ashtu të gjithë pranojnë që kanë probleme me frymëmarrjen. Disa këtë e shprehin në formën e asaj që lodhen shpejt dhe u merret fryma. Irena dëshmon:

"Unë nuk arrij dot të bëj rrugë të gjata sepse më merret fryma".

Po ashtu Aida dëshmon:

"Shyqyr që e kam shtëpinë në kat të dytë. Kur shkoj tek motra që e ka në të gjashtin sa nuk vdes duke ngjitur shkallët."

Gjithashtu pjesëmarrësit raportojnë edhe për probleme me hipertensionin. Sipas Sonilës:

"Para ca kohësh kisha disa ditë që kisha një dhimbje të fortë koke. Kur shkova u vizitova, mjekja e lagjes më tha që e kisha tensionin 17. Me dha ca mjekime për tre javë. Tani e kam 14.5. jam vizituar edhe tek një kardiolog dhe ai më ka thënë që e kam vetëm nga pesha. Nëse do të dobësohem, do të normalizohet."

Iliri thotë:

"Herë pas here kam ndonjë luhajtje tensioni. Kam arritur ta kuptoj edhe vetë. Mjeku më ka thënë që kjo vjen vetëm nga shëndeti."

Po ashtu, shumica e pjesëmarrësve raportojnë për dhimbje të kyçeve. Aida shënon:

"Kur shtrihem në krevat, mezi arrij të qetësohem sepse kockat më dhembin pa masë. Shkova u vizitova dhe më thonë që e gjitha vjen nga lodhja e kockave për shkak të peshës."

Alma deklaron:

"Kjo dhimbja e vazhdueshme e kockave po më torturon. Nuk arrij asnjë moment të qetësohem."

Një krahasim i IMT-së me punësimin, i axhustuar me moshën e pjesëmarrësve, qartëson edhe një herë se IMT-ja lidhet shumë me mundësinë për të qenë i sukseshëm në aspektin profesional<sup>265</sup>. Sikurse raportojnë subjektet edhe tek instrumentet e tjera, të qenit obez e vështirëson së tepërmi

<sup>265</sup>Puhl, R. & Brownell, K. D. Ways of coping with obesity stigma. Eating Behaviors 2003; 4;53-78.

gjetjen e një pune, mbajtjen e saj apo edhe suksesin në të. Ata kanë sjellë histori konkrete se si janë refuzuar në punë apo kontekste të caktuara profesionale, pikërisht për shkak të obezitetit. Kjo për shkak të pranisë së paragjytimeve të lidhur me të.

### **Përpyekjet e mëparshme për të rënë në peshë**

Frekuenca që subjektet ndjehen nevojën për të mbajtur dietë dhe frekuencën që kanë mbajtur konkretisht dietë reflekton pikërisht mospërputhjen mes mendimit dhe veprimeve konkrete, të cilën e gjejmë shumë shpesh tek personat obezë. Ata kanë një problem të vazhdueshëm, i cili i streson vazhdimisht dhe që lidhet pikërisht me peshën e tyre. Obeziteti përbën një problem madhor në shumicën e këtyre personave, pasi jo rrallë ndikon dhe prek të gjithë sferat e jetës së personit.

Ashtu sikurse u demonstrua edhe më përpara, pjesëmarrësit në studim e pranojnë obezitetin e tyre dhe gjithashtu pranojnë që gjatë viteve, kishin marrë kile. Kjo e ndikuar nga periudha stresante në jetën e tyre dhe jo vetëm. Gjithsesi, ata pranojnë se kishin marrë kile edhe në periudha "të qeta". Bledi thotë :

"Nuk e kisha menduar se do të përfundoja obez. Gjithësesi askush nuk dëshiron të bëhet obez, askush nuk e ka obezitetin të shkruar në CV. Kjo gjë ndodh dhe pikë".

Edhe Sonila thotë:

"Unë nuk e kam zgjedhur obezitetin. Askush nuk e zgjedh obezitetin. Unë nuk besoj që ka qoftë edhe një arsye të vetme që njerëzit të zgjedhin që të bëhen obezë. Askush që e di se çfarë është obeziteti, nuk do ta dëshironte kurrë atë. Personat obezë nuk janë aspak të lumtur dhe duan e përpiqen shumë ta ndryshojnë këtë gjë. "

Eksperiencat ciklimit të peshës, humbja dhe rifitimi përsëri i saj, ishin të zakonshme për të gjithë pjesëmarrësit. Irena tregon:

"Kam bërë dieta, jam përpyekur që të bie në peshë shumë herë në jetën time. Ndonjëherë kanë funksionuar, ndonjëherë jo. Përgjithësisht, kanë qenë të suksesshme vetëm për pak dhe pastaj gradualisht e kam rifituar përsëri atë peshë, madje edhe më shumë".

Pjesëmarrësit në studim pranojnë se ata janë përfshirë më parë në dieta, trajtime farmaceutike apo programe të rënie në peshë. Disa pjesëmarrës thonë se ata janë vazhdimisht në dietë dhe ata bien në peshë dhe më pas marrin më shumë kile se kanë humbur. Arjeta thotë:

"Unë jam vazhdimisht në dietë. Shumë njerëz që mbajnë dieta kështu e kanë i humbin ato kile dhe i marrin përsëri (qesh). Duket sikur dieta po funksionon dhe pastaj për ndonjë arsye e ndërpres dhe e vendos përsëri atë peshë, madje pak më shumë se ajo që humba. E humb përsëri dhe e marr përsëri."

Si meshkujt, ashtu edhe femrat, janë përpjekur të mbajnë dieta dhe megjithëse fillimisht ata arrijnë të bien në peshë, ata përshkruajnë se si pas një periudhe kohe, pesha e tyre shkon përsëri aty ku ishte. Erjoni deklaron:

"Të them të vërtetën kam provuar shumë herë dieta. Kam dëgjuar shpesh që dieta janë të dëmshme, se duhet të ti japë vetëm mjeku, se nuk humb peshë se atë që humb e fiton përsëri etj., Gjithësesi, pavarësisht këtyre, kam mbajtur dieta. Kam humbur pak fare në peshë, por nuk i kam vazhduar gjatë."

Ishte e dukshme se pjesëmarrësit ishin të frustruar dhe të mërzitur lidhur me përpjekjet e tyre për të rënë në peshë. Për shembull, Jeta përshkruan:

"Kam blerë edhe libra me dieta. I kam ndjekur me përpikmëri dhe nuk është se kam rënë aq shumë. Shkoja ca gramë më shumë e ca gramë më pak edhe pse e mbaja me saktësinë më të madhe. I kam mbajtur edhe një muaj, edhe më shumë madje dhe jo ndonjë ndryshim domethënës."

Gjithashtu Sara pranon se ka bërë shumë herë përpjekje për të rënë në peshë. Ajo thotë:

"Mendoj se nuk ka ndonjë dietë që qarkullon dhe unë nuk e kam provuar. I marr dhe i filloj gjithë entuziazëm, gjithë angazhim. Të gjitha funksionojnë vetëm për pak kohë. Rënia në peshë vazhdon vetëm për pak, pastaj nuk janë më efektive. Dhe pasi i ndërpes trupi është mësuar me këtë regjim dhe menjëherë merr peshë."

Ndonjëherë pjesëmarrësit tregojnë se kanë marrë masa drastike në përpjekje për të rënë në peshë. Për shembull Aida thotë:

"Një shoqja ime më tha se një farmaci ishin ca ilaçe që të dobësonin. Mezi e gjetëm atë farmaci, sepse nuk kishte në asnjë vend tjetër. Dhe në fakt ishin mjaft efikase. Rashë disi në peshë dhe u lumturova shumë. Po kur i ndërpreva e rimora përsëri peshën, madje mora dyfishtin e asaj që kisha humbur. Kjo gjë ka qenë shumë e rëndë për mua."

Po ashtu, Genti tregon:

"Pashë në televizor një lëng që gjasme shkrinte dhjamin dhe të dobësonte. Një shoku im mjek më tha të mos e merrja sepse nuk ia vlente dhe se ishte shumë i dëmshëm. E mora gjithësesi. Thashë se do të shpëtoj. Mu mbush mendja ngaqë aty dilnin edhe mjekë që e reklamnin. Por ishte gjithçka një mashtrim. As edhe një gramë nuk rashë nga ajo dietë. Por kisha një këputje të madhe, dhimbje stomaku, dhimbje koke. Ai shoku im më tha që në vendet perëndimore nuk lejohen produkte të tilla pasi janë dëmshme."

Sara tregon:

"Një shoqja e mamit më sollí nga Amerika disa tableta që ajo kishte dëgjuar që ishin shumë të mira. E pashë edhe në internet dhe reklama e tyre ishte e madhe. I përdora. Në fillim kisha një ndjesi ngopje dhe nuk po haja shumë. Dukej sikur po funksioninin për më shumë se dy javë. Pastaj më filloi një dhimbje e tmerrshme stomaku që nuk më linte të ngrihesha nga krevati. Më merreshin dhe mendtë. U bëra keq fare. Babi mi hodhi në banjo."

Elda thotë:

"Njerëzit janë kaq të fiksuar me rëniën në peshë sa mund të bëjnë gjithçka. Një shoqja ime më ka treguar për një kushërirën e saj e cila kishte marrë ca tableta që mendoj se kanë qenë ndonjë drogë, pasi i kishin thënë se të krijonin një gjendje gjallërie dhe nuk kishte nevojë të haje pasi ndjeheshe e ngopur. Kishte përfunduar në spital se kishte marrë vetëm ato dhe nuk kishte ngrënë asgjë."

Jeta përshkruan:

"Në mënyrë që të bie në peshë dhe të arrij një peshë normale do pranoja shumë gjëra. Më dhanë një dietë që ishte vetëm ujë me qepë. Ishte supë gjasme. E mbajta tre ditë, por një ditë më ra të fikët dhe u rrëzova. Sapo kisha dalë nga shtëpia. Ato të familjes më bënë namin sepse nuk dinin gjë. E dija që nuk do të më linin ta bëja këtë dietë. Ata nuk më lënë të provoj dieta të reja se kanë merak. Sidomos këto që janë drastike. Por unë prapë i bëj. E kuptoj që janë të dëmshme. Por çfarë të bëj tjetër?!"

Është e qartë që shpesh herë pjesëmarrësit duan që humbja e peshës të jetë e shpejtë. Të gjithë e pranojnë që kjo është e dëmshme por prapë i bëjnë. Sonila thotë:

"Bëj shpesh nga këto dietat drastike. Them që nuk do bëj më se vetëm një herë. I them vetes se e kam bërë kaq herë këtë saqë edhe vetëm një herë nuk do të bëjë diferencë. Nuk kam nerva të rri të pres për një kohë të gjatë. Jam shumë e lodhur me këtë pamje. Jam shumë e lodhur me këtë peshë. Do doja të ndryshoja në sekondë me ndonjë magji. Jam shumë e lodhur!."

Përkufizimi i suksesit të dietës varet shumë nga zhgënjimi që ata pësojnë nga ndërprerja e kësaj përpjekje për të rënë në peshë. Arjeta dëshmon:

"Kam provuar shumë herë të mbaj dieta, shumë herë drastike. Kur e ndërpres, kjo ndodh kryesisht për shkak se ndjehem keq në atë moment apo atë ditë. E ndërpres dhe i jap fjalën vetes së do të rifilloj shumë shpejt dhe se nuk do ta lë veten të shtoj në peshë. Dhe koha kalon e unë edhe pak, e nuk e rifilloj dietën. Ndjehem shumë fajtores kur shikoj që kam shtuar në peshë, se përse nuk e rifillova dietën kur e ndërpreva. E kështu vazhdoj derisa një ditë bëhem mbarë përsëri për dietë....dhe çdo gjë fillon nga e para."

Pjesëmarrësit pranojnë se kur mendojnë që dieta nuk po funksionon, nuk presin shumë dhe e ndërpresin atë. Alma thotë:

"Filloj ndonjë dietë dhe shoh që nuk po ka ndonjë rezultat të madh. Pres ca ditë dhe hiç. Atëherë nuk e kontrolloj dot dëshpërimin. E ndërpres dhe filloj të ha. E kuptoj që duhet të ke durim, se duhet të pres, por e kam të pamundur. Kjo më bën të ndjehem shumë keq".

Ajo shton

"Burri im filloi një dietë sëbashku me mua që të solidarizohej. Javën e parë ai ra tre kile, unë fare. Javën e dytë ai ra një kile edhe unë rashë një kile. Pra në dy javë, ai ra katër kile kurse unë vetëm një. Në fundjavën e javës së dytë, hoqa dorë. Më iku truri".

Gjithashtu edhe Aida tregon:

"Kam provuar shumë dieta që të bie në peshë. I filloj dhe në fillim, nja dhjetë ditë, duket sikur më shkojnë mirë, pastaj nuk bie më fare. Kjo më bën të humb durimin. Mendohem shumë ta ruaj forcën e të vazhdoj, por jo. Gjithashtu kam provuar edhe pilula e lëngje të ndryshme që gjasme të heqin oreksi ose të tresin dhjamin. Hiç. Asnjë gjë nuk funksionon. Ato pilulat të krijojnë të përziera dhe dhimbje koke. Tani më kanë sjellë një pluhur, të cilin e ha para se të fle në darkë. U bëra një muaj që e përdor rregullisht çdo natë dhe hiç."

Dietat jo të sukseshme mund të rezultojnë në ulje të vetë-vlerësimit, ndjesi faji, ankth dhe urrejtje ndaj vetes<sup>266</sup>. Sonila raporton:

"Kur e ndërpes një dietë ndjehem njeriu më kot në botë. Më duket sikur unë nuk jam e zonja të bëj asgjë. Kur nuk bëj dot një gjë kaq të theshtë, sikurse është reduktimi i të ngrënës, çfarë mund të presësh prej meje?"

Gjithashtu, edhe Sara thotë:

"Ndjehem një dështake pa fund kur unë nuk e çoj dietën deri në pikësynim. E urrej veten. Ato ditë bëhem si për hekura sepse më ikën dëm gjithë ajo lodhje. Më ikin dëm gjithë ato shpresa. E kuptoj që kjo gjë më ka bërë shumë nevrrike."

<sup>266</sup>Siegler C. R., Leslie, W. S. & Lean, M. E. J. Why lose weight? Reasons for seeking weight loss by overweight but otherwise healthy men. International Journal of Obesity 2002; 26:880-882.



Arjeta përshkruan:

"Është një gjendje që të trishton shumë ajo kur nuk je në gjendje të vazhdosh dietën për të rënë në peshë. Kur je obez, duhet ta ndash mendjen që do të vazhdosh dietën për shumë kohë, në mënyrë që të arrish të marrësh rezultate pozitive. Duhet patur shumë durim që edhe kur nuk bie fare, edhe kur bie pak, të mos dorëzohesh. Vetëm kështu mund tia dalësh. Por unë nuk jam në gjendje të përballoj një gjë të tillë. Bëhem keq që jam kaq e dobët. Si mund të jetë njeriu kaq i papërgjegjshëm; unë e di shumë mirë që kjo do kohë dhe prapë, nuk kam durim. Vërtetë rob i trashë. Nuk mundem ta vazhdoj për një kohë të gjatë. Jam shumë e lodhur mendërsisht. Nuk e di si do tja bëj sepse vetëm kështu mund ti dilet."

Arbri shprehet:

"Kjo puna jonë është tamam si ato që kanë varësi dhe nuk heqin dot dorë. Unë dua shumë të bie në peshë. Por gjithmonë them 'hë edhe këtë herë të ha sepse pastaj do e kufizoj' dhe kështu vazhdon pa fund. Filloj të mbaj ndonjë dietë, e vazhdoj dy ose tre ditë, pastaj e ndërpres. Atë moment jam entuziast se do ta filloj prapë brenda ditës ose të nesërmen. Por pastaj kjo nuk ndodh dhe kjo më bën të ndjehem vërtetë keq".

Alma thotë:

"Kjo mbajtja e dietave është stres i madh. Askush nuk mund të arrijë në peshë normale me to, por vetëm se na gënjen mendja. Që kur e filloj e di se si do të përfundojë. E di se nuk do zgjasë shumë. E di se do ta ndërpres. E di se do të bëhem keq. E di se do ta mallkoj veten. E di se do të ha më shumë nga marazi."

Mungesa e suksesit në rënien në peshë dhe dietat e vazhdueshme, mund të prodhojnë një cikël që rezulton në turp, ndjesi dështimi dhe vetëvlerësim i ulët<sup>267</sup>.. Nëse dietat do të kishin funksionuar, atëherë nuk do të kishte qenë më nevoja të përsëriteshin. Të gjithë pjesëmarrësit kanë raportuar se përgjithësisht, i marrin shumë seriozisht dietat për aq kohë sa zgjasin. Sara tregon:

"Kur po mbaj dietë bëhem si e fikusar. I zgjedh ato produktet ashtu sikurse shkruhet. Po ashtu edhe gramaturat i zgjedh me përpikmëri. Por aq sa zgjat (qesh). Kjo përpikmëri më duket sikur më jep besim dhe shpresë."

<sup>267</sup>Sarlio-Lahteenkorva, S. Relapse stories in obesity. European Journal of Public Health, 1998; 8: 203-209.

Edhe Aida thotë:

"Kur mbaj dietë bëhem si gjysëm robi. Fiksohem duke peshuar gjëra, duke i gjetur fiks sikurse e ka të shkruar në dietë. Nëse bëj diçka ndryshe, më ngelet mendja aty dhe më duket se ky do të jetë shkaku që kjo dietë nuk do të funksionojë. Rri e peshohem 100 herë në ditë. Saqë herët e fundit e hoqa fare peshoren nga shtëpia se lashë nam. Ndoshta kjo të krijon një lodhje aq të madhe mendore sa është e papërballueshme dhe më pas vjen ajo që është ndërprerja e dietës. I gjithë ky përkushtim përfundon në dështim të plotë. Ndoshta prandaj edhe mërzitem aq shumë kur dështoj, pikërisht për shkak të seriozitetit me të cilin marr dietën. Në fillim, njerëzit e mi talleshin se ku shkoi gjithë ai kujdes për dietën. Ku shkoi gjithë ai preokupim që unë paskam filluar të ha përsëri? Por tani nuk e bëjnë më sepse e kanë kuptuar që kjo më stresonte shumë. Ky dështim është shumë i rëndë për mua. Praktikisht është gjëja që bëj më me pasion. Kjo, sepse lidhet me dëshirën më të madhe në jetën time."

Po ashtu edhe Jeta thotë:

"I marr me kaq seriozitet dhe përkushtim dietat saqë direkt fillojnë komentet në shtëpi. Ata asnjëherë nuk kanë besim. E dinë shumë mirë deri ku shkon vullneti im. E dinë shumë mirë se sa do zgjasë gjithë ky përkushtim. E dinë se unë nuk i rezistoj dot të ngrënit. Dhe sapo të mërzitem, (mua më duket sikur kam shumë arsye për tu mërzitur) e lë. Por ndonjëherë e vazhdoj më gjatë. Ka raste kur e kam ndërprerë pasi e kam kuptuar që po bëhem shumë debole. Gjithësesi edhe ata të shtëpisë, sa kot bëjnë ashtu se duan të më vendosin në sedër dhe të bëjnë shaka. Sepse ata janë shumë kundër dietave. Dhe prandaj unë, duke qenë se jam vetëm, domethënë askush nuk më mbështet për dieta, e marr gjithë seriozitet, a thua se po kompensoj mosbesimin e tyre. A thua se dua ti vërtetoj të kundërtën; që mund t'ia dal."

Elda tregon:

"E kuptova që po më ikte truri dhe se kur mbaja dietë, unë shndërrohesha në një njeri me fiksime. Kështu që kam vendosur të mos mbaj më dietë. Dietat të lodhin sidomos trurin dhe vjen një moment që nuk mbush mirë. Do përpiqem të reduktoj sasinë e ushqimit që marr, por

kurrësesi nuk mbaj më dietë. Nuk jam dobësuar asnjëherë më dieta. Domethënë jam dobësuar dhe kur dieta ka mbaruar, jam shëndoshur përsëri, ndoshta edhe më shumë."

Po ashtu, Aida shton

"E kam hequr peshoren nga banjo. Më ishte bërë fiksim. Rrija peshohesha 100 herë në ditë. Tani e kam vendosur në dollap dhe peshohem çdo të dielë."

"Dietat nuk funksionojnë", nocion ky shumë i njohur ndërmjet pjesëmarrësve. Të gjithë i kishin provuar shumë herë. Genti thotë:

"Dietat janë joefektive. Duhet ta kuptojnë të gjithë që dietat nuk sjellin asnjë reduktim të peshës. të paktën një reduktim të qëndrueshëm. por janë thjeshtë një kurth për të shtuar akoma më shumë. Unë kam lexuar studime që thonë se dietat gjithësesi të shëndoshin. Njerëzit nuk bien në peshë me dieta, unë mendoj që duhet të ndalohen. Të mos qarkullojnë më në internet apo në revista. Ndoshta ka interes nga këto gjëra sepse sa më shumë që mbajnë dieta njerëzit, aq më shumë shtojnë në peshë dhe aq më shumë para do të shpenzojnë më pas për të hequr përsëri këto kile."

E këtij mendimi është edhe Irena.

"Praktikisht kam në dietë pjesën më të madhe të kohës në jetën time si e rritur dhe pothuajse kam dyfishuar peshën time gjatë kësaj kohe."

Ndërsa Zamira thotë:

"Kjo puna e dietave është tamam si pirja e duhanit. Ti pi 10 cigare në ditë dhe kur vendos ta lësh, bën ca ditë sikur po e lë dhe kur i rikthehesh i bën 15. Kur vendos prapë, i bën 20 e kështu me radhë. Kështu ndodh edhe me dietat. Ti bën dietë që të biesh në peshë dhe në fakt shton. Bën prapë dietë dhe prapë shton."

Ishte e dukshme që pjesëmarrësit në studim nuk besonin më aq shumë tek dietat. Kjo për shkak të dështimit të dietave që kanë përdorur, të cilat kanë rezultuar të pasuksesshme. Gjithsesi ata pranojnë se ka shumë informacione kontradiktore vërdallë. Elda shprehet:

"Unë nuk besoj fare tek dietat. Ato kile që humb, dihet që i merr përsëri. Ne ngaqë e kemi problem shumë të madh peshën, shpresojmë se do shpëtojmë, por unë nuk mendoj aspak se mund të arrihet një peshë normale me dieta interneti'.

Jeta deklaron

"Gjithësesi duhet ditur që dietat duhet të jenë të personalizuar. Nuk mund të jetë efektive një dietë për të gjithë; ajo që është e mirë për mua, nuk është për një tjetër, madje mund të jetë edhe e dëmshme për një tjetër. Një ushqimi caktuar mua më shëndosh një tjetër jo. Kështu edhe dieta, tek dikush funksionon, tek dikush tjetër jo".

Gjithësesi, në përgjithësi pjesëmarrësit, ishin të lëkundur lidhur me të dhënat shkencor për efikasitetin e dietave. Sara thotë:

"Dietat duhet të përgatiten nga specialisti për secilin. Vetëm atëherë mund të funksionojnë. Ne i duam gjërat shpejt e shpejt. Përtojmë të shkojmë tek mjeku, të na ndjekë ai, por i gjejmë gati nëpër revista. Dieta që gjen në këto lloj vendesh mund të jenë të rrezikshme. Por ne prapë i bëjmë."

Gjithashtu, pjesëmarrësit pranojnë se ka konfuzion edhe në media, në rrjetet sociale dhe internet lidhur me dietat. Iliri arsyeton:

"Nëse futesh në internet, diku thuhet që dietat janë një gjë e keqe, ju nuk duhet ti provoni, thjeshtë përshtatni një stil jete të shëndetshëm, e shumë si këto. Kur pastaj të reklamohen dieta, të krijuara nga profesorë të famshëm, të cilat kanë rezultuar të sukseshme në kaq e aq persona. E çfarë të bëj robi atëherë!? Ne jemi në hall mor vlla. Patjetër që ndikohemi kur shohim gjëra të tilla. Pastaj të del si gjithë dietat e tjera."

Alma thotë:

"Këto dieta duken që janë të dëmshme, por hajt më kemi hall dhe nuk kemi nga lëvizim. Ato të thonë, jo po dieta vetëm me proteina, jo po dieta vetëm me karbohidrate. Këto duken sheshit që nuk janë të shëndetshme. Po neve na gënjen mendja se po biem në peshë . Ishte një dietë që duhet të haje ato që thoshte ajo dhe sa të duash fruta. Dhe unë, në vend që të dobësoshesha po shëndoshesha. Motra ime e kuptoi se kjo vinte nga sheqeri i frutave. Çdo gjë po të teprohet, të

shëndosh. Prandaj duhet të ta japë specialisti atë që duhet të hash, sepse ai i merr parasyh karakteristikat e tua".

Irena tregon:

"Ishte një dietë që thoshte duhen hequr komplet këto gjërat si makarona apo oriz. Mund të hahej vetëm mish dhe fruta e zarzavate. Në fillim shkoi mirë, por pastaj u këputa fare. Doktoresha më tha që ka ndodhur kështu sepse nuk kisha marrë fibra."

Gjithashtu, përveç konceptit të ndryshimit të stilit të jetës, pjesëmarrësit theksuan rëndësinë e të ngrënës së shëndetshme më shumë se sa të mbajtjes së dietës. Aida thotë:

"E ngrëna e shëndetshme është një mënyrë shumë më e mirë se sa dieta, pasi dieta të bën të mendosh që ti po deprivohesh dhe kjo bën që të hash më shumë. Ndërsa kur përshtat një të ngrënë të shëndetshme, ti ke po ato zakone por që gradualisht i ndryshon dhe përshtat. Patjetër që është më e realizueshme. Por duhet vullnet gjithësesi. Dua të përfshihem. Do të vijë shpejt ai moment."

Elda arsyeton:

"Nëse arrin të ekuilibrosh të ngrënë, është një hap madhor për një person obez. Gjithçka fillon nga e ngrëna e shëndetshme. Nëse zgjedhim një të ngrënë të tillë, për një kohë të gjatë, patjetër që do të ketë edhe rezultate pozitive."

*Në rezultatet e sipërshfaqura reflektohet pikërisht prirja e personave obezë për të patur probleme si pasojë e obezitetit. Obeziteti është konsideruar si shkak, nisur nga arsyetimi i pjesëmarrësve, lidhur me këto pasoja. Kështu, vihet re që problemet psikologjike, të tilla si: depresioni apo ankthi janë në nivele më të larta se diabeti. Por, gjithsesi të gjithë raportojnë probleme në frymëmarrje apo dhimbje kyçesh. Në studim rezultojnë dy pacientë që aktualisht janë me diabet. Subjektet me diabet e kanë indeksin e masës trupore 40 deri në 44, por niveli i kritik i këtij indeksi i bën këto subjekt shumë të riskuar për të pasur komplikacione shëndetësore.*

## **Obezët dhe "të tjerët"**

## Marrëdhëniet sociale

Nëse do t'i referoheshim prirjes së personave obezë lidhur me shmangien e aktiviteteve shoqërore apo argëtuese, dëshmohet edhe njëherë për lidhjen e obezitetit me të gjitha aspektet e jetës së individit, ndikimin që ka obeziteti në to. Subjektet raportojnë se e ndjejnë që të tjerët kanë qëndrime negative lidhur me peshën e tyre dhe mundohen ta shmangin kontaktin si me të afërmit, ashtu edhe me të panjohurit. Kështu, ata raportojnë se personat e afërm, tashmë janë kthyer në "bezdisës" me këshillat dhe rekomandimet për të rënë në peshë dhe në parashtrimin e dëmeve dhe përfitimeve që vijnë nga kjo gjë. Po ashtu, pjesëmarrësit raportojnë se po kaq në siklet ndihen edhe nga persona pak ose aspak të njohur, pikërisht me habinë e tyre për këtë "mungesë kujdesi" lidhur me peshën apo edhe me shpejtimin për të filluar nga këshillat pa krijuar ende një raport komunikimi të afërt me ta. Të gjitha këto bëjnë që personat obezë, pjesëmarrës në studim, të tentojnë të shmangin situatat sociale, pikërisht për të shmangur vëmendjen pikërisht tek ai që në fakt për ta është një problem madhor: obeziteti.

Disa nga pjesëmarrësit kufizojnë aktivitetet e tyre sociale dhe këtë e përdorin si strategji të tërheqjes ku në fakt jo vetëm që shmangen situata të caktuara, por me kalimin e kohës rezultojnë të tërhiqen nga e gjithë bota dhe të bëjnë një jetë sociale të izoluar. Sara raporton:

"Unë nuk kam dëshirë të dal fare. Unë nuk kam dëshirë të dal me shoqërinë time. Gjatë ditës bëj ato që duhen bërë, por për aktivitete të tjera nuk kam fare dëshirë që të shkoj. E di shumë mirë çfarë ndodh në këto aktivitete. Shokët dhe shoqet e mija më marrin për mëshirë. U vjen keq për mua. Kurse ata që nuk më njohin, raeagimi i parë është habia, apo nënqeshje të vogla që edhe unë paskam qejf të dëfroj. Jo, nuk shkoj më. Kam kohë që nuk shkoj më".

Jeta thotë :

"Nëse vij ndonjëherë më shpejt nga puna, qëndroj në shtëpi. Nuk kam aspak qejf të dal me asnjë. Nëse dal me familjarët e mi, patjetër që biseda do të përfundojë tek obeziteti im. Nëse dal me shoqërinë, po ashtu, e njëjta gjë. Me njerëz që nuk i njoh mirë nuk ka shumë besim të rri, besim në sensin stresit që më shkaktojnë, pasi e di që biseda shkon gjithmonë tek obeziteti. Unë jam një njeri i ndjeshëm që ndikohem shumë nga të tjerët. Kështu që sa të stresohem, më mirë rri në qetësinë time".

Fakti që kudo ku shkojnë personat obezë, obeziteti i tyre bën që mbi ta të ketë një përqëndrim të të tjerëve, të bisedave dhe të vëmendjes, në kuptim pëxhiorativ kjo, bën që ata të shmangin ngjarjet sociale dhe të mbyllin në vetvete. Aida thotë:

“A e beson se nuk dua të shkoj në asnjë vend. Nuk i duroj dot të gjithë që më shohin. Leqë veshja njëherë është stres i madh, se duhet të përshtatesh me rastin. Edhe kur kjo rregullohet duhet të shkosh e të durosh të gjithë që të shohin.”

Në përgjithësi, ka shumë presion social ndaj obezitetit. Pjesëmarrësit raportojnë se kudo të gjithë u kujtojnë se duhet të ndryshojnë dhe kjo në përgjithësi përbën stresin më të madh për ta. Shpesh shtyja për tu përfshirë në dieta vjen pikërisht për shkak të këtyre presioneve. Pak ose aspak përfshihen obezët në dieta, në mënyrë të ndërgjegjshme, që të reduktojnë problemet shëndetësore. Ata shprehen se një arsye madhore pse bëjnë është kryesisht, që të shmangin këshillat pafund, që tu mbyllin gojën, të gjithëve. Në një studim, rezultoi se nxitja kryesore për tu përfshirë në dieta apo programe trajtimi ishte pikërisht për shkak të presionit të madh që vjen nga gjithë mjedisi që e rrethon individin obez<sup>268</sup>.

Gjithësesi presioni social ose të ndikuarit prej tij bie me kalimin e moshës. Më të rinjtë ndikohen më shumë. Por me kalimin e kohës, bie interesi për të bërë figurë të mirë. Zamira thotë:

"Kur isha më e re e kisha shumë problem pamjen time. Përpiqesha të dukesha gjithmonë mirë. Por tani nuk e kam më aq të theksuar. Sigurisht që më vjen shumë keq që kam këtë pamje, sigurisht që ndihem keq nga vështrimet paragjykuese, por tashmë e kam më shumë shqetësim për shak të pasojave shëndetësore".

Arjeta deklaron:

“Më mirë rri vetëm në shtëpi. Nuk kam fare dëshirë të jem me njerëz. Unë kam dëshirë të dal dhe mërzitem kur jam vetëm në shtëpi, por pasi dal, e kuptoj që mërzitem akoma më shumë kur dal.”

Jeta thotë:

<sup>268</sup>Dixey, R., Sahota, P., Atwal, S. & Turner, A. "Ha ha, you're fat, we're strong"; a qualitative study of boys' and girls' perceptions of fatness, thinness, social pressures and health using focus groups. Health Education 2001;101:206-216.

“Kudo ku shkoj më shohin si me habi. Plas in derisa e nxjerrin muhabetin tek shëndeti im. Ouuu! A thua se unë jam budallaqe dhe po prisja sa të takohesha me atë person që të më mësonte.”

Sara shprehet:

“Më ikën truri nga presioni që më bëjnë gjithandej. Bëjnë sikur kujdesen për mua dhe më thonë me mirësi se duhet të dobësohem se kjo qenka një gjë e mirë për mua. Më vjen të plas! Po pse mo kaq idiote jam unë? Nuk i di unë këto gjëra? E kanë gjasme se po të ndihmojnë. Nuk e kuptojnë se sa shumë të stresojnë”.

Bledi thotë:

“Me thënë të drejtën më acarojnë shumë edhe këto njerëzit që të mësojnë gjithë kohën se çfarë duhet të bësh. Pa i pyetur njeri, vetëm fillojnë të japin këshilla se si e se qysh. Më kanë ardhur në majë të hundës këto lloj këshillash.”

### **Marrëdhëniet e obezëve me seksin e kundërt**

Ndër pjesëmarrësit, në përgjithësi, fermat janë më të shqetësuara lidhur me formën e tyre aktuale. Po ashtu, ky shqetësim bie me kalimin e moshës. Ashtu sikurse në çdo aspekt, tjetër, në moshë të re, një pamje trupi që del nga kornizat e normales, patjetër që krijon probleme. Sara thotë:

"Unë jam 27 vjeç dhe a ke ndonjë ide cili mashkull do të donte të lidhej me mua? Askush. Sot mezi po martohen edhe ato që janë të bukura dhe elegante, imagjinoje të kesh peshën time. Dihet që meshkujt ndikohen shumë nga pamja e femrës. Në fund të fundit, femrat prandaj edhe mbahen aq shumë, që të jenë tërëqëse për meshkujt. Unë e vë re si më shohin meshkujt. Në shumicën e rasteve i shkelin syrin njëri tjetrit 'shife si qenka'. Unë mendoj që është shumë e vështirë që dikush të dashurohet me këtë formë e peshë trupi."

Arjeta e shpreh si më poshtë poshtë men dimen e saj:

"Është e tmerrshme sa paragjykes dhe sipërfaqësorë që jemi. Unë e kuptoj këtë pjesën e imazhit, të tërheqjes që është i rëndësishëm, por njeriu ka nevojë për njeriun dhe jo për manekinin. Mos vallë këta meshkuj i marrin këto gra që ato të mos flasin kurrë, por të rrinë ashtu



të bukura, me gojën mbyllur? Nuk e di. Unë mendoj që për tu martuar, njeriu vlerëson shumë se si është në shpirt ky njeri, sa i zgjuar është, çfarë parimesh kryesore ka në jetë, etj. Po jo more, këta shohin vetëm pamjen. Të vetmit, ato pak raste, kanë qenë disa të këputur që mi kanë gjetur fisi, me siguri duke i lutur. Po jo. Më mirë rri vetëm se sa të pranoj kompromise të tilla. Të pranoj fshatarë gdhë vetëm sepse jam obeze. Jo, nuk mundem".

Jeta thotë:

"Më ka rastisur të hyj në muhabet me meshkuj në facebook. Sapo marrin vesh që jam obeze, menjëherë largohen. Askush nuk ka interes për mua. Para ca kohësh ndërrova punë. Shkova në një institucion të madh. Ja do e shohesh më tha një e njohura ime. Këtu meshkujt vrapojnë për të ftuar për kafe kur vjen ndonjë gocë e re. Por nuk ndodhi kështu. Unë jam obeze dhe mesa duket kjo përbënte kriter përjashtues. I vetmi që më ftonte, ishte një i tip i mërzitshëm, që askush nuk e donte, që më hapte kokën duke llogotitur për gruan dhe fëmijët e tij. Neve na duhet shumë më tepër sesa femrat e tjera për ti pëlqyer meshkujve, duhet të lodhemi, vërtetë të lodhemi që të jemi tërheqëse të paktën me muhabet. Kurse femrat e tjera gjysmën e tërheqjes e kanë gati, pamjen. Përkundrazi ne e kemi minus këtë dhe duhet të mundohemi që ta rekuperojmë."

Alma dëftën:

"Burri im u dashurua me mua kur ishim në fakultet. Isha shumë e shëndoshë edhe atëherë. Në fakt rastisi që ai, gjë e rrallë për ne obezet, u dashurua me mua, pavarësisht pamjes. Dhe thotë që për veten e tij nuk e ka problem që unë jam ashtu. Unë pata fat të madh. Ma merr mendja sa e vështirë është për këto gocat obeze. Është gjë e rrallë që dikush të bjerë në dashuri me ty dhe të mos e ketë problem obezitetin. Ku ka më dashuri të tilla?!".

Për meshkujt obezë duket të jetë më e lehtë. Erjoni thotë :

"Unë megjithëse kam qenë obez, nuk kam patur aq shumë probleme të gjeja të dashura. Në fillim stresohesha shumë kur në çdo bisedë me vajza dilte muhabeti tek pesha ime, por pastaj u mësova me këtë madje e përdorja si argument për të bërë shaka dhe për të hyrë në muhabet. Dhe aq është problem, pastaj vajzave u prishet mendja nga fjalët e bukura; vajzat dëgjojnë, djemtë shohin".

Edhe Arbri nuk duket se e ka aq stres obezitetin. Ai ka këtë pikëpamje:

"Ky është një si tipi difekti që bie në sy, por që nuk ka të bëjë fare me marrëdhënien me vajzat. Unë nuk e kam aq shumë problem të hyj në muhabet me femra. Sillem me to normalisht, duke mos e konsideruar veten si njeri jashtëtokësor dhe ato sillen normalisht. Pastaj vajzat, ndryshe nga djemtë duan të kenë lidhje me njeri të mirë kurse djemtë duhet patjetër të jetë e bukur shoqja në krah. Ka patur edhe vajza që më kanë refuzuar për shkak të obezitetit, nuk mund ta mohoj këtë, por refuzimi u ndodh të gjithë meshkujve."

Genti tregon:

"Po pse duhet të kompleksohem unë për shkak të obezitetit? Patjetër që unë jam i ndërgjegjshëm që ky problem është evident, po sa meshkuj janë tullacë, të shkurtër, veshllapushë, etj.? Po pse mo do ngelen të gjithë beqarë kështu? Gjyshja ime thoshte 'burri duhet të jetë pak më i bukur se majmuni'. Unë nuk e vras mendjen fare. Madje nëse ndonjë femër përqëndrohet tek obeziteti, e përdorim si temë, dhe unë këtu jam i përgatitur, nuk të fal (dhe qesh)".

Pjesëmarrësit shprehen se fakti që të tjerët nuk e pranojnë obezitetin, dashje pa dashje përbën shtysë për ta për tu dobësuar. Por shpesh herë e kanë të vështirë ta pranojnë. Sara thotë:

"Imagjinoje tani; duhet të dobësohem që të gjej burrë. Kjo është e tmerrshme!".

### **Qëndrimet antimbipeshë**

Megjithëse nuk ka studime të mjaftueshme për të përcaktuar prevalencën e stigmës së lidhur me peshën, ka të dhëna të mjaftueshme që dëshmojnë se personat obezë përjetojnë paragjykime<sup>269</sup>.

Zamira e ndjen fort që personat mbipeshë shihen negativisht nga shoqëria. Ajo shprehet:

"Unë mendoj se njerëzit kanë tendencën të nënvlerësojnë personat mbipeshë dhe mendojnë se ata nuk janë aq të mirë sa do të kishin qenë po të kishin një peshë normale. Unë mendoj se personat obezë janë shumë të paragjykuar, madje mendoj se njerëzit sillen ndryshe me një person obez, pra e diskriminojnë. Po ashtu, njerëzit mendojnë keq për personat obezë, mendojnë se nuk kanë vullnet të mbajnë dietë, etj."

<sup>269</sup>Puhl, R. & Brownell, K. D. Ways of coping with obesity stigma. Po aty, fq 62.

Në literaturë, është përcaktuar se një person komplet i huaj zakonisht bën përcaktim përçmues për një person obez, përgjithësisht duke u përqëndruar tek trupi dhe ushqimet që ata hanë. Mbipesha dhe obeziteti besohet se janë të kontrollueshme dhe të jesh mbipeshë vlerësohet zakonisht si mungesë e vetëdisplinës. Sara ndjen se njerëzit e gjykojnë atë sepse është obeze, madje edhe e stereotipizojnë si të babëzitur: Ajo e paraqet kështu mendimin e njerëzve:

"Njerëzit mendojnë se je obez sepse ha shumë, ata mendojnë se ne dukemi si derra të babëzitur, derra të babëzitur..."

Po ashtu Alma, ndjen se personat obezë vihen në pozitë të vështirë për shkak të peshës së tyre. Ajo thotë:

"Unë mendoj se nëse je mbipeshë ti mund të viresh në pozitë të vështirë, apo të tallin, gjëra që ndonjëherë të bëjnë të ndjehesh keq".

Erjoni flet për përvojën e tij në shkollë dhe si është ndjerë për shkak se ka qenë viktimë e talljeve për arsye të obezitetit. Ai tregon:

"Moshatarët më tallnin sepse isha më i madh, sepse isha më i shëndoshë, sepse dukesha gjithmonë njëlloj...Në fakt, njerëzit nuk e shprehin këtë derisa nuk ke një kontradiktë me ta dhe kur kjo ndodh ata e nxjerrin të gjithë mllëfin lidhur me obezitetin, sepse nuk kanë asgjë tjetër për të thënë përveç kësaj...". Erjoni vazhdon duke folur për të bijën dhe pasojat që ka obeziteti në shkollë: "kam një vajzë të vogël 7 vjeçare dhe është një fëmijë shumë shumë e ëmbël. Ajo është mbipeshë dhe e ndjen këtë, madje moshatarët e saj e bëjnë vazhdimisht të ndjehet keq për këtë shkak."

Pothuajse të gjithë pjesëmarrësit kanë folur për paragjykimet për obezitetin në kontekstin e punës. Alma deklaron:

"Unë mbarova fakultetin me rezultate të larta, por e kam patur shumë të vështirë të filloja punë në profesionin tim. Madje nuk pranonin as të punoja pa lekë, sepse doja të merrja eksperiencë. Mendoj fort që kjo ndodhte prej obezitetit, dukej sapo më shikonin se çfarë mendimi kishin për mua".

Sidomos në punë në të cilat, duhet të kenë kontakt me persona të tjerë, personat obezë duket se e kanë të vështirë të pranohen. Arjeta thotë:

“Aplikova për punë, ishte hapur një pozicion për të gjetur klientë dhe partnerë të rinj, tip menaxhere marketingu, pra duhej të isha gjithë kohën duke takuar njerëz të rinj. Kur u intervistova e kuptova qartë, ata nuk donin që imazhi i kompanisë të ishte një person obez. Dhe kjo ishte e qartë. U qartësua më shumë, kur më ofruan një punë tjetër, ku unë mund të punoja në zyrë, por jo atë të imazhit. ”

Zamira tregon:

"Pashë diku që kërkohej shitëse dhe kishin afishuar dhe numrin e telefonit. I telefonova dhe fola me pronarin. Ramë dakord për të gjitha, për rrogën për oraret, për pushimet, etj. Kur shkova për të filluar ai u tërhoq në mënyrë të papritur... Ti e kupton tha, që shitësja duhet të jetë pak me prezencë, sidomos këtu duhet të paraqitet një femër moderne, sepse kështu është edhe bindëse për femrat blerëse... Nuk kam për ta harruar sa keq u bëra atëherë...".

#### **5.4 Diskutimi lidhur me marrëdhënien që ekziston ndërmjet obezitetit dhe shëndetit psikologjik**

Perceptimi për pamjen e jashtme dhe niveli i vetëvlerësimit janë ngushtësisht të lidhura. Mungesa e kënaqësisë për imazhin trupor çon në vlerësim negativ për veten ose në vetëvlerësim të ulët, duke i bërë personat obezë të ndihen disi inferiorë në krahasim me personat me indeks normal trupor. Sidomos tek femrat, ndikim i imazhit trupor në vlerësimin për veten është i rëndësishëm si në jetën e përditshme ashtu dhe në jetën në çift<sup>270</sup>.

Rosenberg e përshkruan një person me nivel të lartë vetëvlerësimi si një individ i cili respekton veten, e konsideron atë të vlefshëm dhe jo më pak të mirë se të tjerët, duke vënë në dukje problemet e tij, por duke pasur vullnetin për të ulur peshën dhe pritshmërinë për t'u përmirësuar. Përgjithësisht, pjesëmarrësit shprehën se ndjehen keq për veten e tyre. Ata nuk e pëlqejnë pamjen e tyre. Madje, shpesh herë, ata mund të mos i japin vlerë vetes për gjëra të mira

<sup>270</sup>Grogan, S. Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children. London: Routledge, 1999.

që kanë bërë ose mund të ndjehen të pavlerë. Këto kanë të bëjnë me vetëvlerësimin. Gjithashtu, ata mund të ndjehen fajtorë dhe të turpshëm, kjo për shkak të obezitetit të tyre. Nëse shohim pikëzimin për vetëvlerësimin, do të shohim që të gjithë pjesëmarrësit, kanë probleme vetëvlerësimin dhe sikurse rezultojnë edhe nga përdorimi i instrumenteve të tjera me ta, obeziteti përbën për ta një problem madhor, i cili shpesh herë ndikon edhe në mendimin që ata kanë për veten, për arritjen e objektivave apo realizimin e qëllimeve. Vëmë re se pjesëmarrësit kanë nivel jo të mirë të vlerësimit për veten. Kemi një përputhje midis dy grafikëve, duke nënkuptuar kështu minimizimin e gabimit ose biasit të raportimit të subjekteve. Në total, femrat janë relativisht më të ndikuara nga pamja e jashtme dhe kanë një nivel vlerësimi më të ulët krahasuar me gjininë mashkullore. Kjo lidhet dhe me ndikimin që e pamja e jashtme ka tek femrat dhe me modelet sociale që atyre u serviren<sup>271</sup>.

Nisur nga *pikëzimi i Body Shape Questionnaire*, të gjithë pjesëmarrësit janë të shqetësuar për pamjen e tyre të jashtme. Më shumë se gjysma e individëve, pas llogaritjeve, kanë një shqetësim të moderuar për pamjen e jashtme dhe afërsisht 46% e tyre shfaqin një shqetësim të shprehur. Pavarësisht se ka diferenca, dikush ka nivel më të lartë shqetësimi, e dikush më të ulët. Të gjithë, pa përjashtim, rezultojnë ta kenë problem një gjë të tillë. Njerëzit e përballojnë obezitetin në mënyra të ndryshme. Gjithsesi, është parë se edhe personat me karakter të fortë, përjetojnë stres kur ndjejnë se ata nuk kanë pamjen e duhur. Në ditët e sotme, vendoset një theks tek pamja dhe po aq edhe tek eleganca, gjë që patjetër ndikon në mënyrë jo pozitive tek subjektet.

Të gjithë subjektet që e kanë indeksin e masës trupore 40 deri në 44 kanë deklaruar të kenë patur episode të depresionit, pagjumësisë dhe/ose probleme të ankthit por duke marrë parasysh se të tërë pacientët kanë një nivel IMT-së të ashpër ka gjasa që këto diferenca të mos lidhen me patologjitë e lartpërmendura. Zakonisht, obeziteti dhe çrregullimet psikologjike janë bashkëudhëtare. Disa studime kanë treguar se personat obezë janë rreth 25 herë më të riskuar për të patur probleme psikologjike krahasuar me jo obezët<sup>272</sup>.

## **Statusi i perceptuar i peshës**

---

<sup>271</sup>Leonhard, M. L. & Barry, N. J. Body Image and Obesity: Effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 2008;23:31-34.

<sup>272</sup>Stewart A, Brooks R. Effects of being overweight. *Po aty*, fq 1420

Megjithëse pjesëmarrësit e pranojnë obezitetin, e dinë shumë mirë që raporti i tyre peshë gjatësi dëshmon për obezitet, në përgjithësi, ata nuk i referohen vetes me termin “obez”. Më shumë preferojnë ta quajnë vetën “të shëndoshë” apo “mbipeshë”, kurse fjalën “obez” duket sikur prirën ta shmangin. Jeta shprehet:

“Kam lexuar shumë për obezitetin. E di mirë kur një peshë trupore konsiderohet mbipeshë dhe kur obezitet. Unë e di që jam obeze. E kam lexuar në internet shumë herë që pesha ime, tregon këtë gjë. Nëse do të kisha qenë mbipeshë, domethëne disa kile më pak nuk do të shqetësohesha kaq shumë. Tani që kam provuar të jem obeze, jo. Më përpara mëzitesha sepse isha mbipeshë. Sepse nuk e kisha provuar të isha kaq. Tani ëndërroj të dobësohem ca kile dhe të shkoj aq sa isha, ska gjë se quhem mbipeshë.”

Aida e pranon që është obeze, por jo aq sa duket. Ajo thotë:

“Problem im është se jam shumë e shëndoshë, madje unë jam obeze, por gjithësesi nuk jam aq shumë sa dukem. Kam parë tek qendra dietologjike vajza që ishin 20 kilogramë më shumë se unë dhe prapë dukeshin më të holla se unë . Nuk e kuptoj pse dukem kështu. Nuk e di.”

Refuzimi i pjesëmarrësve për të përdorur termin “obez” mbase i atribuohet faktit se obezitetitradicionalisht është vlerësuar si një problem më shumë psikologjik se sa shëndetësor dhe fjalët që e përshkruajnë në të gjitha format, kanë një kuptim pexhiorativ. Wadden & Didie<sup>273</sup> e paraqitën obezitetin e tyre si diçka të pafavorshme dhe argumentuan se "pacientët nuk e pëlqejnë madje ofendohen nga termat “obez” apo “i/e shëndoshë. Një pjesëmarrëse me IMT 38kg/m<sup>2</sup> thotë për veten se nuk është obeze. Obezë quhen ata që janë shumë të shëndoshë thotë ajo.”

Nga literatura e shqyrtuar më lart, argumentohet se kur personat obezë, bëhen kognitivisht të ndërgjegjshëm që obeziteti vlerësohet si diçka jonormale dhe devijante në shoqëri, atëherë ata adaptojnë një “identitet të shëndoshë” dhe fillojnë të përdorin një varg shprehjesh për të përshkruar veten, të tilla si “i rëndë”, “eshtërmadh”, “fuçi” etj. Termi “obez” rezervohet për njerëz shumë të shëndoshë. Këtë gjë, e reflektojnë edhe pjesëmarrësit në studim.

<sup>273</sup>Wadden, T. A. & Didie, E. What's in a name? Patients' preferred terms of describing obesity. Obesity Research 2003, 11,1140-1146.

Genti deklaron:

“Që të konsiderohesh obez, duhet të kesh edhe problemet shoqëruese të tilla si probleme shëndetësore, fiksime tek e ngrëna, etj. Nisur nga pesha dhe gjatësia ime, unë jam obez, por gjithsesi mendoj që personat që kanë vendosur formula të tilla duket të kenë parasysh se këtu bëhet fjalë për njerëz dhe jo për shifra matematike. Kur të konsiderohet një person obez, do të thotë që kjo gjë ka bllokuar të gjithë jetën e këtij personi.”

Iliri thotë:

“Unë e pranoj që mbipesha ime shkon në nivelin e obezitetit, por më duket se një përcaktim i tillë krijon shumë paragjykime. Pse duhet ti ndash njerëzit për çdo kile? Duke filluar që nga mbipesha, është një problem shumë i madh për organizmin. Pak fare mbipeshë të jesh edhe të dalin yndyrnat në gjak në hava. Madje ka raste kur dalin edhe tek persona që janë të hollë fare, por e lidhim me mbipeshën. Gjithësesi nuk është e drejtë që të përdoren terma, që u krijojnë probleme njerëzve. Nëse dikë e përcakton si obez, domethënë se i ke vënë vizën si njeri.”

Edhe Arbri deklaron:

“Kur thua obez, është në një farë mënyre sikur e vë në pozicion të një njeriu të sëmurë e me probleme. Unë jam obez në pamje, por këtyre tabelave, unë nuk i besoj. Të thuash obez do të thotë të vendosësh një diagnozë. Por pamja nuk do të thotë që ne jemi me probleme. Nëse dikush konsiderohet obez, do thotë se parametrat në tabelë, nuk janë normalë.”

Sonila në të njëjtën linjë shprehet:

“Këta mjekët kanë mësuar një gjë, sapo shohin një person të shëndoshë e quajnë obez. Obez mund të quhen kur njerëzit janë shumë shumë të shëndoshë, por këta e kanë majë gjuhës.”

Po ashtu edhe Bledi nuk dëshiron të quhet obez, sepse kështu i duket sikur fjala obez nënkupton një njeri jo të shëndetshëm. Ai shprehet:

“Unë jam i shëndetshëm.”

Në përgjithësi, pjesëmarrësit përcaktojnë se një person mund të jetë obez dhe në të njëjtën kohë mund të jetë i shëndetshëm. Sepse përgjithësisht ekziston mendimi se obez do të thotë njeri me probleme. Gjithashtu ata përcaktojnë se një person mund të jetë mbipeshë, pa patur probleme. Aida thotë:

“Të jesh mbipeshë do të thotë jo domosdoshmërisht të jesh një njeri jo i shëndetshëm. Gjithsesi, nga ana tjetër, që të konsiderohesh njeri i shëndetshëm, duhet të jesh në peshë normale.”

Elda mendon:

"Duhet të jetë e qartë se nuk do të thotë domosdoshmërisht që kur ke këtë peshë je një person i mbaruar. Sigurisht që ke plot probleme, por në asnjë mënyrë ashtu sikurse mendohet. Patjetër që një person obez mund të gëzojë shëndet të plotë".

### **Obeziteti dhe koncepti i personit "të shëndetshëm" dhe "jo të shëndetshëm"**

Me qëllim që të eksplorohej besimet e pjesëmarrësve lidhur me shëndetin si dhe perceptimet e tyre lidhur me këtë gjë janë pyetur lidhur me atë që ata mendojnë për "personi i shëndetshëm" dhe person "jo i shëndetshëm".

*Personi i shëndetshëm.* Aspektet kryesore që u eksploruan në intervista lidhur me këtë çështje ishin konceptet e shëndetit si pamje, si shëndet, lidhur me ndikimet në jetën e personit dhe shëndeti si elegancë. Pjesëmarrësit i referoheshin konceptit “shëndet” si pjesë e pamjes fizike dhe si për meshkujt, ashtu edhe për femrate ky ishte një element shumë i rëndësishëm dhe i lidhur me jetën e individit si dhe me elegancën. Pjesëmarrësit gjithashtu, iu referuan edhe aspekteve të tilla si lëkura apo flokët si pjesë e rëndësishme e pamjes së jashtme. Aida thotë:

Mendoj që një njeri konsiderohet i shëndetshëm kur është elegant, ka dhëmbë të ndritshëm dhe flokë që shkëlqejnë. Gjithashtu, patjetër edhe që ndjehet mirë, është i lumtur dhe i kënaqur".



Bledi thotë :

"Një person i shëndetshëm, është ai që është i hollë, muskuloz, ka ndërtim atletik si dhe nuk ka probleme me lëkurën apo flokët".

Më vonë, pasi qëndron dhe mendohet, Bledi shton:

"Në fakt, jo të gjithë personat e hollë janë të shëndetshëm. Unë njoh plot persona që janë të hollë, por kanë shumë probleme. Edhe estetikisht nuk duken bukur ata që janë krejt të hollë".

Genti mendon:

"Patjetër që një person i shëndetshëm, nuk duhet të jetë mbipeshë. Mbipesha tregon se diçka nuk shkon në organizëm".

Sara thotë:

"Të jesh i shëndetshëm do të thotë të jesh elegant dhe të dukesh mirë që nga çehrrja, si edhe nga sytë. Nuk mund të quhet i shëndetshëm as një njeri që është shumë i shëndoshë dhe as një njeri që është shumë i dobët. Më e mira është e mesmja e artë. Në kemi gjithë këtë problem nga mbipesha. Por edhe ata që janë shumë të dobët nuk mendoj që janë mirë. Patjetër që kanë probleme, që nuk arrijnë dot një peshë normale. Ka lezet eleganca, por kurrësesi të jesh kockë e lëkurë".

Alma shprehet:

"Shëndeti patjetër që lidhet me normalitetin. Nëse gjërat dalin nga normaliteti nuk mund të jenë në rregull. Gjithsesi ndonjëherë është edhe metabolizëm ndoshta edhe shans. Njoh plot njerëz që hanë, ku e ku më shumë se unë, nuk merren fare me aktivitet fizik dhe përsëri janë në formë shumë të mirë trupore".

Pamja fizike ishte e lidhur me nocionin e pjesëmarrësve se shëndeti dhe mirëqenia ishin të ndërlidhura. Po ashtu, pjesëmarrësit e lidhën pamjen me nocione të elegancës.

Sikurse u përmend edhe më parë, Aida e përcaktonte konceptin e shëndetit si të qenët të lumtur. Përgjithësisht pjesëmarrësit përcaktuan lidhur me konceptin e shëndetit rëndësinë e të qenit të kënaqur me veten apo jetën që individi ka. Arjeta thotë:

" Sipas meje është e rëndësishme që dikush të jetë i lumtur me veten e vet, duke u parë kjo gjë në kontekstin e sjelljes dhe duke mos u varur shumë nga këshillat e mjekëvetë tilla si: "pini ujë" "bëni aktivitete fizik" dhe "hani fruta e perime" për të qenë të shëndetshëm. Një person që është i shëndetshëm, është një person që është i kënaqur me veten e tij. Po ashtu, është një person që nuk sëmuret shpesh dhe është një person që mendon se është në gjendje të përballet me jetën dhe vështirësitë që i dalin përpara".

Arbri e përcakton kështu mendimin e tij:

"Person i shëndetshëm nuk është ai që shkon në palestër 5 herë në javë. Është në njëfarë mënyre të ndihesh mirë dhe kjo të të burojë nga brenda. Të jesh i shëndetshëm do të thotë ta duash veten tënde ashtu sikurse je, pa u stresur për ndonjë element specifik. Të pranosh veten, me problemet dhe gjërat që nuk shkojnë në jetë, për mua është më e shëndetshme se të hash si kafshë fruta e perime".

Irena e shpreh si më poshtë mendimin e saj:

"Shëndeti mendor është shumë i lidhur me atë fizik. Shëndeti nuk është vetëm ai fizik. Unë mendoj se ata që janë të fiksuar pas elegancën që janë të sëmurë dhe me fiksime për ta ruajtur atë, nuk janë aspak të shëndetshëm".

Rezultatet për besimet lidhur me shëndetin tek meshkujt, kanë dëshmuar se shëndeti i mirë si dhe mirëqenia psikologjike janë shumë të lidhura me konceptin që meshkujt pjesëmarrës kishin për shëndetin. Për shembull, në studimet e sipërpërmendura demonstron se disa nga meshkujt në studimin e tij e perceptuan lumturinë si një pjesë shumë të rëndësishme të shëndetit. Genti thotë:

"Sipas meje, një person që është i shëndetshëm është ai që është i kënaqur me veten e vet, ai që nuk i dhemb gjë, ai që nuk është i lodhur, ai që e pëlqen jetën e vet në përgjithësi. Këta persona

janë të shëndetshëm, ndjehen të shëndetshëm, ata mund të lëvizin, mund të ecin, mund të bëjnë atë që duan në jetën e tyre dhe asgjë nuk i pengon për këtë. Për mua, ky është koncepti i një individi të shëndetshëm".

Po ashtu, pjesëmarrësit përcaktuan se është e rëndësishme të jesh aktiv dhe në lëvizje për t'u konsideruar si i shëndetshëm. Kështu, Sara parqet këtë mendim:

"Unë mendoj se personat e shëndetshëm janë ata që bëjnë një jetë aktive. Unë nuk mund të bëj një jetë aktive për shumë arsye. Por të jesh aktiv do të thotë të dalësh me shoqërinë, të bësh vrap ose palestër, etj. Kur mendoj njerëzit sa shumë gjëra mund të bëjnë, më vjen shumë keq për veten që jam e pamundur".

Genti formulon mendimin e tij si më poshtë:

"Unë mendoj se njerëzit mund të jenë fizikisht aktivë, pavarësisht nëse nuk janë elegantë apo shkojnë në palestër. Unë mendoj shpesh që të filloj të eci, por angazhimet ma bëjnë ta pamundur. Gjithësesi, dëshirën e kam". Pjesëmarrësit kanë tendencën të vlerësojnë si shumë të rëndësishme elegancën për të përkufizuar shëndetin.

Teuta jep këtë pikëpamje:

"Sigurisht që nëse një person është elegant dhe i këndshëm, patjetër që është edhe i shëndetshëm sidomos po ta krahasosh me një njeri obez që është gjithë kohën i mërziur. Të qenët kaq e shëndoshë, patjetër që nuk është ndonjë gjë e bukur, kështu që nuk mund të jesh e lumtur".

Blaxter<sup>274</sup> gjeti se pjesëmarrësit në studimin e tij e shikonin elegancën fizike si një pjesë integrale e shëndetit. Meshkujt në moshë të re vlerësonin forcën, aftësitë atletike dhe rëndësinë e sportit. Po ashtu ata përcaktuan se një peshë normale është e lidhur me shëndetin tek meshkujt nën 40 vjeç. Po ashtu, Mullen<sup>275</sup> gjeti se njerëzit kishin tendencën të përdornin fjalën "elegant" në përkufizimin që ata i bënin shëndetit". Sara thotë:

<sup>274</sup>Blaxter, M. Health and Lifestyles. London: Routledge, 1990.

<sup>275</sup>Mullen, K. (1993) A Healthy Balance. Aldershot: Avebury.

"Nëse do të përkufizoj një njeri të shëndetshëm, është ajo goca që është instruktore në palestër; e hollë e gjatë, e shëndetshme".

*Personi "jo i shëndetshëm"*. Aspektet kryesore me të cilat e pjesëmarrësit e lidhnin një person "jo të shëndetshëm" ishin të ngjashme me atë të përmendura tek 'personi i shëndetshëm'. Në pjesën më të madhe të rasteve, ata përipiqeshin të përdornin të kuptuarit e tyre lidhur me atë që konsiderohet e shëndetshme për të përkufizuar edhe këtë gjë. Lidhja e mbipeshës me "jo i shëndetshëm" vihet re në shumë raste. Sara thotë lidhur me personin jo të shëndetshëm:

"Jo i shëndetshëm është një person që është mbipeshë, aq më tepër obez.

Pjesëmarrësit në përgjithësi e pranojnë obezitetin e tyre si një problem evident dhe nisur nga kjo e konsiderojnë veten jo të shëndetshëm. Aida, e cila për personin e shëndetshëm tha që duhet të jetë elegant, me dhëmbë të ndritshëm dhe flokë që shkëlqejnë, u përpoq të thoshte të kundërtën për personin jo të shëndetshëm. Ajokishte përmendur çehren e fytyrës dhe shkëlqimin e syve për të përcaktuar një person të shëndetshëm. Ajo shënon:

"Ja duhet të jetë si unë, obeze, me këto flokë me probleme, pa shkëlqim". "Një person jo i shëndetshëm e ka lëkurën të fishkur, sytë pa shkëlqim dhe flokët të rrjepur".

Oakley, Bendelow, Barnes, Buchanana & Husain<sup>276</sup> eksploruan njohuritë e fëmijëve lidhur me shëndetin dhe panë se obeziteti ishte e cituar shpesh si kontribues tek problemet me shëndetin. Po ashtu, pjesëmarrësit e përkufizuan një person si jo të shëndetshëm, bazuar tek pamja dhe problemet e dukshme shëndetësore. Irena thotë:

"Ja si unë është një person jo i shëndetshëm.

Një aspekt tjetër me të cilin pjesëmarrësit lidhën mungesën e shëndetit ishte edhe mungesa e energjisë dhe vitalitetit. Iliri thotë

"Një person jo i shëndetshëm është ai që është pasiv, që ka probleme në frymëmarrje që duken gjithmonë sikur janë të sëmurë. Domethënë nuk janë gjithmonë të sëmurë por duken ashtu".

<sup>276</sup>Oakley, A., Bendelow, G., Barnes, J., Buchanan, M. & Husain, O. A. N. Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *BMJ* 1995;310:1029-1033.

Blaxter<sup>277</sup> gjeti se femrat më shumë se meshkujt, kishin tendencën të përdornin konceptin e "energji" dhe 'vitalitet" në përkufizimin që i bëjnë shëndetit. Sjelljet ishin shpesh të përfshira në konceptet e pjesëmarrësve për personin jo të shëndetshëm. Kështu Bledi thotë

"Një person konsiderohet jo i shëndetshëm kur është mbipeshë dhe përsëri nuk përpiqet të përfshihet në aktivitet fizik dhe ka tendencë për t'u ushqyer në një mënyrë të papërshtatshme".

### **Vështirësitë për të praktikuar një stil jete të shëndetshëm**

*Mospërputhja teori praktikë.* Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve janë të ndërgjegjshëm përsa i përket rreziqeve të lidhura me sjellje të caktuara të dëmshme përsa i përket shtimit në peshë. Sonila thotë:

"Në familjen tonë përdoret shumë yndyra. E dimë që është e dëmshme, por nuk e konceptojmë të hamë një gjellë pa yndyrë. Duket si kashtë. Unë kam në familje persona që vuajnë nga sëmundjet e zemrës dhe yndyra përbën një faktor rreziku për obezitetin si dhe sëmundjet e zemrës."

Disa nga pjesëmarrësit arsyetojnë "Kjo nuk mund të më ndodhë mua. Kështu Sonila, vazhdon më tej:

"Unë e di shumë mirë që jam e rrezikuar për të patur sëmundje të zemrës, por njeriu gjithmonë mendon se të këqijat u ndodhin të tjerëve, jo atij. "

Qëndrimet mund të ndryshohen nga informacionet që vijnë nga specialistë të ndryshëm, por efektiviteti varet jo vetëm nga qëndrimet, por nga sjellja. Arsyetimi "kjo nuk mund të më ndodhë mua' tregon hendekun ndërmjet informacioneve të marra dhe aftësisë për të perceptuar veten, mundësitë e vetes. Kjo mënyrë arsyetimi është shumë e dëmshme, pasi në njëfarë mënyre i bën bllok informacioneve me të cilat bie në kontakt individit. Ky është rrezik sepse individët mund të mos e perceptojnë veten në rrezik dhe kështu ata nuk marrin as masa parandaluese.

---

<sup>277</sup>Blaxter, M. Health and Lifestyles. London: Routledge, 1990.

Në qasje e rëndësishme në planifikimin e përpjekjeve për një edukim shëndetësor efektiv, është që njerëzit tërhiqen nga sjelljet e rrezikshme. Kjo është një sfidë e madhe, pasi ndodh për kur njerëzit i kuptojnë plotësisht pasojat e veprimeve të tilla dhe në fakt në shumicën e rasteve e dinë se çfarë duhet të bëjnë dhe si duhet të sillen. Informimi i publikut lidhur me rreziqet e nga disa sjellje të caktuara dhe adoptimit i një diete të shëndetshme si dhe aktivitetit të rregullt fizik si dhe mospërdorimi si substancave mjekësore dhe jo mjekësore që krijojnë varësi është bërë një nga sfidat kryesor për të gjithë sistemin shëndetësor, sidomos për departamentet e edukimit dhe të promocionit. Sugjerohet se mosbindja ndaj këshillave të edukimit shëndetësor lidhet me "ekzistencën e një qëndrimi që e shikon shëndetin si të përcaktuar nga forca jashtë kontrollit individual". Po ashtu, njerëzit me lokus të brenshëm kontrolli besojnë se sjellja e tyre personale është ajo që përcakton se çfarë u ndodh atyre kurse personat me 'lokus të jashtëm kontrolli' besojnë se fati, shansi apo të tjerët përcaktojnë atë që ndodh në jetën e tyre <sup>278</sup>.

Sikurse del edhe nga përgjigjet e pjesëmarrësve ata i dinë shumë mirë se çfarë duhet të bëjnë apo të kenë parasysh për një të ngrënë të shëndetshme. Por e kanë të vështirë, kjo për shumë arsye që ti zbatojnë konkretisht. Ishte e qartë, që pjesëmarrësit e dinin mirë rregullat e të ngrënies të shëndetshme dhe të rënies në peshë. Ajo që duhet patur parasysh tek këto individë, është ashtu sikurse në gjithë rastet kur shtrohet nevoja për ndryshimin e stilit të jetës, vështirësia për të kaluar nga teoria në praktikë. Të gjithë i dinë rregullat dhe këshillat, por e shtynjë angazhimin në përmbushjen e tyre.

Barrierat kryesore që pjesëmarrësit përmendin se i pengojnë njerëzit të hanë në mënyrë të shëndetshme, janë kostoja e ushqimeve të shëndetshme, mungesa e kohës dhe përgjegjësitë në familje. Aspekti i parë që është edhe kosto e ushqimeve të shëndetshme që përmendet nga disa prej pjesëmarrësve. Kështu, Zamira shprehet:

"Produktet dietike kushtojnë. I kam parë nëpër supermarketet sa shumë kushton kosi pa yndyrë, apo orizi dhe makaronat integrale. Po ashtu, edhe frutat, ato të mirat, janë të shtrenjta. Të gjitha këto mund ti blesh njëherë, por jo vazhdimisht sikurse më duhen mua. Dal ndonjëherë pasdite në treg se mos i gjej më lirë, por prapë kushtojnë".

<sup>278</sup>Tiggemann, M. & Rothblum, E. D. Gender differences in internal beliefs about weight and negative attitudes towards self and others. *Psychology of Women Quarterly* 1997; 21:581-593.

Sonila thotë

"Nëse do të hante e gjithë familja, nga 5 fruta e zarzavate në ditë, nuk na del në asnjë mënyrë. Po gjëra të tjera, nuk na duhen neve? "

Po ashtu edhe koha e kufizuar është një pengesë në të ngrënën e shëndetshme. Alma thotë:

"Angazhohem shumë herë që do të filloj të gatuj në mënyrë të shëndetshme, me avull apo me zgarë, të bëj sallata me perime të gatuar pak, ti marinoj, etj. Por nuk e gjej kohën. Ku vij nga puna, kam gjithë ato punë për të bërë në shtëpi. Ato lloj gatimesh të duan të rrish e të merresh gjithë ditën me to. Nuk është se duan kohë të gjatë në vetvete, por duan angazhim."

Personat që nuk kanë një shtresë ekonomike të pasur, e kanë më të vështirë të bëjnë një stil jete të shëndetshëm, pasi kjo gjë është e kushtueshme në një farë mënyre. Njerëzit që nuk kanë mundësi financiare kanë si synim thjeshtë sigurimin e vakteve për familjen dhe nuk e kanë luksin të mendojnë për cilësinë e produkteve ushqimore apo të vakteve që konsumojnë. Ushqimet e konservuara, shpesh janë me çmime oferte dhe kjo bën që të jenë më të përdorura nga familjet me të ardhura të ulëta. Teuta thotë

"Shpesh herë marr ushqime që janë me ofertë, të tilla si mish derri, kërpudha të konservuara, djathra, gjalpë etj. Duhet kaq shumë gjëra në familje sa nuk i dilet dot ndryshe".

Në një studim të kohëve të fundit, nxori si përfundim se shportë me ushqime të shëndetshme, kushton 17 % më shumë se një shportë me ushqime jo të shëndetshme<sup>279</sup>. Sipas të njëjtit studim, personat që jetojnë në zona të varfra, mendojnë se ushqimet e shëndetshme kushtojnë dhe nuk mund të përballohen prej tyre. Në fakt sipas studiesve kjo, është thjeshtë perceptim i tyre, sespe nuk ka ndonjë diferencë shumë të madhe në kosto, sidomos po të krahasojmë edhe pasojat e dobisë nëse përdoren ushqime të shëndetshme apo jo të shëndetshme. Iliri e shpreh kështu mendimin e tij:

---

<sup>279</sup>Chamberlain, K. Food and health: expanding the agenda for health psychology. Journal of Health Psychology 2004; 9:467-481.

"Unë mendoj që nëse je i varfër, patjetër që do blesh edhe produkte jocalësore. Patjetër se gjithë ky obezitet në ditët e sotme lidhet me këto lloj ushqimesh të konservuara, lëngje me sheqer artificial. E më këto gjëra, më mirë plehra, që qarkullojnë kushedi sa shumë do të shtohen obezitet por edhe sëmundjet".

Arjeta thotë:

"Njerëzit në ditët e sotme kanë tendencën të ushqehen keq. Mua më bën përshtypje tek fëmijët e vegjël ku prindërit i dendin me patatina e ëmbëlsira dhe normalisht ata nuk hanë më gjellë. Ndoshta ngaqë kanë qenë të varfër e shohin kujdesin ndaj fëmijës duke i dhënë gjëra të tilla të pashëndetshme".

Gjithashtu edhe në një studim tjetër, të ardhurat e pakta financiare kufizojnë mundësinë për të blerë ushqime të pasura me përbërës të vlefshëm, të tilla si frutat apo perimet. Çmimi është një përcaktues i rëndësishëm se ku e bëjnë pazarin personat që jetojnë në zona të varfra. Për personat që kanë të ardhura të pakta, është çmimi ai që përcakton se çfarë do të blejnë këto persona. Personat që kanë të ardhura të pakta, përgjithësisht nuk kanë njohuri se si të gatohen ushqimet në mënyrë të shëndetshme<sup>280</sup>. Sepse sipas tyre nuk është aq shtrenjtë të hash në mënyrë të shëndetshme. Për shembull, nuk kushton shtrenjtë të hash një supë. Thjeshtë ata nuk janë edukuar në mënyrë të tilla që të ushqehen kështu. Nuk janë të mësuar me këto shije. U duket sikur do të shpenzojnë për ushqime pa shije.

Koha e kufizuar shpesh, bën që njerëzit të hanë edhe ushqime të gatshme fast-food, të cilat tashmë dihen që janë hiperkalorike dhe aspak të shëndetshme. Duhet bërë shumë gjëra në pak kohë dhe kjo bën që njerëzit të kenë gjithmonë e më pak kohë ti përkushtohen kujdesit ndaj vetes, për shëndetin apo për të ngrënë në mënyrë konkrete. Kjo ndodh për shumë arsye, që nga mungesa e kohës për shkak të angazhimeve me në punë familjen, me fëmijët, por edhe tek disponueshmëria e këtyre ushqimeve në vendet e punës, tek shkollat etj. Disponueshmëria e këtyre bizneseve që ofrojnë fast-food përmendet si faktor që i shtyn pjesëmarrësit të marrin ushqime të tilla. Arbri përshkruan:

---

<sup>280</sup>James, W. P. T., Nelson, M., Ralph, A. & Leather, S. The contribution of nutrition to inequalities in health. BAU 1997;314:1545-1549.



"Jam kaq shumë në lëvizje gjatë ditës, saqë e kam të pamundur, të ulem dhe të ha ndonjë ushqim të shëndetshëm. Kështu që marr ndonjë byrek, ose suflaqe dhe e ha shpejt e shpejt'. Po ashtu, edhe Genti, thotë "e kam të pamundur që të ulem të ha si njeri sepse jam shumë i zënë me punë. Duhet të merrem me 100 gjëra, me 100 njerëz. Aty afër zyrës time bëhen ca suflaqe shumë të mira. Marr ndonjë, se më gërryen stomaku. Them shpesh që nuk do ti ha më por kur të jem i uritur të shkoj të ha ndonjë pjatë supë, por më duket sikur kështu kursej kohën".

Sara thotë:

"Unë përgjithësisht vetëm kafe pi, nuk ha fruta apo biskota gjatë ditës. Ndonjëherë marr krepa, tek dyqani që është ngjitur me shkollën time. Kur nuk e kam marrë i mbush mendjen vetes, që është një ushqim i lehtë, por pasi e ha e kuptoj sa i rëndë është".

Erjoni thotë

"Unë vdes për qofte me birrë. Sidomos kur ngroh pak koha, më shijojnë kaq shumë. E di që mua nuk më bëjnë hiç mirë, por i kam shumë qejf."

Sot në Europë orët e punës variojnë ka një mesatare prej 43.6 orë pune në javë në Mbretërinë e Bashkuar, në 38.4 në Belgjikë, 38.5 në Itali, 38.9 në Gjermani dhe 39.6 në Francë. Po ashtu njerëzit shpenzojnë edhe mesatarisht një orë për vajtje ardhje nga puna. Kjo ka bërë që të kufizohet koha në dispozicion të gatimit<sup>281</sup>. Ka një lidhje ndërmjet stresit dhe ushqimeve të zgjedhura, që do të thotë se kur njerëzit janë të stresuar qoftë edhe për shkak të punës, konsumojnë më tepër ushqime jo të shëndetshme, hanë më shpejt dhe hanë më shumë ushqime të gatshme. Arbri tregon:

"Sidomos kur jam i stresuar, ose kur kam probleme në punë, nuk e vras fare mendjen se çfarë po ha, mbush barkun me çfarë të mundem".

<sup>281</sup>Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S. Perceptions of body image among working men and women. Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55:406-407.

Puna me orare të zgjatura e kombinuar me përgjegjësitë familjare, sipas pjesëmarrësve, i bën ata dhe njerëzit në përgjithësi të jenë më të prirur drejt ushqimeve të konservuara dhe pse jo edhe drejt atyre të gatshme. Genti thotë:

"Jeta e sotme është kaq e vrullshme sa të duhet të menaxhosh shumë gjëra, ti përputhësh oraret. Për një person që ka angazhime është e pamundur ti shpëtojë ushqimeve fast-food. Unë e shoh tek vetja ime, nuk i dilet ndryshe".

Sara thotë:

"Të gjithë në punën time hanë gjithë ditën. Hanë çtë munden; byrekë, pizza, suflaqa. Eshtë bërë si pjesë e punës të hash gjëra të illa. Sapo vijnë në mëngjes fillojnë të mendojnë se çfarë të shkojnë për të blerë ndonjë gjë për të ngrënë. Pastaj bëjnë sikur po hanë edhe fruta. Dhe plot janë të shëndoshë e prapë vazhdojnë. Me siguri këto lloj ushqimesh do ta shtojnë numrin e obezëve."

Njerëzit të angazhuar me punë janë shumë të prirur drejt ushqimeve fast-food, si mënyrë për të kaluar një vakt Në një studim lidhur me ngrënien e shëndetshme në Australi, Fuller, Backett-Gjetën se femrat janë më pak të prirura të konsumojnë ushqime fast-food<sup>282</sup>. Në fakt edhe në kulturën tonë, femrat janë më të lidhura me ushqyerjen në familje<sup>283</sup>. Përgjithësisht bëjnë femrat që punojnë apo studiojnë, gjithësesi edhe këto nuk konsumojnë ushqime fast-food aq sa meshkujt. Jeta dëshmon:

"Të gjithë hanë fast food tek puna ime, ka një aty poshtë, dhe nëse nuk gjen ndonjërin, dije se e ke aty. Por sidomos meshkujt hanë më shumë. Si nuk shëndoshen njëherë?!".

### **Përfitimet e perceptuara nga humbja në peshë**

Pjesëmarrësit perceptuan një numër përfitimesh nga një rënie me mundshme në peshë, të cilët janë shëndetësorë dhe psikologjikë. Për shembull Bledi thotë:

---

<sup>282</sup>Fuller, T. L., Backett-Milburn, K. & Hopton, J. Healthy eating: the views of general practitioners and patients in Scotland. American Journal of Clinical Nutrition 2003;77:1043- 1047.

"Nëse do të kisha rënë në peshë, eh, jeta ime do të ishte ndryshe. Së pari, trupi do të ishte shumë më i lehtë, do të ecja rehat, pa mu marrë fryma, pa u bërë qull në djersë. Po do të dukesh më serioz po të isha i hollë. Kështu, dukemi si perosnazhe humoristikë".

Alma thotë:

"Aman çfarë lumturie do të ishte, nuk e di se si mund të eci pa pasur gjithë këtë peshë që tërheq me vete. Do të dukesh bukur. Edhe nuk do më kullonte djersa".

Jeta thotë

"Më duket tamam një mrekulli, që nuk ka për të ndodhur kurrë. Imagjinoje unë me peshë normale?! Nuk arrij as ta imagjinoj. Të vishem edhe unë si gocat e tjera; nami. Dhe do të eci fap e fap pa rënduar si elefant. Po edhe trupi do lehtësohej dhe do punonte më rehat. Tani të gjithë organet janë të mbuluara nga dhjami, unë nuk e di punojnë njëherë. Do të ndjehesha e lehtë, energjike".

Arjeta tregon:

"Po të bija në peshë nuk do të kisha këto problemet e frymëmarrjes dhe të hipetensionit që më lodhin shumë. Jam bërë si plakë para kohe, se vetëm ankesa plakash kam. Po të isha e hollë, do të vishesha edhe bukur. Do të mbahesha shumë, me rroba, me këpucë me taka".

Pjesëmarrësit shprehen se besojnë shumë se rënia në peshë përmirëson shëndetin e tyre. Irena thotë :

"Rënia në peshë do të më bënte më energjike dhe nuk do të kisha më atë dhimbjen e tmershme në kyçe. Po ashtu presioni i gjakut mbase do të binte. Po ashtu, mendoj që do të kisha më tepër besim tek vetja si edhe në komunikimin me të tjerët".

Sara deklaron:

"Përfitimi më i madh nga rënia në peshë do të ishte vetëvlerësimi si dhe rritja e besimit tek vetje. Unë tani nuk është se nuk kam besim tek vetja, por e di shumë mirë që të tjerët më shohin si

obeze dhe kanë 100 paragjykime për këtë gjë. Ata e kanë të vështirë të kenë besim tek një obeze. Po ashtu është komfort i madh një trup i lehtë. Unë lodhem shumë shpejt, pasi kockat dhe kyçet më lodhen. Po të dobësohem nuk do ta kem aspak këtë problem. E në fakt është një formë rrethi. Nëse bie në peshë ti fillon të ndjehesh mirë dhe kjo të shtyn akoma më shumë që ta vazhdosh rrugën e nisur, drejt peshës normale".

Arjeta ëndërron sikur të mos jetë më obeze, dhe të ishte një vajzë simpatike, për të cilën të kishte goxha interes nga meshkujt:

"Ëndërroj për ditën kur nuk do të dukesh më si një fuçi pa vlerë."

Irena thotë

"Ah nëse do të isha përsëri ashtu, me peshë normale, pak fare e rrumbullakosur, por që dukesh shumë mirë. Shkëlqej kur vishja ndonjë fustan të bukur. Tani kjo gjendje më ka bërë të mos kem besim tek asnjëri. As tek vetja ime".

Alma thotë :

"Kam shumë vjet që jam obeze. Kam shumë vjet që dëshiroj, madje ëndërroj të kem një peshë normale. Nuk mund ta besoj që kjo gjë mund të më ndodh ndonjëherë. Shpesh herë ëndërroj dhe them po sikur të kem llampën e Aladinit, çfarë do ti kërkoj? Patjetër të jem me peshë normale. Më duket si një ëndërr e pakapshme. E duke qenë se kam kaq shumë vjet që nuk po realizoj dot këtë gjë, arritja e saj do, më mbushte me besim, se mund të arrij diçka të rëndësishme nëse dua. Do të isha personi më krenar në botë për këtë arritje".

Për disa nga individët obezë, rënia në peshë do të sillte përmirësimin e cilësisë së jetës së tyre.

Sonila thotë se e gjithë jeta do ti ishte më e mirë nëse unë do të arrija të humbja në peshë:

"Do të kisha më pak probleme shëndetësore, të cilat me kanë shkatërruar jetën, jo vetëm me dhimbjet dhe problemet që më shkaktojnë, por edhe me sorollatjet nëpër spitale, qendra shëndetësore e ambulanca".

Përveç përfitimeve tek shëndeti dhe vetëvlerësimi, pjesëmarrësit mendojnë se rënia në peshë do të sillte edhe ndryshimin e opinionëve të tjerëve. Iliri arsyeton:

"Në rregull unë do të doja shumë të bija në peshë sepse do të kisha shumë përfitime, shëndetësore por edhe në funksionimin tim si individ. Kjo do të mundësonte edhe ndryshimin e opinionit të të tjerëve. Në përgjithësi na shohin si persona pa shumë vlerë. Por kjo do të ndryshonte opinionin edhe për arsye se obezët konsiderohen si njerëz pa vullnet për të ndryshuar dhe dembelë. Kjo do të bënte të na shikonin ndryshe. Po ashtu do të ishte hata fare të blinin veshje me masa normale. Nuk mundem as ta mendoj këtë!"

Po ashtu Aida thotë:

"Kjo do të ndryshonte edhe mendimin e njerëzve tonë të afërm. Njerëzit e mi, mendojnë se unë nuk di të jem kërkuese ndaj vetes dhe të luftoj pa u lodhur për të arritur atë që është më e mira. Do të doja shumë të dobësohesha. Dhe jo vetëm për ta. Për veten time sidomos. Kjo do të thoshte që do blija fustane pa fund. E imagjinoje do ti blija në masa të vogla. Sa qejf do të ishte!"

Nëse do t'i referoheshim krahasimit të Indeksit të Masës Trupore (në kategori) me simptoma depresive, të ankthit dhe pagjumësisë sidhe krahasimit të Indeksit të Masës Trupore (në kategori) me përdorimin e medikamenteve antidepressive ose anksiolitike, mund të vëmë re që me rritjen e IMT-së rriten edhe shanset për probleme psikologjike, përdorimin e medikamenteve qetësuese, etj. Kjo shpjegohet sepse me rritjen e IMT, rritet gjasa për probleme në jetën e individit obez, rritet impakti i obezitetit në cilësinë e jetës së këtij personi, duke shtuar kështu edhe stresin e përjetuar, nivelin e ankthit apo problemet me gjumin. Të gjitha këto bëjnë që këto individë ta gjejnë "shpëtimin" pikërisht tek medikamentet qetësuese që qarkullojnë.

Kur krahasojmë përdorimin e medikamenteve të paktën një herë vitin e fundit shohim se individët me IMT 45 deri në 49 kanë përdorur 1,5 herë më shumë medikamente për të trajtuar episode të çrregullimeve psikologjike krahasuar me subjektet me IMT 40 deri në 44. Por ky ndryshim nuk është statistiki domethënës; vlera e p-së është më e madhe se 0,05. Nuk ka gjasa të mendohetse obeziteti ndihmon pozitivisht apo negativisht në konsumimin e medikamenteve që

përdoren për trajtimin e problemeve psikologjike si depresioni apo ankthi. Studimet kanë treguar që individët që flenë rregullisht 7 ose 8 orë gjumë kanë më pak shanse për të shtuar në peshë krahasuar me individët që kanë probleme me gjumin dhe marrin medikamente ndaj pagjumësisë. Mendohet se koha që i dedikohet konsumimit të ushqimit është më e ulët tek këta persona krahasuar me obezët<sup>284</sup>.

Këto elemente janë më shumë të lidhura me çrregullime të tjera të të ngrënës, kryesisht me buliminë. Gjithsesi, veprime të tilla lidhen pikërisht me ndjesinë e fajit për shkak të të ngrënës, përgjithësisht e ngrënë në sasi të mëdha, si dhe ndjesinë e fajit lidhur me "fiksimin e tyre" për të ngrënë apo për të gjetur kënaqësi pikërisht nëpërmjet të ngrënës. Nga ana tjetër, përdorimi i këtyre teknikave ndikon në rritjen e oreksit, duke e futur personin në një cikël vicioz madje mund të çojë në çrregullime psikologjike, jo vetëm në çrregullime të të ngrënës. Për shembull, Zamira kujton se depresioni e bëri më pak aktive dhe i hoqi dëshirën për të qenë me të tjerët. Ajo thotë:

"Nëse je me depresion ti ke mundësi të shtosh në peshë, sepse nuk je aspak aktive, ti nuk ke dëshirë të dalësh fare dhe as të takosh njeri. Kur isha me depresion kam shtuar shumë në peshë."

Arjeta sugjeron se ka një rreth vicioz ndërmejt depresionit, reduktimit të aktivitetit dhe të ngrënës.

"Unë përfundimisht mendoj se ka një lidhje ndërmjet të ndjerit keq dhe të ngrënës. Kur jam e mërzitur marr biskota dhe ulem para televizorit; ha e shikoj sepse jam shumë e mërzitur me veten time dhe nuk dua të bëj asnjë gjë tjetër, nuk dua të shoh askënd. Ndonjëherë kam menduar të mjekohem për këtë gjendje, të marr ilaçe a ku e di unë, por nuk dua të marr gjëra të tilla. E megjithatë shoh që nuk po e kaloj dot këtë gjendje të vështirë. Ndhem keq pothuajse gjithë kohën dhe vetëm të ngrënën kam shoqërinë më të mirë".

Arbri kujton para disa vitesh, kur në mënyrë të papritur humbi nënën e tij, gjë që rezultoi në një traumë të madhe për familjen e tyre. Ai tregon:

---

<sup>284</sup>Vgontzas, A. N., Tan, T. L., Bixler, E. O., Martin L. F., Shubert, D. & Kales, A. Sleep apnea and sleep disruption in obese patients. Archives of Internal Medicine 1994;154:1705-1711

"Për shumë kohë nuk shkova në shkollë, nuk isha dëshirë të dilja fare nga shtëpia, nuk doja të shihja askënd. Pasi ndodhi kjo gjë, haja shumë, pasi kishim dhe hallën që rrinte tek neve dhe ajo përpiquej të më gatuate gjëra të mira, si për të më hequr mendjen. Pastaj, pasi kaloi koha unë vazhdoja të isha i mërziur dhe të ngrënë e kisha si një shoqërues të mërziut time që pothuajse nuk largohej fare. Ndonjëherë nuk më shijonte fare ajo që haja, por çfarë mund të bëja tjetër?! Përveç vakteve haja patatina, biskota dhe ëmbëlsira. Pothuajse gjithë kohën unë isha duke ngrënë diçka".

Pjesëmarrësit kanë përcaktuar se ka një rreth vicioz ndërmjet të ngrënës dhe emocioneve, e sidomos vetmisë. Për më tepër ndjenja e izolimit, është përmendur nga pjesëmarrësit si nxitëse të të ngrënave kompulsive dhe episodeve të mbingrënie. Elda thotë:

"Kur mbarova fakultetin, kalova një periudhë shumë të vështirë. Nuk po gjeja punë, ndërkohë që të gjitha shoqet e mijë u rregulluan. Gjendja e mërziut vazhdonte. Fillova të kem dëshirë të ha ëmbëlsira. Më shijonin shumë. Haja pa fund. Ishte e vetmja kënaqësi në jetën time. E kështu fillova të shtoj akoma më shumë në peshë. E kuptova që po shtoja, por isha shumë i mërziur atë kohë, nuk kisha asgjë që mund të ngushëllonte jetën time të zbrazët. Shkoja në punë dhe nuk isha dëshira fare të flisja me kolegët. Me asnjëri nuk doja të flisja".

Bledi shprehet:

"Të gjithë kalojmë periudha të vështira në jetë, ku të duket se asgjë nuk funksionon për ty, të duket se ke dështuar në gjithçka, sikur asgjë nuk ecën. Unë jam natyrë shumë e ndjeshme dhe i përjetoj shumë situata të ndryshme, që për të tjerët janë të parëndësishme dhe nuk ia vlen të mërziut. Mënyrat për ta përballuar këtë gjë janë të ndryshme tek individë të ndryshëm. Ka njerëz që nuk hanë fare dhe bëhen kockë e lëkurë. Unë kur stresohem ha edhe më shumë. Ah sikur të mos haja e të dobësohesha, gjithë ato halle që kam patur unë, do të isha bërë thatanik komplet (qesh)".

Përgjithësisht personat mbipeshë dhe obezë, kanë prirjen për të pozicionuar ngjarjet e jetës, në lidhje me të ngrënë. Kur kanë emocione si negative ashtu edhe pozitive, ata hanë, si për të sfiduar të tjerët dhe veten në atë që është pika e tyre më e dobët.

Ndër pjesëmarrësit në studim, 8 prej tyre pranojnë se janë këshilluar që të marrin mjekime antidepressantë, medikamente për gjumë, antianksiolitikë, etj. Irena thotë:

"Kisha një periudhë që po ndjehesha vërtetë keq. U mbylla krejtësisht në vetvete, dhe doja të vdisja. Nuk më interesonte asgjë dhe askush. Herë pas herë haja në mënyrë të tepruar, haja si e babëzitur sasi të mëdha ushqimi. Po shtoja në peshë në mënyrë galopante. Motra ime më çoi tek një psikiatër dhe ai më dha disa antidepressantë. I fillova dhe për çudi oreksi m'u shtua edhe më shumë. I ndërpreva shumë shpejt".

Po ashtu edhe Jeta tregon:

"Para ca kohësh po ndjehesha komplet e dëshpëruar. Nuk doja të ngrihesha fare nga krevati. Vetëm për të ngrënë. Në fakt, rri e rri e haja. Haja vaktet me familjen dhe haja me vrap sapo ngelesha vetëm në shtëpi. Daja im, kishte folur me një shokun e tij mjek dhe më solli disa mjekime antidepressive. Pasi fillova të marr atë, shtova shumë më tepër në peshë. Kisha një dëshirë të madhe për ëmbëlsira dhe çokollata".

Arjeta thotë

"Kur u ndava nga i dashuri im ka qenë një periudhë shumë e vështirë. Atë kohë mendoja se do të kishte qenë më mirë të kisha vdekur. Megjithëse kaluan disa muaj, nuk po e merrja veten. Motra ime më solli disa antidepressantë. Kur mora ato, pata një shtim të menjëhershëm të oreksit. Haja gjithë ditën madje kisha edhe neps. Në këtë periudhë që mora këto mjekime kam shtuar shumë në peshë. "

Pjesëmarrësit raportojnë se përdorimi e antidepressantëve ka rezultuar gjithashtu në shtimin e epiodeve të mbingrënies. Irena thotë :

"Kur linda djalin, kalova një periudhë të vështirë, ndoshta sikurse kam lexuar më vonë kisha depression postpartum. Kjo situatë zgjati dhe mjekja ime më dha disa ilaçe për këtë. Atëherë fillova të kisha jo rrallë epiode mbingrënie; ku unë vrapoja në frigorifer, merrja çtë mundja sallamara, djathëra, majoneza, edhe i haja me një shpejtësi skëterre".



Në fakt, antidepressantët triciklikë kanë rezultuar efektivë dhe përdoren për trajtimin e bulimisë nervore dhe frenuesit selektivë të serotoninës (SSRI) janë më efektivë për trajtimin e anoreksisë nervore<sup>285</sup>. Gjithashtu, respondentët raportojnë edhe probleme ankthi. Atyre u kërkohet me të madhe, me zë dhe pa zë që të ndryshojnë stil jete, të reduktojnë peshën, të përfshihen në aktivitet fizik, etj. Kjo është e vështirë për ta, shumë e vështirë. E kjo u shkakton ankth. Si do të shkojë jeta e tyre? Si do të bëj kur të shkoj këtu apo atje? Si do bëj sepse më duhet të takoj kushërirat dhe do të fillojnë të më moralizojnë për peshën? Si t'ia bëj që do dal me tim vëlla dhe do fillojë të më flasë se si të dobësohem? Gjithë kohën kërkesa që ata nuk i plotësojnë dot. Sa shumë ankth u shkakton kjo gjë. Arjeta thotë:

"Të gjithë e kanë mendjen gjithë kohën tek obeziteti im. Motra më merr në telefon nga Greqia dhe qan pse unë nuk mbaj dieta apo përpiqem të dobësohem. Këdo që takoj më flet vetëm për këtë. U çmendaa! Më del gjumi natën dhe nuk më merr më. Sa siklet i madh që është. Kam filluar të marr ca ilaçe për gjumë që një shoqja ime më tha që janë edhe qetësues. Më duket sikur më qetësojnë ku i marr."

Çdo gjë në jetën e obezëve u kujton atyre pikërisht obezitetin. Edhe kur më në fund "shpëtojnë" nga njerëzit e dashur, nga këshillat e lutjet e tyre për tu dobësuar, dalin në rrugë dhe përballen me vështrimet e njerëzve. Femrat obeze marrin edhe ndonjë shaka "pa kripë" nga meshkujt që kalojnë. Sara shprehet:

"Kam frikë të takoj njeri nga të njohurit dhe kushërinjtë sepse gjithmonë atje do të shkojë biseda patjetër do të rrjedhë dhe do të përfundojë tek obeziteti im, tek pasojat e dëmet që ka tek mua... o Zot, një makth! Hyp në autobuz, të gjithë shohin sikur jam ndonjë alien, ndonjë vë buzën në gaz, ndonjë dyshe fillojnë çuqurisin gjasme në vesh... Të gjitha këto më krijojnë një stres të papërshkueshëm, sepse nuk arrij të shpëtoj anjë çast. Shpesh herë më kaplon ankthi dhe nuk e di përse. Shtrihem për të fjetur, më në fund vetëm, por as gjumi nuk është me mua. Ngarkohem kaq shumë me nerva gjatë ditës sa që e kam të pamundur të fle. Ka ca kohë që kam filluar ca qetësues të lehtë që më ndihmojnë të fle. Pa ato po çmendesha fare. Me ditë të tëra nuk mbyllja sy".

<sup>285</sup>Bacaltchuk J., Hay P. & Trefiglio R. Review: psychological treatment is as effective as antidepressants for bulimia nervosa, but a combination is best. Evidence-Based Mental Health 2002;5:74-75.

Arjeta mendon se simptomat depressive, ankthi, vetë-vlerësimi i ulët dhe e ngrëna janë të ndërlidhura mes tyre. Ajo thotë:

"Unë mendoj se ka një sërë problemesh psikologjike të lidhura me obezitetin. Pas një ditë plot me ngjarje shumë të lodhshme, shumë stresante, duket sikur ke nevojë të ikësh nga gjithçka. Duket sikur ke nevojë të drogohesh e të mos marrësh vesh asgjë se ku je. Patjetër që do të hash diçka, sepse njerëz të gjallë jemi edhe ne. Edhe ne si gjithë të tjerët po punojmë e po lodhemi. Dhe të gjitha këto më bëjnë të ndjehem keq me veten time, të malkoj veten time, fatin tim. Filloj të mendoj se jam një njeri i pavlerë që nuk e bën dot këtë, të dobësohesh, që është kaq e rëndësishme, por justifikoj veten: jo lodhem, jo duhet të ha. Po nuk mora një qetësues më mbyl ankthi ku filloj të mendoj këto. Dhe i mendoj kaq shpesh këto gjëra...".

Mungesa e kënaqësisë nga imazhi trupit, është një problem tjetër goxha i madh tek pjesëmarrësit. Ja si shprehet Arjeta :

"E urrej këtë trup. E urrej këtë formë trupit. Nuk e di si do të kishte qenë jeta ime po të isha me peshë normale, por kam kaq shumë stres pikërisht nga pesha sa nuk di se çtë them. Di që të gjithë problemet i kam nga kjo peshë, nga këto forma të tmerrshme".

Irena përshkruan:

"Kur mendoj imazhin e trupit ndjehem shumë keq. Më bie ndërmend një buf që lëviz dhe kjo më trishton shumë".

### **E ngrëna emocionale**

E ngrëna emocionale haset tek pjesëmarrësit në një vazhdimësi; që nga ata që rrallë përfshihen në të ngrënë emocionale, tek ata që përfshihen vazhdimisht në të ngrënë kompulsive për arsye emocionale". Sara thotë:

"Me mendjen time filloj të reduktoj të ngrënë, kaloj ca orë pa ngrënë si gjithmonë. Mund të shkojë edhe dy ditë kështu. Por unë stresohem shumë. Ka shumë gjëra që ma heqin trurin. E pikërisht atëherë kur filli është më dobët vrapoj në frigorifer, marr proshuta, vezë, djathë, panine... çtë mund dhe ha si e babëzitur. Ha sikur po më ndjekin. Dhe kjo ndjesi duket sikur zgjat

vetëm aq sa zgjat e ngrëna. Pasi kam mbaruar ndjehem njeriu më i ulët në botë. Ah sa keq ndihem pastaj! Ndonjëherë provokoj të vjella që ta nxjerr".

Arjeta përshkruan:

" Më duket sikur gjërat po shkojnë mirë dhe nuk po ha aq shumë. Kur papritur më vjen një dëshirë, të cilën mundohem fort ta shtyp, por shpejt bëhet aq e fortë sa më zotëron dhe më detyron ti bindem. Ngrihem marr çtë mundem dhe ha si e çmendur. Ha kaq shpejt sa që shoh orën dhe e gjitha ka zgjatur shumë pak minuta. Nuk e di pse më ndodh kjo. Ajo është një dëshirë e pakontrollueshme. Megjithëse gjatë atyre çasteve me kujtohen angazhimet që kam bërë me veten time që të mos ha, unë nuk ndaloj dot. Nganjëherë më duket sikur diçka më detyron, sikur ka zëra brenda meje që më nxitin me forcë që të ha ashtu. Nuk e di. Di që është një situatë që nuk e kontrolloj dot. Dhe ndihem keq për këtë".

Shqetësimet lidhur me pamjen sjellin ndonjëherë situata të mbikënaqjes dhe humbjes së kontrollit. Personat që përfshihen në një sjellje të tillë, nuk e kontrollojnë dot dëshirën e cila vjen si një nevojë urgjente, e pakontrollueshme. Ngrënësit kompulsivë përfshihen në një rreth vicioz të kufizimit të ushqimit dhe të episodeve të mbingrënies. Ka të dhëna, të përmendura në kapitullin e literaturës, mbështesin se njerëzit hanë të ndikuar nga stresi dhe kjo e ngrënë është stresuese më shumë për ta, të cilët përpiqen shumë ta kontrollojnë këtë situatë dhe për të cilët rënia në peshë është shumë e rëndësishme.

Irena thotë:

"Kam ndjenja të forta faji sa herë që ha shumë. Më duket sikur jam kaq e pavlerë që nuk arrij të vë në kontroll dhe bëhem pre e një instikti, krejt si një kafshë".

Ndonjëherë për pjesëmarrësit e ngrëna shihet sikur krijon kënaqësi, duke u konsideruar si përfshirje në sjellje të cilat janë të ndaluara apo dihet që janë të dëmshme. Erjoni tregon:

"Pasi jam lodhur shumë, e jam marrë me shumë gjëra të ndryshme, jam i rraskapitur, i ezauruar nga nervat, një e ngrënë e mirë duket sikur është ajo që i vendos gjërat në vend. Ndonjëherë ndjehem keq gjithësesi."

Pjesëmarrësit pranojnë se janë përfshirë nëpër programe rënie në peshë pasi ndjehen fajtorë sidomos për episodet e mbingrënies. Personat që përpiqen të bien në peshë, shpesh shprehin ndjenja faji për shkak të ngrënies së tepërt apo episodeve të mbingrënies<sup>286</sup>. E ngrëna e çrregullt, episodet e mbingrënies dhe obeziteti janë shumë të përhapura në shoqëri dhe mendohet të jenë të lidhura me ciklimin e peshës. Tek pjesëmarrësit nuk vihet re një nivel i lartë i përdorimit të laksativëve apo provokimit të të vjellave. Përsa i përket kësaj të fundit, pjesëmarrësit raportojnë se kjo kryesisht është e lidhur me episodet e mbingrënies. Tek subjektet pjesëmarrës në studim ndodh "shpesh" vetëm në pak raste. Nga literatura shohim se episodet e mbingrënies shoqërohen shpesh me provokim të të vjellave. Individët pjesëmarrës e shohin si një teknikë për t'u "çliruar" nga ushqimi i tepërt. 'Ndjenja e fajit' që personat kanë pasi konsumojnë produkte me shumë kalori i çon ata në marrjen e laksativëve dhe/ose provokimin e të vjellave.

---

<sup>286</sup>English, C. Food is My Best Friend: Self-Justifications and Weight Loss Efforts. *Research in the Sociology of Health Care* 1991;9:335-345.

## Kapitulli VI: Përfundime dhe rekomandime

Ky kërkim është një kërkim deskriptiv dhe është ideuar që të studiojë prevalencën e obezitetit tek fëmijët 10-15 vjeç. Në të njëjtën kohë, si plotësuese e tablosë, në këtë kërkim synohet të studiohen shkaqet që kontribuojnë në zhvillimin e obezitetit si dhe pasojat kryesore në jetën e një individi obez, në stilin e jetës, në pasojat psikosociale, në të gjithë funksionimin e jetës. Kjo në mënyrë që duke i studiuar dhe kuptuar në thellësi këto pasoja, ndoshta, ndihmohet në trajtimin dhe në parandalimin e tyre.

Ky studim ka përcaktuar këto çështje kërkimore:

- Matja e përhapjes së obezitetit tek fëmijët shkollarë shqiptarë 10-15 vjeç, ku me anë të shifrave të mundësohet njohja e këtij problemi dhe krijimin e një tabloje për tu njohur me përhapjen e këtij çrregullimi.
- Evidentimi i shkaqeve që mendohet se shkaktojnë obezitetin, nisur nga ato që studimet përcaktojnë si shkaktarët kryesorë të obezitetit, faktorët gjenetikë, ato mjedisorë, ku përfshihen e ngrëna e jo shëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik.
- Evidentimi i faktorëve të riskut të lidhura me obezitetin. Identifikimi, analizimi dhe vlerësimi i lidhjes që ekziston ndërmjet obezitetit dhe disa faktorëve sjellorë (ushqyerja, zakonet e të ngrënit, jeta sedentare, aktiviteti fizik) faktorëve mjedisorë (familja, puna, shkolla, komuniteti).
- Evidentimi i pasojave të lidhura me gjendjen e obezitetit. Eksplorimi nisur nga studimi i pjesëmarrësve lidhur me pasojat që vijnë nga obezitetit, pasojat në cilësinë e jetës, përfshirë këtu pasojat shëndetësore, por kryesisht pasojat psikologjike.

Ky kapitull është i ndarë në dy pjesë. Në pjesën e parë, jepen përfundime lidhur me matjen e prevalencës së obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç. Ndërsa në pjesën e dytë, në kërkimin cilësor, lidhet me studimin dhe eksplorimin e shkaqeve dhe pasojave të obezitetit. Në të dy pjesët, janë dhënë edhe rekomandimet të cilat janë menduar si më të përshtatshme për secilin seksion.

## **Përfundime lidhur me matjen antropometrike tek fëmijët 10-15 vjeç**

Ndër fëmijët shkollarë shqiptarë të moshës 10-15 vjeç, mbipesha dhe obeziteti janë në nivele më të larta tek femrat se sa tek meshkujt.

Nëse i referohemi shpërndarjes së peshës sipas moshës, na sjell në vëmendje që obeziteti dhe mbipesha, janë dukuri që rriten me rritjen në moshë.

Përsa i përket peshës së pjesëmarrësve, vëmë re që 4.40% rezultojnë të jenë në nivelet e obezitetit, 14.40%, janë në nivelet e mbipeshës (gjë që përbën një rrezik të lartë për obezitet).

Sikurse mund të vëmë re, shohim që të gjithë grupet e peshave të studiuara, ka një përqindje të lartë të personave që konsumojnë mëngjesin, duke shkuar në disa raste në më shumë se dyfishin e përqindjes së respondentëve që raportojnë se nuk konsumojnë mëngjes.

Nëse do t'i referoheshim të dhënave të përftuara, rezulton se për peshën “i dobët” dhe “normal” ka përqindje më të lartë në fëmijët që jetojnë në zona rurale, ndërsa përsa i përket kategorive “mbipeshë” dhe “obez” vihet re një përqindje më e lartë në qytet.

Përsa i përket konsumimit të mëngjesit, vëmë re që në zonën urbane ka një diferencë të lehtë në favor të fëmijëve që hanë mëngjes, ndërsa në zonat rurale, ka një diferencë të vogël në favor të fëmijëve që nuk hanë mëngjes.

Përsa i përket shpërndarjes së konsumimit të mëngjesit, duke axhustuar moshën dhe gjininë, mund të vëmë re që konsumi i mëngjesit është më i lartë tek vajzat dhe është një dukuri që bie me rritjen në moshë.

### **Nisur nga kjo, rekomandohet që:**

- Prindërit, edukatorët, kujdestarët, të kenë parasysh që edukimi lidhur me zakonet e të ngrënit, të fillojë që në fëmijëri. Edukimi lidhur me llojet e ushqimeve të shëndetshme si dhe oraret e të ngrënës, është mirë të fillojë sapo fillon fëmija të ketë ndërgjegje, në familje dhe kopësht dhe nëse diku aplikohet një strategji e diku një tjetër jo (ndryshe në familje, ndryshe në kopësht) atëherë studimet kanë sugjeruar se kjo do të dëmtojte imazhin e fëmijës lidhur me këtë gjë. Po ashtu rekomandohet se ndërhyrjet efektive në fëmijëri, mund të ndryshojnë balancën ndërmjet faktorëve të rrezikut dhe atyre mbrojtës.

- Si rekomandim nga puna në këtë studim del përfshirja e fëmijëve në aktivitet të rregullt fizik, pasi sikurse mbështesin studimet shkencore, nëse fëmijët fillojnë që në një moshë të vogël të përfshihen në aktivitet fizik, atëherë ka më shumë të ngjarë që ata, të përfshihen edhe në të ardhmen, në mënyrë të vazhdueshme. Këtu hyjnë edhe mjediset e përshtatshme për aktivitet fizik nëpër shkolla, duke qenë se janë ambiente ku fëmijët kalojnë një kohë të konsiderueshme. Ka të dhëna të fuqishme që mbrojnë se aktiviteti fizik, kur merret në konsideratë pavarësisht faktorëve të tjerë, është një masë e rëndësishme parandaluese për të shmangur shtimin në peshë. Aktiviteti fizik, redukton obezitetin, e rrjedhimisht problemet shëndetësore të lidhura me të, ku ndër më të spikaturit përmendim diabetin e tipit II si dhe sëmundjet kardiovaskulare të zemrës. Për më tepër, përveç përfitimeve fizike, nga studimet është dëshmuar se aktiviteti fizik mund të reduktojë depresionin si dhe mund të përmirësojë gjendjen shpirtërore, perceptimin e vetes dhe cilësinë e jetës.
- Një rekomandim tjetër lidhet me përfshirjen e prindërve pasi sjellja e prindërve, ka një ndikim të konsiderueshëm lidhur me atë që fëmijët mësojnë, se si ti përgjigjen mjedisit të jashtëm, dhe se çfarë të presin nga vetja. Kështu, modeli i prindërve lidhur me të ngrënën dhe aktivitetin fizik do të ishte shumë ndihmës për fëmijët. Strategjitë e parandalimit në të cilat përfshihen si fëmijët ashtu edhe prindërit, kanë rezultuar të jenë mjaft efektive, ku shkolla po ashtu ka rol në përfshirjen e prindërve në edukimin shëndetësor, strategjitë për ndryshimin e sjelljes dhe modifikimet mjedisore. Këtu, përfshihet ndikimi i prindërve në ushqimin e fëmijëve në shkollë, aksesin në mundësitë për aktivitet fizik si dhe programet shkollore.

## **Përfundime lidhur me pjesën cilësore të studimit**

Pjesëmarrësit shprehen se ndjehen keq për veten e tyre. Ata nuk e pëlqejnë pamjen e tyre. Ata mund të mos i japin vlerë vetes për gjëra të mira që kanë bërë. Po ashtu, ata mund të ndjehen të pavlerë në tërësi, në shumë aspekte të jetës së tyre. Këto kanë të bëjnë me vetëvlerësimin. Gjithashtu, ata mund të ndjehen fajtorë dhe të turpshëm. Nëse shohim pikëzimin për lidhur me vetëvlerësimin, do të shohim që të gjithë pjesëmarrësit, kanë probleme në këtë drejtim.

Më shumë se gjysma e individëve, pas llogaritjeve, kanë një shqetësim të moderuar për pamjen e jashtme dhe afërsisht 46% e tyre shfaqin një shqetësim të shprehur. Nga paraqitja grafike e mësipërme shohim se sjelljet e subjekteve dhe qëndrimet e tyre janë shpesh ose shumë shpesh të ndikuara nga pamja tyre e jashtme.

Në total femrat janë relativisht më të ndikuara nga pamja e jashtme dhe kanë një nivel vlerësimi më të ulët krahasuar me gjininë mashkullore. Mendimin se pamja e jashtme vjen si rezultat i mungesës së vetëkontrollit, paraqet më shumë se 80% e individëve, të cilët mendojnë se pamja e jashtme e tyre ka ardhur si pasojë e mungesës së vetëkontrollit.

Subjektet raportojnë se e ndiejnë që të tjerët kanë qëndrime negative lidhur me peshën e tyre dhe mundohen ta shmangin kontaktin si me të afërm ashtu edhe me të panjohur. Pavarësisht se ka diferenca, dikush ka nivel më të lartë shqetësimi, e dikush më të ulët, të gjithë pa përjashtim rezultojnë ta kenë problem një gjë të tillë.

Mendimi se pamja e jashtme vjen si rezultat i mungesës së vetëkontrollit, na njeh pikërisht me prirjen e personave obezë për të fajësuar veten lidhur me peshën e tyre. Pjesëmarrësit pranojnë se sidomos, se në ato raste kur ndjehen keq lidhur me peshën e tyre, ka më shumë të ngjarë edhe të fajësojnë vetën për këtë peshë.

*"Frekuenca e raportuar të faktorëve precipitues në zhvillimin e dukurisë së obezitetit"* reflekton pikërisht prirjen e personave obezë për të patur probleme si pasojë e obezitetit. Nisur nga arsyetimi i pjesëmarrësve, obeziteti, është konsideruar si shkak lidhur me këto pasoja. Kështu, vihet re që problemet psikologjike të tilla si depresioni apo ankthi janë në nivele më të larta se diabeti. Por gjithësesi të gjithë raportojnë probleme në frymëmarrje apo dhimbje kyçesh.

Përsa i përket krahasimit të Indeksit të Masës Trupore (në kategori) me simptoma depresive, ankthit dhe pagjumësisë, krahasimi i IMT (në kategori) me përdorimin e medikamenteve antidepresive ose anksiolitike, mund të vemë re që me rritjen e IMT rriten edhe shanset për probleme psikologjike, përdorimin e medikamenteve qetësues.

Kur krahasojmë përdorimin e medikamenteve të paktën një herë këtë vitin e fundit shohim se, individët me Indeks të Masës Trupore 45 deri në 49 kanë përdorur 1,5 herë më shumë medikamente për të trajtuar episode të çregullimeve nervore krahasuar me subjektet me IMT 40 deri në 44.



Rezultatet lidhur me vlerësimin e vetes përsa i përket shëndetit treguan se shumica e pjesëmarrësve kishin tendencën ta shikoni obezitetin si një problem dhe për këtë arsye të mos e kategorizonin veten si të shëndetshëm. Meshkujt kishin më pak tendencë për ta përcaktuar veten si persona jo të shëndetshëm.

Gjetjet cilësore demonstrojnë se pjesëmarrësit përdornin njohuritë teorike dhe praktike për të përcaktuar besimet e tyre rreth shëndetit. Për më tepër shëndeti është një koncept kompleks dhe i vështirë për tu përkufizuar dhe pjesëmarrësit ofruan disa arsye sociale dhe mjedisore për të përcaktuar një shëndet me probleme ose mungesën e shëndetit. Gjithashtu ata shpesh herë e lidhën shëndetin e mirë edhe me fatin apo shansin por edhe trashëgiminë, duke sjellë shembuj të personave të cilët nuk kanë një stil jete të shëndetshëm dhe në fakt rezultojnë të shëndetshëm.

Pjesëmarrësit e kishin më të thjeshtë të përkufizonin konceptin e një njeriu jo të shëndetshëm duke u nisur nga koncepti i njeriut të shëndetshëm. Gjithësesi, pjesëmarrësit rrallë i referohen këtyre koncepteve të shkëputura nga njëra tjetra. Gjithashtu, pjesëmarrësit i vunë theksin edhe balancës ndërmjet shëndetit fizik dhe atij mendor që një person të konsiderohet i shëndetshëm. Pjesëmarrësit gjithashtu e panë lumturinë, energjinë dhe vitalitetin si komponentë të rëndësishëm për të konsideruar një person si të shëndetshëm.

Pjesëmarrësit në studim kanë përcaktuar se shkaqet e obezitetit janë komplekse. Gjithësesi, përveç faktorëve mjekësorë, ata përmendën edhe një sërë faktorësh kulturorë. Kështu ata përmendin shtimin e ushqimeve fast food dhe ushqimet hormonale si shkaqe të obezitetit. Të gjithë pjesëmarrësit janë të informuar për të ngrënë e shëndetshme dhe përfitimet që vijnë nga kjo. Por për këtë ka edhe pengesa, të cilat ua vështirojnë atyre ndjekjen e këshillave të dhëna nga specialistët e shëndetit. Kështu, çmimi i ushqimeve të shëndetshme, është një faktor pengues. Po ashtu edhe mundësia për ti gjetur këto produkte, përbën një tjetër pengesë. Kufizimi i kohës ka rritur gjithashtu gjasat që njerëzit të konsumojnë më tepër ushqime të gatshme të cilat janë hiperkalorike dhe aspak të shëndetshme.

Megjithëse pjesëmarrësit i dinë të mirat e aktivitetit fizik, ata po ashtu kanë identifikuar një sërë arsyesh që i pengojnë ata për tu përfshirë në aktivitet fizik. Edhe aktiviteti fizik, sikurse e ngrëna e shëndetshme kanë të njëjtët faktorë pengues kryesorë, kosto, kohë dhe mundësia për akses.

Shumica e pjesëmarrëve, raportojnë se e kanë marrë peshën kur kanë qenë të rritur. Femrat që janë bërë obezë në moshë të rritur, përgjithësisht e lidhin këtë me lindjen e fëmijëve. Sidomos ato që kanë qenë të holla deri në njëfarë moshe janë shumë të pakënaqura lidhur me peshën dhe imazhin e tyre.

Pjesëmarrësit meshkuj, kanë prirjen ta identifikojnë shtimin në peshë me reduktimin e aktivitetit fizik. Ata pranojnë që më përpara ishin më aktivë, dy kanë pranuar që përfshiheshin shumë nëpër sporte të ndryshme. Disa prej tyre, e kanë lidhur shtimin në peshë me ndërprerjen e duhanit.

Po ashtu, pjesëmarrësit e konsideruan obezitetin si një faktor rreziku mjaft evident për zhvillimin e sëmundjevetë tilla si diabeti I tipit II, sëmundjet e zemrës, etj.

Individët obezë përjetojnë qëndrime antiobezitet dhe mund të vihen në siklet apo të tallen për shkak të peshës së tyre. Gjetjet gjithashtu demonstrojnë se respondentët perceptojnë se mjekët kanë pikëpamje paragjyquese për ta dhe prirjen të shohin obezitetin si shkakun e të gjithë problemeve shëndetësore që ata kanë.

Nga analiza e të dhënave rezultoi se pjesëmarrësit përdornin një numër strategjish përballuese të përqëndruara tek emocionet ku përfshihet edhe e ngrëna emocionale.

Pjesëmarrësit perceptojnë se ekziston një marrëdhënie ciklike ndërmjet simptomave depressive dhe të ngrënës. Kështu, pjesëmarrësit, në përgjithësi prireshin ta shikonin ushqimin si një çlirues psikologjik, madje disa prej tyre pranojnë se përfshihen në të ngrëna emocionale në mënyrë që të përmirësojnë mirëqenien e tyre psikologjike. Për më tepër duket se pjesëmarrësit, kanë zhvilluar një marrëdhënie komplekse disfunktionale me ushqimin, ata përfshihen vazhdimisht në dieta, të ushqyerit tek ta shoqërohet me ndjenja faji, etj.

Aspektet që iniciojnë ndryshimin, janë sidomos diagnozat e sëmundjeve, me të cilat janë diagnostikuar familjarët e pjesëmarrësve.

Me kalimin e moshës, njerëzit fillojnë të perceptojnë ndryshe rreziqet që i kanosen shëndetit të tyre.

Pjesëmarrësit mendojnë se ka përfitime fizike dhe psikologjike të lidhura me rënien në peshë. Për më tepër, ata përmendën eksperiencën me dieta dhe ciklime të peshës, domethënë humbje dhe rifitim të peshës. Ata përmendin se janë përfshirë edhe në masa drastike për humbjen e peshës, të tilla si pilula apo medikamente.

Gjithashtu, pjesëmarrësit në studim e kanë të qartë, që ndryshimi i stilit të të ngrënit është një ndryshim që sjell më shumë përfitime dhe është më afatgjatë.

Si arsye për të rënë në peshë, pjesëmarrësit përmendin problemet shëndetësore, moshën, raste speciale, dëshirën për të konfirmuar vlerat personale, etj. Këto aspekte mund të bëjnë që personat obezë të përfshihen në sjellje për arritjen e statusit shëndetësor dhe vendosjen e një regjimi për rënien në peshë.

### **Nisur nga këto përfundime, dalin rekomandimet e mëposhtme:**

- Ndërhyrjet me anë të dietës dhe aktivitetit fizik, vihet re që nuk aq efektive pasi dita ditës vihet re një rritje në prevalencën e obezitetit. Kështu, rekomandohet një qasje alternative në ndërhyrjen tek obeziteti. Theksi kryesor i këtyre ndërhyrjeve është motivimi i individëve për të mos mbajtur dieta apo të përfshihen në aktivitet fizik vetëm me qëllimin për të rënë në peshë, por ta asimilojnë këtë si një stil jete. Duke qenë se ciklimi i peshës është një rrezik shëndetësor potencial, kjo mund të përbëjë një mesazh të përshtatshëm, për ruajtjen e peshe stabël dhe të përmirësojë shëndetin.
- Rekomandohet, shpërblimi i personave obezë për angazhim në ambiente të tilla si palestra aktivitete sociale, pasi mendohet se kjo do të ishte efektive dhe mbase do ti përfshinte më shumë personat obezë në to. Po ashtu, rekomandohet që në këto ambiente të kishte programe me ushtrime të përshtatura për obezët, të cilat ka gjasë të inkurajojnë individët obezë të ndiejnë më pak pakënaqësi lidhur me trupin e tyre dhe ka më shumë mundësi që të përfshijnë aktivitetin fizik në rutinën e tyre të përditshme.
- Në kujdesin shëndetësor obeziteti, shihet si një problem sjellor duke vlerësuar mungesën e aktivitetit fizik si shkakun kryesor të obezitetit, ngrënien e tepërt dhe dietën me shumë yndyrna. Obeziteti mund të menaxhohet nga mjekët e përgjithshëm, megjithëse ata nuk kanë kohë për trajtimin e obezitetit dhe nuk mendojnë se kjo është një rol që mund ta përballojnë. Megjithëse ka të dhëna të kufizuara lidhur me ndërhyrjet efektive për humbjen e peshës, grupet e menaxhimit të peshës në kujdesin parësor kanë rezultuar shumë të sukseshme. Kështu, rekomandohet përdorimi i një grupi ndërhyrje për të

targetuar persona obezë lidhur me faktorë rreziku të tillë si hipertensioni, diabeti i tipit II dhe histori familjare të sëmundjeve të zemrës, mendohet të jetë efektiv në rënien në peshë, përmirësimi e faktorëve të rrezikut të sëmundjeve të zemrës dhe mirëqenien psikologjike, për një periudhë tremujore.

- Rekomandohet të promovohet sa më shumë informacion lidhur me adaptimin e një stili jete të shëndetshëm, me anë të të cilit mund të arrihet dhe ruhet një peshë normale. Po ashtu, rekomandohen edhe ndërhyrjet me bazë komuniteti, ku mesazhet lidhur me ushqimet, e shtojnë apo e reduktojnë përdorimin e një kategorie të caktuar ushqimore. Kjo do të mundësonte që edhe personat që jetojnë në zona të varfra të kenë akses në informacion, pasi përgjithësisht, zonat me një nivel të ulët ekonomik, kanë edhe më pak informacion, kjo edhe pse përgjithësisht këto zona kanë një nivel arsimor më të ulët .
- Mjekët e përgjithshëm, është vërtetuar se kanë tendencën të jenë të ashpër, mospranues ose ndonjëherë të japin informacion shumë shkencor pacientëve obezë. Gjithësesi, edhe këshillate thjeshtuara për rënien në peshë të tilla si “hani më pak dhe kryeni më shumë aktivitete fizik”, të dhëna nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore duket sikur kanë përfitime afatgjata jorealiste, duke qenë se individët që bien në peshë, kanë tendencë të rifitojnë përsëri peshën e humbur. Gjetjet nga ky studim dëshmojnë se pjesëmarrësit i dinë dhe i kuptojnë mesazhet lidhur me promovimin e shëndetit për të ngrënë e shëndetshme. Gjithësesi, rekomandohet që të mbahet parasysh se pacientët nuk janë thjeshtë marrës pasivë të informacionit përsa i përket dietës dhe të ngrënies të shëndetshme. Rekomandohet që informacioni shëndetësor të përshtatet në mënyrë të personlizuar për personat obezë, dhe të mos jetë “standart” për të gjithë, të përshtatet të me pacientin, me mundësitë dhe nevojat e tij.
- Ashtu sikurse është përmendur edhe më përpara, zgjedhja e ushqimeve varet shumë nga kostoja e tyre dhe studimet eksperimentale kanë demonstruar se çmimi i ushqimeve mund të ndikojë në konsumimin e ushqimeve të shëndetshme. Për më tepër, këshillohet që nëse do të ishin më të favorshme çmimet e ushqimeve të shëndetshme, atëherë konsumatorët

do të inkurajoheshin të eksperimentonin me më shumë zgjedhje ushqimore dhe do të blenin më shumë ushqime të shëndetshme. Sugjerimet përfshijnë sigurimin dhe promovimin e një rangu të gjerë të opsioneve të shëndetit, duke reduktuar sasinë e yndyrës në ushqime, duke siguruar informacione ushqimore të qarta dhe duke ndaluar praktikën e pjatave “super porcion”.

## Bibliografia

1. Abel, T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine* 2009, 8,899-908.
2. Alexander-Mott, L. & Lumsden, D. B. *Understanding Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity*. Washington, D. C.: Taylor & Francis, 1994.
3. Alderson TS, Ogden J. What do mothers feed their children and why? *Health Educ Res* 1999; 14: 717–727.
4. Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C. & Weiden, P. J. Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1686-1696.
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
6. Arner, P. Not all fat is alike. *The Lancet* 2008;351:1301-1302.
7. Astrup A et al. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *International Journal of Obesity*, 2000; 24: 1545-1547.
8. Astrup, A. & Finer, N. Redefining Type 2 diabetes: 'Diabesity' or 'Obesity Dependent Diabetes Mellitus'. *Obesity Reviews* 2000;1:57-59.
9. Austin MA, Friedlander Y, Newman B, Edwards K, Mayer-Davis EJ, King MC. Genetic influences on changes in body mass index: a longitudinal analysis of women twins. *Obes Res* 1997; 5:326–331.
10. Bacaltchuk J., Hay P. & Trefiglio R. Review: psychological treatment is as effective as antidepressants for bulimia nervosa, but a combination is best. *Evidence-Based Mental Health* 2002;5:74-75.
11. Bagley, C. R., Conklin, D. N., Isherwood, RT., Pechiulis, D. R. & Watson, L. A. Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual and Motor Skills* 1989;68:954-962
12. Ball, K., Mishra, G. & Crawford, D. Which aspects of socioeconomic status are related to obesity among men and women? *International Journal of Obesity* 2002;26:559-565.
13. Barrett-Connor, E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40:59-66.
14. Barbour, R. S. & Members of WoReN Acquiring qualitative skills for primary care research. Review and reflections on a three stage workshop. Part 2: analysing interview data. *Family Practice* 2000; 17:83-89.
15. Barbour, R. S. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001;322:1115-1117.
16. Barnett, A. H. Obesity and the metabolic syndrome. *Obesity in Practice* 1999;1:7-11.
17. Becker, E. S., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U. & Neumer, S. (2001) Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *International Journal of Obesity* 2001;25:5-9
18. Bell SK, Morgan SB. Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese. Does a medical explanation for the obesity make a difference? *J Ped Psych* 2009; 25: 137–145.
19. Beller, A. S. *Fat and Thin: A Natural History of Obesity*. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1977.
20. Bender, R, Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. Assessment of excess mortality in obesity. *American Journal of Epidemiology* 1998; 147:42-48.
21. Bennett, P. H. More about obesity and diabetes [Letter to editor]. *Diabetologia* 1986;29:753-754.
22. Björntorp, P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews* 2001; 2:73-86.
23. Blaxter, M. & Paterson, E. *Mothers and Daughters: A Three Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*. London: Heinemann, 1982.

24. Bogdan, R. C. & Biklen, S. *Qualitative Research for Education*. Boston: Allyn & Bacon, 1992.
25. Bolton-Smith, C., Woodward, M., Tunstall-Pedoe, H. & Morrison, C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:143-148.
26. Bowling, A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press, 2000.
27. Boyatzis, R. E. *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, California: Sage, 1998.
28. Bouchard C, Tremblay A. Genetic influences on the response of body fat and fat distribution to positive and negative energy balances in human identical twins. *J Nutr* 1997;127:943–947.
29. Bouchard, C., L. Perusse, C. Leblanc, A. Tremblay and G. Theriault. Inheritance of the amount and distribution of human body fat. *Int. J. Obes* 1988; 12: 205-215.
30. Braddon, F. E. M., Rodgers, B., Wadsworth, M. E. J. & Davies, J. M. C. Onset of obesity in a 36 year birth cohort study. *BMJ* 2006 ;293:299-303.
31. Bradley, P. J. Conditions recalled to have been associated with weight gain in adulthood. *Appetite* 2005; 6:235-241.
32. Bray, *The Genetics of Human Obesity* Ch 10, pp157-190. New York, 1998
33. Bray, G. A. Historical Framework for the Development of Ideas About Obesity. In Bray, G. A., Bouchard, C. & James, W. P. T. (eds) *Handbook of Obesity*. K 1, fq 1-29. New York: Marcel Dekker, 1998.
34. Brinton, L. A., Swanson, C. A. Height and weight at various ages and risk of breast cancer. *Annals of Epidemiology* 1992; 2:597-609.
35. Britten, N. Qualitative interviews in health care research. In Pope, C. & Mays, N. (eds) *Qualitative Research in Health Care*. K 2, fq 11- 19. London: BMJ Books, 2000.
36. Bromfield P. V., “Childhood obesity: psychosocial outcomes and the role of weight bias and stigma,” *Educational Psychology in Practice*, 2009, vol. 25, no. 3, pp. 193–209
37. Brown, W. J., Dobson, A. J. & Mishra, G. What is a healthy weight for middle aged women? *International Journal of Obesity* 1998;22:520-528.
38. Brown, I. and Gould, G. Decisions about weight management: A synthesis of qualitative studies of obesity. *Clinical Obesity*, 2005; 12: fq 99-109.
39. Brown, P. J. Culture and the Evolution of Obesity. *Human Nature* 1991; 2:31-57.
40. Brown, P. J. Cultural Perspectives on the Etiology and Treatment of Obesity. In Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (eds) *Obesity: Theory and Therapy*. Ch 11, pp179-193. New York: Raven Press, 1993.
41. Browning JD, Szczepaniak LS, Dobbins R, Nuremberg P, Horton JD, Cohen JC, Grundy SM, Hobbs HH. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. *Hepatology* 2004;40:1387–1395.
42. Brownell KD. Exercise and obesity treatment: psychological aspects. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19(Suppl): fq 122–125.
43. Brunani, A., Palli, D., Salvini, S., Masala, G., Vallone, L., Barantani, E. & Liuzzi, A. ) Short- and long-term mortality in a prevalent cohort of morbidly obese patients in Italy. *European Journal of Nutrition* 2002;41:183-185.
44. Friedrich, M. J. Epidemic of Obesity Expands Its Spread to Developing Countries. *JAMA* 2012;287:1382-1386.
45. Bush, L. M. & Williams, R. A. Diet and health: New problems/new solutions. *Food Policy* 1999;24:135-144.
46. Caballero B. "The global epidemic of obesity: An overview". *Epidemiol Rev* 2007;29:1–5.
47. <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.htm>, marrë nga internet më 16/05/2014
48. Calnan, M. *Health and illness: The lay perspective*. London: Tavistock, 1987.

49. Camargo, C. A., Weiss, S. T., Zhang, S., Willett, W. C. & Speizer, F. E. Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. *Archives of Internal Medicine* 1999;159:2582-2588.
50. Chamberlain, K. Food and health: expanding the agenda for health psychology. *Journal of Health Psychology* 2004; 9:467-481.
51. Cameron A. J., Welborn, T. A., Zimmet, P. Z., Dunstan, D. W., Owen, N., Salmon, J., Dalton, M., Jolley, D. & Shaw, J. E. Overweight and obesity in Australia: the 1999- 2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Medical Journal of Australia*, 2003;178:427-432.
52. Chan, N. and Gillick, A. Fatness as a disability: Questions of personal and group identity. *Disability & Society*, 2009; 24: fq 231-243.
53. Chang, C.T. Chang, K.H. and Cheah, W.L. Adults' perceptions of being overweight or obese: A focus group study. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2009; 18: 257- 264.
54. Chang VW, Lauderdale DS. Income disparities in body mass index and obesity in the United States, 1971–2002. *Arch Intern Med* 2005;165:2122–2128.
55. Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. & Faith, M. S. Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results From a General Population Study. *American Journal of Public Health* 2000;90:251- 257.
56. Cawley, M., Barbour, R. S. Psychosocial aspects of obesity: A community based quantitative & qualitative study. *American Journal of Public Health* 2003, 90,251-257.
57. Chinn, S. Asthma and obesity: where are we now? [Editorial]. *Thorax* 2003;58:1008-1010.
58. Chinn, S. F & Rona, R. J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British Children, 1974-94. *BMJ* 2001;322:24-26.
59. Clarke, A. *Evaluation Research: An Introduction to Principles, Methods and Practice*. London: Sage, 1999.
60. Coffey, A. & Atkinson, P. *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. London: Sage, 1996.
61. Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.
62. Colditz, G. A. Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine and Science in sports and Exercise* 1999;31:663-667.
63. Cooper, P.J., M.J. Taylor, Z. Cooper & C.G. Fairburn. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 1986; 6: 485-494.
64. Crisp, A. H. & McGuinness, B. Jolly fat: the relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *BMJ* 1976; 272:7-9.
65. Dartour, R. S. The case for qualitative approaches in health services research. *Journal of Health Services Research and Policy* 2009; 4:39-43.
66. Decaluwé V, C. Braet, & C. G. Fairburn, "Binge eating in obese children and adolescents,"*International Journal of Eating Disorders*, 2003, vol. 33, no. 1, pp. 78–84
67. Department of Health (2012) *Health Survey for England 2011*. London: The Stationery Office.
68. Davison, C., Frankel, S. & Davey-Smith, G. The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention. *Social Science & Medicine* 2002, 34,675- 685.
69. Davison, C., Davey-Smith, G., & Frankel, S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness* 1991;13:1-19.
70. Daykin, N. & Naidoo, J. (1995) Feminist critiques of health promotion. In Bunton, R., Nettleton, S. & Burrows, R. (eds) *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. K5, fq59-69. London: Routledge 267



71. Despres JP, Moorjani S, Lupien PJ, et al. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 1990;10:497–511.
72. Dietz WH. Medical consequences of obesity in children and adolescents. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Guilford Press: New York, 2002, pp 473–476.
73. Di Pietro, L., Ostfeld, A. M. & Rosner, G. L. Adiposity and stroke among older adults of low socioeconomic status: the Chicago Stroke Study. *American Journal of Public Health* 1994;84:14-19.
74. Di Pietro, L. Physical activity, body weight and adiposity: an epidemiologic perspective. *Exerc Sport Sci. Rev* 1995, 23: 275-303.
75. Dixey, R., Sahota, P., Atwal, S. & Turner, A. "Ha ha, you're fat, we're strong"; a qualitative study of boys' and girls' perceptions of fatness, thinness, social pressures and health using focus groups. *Health Education* 2001;101:206-216.
76. Dhurandhar, N. V., Israel, B. A., Kolesar, J. M., Mayhew, G. F., Cook, M. E. & Atkinson, R. L. Increased adiposity in animals due to a human virus. *International Journal of Obesity* 2000; 24:989-996.
77. Dong, C. & Price, R. A. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International Journal of Obesity* 2004;28:790-795.
78. Dowler, E., Turner, S. & Dobson, (2001) B. *Poverty Bites: Food, Health and Poor Families*. London: CPAG. 2008;11:120-121.
79. Drury, C. A. A. & Louis, M. Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2002;14:554-561.
80. Edmunds L., Waters, E. & Elliott, E. J. Evidence based management of childhood obesity. *BMJ* 2001;323:916-919
81. Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S. Perceptions of body image among working men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55:406-407.
82. Engel, S. G., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Hartley, G. G., Williams, G. R., Wonderlich, S. A. & Mitchell, J. E. Impact of Weight Loss and Regain on Quality of Life: Mirror Image or Differential Effect? *Obesity Research* 2003;11:1207-1213.
83. English, C. Food is My Best Friend: Self-Justifications and Weight Loss Efforts. *Research in the Sociology of Health Care* 1991;9:335-345.
84. English, C. Gaining and losing weight: identity transformations. *Deviant Behaviour* 1993; 14:227-241.
85. Ernsberger, P., Koletsky, R. J., Baskin, J. Z. & Foley, M. Refeeding hypertension in obese spontaneously hypertensive rats. *Hypertension* 1994; 24: 699-705.
86. Everhart, J. E. Contributions of obesity and weight loss to gallstone disease. *Annals of Internal Medicine* 1993;119:1029-1035.
87. Ferraro, K. F., Thorpe, R. J. & Wilkinson, J. A. The Life Course of Severe Obesity: Does Childhood Overweight Matter? *Journal of Gerontology* 2003;58:110-119.
88. Fieng, N. & Throm (2001), II. Qualitative interviewing. London: Sage Fielding, N. & Thomas, II. Qualitative interviewing. In Gilbert N. (ed) *Researching Social Life*. Ch8, ppl23-144. London: Sage, 2001.
89. Figuroa-Munoz, J. I., Chinn, S. & Rona, R. J. Association between obesity and asthma in 4-11 year old children in the UK. *Thorax* 2001;56:133-137.
90. Filozof, C. & Gonzalez, C. Predictors of weight gain: the biological-behavioural debate. *Obesity Reviews* 2000; 1:21-26.
91. Finer, N. Obesity. *Clinical Medicine* 2003;3:23-27.
92. Finkelstein, M. M. Body mass index and quality of life in a survey of primary care patients. *Journal of Family Practice* 2000; 49:734-737.
93. Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R. & Kirschenbaum, D. S. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology* 2003;12:342-345.

94. Flegal, K. M., Troiano, R. P., Pamuk, E. R., Kuczmarski, R. J. & Campbell, S. M. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *New England Journal of Medicine* 2005, 333,1165-1170.
95. Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. & Johnson, C. L. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-1727.
96. Folkman, S. & Lazarus, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 1980;21:219-739.
97. Folsom, A. R., French, S. A., Zheng, W., Baxter, J. E. & Jeffery, R. W. Weight variability and mortality: the Iowa Women's Health Study. *International Journal of Obesity* 1996;20:704-709.
98. Fontaine, K. R. & Barofsky, I. Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews* 2001; 2:173-182.
99. Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disord* 2000; 27: fq 101–105.Foster, G.D., Sarwer, D. B. & Wadden, T. A. Psychological effects of weight cycling in obese persons: a review and research agenda. *Obesity Research* .1997 ;5: 474-488.
- 100.Fowler, J. S. Brain dopamine and obesity. *The Lancet* 2001; 357:354-357.
- 101.Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. & Berenson, G. S. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999;103:1175-1182.
- 102.Fulkerson J A , J. Strauss, D. Neumark-Sztainer, M. Story, and K. Boutelle, “Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, vol. 75, no. 1, pp. 181–186.
- 103.Gardner RM, Sorter RG, Friedman BN. Developmental changes in children’s body images. *J Soc Behav Pers* 2011; 12: 1019–1036.
- 104.Gillham, B. (2000), *Developing A Questionnaire*. London: Continuum.
- 105.Goldblatt, P. B., Moore, M. E., & Stunkard, A. J. Social factors in obesity. *JAMA* 2005; 192:1039-1044.
- 106.Goldsmith, S., Anger-Friedfeld, K., Beren, S., Rudolph, D., Boeck, M., and Aronne, L. Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *International Journal of Eating Disorders* 2012;12:63-71.
- 107.Goodman, E. & Whitaker, R. C. A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *Pediatrics* 2002;109:497-504.
- 108.Gordis L, 2004 epidemiology 3 rd edn. W.B. Saunders Company pp177-190
- 109.Graham, H. *Women, Health and the Family*. Brighton: Wheatsheaf Books, 1984.
- 110.Gramenzi A, Gentile A, Fasoli M, Negri E, Parazzini F, La Vecchia C. Association between certain foods and risk of acute myocardial infarction in women. *BMJ* 1990; 300:771-773.
- 111.Green, J. Grounded Theory and the Constant Comparative Method. *BMJ*, 1998;316, 1064-1065.
- 112.Green, S. P. & Pritchard, M. E. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior & Personality* 2003; 31: 215-222.
- 113.Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(4):282-304
- 114.Grogan, S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London: Routledge, 1999.
- 115.Grundy SM. Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice? *Am J Clin Nutr* 2006;83:1248–1251
- 116.Hakim, C. *Research Design: Successful Designs for Social and Economic Research*. London: Routledge, 2000.
- 117.Halliwell, E. & Dittmar, H. A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles* 2003;49:675-684.
- 118.Hallström, T. & Noppa, H. Obesity in women in relation to mental illness, social factors and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research* 1981;25:75-82.

119. Han, T. S., Tijhuis, M. A. R., Lean, M. E. J. & Seidell, J. C. Quality of Life in Relation to Overweight and Body Fat Distribution. *American Journal of Public Health* 1998;88:1814-1820.
120. Hankey, C. R., Leslie, W. S. & Lean, M. E. J. Why lose weight? Reasons for seeking weight loss by overweight but otherwise healthy men. *International Journal of Obesity* 2002;26:880-882.
121. Harper KU, Sanders KM. The effect of adult's eating on young children's acceptance of foods. *J Exper Child Psych* 2005; 20: 206-214
122. Hayes, N. *Doing Psychological Research: Gathering and Analysing Data*. Buckingham: Open University Press 2000.
123. Heliövaara M. Body height, obesity, and risk of herniated lumbar intervertebral disc. *Spine* 1987, 12,469-472.
124. Hill, A. J. & Williams, J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity* 1998; 22:578-583.
125. Herzlich, C. *Health and Illness*. New York: Academic Press, 1973.
126. Hill, J. O. & Peters, J. C. Environmental Contributions to the Obesity Epidemic. *Science* 2008; 280:1371-1374
127. Hint, K., Tintyre, S. Age specific comparisons with national datasets on a range of health measures. *European Medical Journal* 2011; 39:101-109.
128. Huang, Z., Hankinson, S. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Hunter, D. J., Manson, J. E., Hennekens, C. H., Rosner, B., Speizer, F. E. & Willett, W. C. Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. *JAMA* 1997;278:1407-11.
129. Hubert, H. B., Feinleib, M., McNamara, P. M. & Castelli, W. P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67:968-77.
130. Hughes, D. & McGuire, A. A review of the economic analysis of obesity. *British Medical Bulletin* 1997;53:253-256.
131. Hutchinson G. Tackling obesity through school-based interventions. *Br J Sch Nurs*. 2010;5:335-7.
132. Hyska J., Burazeri G., Mersini E.; Vlerësimi i obezitetit në moshën femënore; Instituti i Shëndetit Publik; 2013
133. Inge TH, King WC, Jenkins TM, et al. The effect of obesity in adolescence on adult health status. *Pediatrics*. Dec 2013;132(6):1098-104.
134. Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. *Albania Demographic and Health Survey 2008-09*. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>.
135. "International Obesity Task Force" (PDF). March 15, 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/iotf\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf) . Marrë më 19.09.2012
136. International Obesity Task Force .About Obesity 2013. <http://www. iotf. org/>. Marrë më 3 Shtator 2013.
137. Jackson C, Jatulis DE, Fortmann SP. The Behavioral Risk Factor Survey and the Stanford Five-City Project Survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimates. *Am J Public Health* 2002; 82: 412-416.
138. James, W. P. T., Nelson, M., Ralph, A. & Leather, S. The contribution of nutrition to inequalities in health. *BAU* 1997; 314:1545-1549.
139. James, W. P. T. A public health approach to the problem of obesity. *International Journal of Obesity* 1995;19:37-45.
140. James, P. T., Leach, R., Kalamara, E. & Shayeghi, M. The Worldwide Obesity Epidemic. *Obesity Research* 1999; 9:228-233
141. Japan Public Health Association, Public Health of Japan, 2012. <http://www. jpha. or. jp/jpha/english/> Marrë nga interneti më 6 gusht 2013.

142. Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 2004; 94: 653–661.
143. Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P., Rodgers, B. & Parslow, R. A. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2003; 27:440-448.
144. Kahn, H. S., Williamson, D. F. & Stevens, J. A. Race and weight change in US women: The roles of socioeconomic status and marital status. *American Journal of Public Health* 1991; 81:319-323.
145. Kaplan, H. I. & Kaplan, H. S. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1957;125:181-201.
146. Kawachi, I. Physical and psychological consequences of weight gain. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60:5-9.
147. Karlsson, J., Sjöström, L. & Sullivan, M. Swedish obese subjects (SOS) - an intervention study of obesity. Two year follow up of health related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity* 1998, 22,113-126.
148. Klesges RC, Haddock CK, , Hanson CL. Relationship between psychosocial functioning and body fat in preschool. children: A longitudinal investigation. *J Consult Clin Psychol* 2010; 60: 793–796.
149. Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M. & Tse, C. K. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obesity Research* 1995;3:49-5 6.
150. Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D. & Williams, G. R. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research* 2001; 9:102-111.
151. Krahnstoever-Davison, K. & Lipps-Birch, L. Predictors of fat stereotypes among 9 year old girls and their parents. *Obesity Research* 2004;12:86-94.
152. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat 11*. 2002;(246):1-190.
153. Kumanyika, S. Minisymposium on Obesity: Overview and Some Strategic Considerations. *Annual Review Public Health* 2001: 22:293-308.
154. Laitinen, J., Ek, E. & Sovio, U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive Medicine* 2002;34:29-3 9.
155. Larsson, U., Karlsson, J. & Sullivan, M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life -a Swedish population study. *International Journal of Obesity* 2002; 26:417-424.
156. Larsson, B., Svardsudd, K., Welin, L., Wilhelmsen, L. Björntorp, P. & Tibblin, G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *BMJ* (1984), 288,1401- 1404.
157. Lawton, J.. Lay experiences of health and illness: Past research and future agendas. *Sociology of Health and Illness* 2003;25:23-40.
158. Lean, M. E., Powrie, J. K, Anderson, A. S. & Garthwaite, P. H, Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine* 1990;7:228-233.
159. Lean, M. E. J., Han, T. S. & Morrison, C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ* 2011 ;311:158-161.
160. Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. Sex differences in the relation of visceral adipose tissue accumulation to total body fatness. *Am J Clin Nutr* 1993;58:436-467
161. Leonhard, M. L. & Barry, N. J. Body Image and Obesity: Effects of gender and Weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors* 1998;23:31-34.
162. Le Pen, C., Levy, E., Loos, F., Banzet, M. N. & Basdevant, A. "Specific" Scale compared with "generic" scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52: 445-450.
163. Levy AS *et al.* Weight control practices of US adults trying to lose weight. *Ann Intern Med* 2010; 119: fq 661–666.

164. Lewis, S., Thomas, S.L., Blood, R.W., Hyde, J., Castle, D.J. and Komesaroff, P.A. Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2010; 7: fq 443-459
165. Lewis, V. J. & Blair, A. J. Women, Food and Body Image. In Niven, C. & Carroll, D. (eds) *The Health Psychology of Women*. fq 107-120. Reading: Harwood Academic Publishers, 1993.
166. Lundstedt, B. Edlund, I. Engström, B. Thurffjell, and C. Marcus, "Eating disorder traits in obese children and adolescents," *Eating and Weight Disorders*, 2006, vol. 11, no. 1, pp. 45-50
167. Machelin, F. M., Reveck, R. M.. What does influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obesity Research* 2002;10:158-166.
168. McLaren, L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews*, 2007; 29: fq 29-48
169. McLaren, L. & Wardle, J. (2002). Body image: a life course perspective. In Kuh, D. & Harvey, R. (eds), *A Life Course Approach to Women's Health*. Oxford University Press, Oxford,.
170. Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Hunter, D. J., Hankinson, S. E., Hennekens, C. H. & Speizer, F. E. Body weight and mortality among women. *New England Journal of Medicine* 1995;333:677-685.
171. Marshall, C. & Rossman (1999). G. B. *Designing Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
172. Mason, J. (2002) *Qualitative Researching*. London: Sage.
173. Mason, J. (1994) Linking qualitative and quantitative data analysis. In
174. Bryman, A. & Burgess, R. G. (eds) *Analyzing Qualitative Data*. Ch5, pp89-110. London: Routledge,.
175. Maziak W, Ward K. D., & M. B. Stockton, "Childhood obesity: are we missing the big picture?" *Obesity Reviews*, 2008 vol. 9, no. 1, pp. 35-42
176. Meyer, J. M. & Stunkard, A. J. (1993); *Genetics and Human Obesity*. In Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (eds), *Obesity: Theory and Therapy*. Ch 8, pp137-149. New York: Raven Press. .
177. Millman, M. *Such a Pretty Face: Being Fat in America*. New York: WW Norton. & Co, 1980.
178. Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Shqipërisë (2004). *Strategjia e Promocionit dhe Shëndetit Publik: Drejt një vendi të shëndetshëm, me njerëz të shëndetshëm*, Tiranë, Shqipëri.
179. Molarius, A. & Seidell, J. C. Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness -a critical review. *International Journal of Obesity* 1998; 22:719-727.
180. Molarius, A., Seidell, J. C., Visscher, T. L. S. & Hofman, A. Misclassification of high-risk older subjects using waist action levels established for young and middle-aged adults - Results from the Rotterdam Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:1638-1645.
181. Monica (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) Alun Evans, *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30: S35-S45
182. Moore, M. E., Stunkard, A. & Srole, L. Obesity, social class, and mental illness. *JAMA* 1962; 181:138-142..
183. Murphy, T. K, Calle, E. E., Rodriguez, C., Kahn, H. S. & Thun, M. J. Body mass index and colon cancer mortality in a large prospective study. *American Journal of Epidemiology* 2000;152:847-54.
184. Mulvihill, C. & Quigley, R. (2003). *The management of obesity and overweight: An analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches*. Evidence briefing: NHS Health Development Agency.
185. Mullen, K. (1993) *A Healthy Balance*. Aldershot: Avebury.
186. Myers, A. & Rosen, J. C. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity* 1999;23:221-230.

187. Narbro, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H. & Sjöström, L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *International Journal of Obesity* 1996; 20:895-903.
188. National Audit Office Tackling Obesity in England London: The Stationery Office, 2001
189. Nettleton, S. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press, 1995.
190. Neumark-Sztainer D, Story M, Harris T. Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *J Nutr Educ* 2009; 31: 3–9.
191. Neumark-Sztainer D, Story M, Faibisch L. Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. *J Adoles Health* 2008; 23: 264–270
192. Nguyen-Duy and coauthors. Visceral fat and liver fat are independent predictors of metabolic risk factors in men. *American Journal of Physiology*, 2003; 284:558-561.
193. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med* 1991; 115::956-961.
194. Neuman, W. L. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn & Bacon, 2000.
195. Oakley, A., Bendelow, G., Barnes, J., Buchanan, M. & Husain, O. A. N. Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *BMJ* 1995;310:1029-1033.
196. Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *Natl Health Stat Rep*. 2010;(25):1-5.
197. Ogden, J. *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham: Open University Press, 1996.
198. Okely, J. Thinking through fieldwork. In Bryman, A. & Burgess, R. G. (eds) *Analysing Qualitative Data*. K 1, fq 18-34. London: Routledge, 1994.
199. Oliveria, S. A., Felson, D. T., Grillo, P. A., Reed, J. I. & Walker, A. M. Body weight, body mass index and incident symptomatic osteoarthritis of the hand, hip and knee. *Epidemiology* 1999;10:1-6.
200. Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, G. G. & Eaton, W. W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology* 2003;158:1139-1147.
201. Orbach, S. *Fat is A Feminist Issue and Its Sequel*. London: Arrow Books, 1998. Owen, T. A. Weight in Wales. *Nutrition Bulletin* 2004;29:85-91.
202. Paisley, J., Sheeshka, J. & Daly, K. Qualitative investigation of the meanings of eating fruits and vegetables for adult couples. *Journal of Nutrition Education* 2001;33:199-207.
203. Palinkas, L. A., Wingard, D. L. & Barrett-Connor, E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the "jolly fat" hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 40:59-66.
204. Parmenter, K., Waller, J. & Wardle, J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Education Research* 2000;15:163-174.
205. Pearlin, L. I. & Schooler, C. The structure of coping. *Journal of Health and Science Behavior* 1978;19:2-21.
206. Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A. & Bonneux, L.
207. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:24-32.
208. Pierce JW, Wardle J. Self-esteem, parental appraisal and body size in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 34: 1125–1136
209. Pine, D. S., Goldstein, RB., Wolk, S. & Weismann, M. M. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001;107:1049-1056.
210. Pope, C. & Mays, N. *Qualitative methods in health research*. In Pope, C. & Mays, N. (eds) *Qualitative Research in Health Care*. London: BMJ Books, 2000.
211. Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. *Analysing qualitative data*. In Pope, C. & Mays, N. (eds) *Qualitative Research in Health Care*. K 8, fq75-88. London: BMJ Books, 2000.
212. mechanistic link. *Obesity Reviews* 2003; 4:187-194
213. Prentice, A. M. Body mass index standards for children. *BMJ* 1998;317:1401-1402.

214. Price JH, Desmond SM, Stelzer CM. Elementary school principals' perceptions of childhood obesity. *J Sch Health* 1987; 57: 367–370
215. Puhl, R. & Brownell, K. D. Ways of coping with obesity stigma. *Eating Behaviors* 2003; 4;53-78.
216. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Res* 2010; 9: 788–805
217. Ravussin E. & Swinburn, B. A. Pathophysiology of obesity. *Lancet* 1992;340:404-408.
218. Read, A., Ramwell, H., Storer, H. & Webber, J. A primary care intervention programme for obesity and coronary heart disease risk factor reduction. *British Journal of General Practice* 2004;54;272-278.
219. Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T., Caspi, A. & Connell, F. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives Pediatric and Adolescent Medicine* 2003;157:739-745.
220. Rimm, E. B., Stampfer, M. J. & Giovannucci, E. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among Middle-aged older US men. *American Journal of Epidemiology* 1995;141:1117-1127.
221. Rissanen, A., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., Aromaa, A. & Maatela, J. Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *BMJ* 1990; 301;835-837.
222. Roberts, RE., Strawbridge, W. J., Deleger, M. S. & Kaplan, G. A. Are the Fat More Jolly? *Annals of Behavioural Medicine* 2002;24:169-180.
223. Roberts, RE., Deleger, S., Strawbridge, W. J. & Kaplan, G. A. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity* 2003;27:514-521.
224. Roberts, RE., Kaplan, G. A., Shema, S. & Strawbridge, W. J. Are the Obese at Greater Risk for Depression? *American Journal of Epidemiology* 2010:163-170.
225. Robertson, A., Brunner, E. & Sheiham, A. Food is a political issue. In Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (eds), *Social Determinants of Health*. Ch 9, pp179-210. Oxford: Oxford University Press, 1999.
226. Rolland-Cachera, M. F., Cole, T. J, Sempe, M., Tichet, J., Rossignol, C. & Charraud, A. Body mass index variations: centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition* 1991;45:13-21
227. Ross, R., Shaw, K. D., Rissanen, J., Martel, Y., de Guise, J. & Avruch, L. Sex differences in lean and adipose tissue distribution by magnetic resonance imaging: anthropometric relationships. *American Journal of Clinical Nutrition* 2012, 59,1277-1285
228. Rosmond, R., Lapidus, L., & Björntorp, P. The influence of occupational and social factors on obesity and body fat distribution in middle aged men. *International Journal of Obesity* 1996; 20:599-607.
229. Rothblum ED. The relationship between obesity, employment discrimination and employment related victimization. *J Voc Behav* 1990; 37: fq 251–266.
230. Ryden, A., Karlsson, J., Persson, L. -O., Sjöström, L., Taft, C. & Sullivan, M. Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology* 2001; 40:177-188.
231. Sargent JD, Blanchflower DG. Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;148:681–687.
232. Silverman, D. *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*. London: Sage, (2000)
233. Scottish Executive, *Scottish Health Survey 1998*. Edinburgh: The Stationery Office, 2000.
234. Schwartz, M. B., Chambliss, H., Brownell, K. D., Blair, S. N. & Billington, C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research* 2003;11: 1033-1039.
235. Schwimmer JB, McGreal N, Deutsch R, Finegold MJ, Lavine JE. Influence of gender, race, and ethnicity on suspected fatty liver in obese adolescents. *Pediatrics* 2005;115:e561–e565

236. Segal, L., Carter, R., Zimmet, P. The cost of obesity. The Australian perspective. *PharmacoEconomics* 1994; 5(Suppl 1):45-52.
237. Seidell, J. C. Societal and personal costs of obesity. *Experimental Clinical Endocrinology Diabetes* 1998;106:7-9.
238. Segal, L., Carter, R., Zimmet, P. The cost of obesity. The Australian perspective. *PharmacoEconomics* 1994; 5(Suppl 1):45-52.
239. Silverman, D. (2000) *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*. London: Sage.
240. Silverman, D. *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage 2001.
241. Singh AS, Chin A Paw MJ, Brug J, van Mechelen W. Dutch obesity intervention in teenagers: effectiveness of a school-based program on body composition and behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(4):309-17
242. Sharma M. Meta-analysis of school-based childhood obesity interventions in the U.K. and U.S. *Int Q Community Health Educ*. 2009;29:241-56.
243. Sheslow D, Hassink W, Wallace W, DeLancey E. The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 699: 289-291
244. Shoup J. A, M. Gattshall, P. Dandamudi, and P. Estabrooks, "Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children," *Quality of Life Research*, 2008, vol. 17, no. 3, pp. 407-412
245. Smith, D. E., Thompson, K. J., Raczynski, J. M. & Hilner, J. E. Body Image among Men and Women in a Biracial Cohort: The CARDIA Study. *International Journal of Eating Disorders* 1999, 25,71-82.
246. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull* 2011;105:260-275.
247. Sonne-Holm, S. & Sorensen, T. I. A.. Prospective study of attainment of social class of severely obese subjects in relation to parental social class, intelligence and education. *BMJ* 1986;292:586-589.
248. Stahl, T., Rütten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., Luschen, G., Diaz, J., Rodriguez, A., Vinck, J. & Van der Zee, J. The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. *Social Science & Medicine* 2001;52:1-10.
249. Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A. M., Reece, J. & Eadie, D. "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health & Place* 2001;7:333-343.
250. Stewart A, Brooks R. Effects of being overweight. *Am J Public Health* 2012 ;76: fq 1410-1415
251. Stringhini, S., Tabak, A., Akbaraly, T., Sabia, S., Shipley, M., et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: Prospective Whitehall II cohort study. *British Medical Journal*, 2012; 345: fq 54-52.
252. Stunkard, A. J., Faith, M. S. & Allison, K. C. Depression and obesity. *Biological Psychiatry* 2003;54:330-337.
253. Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (eds) *Obesity: Theory and Therapy*. Ch 11, pp179-193. New York: Raven Press, 2000.
254. Stunkard, A. J. & Sobal, J. Psychosocial Consequences of Obesity. In Brownell, K. D. & Fairburn, C. G. (eds) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Ch 73, pp417-421. New York: Guildford Press, 1995.
255. Sudman, S. & Bradburn, N. M. *Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire Design*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
256. Sundquist, J. & Johansson, S. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International Journal of Epidemiology* 1998; 27:57-63.
257. Teachman, B. A. & Brownell, K. D. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity* 2001;25:1525-1537



258. Thomas, S., Karunaratne, A., Lewis, S., Castle, D., Knoesen, N. and Honigman, R. 'Just bloody fat!' A qualitative study of body image, self-esteem and coping in obese adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2010; 12: 39-49.
259. Thompson, D. & Wolf, A. M. The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews* 2001;2:189-197.
260. The PLoS Medicine Editors. Qualitative research: Understanding patients' needs and experiences. *PLoS Medicine*, 2007;41: fq 283-1284.
261. The Times (2004) Airline shows fatter passengers the bottom line. <http://www.timesonline.co.uk/article/0-9829-1014846,00.html> Marrë nga interneti më 27 Shkurt 2013.
262. Tiggemann, M. & Rothblum, E. D. Gender differences in internal beliefs about weight and negative attitudes towards self and others. *Psychology of Women Quarterly* 1997; 21:581-593.
263. Torsch, V. L. and Ma, G. X.. Cross-cultural comparison of health perceptions, concerns, and coping strategies among Asian and Pacific Islander American elders. *Qualitative Health Research* 2000;10: 471-489.
264. Trem, A. F., Saen, A. E., & Seslow, R. A. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2010;27:440-449.
265. Tremblay, A. & Doucet, E. Obesity: a disease or a biological adaptation? *Obesity Reviews* 2009;1:27-35.
266. Tsiros MD, Buckley JD, Howe PRC, Grimshaw PN, Olds T, Walkley JW, et al. Impact of obesity on physical functioning and disability in 10-13-year-old children. *Obesity Reviews* 2010;11:422-423
267. Tucker P, Irwin JD, Bouck LM, He M, Pollett G. Preventing paediatric obesity; recommendations from a community-based qualitative investigation. *Obes Rev.* 2006;7:251-60.
268. Vgontzas, A. N., Tan, T. L., Bixler, E. O., Martin L. F., Shubert, D. & Kales, A. Sleep apnea and sleep disruption in obese patients. *Archives of Internal Medicine* 1994;154:1705-1711.
269. Visscher, T. & Seidell, J. C. The Public Health Impact of Obesity. *Annual Review Public Health* 2001;22:355-375.
270. Vos M and S. E. Barlow S, "Update in childhood and adolescent obesity," *Pediatric Clinics of North America*, 2011, vol. 58, pp. 15-17
271. Vydykhan, T. N., Dell, S., Tassoudji, M. & Jarris, J. K. Is obesity associated with asthma in young children? *Journal of Pediatrics* 2004;144:162-168.
272. Ursin, G., Longnecker, M. P., Haile, R. W. & Greenland, S. A meta-analysis of body mass index and risk of premenopausal bilateral breast cancer. *Epidemiology* 1995;6:137-141.
273. Walker, S. P., Rimm, E. B., Ascherio, A., Kawachi, I., Stampfer, M. J. & Willett, W. C. Body size and fat distribution as predictors of stroke among US men. *American Journal of Epidemiology* 1996;144:1143-1150.
274. Wannamethee, S. G., Shaper, A. G. & Walker, M. Weight Change, Weight Fluctuation and Mortality. *Archives of Internal Medicine* 2002;162:2575-2580.
275. Wang, G., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., Netusil, N. &
276. Wardle, J., Waller, J. & Fox, E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors* 2002; 27:561-573.
277. Willett, W. C., Manson, J. E., Stampfer, M. i., Colditz, G. A., Rosner, B., Speizer, F. E. & Hennekens, C. H. Weight, Weight Change and Coronary Heart Disease in Women: Risk Within the Normal' Weight Range. *JAMA* 1995; 273:461-465.
278. Willett, W. C. Dietary fat plays a major role in obesity: no. *Obesity Reviews* 2002;3:59-68.
279. Williams, S. R., Jones, E., Bell, W., Davies, B. & Bourne, M. W. Body habitus and coronary heart disease in men: A review with reference to methods of body habitus assessment. *European Heart Journal* 1997;18:376-393.

- 280.**Williamson, D., J. Madans and R. Anda., Recreational physical activity and ten-year weight change in a U.S. national cohort. *Int.J. Obes. Relat. Metab. Disord* 1993; 17: 279 - 286.
- 281.**Wing, R. R., Jeffrey, R. W. & Hellerstedt, W. L. A prospective study of effects of weight cycling on cardiovascular risk factors. *Archives of Internal Medicine* 1995;155:1416-1422.
- 282.**Wright, C. M., Parker, L., Lamont, D. & Craft, A. W. J. S. Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. *BMJ* 2011;323:1280- 1284.
- 283.**World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, , 2011 (WHO Technical Report Series, No. 894).
- 284.**World Health Organization. Obesity and overweight, 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>. Marrë nga interneti me 12 Tetor 2011.
- 285.**<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, marrë nga internet me 20 Gusht 2014
- 286.**World Health Organization (2003). Obesity and overweight <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> Marrë më 12 Shtator 2012.
- 287.**World Health Organization (1946) Themelimi I Organizatës Botërore të Shëndetësisë, në Konferencën Ndërkombëtare të Shëndetit më 19-22 Qershor 1946; e firmosur nga 61 përfaqësues të shteteve.
- 288.**World Health Organization Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; firmosur më 22 qershor 1946 nga përfaqësues të 61 shteteve,1946.
- 289.**World Health Organization (2000) (PDF). Technical report series 894: Obesity: Preventing and managing the global epidemic.. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-4-120894-5.
- 290.**[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894\\_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf) .
- 291.**Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S. & Badr S. Occurrence of Sleep-Disordered Breathing Among Middle-Aged Adults. *New England Journal of Medicine* 1993;328:1230-1235.

# SHTOJCA

## Miratim i informuar për prindin lidhur me matjen antropometrike të fëmijës

### *I nderuar prind,*

Në kuadër të studimeve doktorale për vlerësimin e prevalencës së obezitetit tek fëmijët shkollarë 10-15 vjeç. Për këtë studim, janë të nevojshme disa matje antropometrike.

Këto matje përfshijnë peshën e trupit dhe gjatësinë. Të gjitha matjet do të kryhen nga personai tui trajnuar. Ata do të jenë jashtëzakonisht të kujdesshëm për të trajtuar këtë proces me ndjeshmëri: për shembull, fëmijët nuk do të peshohen dhe maten para shokëve të tyre, dhe djemtë dhe vajzat do të maten veçmas. Nuk do të jetë e nevojshme për fëmijët të zhvishen, edhe pse atyre do t'u kërkohet që të veshin rroba normale. Shkolla që fëmija juaj ndjek është një nga 20 shkollat e përzgjedhura, ku këto matje janë duke u zhvilluar në të gjithë vendin. Më tej, klasa që fëmija juaj ndjek është përzgjedhur për të marrë pjesë. Grupi i punës shpreson që të gjithë fëmijët në klasën e fëmijës suaj të peshohen dhe të maten. Ne jemi duke kërkuar lejen tuaj për të matur peshën dhe gjatësinë e fëmijës tuaj dhe t'i kërkojmë asaj/atij ca pyetje shtesë.

Ne ju garantojmë që çdo informacion që ju dhe fëmija juaj do të sigurojë do të trajtohen me konfidencialitet të rreptë dhe hulumtuesi kryesor **Jonida Haxhiu**, do të jetë në dispozicion për të dëgjuar çdo problem apo pakënaqësi tuajën.

Nëse nuk jeni dakord që fëmija juaj të marrë pjesë në studim ju lutem plotësoni formularin përkatës dhe dorëzoheni në shkollë. Nëse nuk ka një refuzim të dorëzuar, përgjigja juaj konsiderohet si aprovim dhe fëmija do të jetë pjesë e studimit.

Faleminderit!

**Prindi**

**Studiuesi**

**Jonida HAXHIU**

## Refuzimi nga prindi për pjesëmarrjen e fëmijës në studim

Zonjushë/Zonjë/Zotëri/Dr \_\_\_\_\_ pasi lexova dhe kuptova objektivat e procedurave të matjeve, **nuk dua** që fëmija im të marrë pjesë në këtë studim. Kjo është për arsyen *(ju lutem shkruani arsyen)*.

**Prindi**

## **Miratimi i informuar**

Nëse keni ndonjë pyetje apo paqartësi, ju lutem ndjehuni të lirë ta sqaroni, përpara se të firmosni këtë "Miratim të inofrmuar"

- Ky studim bëhet për arsye të studimeve doktorale lidhur me karaktersistikat që ka një person obez në vendin tonë, lidhur me shkaqet dhe pasojat të lidhura me të.
- Personat pjesëmarrës janë të lirë të pyesin apo sqarohen në çdo pikë të studimit lidhur më çfarëdo kanë të paqartë.
- Personat pjesëmarrës mund të lagorhen nga studmi në çdo moment që e vlerësojnë të përshtatshëm.
- Identiteti i personave pjesëmarrëse do të ruhet dhe nuk do të publikohen i saktë për asnjë arsye.
- Studiuesi ka për detyrë ruajtjen e privatësisë dhe konfidencialitetit të asaj që ka të bëjë me punën me personat pjesëmarrës.
- Studiuesi ka për detyrë të respektojë pjesëmarrësit dhe ti trajtojë ata me etikë dhe profesionalizëm.

**Pjesëmarrës**

**Studiuesi**

**Jonida HAXHIU**

<b>Matje antropometrike</b>		
<b>IDENTIFIKIMI, FËMIJA</b>		
(1) Kodi i formularit	<b>EKZAMINUESI</b>	
(2) Kodi i shtetit		
(3) Kodi i fëmijës		
(4) Gjinia e fëmijës		
Djalë		
Vajzë		
(5) Data e lindjes së fëmijës	<b>Muaji / Viti/</b>	
(6) Kategorizimi i rezidencës së fëmijës sipas nivelit të urbanizimit të vendit.		
Urban		
Gjysmë-urban		
Rural		
<b>IDENTIFIKIMI, SHKOLLA E FËMIJËS</b>		
(7) Në cilën klasë jeni?		
(8) Kodi i klasës		
(9) Kodi i shkollës		
<b>SHËNIME</b>		
<b>Kodi i shtetit</b>		<b>Kodi i fëmijës</b>
<b>Kodi i klasës</b>	<b>Kodi i shkollës</b>	
<b>EKZAMINIMI ANTROPOMETRIK</b>		
(10)Data e matjes	<b>Dita/Muaji/Viti</b>	
(11)Koha e matjes		
Para drekës		
Pas drekës		
(12) Tani, do të doja t'ju masja peshën dhe gjatësinë. Unë do t'ju shpjegoj juve procedurën. A mund t'jua kryej këto matje?		

<p>Po, fëmija pranon që t'i kryhen matjet (bëni matjet dhe vazhdoni tek pyetja 15)</p> <p>Jo, fëmija nuk pranon që t'i kryhen matjet (plotësoni pyetjen 14, fusni kodin tuaj dhe firmosni formularin) (18)</p>
<p><b>(13) A mund të më thoni pse nuk doni që t'ju kryhen matjet?</b>  Fëmija nuk ndihet mirë ose ka dhimbje</p> <p>Fëmija është në ankth/nervoz</p> <p>Fëmija ka një paaftësi fizike</p> <p>Arsye tjetër (ju lutem specifikojeni)</p>
<p><b>(14) Matjet</b></p> <p><b>Pesha trupore      Kg</b></p> <p><b>Gjatësia              cm</b></p>
<p><b>(15) Përshkruani rrobat e fëmijës në momentin e matjes (zgjidhni vetëm njërin opsion). Ju lutemi, kujtohuni që t'i hiqni këpucët, çorapet e trasha, si dhe çdo objekt tjetër të rëndë (telefon, portofol, rrip, etj.).</b></p> <p>Vetëm të brendshme</p> <p>Tuta sporti (p.sh. pantallona, tuta, T-shirt)</p> <p>Rroba të lehta (p.sh. T-shirt, pantallona pambuku, ose fund)</p> <p>Rroba të rënda (p.sh. xhup dhe xhinse)</p> <p>Tjetër (ju lutem specifikojeni)</p>
<p><b>(16) KODI i Peshores</b></p> <p><b>(17) KODI i Stadiometrit</b></p> <p><b>Kodi i ekzaminuesit</b></p> <p><b>(18) A keni ngrënë mëngjes sot?</b></p> <p><b>Po</b></p> <p><b>Jo</b></p>

## Lista e shkollave të përfshira në studim

KODI	SHKOLLA	QARKU	RRETHI	QYTETI
1.	1 MAJI	Berat	Berat	Berat
2.	PERONDI	Berat	Perondi	Perondi
3.	GENC LEKA	Elbasan	Librazhd	Librazhd
4.	SULË HARRI	Elbasan	Elbasan	Elbasan
5.	PEDAGOGJIKE	Elbasan	Elbasan	Elbasan
6.	NAIM FRASHËRI	Elbasan	Elbasan	Elbasan
7.	KUQAN	Elbasan	Shirgjan	Kuqan
8.	MEHMET BAJRAKTARI	Elbasan	Shalës	Shalës
9.	AZEM HAJDARI	Shkodër	Shkodër	Shkodër
10.	TRUSH	Shkodër	Berdicë	Trush
11.	SABAUDIN GABRANI	Tiranë Qytet	7	Tiranë
12.	MUSINE KOKALARI	Tiranë Qytet	6	Tiranë
13.	LASGUSH PORADECI	Tiranë Qytet	6	Tiranë
14.	EDITH DURHAM	Tiranë Qytet	5	Tiranë
15.	GUSTAV MAYER	Tiranë Qytet	7	Tiranë
16.	KAMËZ	Tiranë Rreth	Kamëz	Kamëz
17.	MARQINET	Tiranë Rreth	Vorë	Marqinet
18.	E RE BABRRU	Tiranë Rreth	Paskuqan	Babrru e re
19.	MUSTAFA K. ATATURK	Tiranë Rreth	Zall-Herr	Zall-Herr
20.	KASHAR-QENDËR	Tiranë Rreth	Kashar	Kashar Qendër



## Intervista gjysëm e strukturuar

### Çfarë do të thotë të jesh obez?

#### Përpara se të fillojë intervista

Theksohet rëndësia e konfidencialitetit- *gjithçka thuhet në intervistë është konfidenciale*. U thuhet pjesëmarrësve se unë nuk jam mjek, dietologe apo një person i kualifikuar për t'u përgjithur pyetjeve të tyre specifike idhur me ushqyerjen, trajtimet, etj.

Më pas u jepet për të firmosur “Miratimi i Informuar”.

Pyeten pjesëmarrësit nëse kanë ndonjë pyetje përpara se të fillohet.

#### 1. Lidhur me ju

- Moshë
- Gjinia
- Shkollimi juaj
- Punësimi/shkolla
- Më flit për familjen tënde
  - Sa fëmijë jeni?
  - Cili është niveli arsimor i prindërve?
  - Kushtet socio-ekonomike të familjes.

#### 2. Koncepti person i shëndetshëm/person i pashëndetshëm

- A mund të përshkruash një person që e mendon si të shëndetshëm?

- A mund të përshkruash një person jo të shëndetshëm? Çfarë mendoni se e bën të pashëndetshëm një person?

### 3. Pesha aktuale dhe shkaqet

- Si do ta përshkruaje statusin aktual të peshës tënde?
- A ka ndryshuar pesha juaj përgjatë viteve?
- A ka ndryshuar që nga adoleshenca, rinia e tani?
- Sipas mendimit tuaj, je më shumë apo më pak i shëndetshëm tani?
- Me çfarë mendon se lidhet shtimi në peshë në përgjithësi?
- Çfarë mendon që ka ndikuar tek ti në shtimin në peshë?
- Mendon se është i njëjtë shtimi në peshë si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat?
- Mendon se me kalimin e moshës njerëzit kanë tendencë për të shtuar në peshë?

### 4. Më flit për stilin tënd të jetës.

- Më flit për marrëdhënien tënde me ushqimin. Si ka qenë ajo përgjatë jetës tënde?
- Çfarë mendon se e inkurajon një person që të hajë në mënyrë të shëndetshme?
- Më flit për marrëdhënien tënde me aktivitetin fizik. Si ka qenë ajo përgjatë jetës tënde?
- Çfarë mendon se e inkurajon një person që të përfshihet në aktivitet fizik?
- A bën diçka konkretish tani në mënyrë që të arrish një peshë normale dhe të kesh një shëndet të mirë?
- A ka ndonjë arsye që disa njerëz e kanë më të vështirë që të ushqehen në mënyrë të shëndetshme dhe të përfshihen në aktivitet fizik?

### 5. Pasojat e obezitetit

- Ke probleme shëndetësore për shkak të obezitetit? A mendon se njerëzit obezë janë gjithmonë jo të shëndetshëm?
- Ke probleme psikologjike për shkak të obezitetit? Mendon se një person obez mund të ndjehet keq për shkak të obezitetit të tij?

- Si janë për ty si person obez marrëdhëniet sociale në përgjithësi?
- Si janë për ty si person obez marrëdhëniet me seksin e kundërt?
- Si ndjehesh në profesionin/shkollën tënde? A mendoni se obezët kanë problem në punë, për të filluar dhe për të mbajtur një punë? Keni patur probleme të tilla?
- A ndjen stigmë për shkak të obezitetit? Po diskriminim, ke përjetuar për këtë arsye?
- Sa të vështirë e ke të përballesh me faktin e të qenit obez? A ke presion nga të tjerët për të rënë në peshë?

**6.** Eksperiencia e rënies në peshë

- Ke provuar ti apo një personi juaj i afërm të humbni kile? Nëse po, si mund ta përshkruash këtë eksperiencë?
- Cilët janë disa faktorët motivues për ty për rënien në peshë?
- Cilat janë përfitimet që ti percepton nga rënia në peshë?
- Cilat janë pengesat që ti ke për për të rënë në peshë?

**7.** A keni diçka për të shtuar?

Faleminderit!

**Fundi i intervistës**

## Shkalla e Rozenberg për vetëvlerësimin

Gjinia:            Femër 1            Mashkull 2

Mosha \_\_\_\_\_

Udhëzim: Qarkoni njëzën nga alternativat për secilën deklaratë.

		1	2	3	4
		E pranoj fuqishëm	E pranoj	E kundërshtoj	E kundërshtoj fuqishëm
1	Unë e ndiej se jam një person me vlera, ose të paktën vlej po aq sa edhe personat e tjerë.	PF	P	K	KF
2	E ndiej se kam plot cilësi të mira.	PF	P	K	KF
3	Në përgjithësi jam i/e prirur të ndiej se jam një dështak/e.**	PF	P	K	KF
4	Jam i/e aftë t'i bëj gjërat mirë si shumë njerëz të tjerë.	PF	P	K	KF
5	E ndiej se nuk kam shumë arsye për të qenë krenar/e.**	PF	P	K	KF

6	Unë mbaj qendrim pozitiv ndaj vetes.	PF	P	K	KF
7	Në përgjithësi jam i/e kënaqur me vetëveten.	PF	P	K	KF
8	Do të dëshiroja të kisha më tepër respekt për veten.**	PF	P	K	KF
9	Në përgjithësi ndihem i/e padobishëm/e kohë pas kohe.**	PF	P	K	KF
10	Kohë pas kohe mendoj se nuk jam një person krejt i mirë.**	PF	P	K	KF

## Pyetësor mbi formën e trupit<sup>287</sup> -

Ju lutemi lexoni çdo pyetje dhe më pas qarkoni njërin nga numrat që ndodhet pranë pyetjes dhe që shpreh më mirë ndjenjat tuaja. Pyetjet kanë të bëjnë me ndjenjat që keni pasur *në katër javët e fundit*, rreth pamjes tuaj fizike.

Ju lutemi përgjigjuni në çdo pyetje.

Numrat kanë kuptimin si vijon:

- 1- asnjëherë
- 2- rrallë
- 3- nganjëherë
- 4- shpesh
- 5- shumë shpesh
- 6- gjithmonë gjatë katër javëve të fundit

1.A bezdiseni kur filloni të mendoni mbi pamjen e trupit tuaj?	1	2	3	4	5	6
2. A shqetësoheni aq shumë mbi pamjen tuaj sa e ndjeni nevojën për të mbajtur dietë?	1	2	3	4	5	6
3. A mendoni se kofshët, të ndenjurat dhe vithet tuaja janë tepër të mëdha në krahasim me pjesët tjera të trupit?	1	2	3	4	5	6
4. A keni frikë se mund të shëndosoheni?	1	2	3	4	5	6
5. A ju shqetëson fakti se trupi juaj nuk është aq i fortë?	1	2	3	4	5	6
6. A ndjeheni e shënoshë pas një vakti të bollshëm?	1	2	3	4	5	6
7. A ndjeheni aq keq nga pamja juaj sa nganjëherë shpërtheni në lot?	1	2	3	4	5	6
8. A e shmangni vrapimin nga frika se dhjami juaj do të tundej?	1	2	3	4	5	6
9. A jeni në praninë e femrave të dobëta më të vetëdijshme mbi pamjen tuaj?	1	2	3	4	5	6
10. A shqetësoheni se kur uleni ndenjor kofshët tuaja zgjerohen?	1	2	3	4	5	6

<sup>287</sup> Body Shape questionnaire - (BSQ)-emërtimi origjinal

11. A ndiheni të shëndosha edhe nëse merrni sasi të vogla ushqimi?	1	2	3	4	5	6
12. A ndjeheni me më pak vlerë kur e krahasoni trupin tuaj me trupin e femrave të tjera?	1	2	3	4	5	6
13. A ju pengon në koncentrim mendimi mbi trupin tuaj (p.sh. gjatë shikimit të TV-së., leximit...)?	1	2	3	4	5	6
14. A ndjeheni e shënoshë kur jeni e zhveshur ( p.sh. para se bëni dush)?	1	2	3	4	5	6
15. A shmangni të mbani rroba të cilat në veçanti e theksojnë trupin tuaj?	1	2	3	4	5	6
16. A mendoni sikur të mund t'i prisnit pjesët e shënoshë të trupit tuaj?	1	2	3	4	5	6
17. A ndjeheni e shëndoshë kur hani ëmbëlsira, torta dhe ushqime të tjera me kalori të larta?	1	2	3	4	5	6

18. A u shmangeni pjesëmarrjes në aktiviteteve shoqërore (p.sh. mbrëmjeve argëtuese) sepse ndjeheni keq nga pamja juaj?	1	2	3	4	5	6
19. A ndjeheni tepër të mëdha dhe të mbushura?	1	2	3	4	5	6
20. A ju vjen turp për trupin tuaj?	1	2	3	4	5	6
21. A ju ka çuar shqetësimi mbi trupin tuaj në mbajtjen e dietës?	1	2	3	4	5	6
22. A ndjeheni më të gëzuara kur e keni stomakun të zbrazët?	1	2	3	4	5	6
23. A mendoni se pamja juaj e jashtme vjen si rezultat i mungesës së vetkontrollit?	1	2	3	4	5	6
24. A shqetësoheni nëse njerëzit e tjerë i shikojnë grubmullimet dhjamore në kofshët tuaja?	1	2	3	4	5	6
25. A ndjeni se nuk është e ndershme që femrat tjera janë më të dobëta se ti?	1	2	3	4	5	6
26. A vjellni në mënyrë që të ndjeheni më e dobët?	1	2	3	4	5	6

27. A shqetësoheni me faktin se kur jeni me shoqërinë trupi juaj do të marrë më shumë vend ( p. sh.nëse uleni në divan apo në autobus)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
28. A shqetësoheni që trupi juaj është i lëshuar dhe i rrudhosur?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
29. A ju bën shikimi i pamjas së trupit tuaj (në pasqyrë apo te vitrinat e dyqaneve) të pakënaqur?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
30. A i pickoni pjesët e trupit tuaj për të parë sa dhjam keni?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
31. A i shmangëni situatat në të cilat njerëzit do të mund të shihnin trupin tuaj ( p.sh. pishinat apo plazhet)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
32. A përdorni laksativë për t'u ndjerë më e dobët?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
33. A jeni në veçanti të vetëdijshme mbi trupin tuaj kur jeni e shoqëruar me njerëz të tjerë?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
34. A ju çon shqetësimi mbi pamjen tuaj të jashtme në mendimin se duhet të filloni të ushtroni?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>



