Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënavë dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Raporti i përgatitur nga:
Prof. Dr. Tahire Maloku-Gjergji
Frits Van Der Haar, PhD

© United Nation Children’s Fund (UNICEF)

Mars 2010

Në rast të ribotimit të ndonjë pjese të këtij publikimi kërkohet leje paraprake.
Ju lutem kontaktoni zyrën e UNICEF-it në Kosovë (Ali Pashë Tepelena Nr. 1, 10 000 Prishtinë, Kosovë, Tel: +381 38 249 230/1/2; Fax: + 381 38 249 234; E-mail akuriu@unicef.org, prishtina@unicef.org). Leja do t’u ipet organizatave joqeveritare dhe ato qe merren me edukim.

Qëndrimet që paraqiten në këtë publikim janë pikëpamjet e autorëve dhe nuk paraqesin domosdoshmërisht politikat apo pikëpamjet e Institütit Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe UNICEF-it.
Studimi është mundësuar me përkrahjen financiare të Qeverisë së Luksemburgut, fondeve tematike të UNICEF-it dhe Komitetit Nacional Holandez.
Studimi është realizuar nga Instituti Kombëtar të Shëndetësisë Publike dhe është përkrahur nga Zyra e UNICEF-it në Kosovë.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënov dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Përmbajtja

Falënderimet ............................................................................................................................................. 5
Përmbledhja .................................................................................................................................................. 6
1. Hyrje ....................................................................................................................................................... 9
2. Historiku i gjendjes mikronutritive në Kosovë ..........................................................................................10
  Arsyeja për studimin e tanishëm ..............................................................................................................12
3. Qëllimi i studimit .................................................................................................................................... 13
4. Metodologjia e punës ................................................................................................................................ 14
  4.1 Grupet e planifikuar, përcaktimi i mostrës, madhësia e mostrës, puna përgatitore .......................14
  4.2 Metodologjia për testimin e kripës dhe urinës në institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike  .......................................................................................................................... 15
    4.2.1 Analiza e mostrave të kripës .......................................................................................................15
    4.2.2 Analiza e jodit në urinë ..............................................................................................................16
  4.3 Analiza e koncentrimit të hemoglobinës te shtatzënat dhe fëmijët e moshës shkollore .........17
  4.4 Vlerësimi i konsumimit të ushqimit dhe peshës të fëmijëve të moshës shkollore ...............17
  4.5 Menaxhimi i të dhënave ..................................................................................................................17
5. Rezultatet e studimit ................................................................................................................................18
  5.1 Karakteristikat demografike të respondentëve ..................................................................................18
    5.1.1 Mosha, gjinia, vendbanimi .........................................................................................................18
    5.1.2 Karakteristikat Sociale – ekonomike ............................................................................................19
  5.2 Prevalenca e anemisë .........................................................................................................................19
    5.2.1 Hemoglobina te fëmijët e moshës shkollore ................................................................................20
    5.2.2 Hemoglobina te shtatzënat ..........................................................................................................21
    5.2.3 Anemia dhe përdorimi i preparateve shtesë të hekurit (Fe) te shtatzënat ...............................22
  5.3 Furnizimi me jod, përdorimi i jodit dhe statusi jodik ..........................................................................23
    5.3.1 Sasia e jodit në kripë ..................................................................................................................23
    5.3.2 Përdorimi i jodit dhe statusi jodik ...............................................................................................24
    5.3.2.1 Statusi jodik te fëmijët e moshës shkollore ...........................................................................27
    5.3.2.2 Vlerësimi i konsumimit të jodit te fëmijët ............................................................................28
    5.3.3 Statusi jodik te shtatzënat ............................................................................................................30
    5.3.4 Lidhshmëria e koncentrimit të Ju te shtatzënat dhe statusi jodik ............................................31
    5.3.5 Fortifikuesit e kripës me juod, nivel i jodit në kripë dhe statusi jodik .......................................32
  5.4 Matjet antropometrike të fëmijëve .....................................................................................................35
    5.4.1 Interpretimi i indikatorëve antropometrik për fëmijët e moshës shkollore .........................35
    5.4.1.1 Pesha trupore dhe lartësia e fëmijëve ....................................................................................36
    5.4.2 Statusi nutritiv i fëmijëve ..........................................................................................................38
<table>
<thead>
<tr>
<th>Section</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.5. Stili i ushqyerjes së fëmijëve</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>5.5.1 Statusi nutritiv dhe konsumimi i ushqimit</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>5.5.2 Frekuenca e konsumimit të artikujve ushqimor te fëmijët</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Diskutimi dhe konkluzionet</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>6.1. Deficienca e jodit në Kosovë</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2. Deficienca e hekurit dhe anemia në Kosovë</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3. Gjendja nutritive dhe konsumimi i ushqimit</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>te fëmijët e moshës shkollore në Kosovë</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Rekomandimet</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Referencat</td>
<td>50</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Falënderimet

Përperfundimi i studimit të gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore, 2009 është rezultat i kontributit të shumë njerëzve.

Falënderim i veçantë i dedikohet UNICEF-it për mbështetje financiare dhe teknike në implementimin e suksesshëm të këtij studimi.

Dëshirojmë të falënderojmë Ministrinë e Shëndetësisë, Ministrinë e Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë, Departamentet për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale, Departamentet për Arsim, anëtarët e ekipit të terenit, grupin punues për luftimin e çrregullimeve nga pamjaftueshmëria e jodit dhe deficiencave të mikronutrientëve të tjerë, mësimdhënësish dhe shumë të tjerë të cilët e kanë mbështetur Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike për të realizuar këtë studim shumë të rëndësishëm për Kosovën.

Falënderojmë posaçërisht Prof. Dr. Naser Ramadani (IKSHPK) dhe Dr. Agron Gashi (UNICEF) për mbështetje të madhe dhe të çmueshme.

Prof. Dr. Tahire Maloku- Gjergji
Associate Profesor Frits van der Haar
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Përmbledhja

Në mbarë botën deficiencat e hekurit dhe jodit janë deficiencat më të shpeshta mikronutritive dhe shkaktojnë probleme të shëndetit publik në shumë vende të botës.

Vlerësohet se rreth 2 miliard njerëz janë të prekur nga deficiencat mikronutritive dhe atë zakonisht më shumë se një. Shtatzënat dhe fëmijët e vajzës janë grupet më vulnerabile.

Kosova ngjashëm me vendet tjera, grupohet në vendet me deficiencia mikronutritive. Popullsia e Kosovës vlerësohet të jetë rreth 2.1 milion. Kosova ka qenë e njohur më parë me disa zona endemike për strum (gushë) dhe deficiencë e jodit.

Rezultatet e Studimit të gjendjes Mikronutritive në vitin 2001 kanë treguar se ndonëse 84% e familjeve përforru kripët e jodizuar vetëm 51% e femrave të moshës fertile dhe fëmijëve të moshës shkollore kanë pasur vlera normale të jodit në urinë. Kjo deficiencë jodike është ilustruar me faktin se 14% e fëmijëve kanë pasur ekskretim të jodit nën 50 µg/L.

UNICEF-i ka ndihmuar në koordinimin e institucioneve të përpunuar në programin për Çregullimet e Pamjaftueshmërisë së Jodit (ÇPJ) dhe Jodizimit Univerzal të Kripës (JUK) dhe ka mbështetur në zhvillimin e kapaciteteve të Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike. Grupi punues multisektoral për ÇPJ dhe mikronutrientëve të tjerë është aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë. Ministria e Shëndetësisë ka zyrtarizuar Udhëzimin Administrativ për kripën dhe në këtë mënyrë ka përforcuar sistemin monitorues në nivel të importit dhe shitjes me pakicë duke garantuar kualitetin e kripës. Secili kontingjent i kripës që hyn në Kosovë paraqetik ishte nënshirohet kontrolit në pikat kufitare.

Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike (IKSHPK) i mbështetur nga UNICEF-i në vitin 2007, ka bërë studimin për vlerësimin e gjendjes biologjike të fëmijëve të moshës shkollore, lidhur me deficiencën jodike dhe jodizimin e kripës. Studimi ka mbulari shtëtë regionet dhe ka përfshirë 523 fëmijë nga shkollat e përtërëshme. Rezultatet kanë treguar se vetëm 12 mostra ishin të pa jodizuar (2.4%). Në përgjithshëm, 78.8% e mos tur shënuar të kripës kanë pasur vlerë prej ≥15mg jod/kg dhe 41.3% kanë qenë brenda vlerave të parapara për kripë të importuar prej 12–18 mg/kg. Vlerat e jodit ka qenë nga 8.1 deri 26.1 mg/kg në 95% të të gjitha mostrave të kripës nga shtetërit (familjet). Vlerat e medianes së jodit në urinë të 521 fëmijë të moshës shkollore të klasave të dyta ishte 161µg/L. Në përgjithshëm, 91.9% e fëmijëve kanë pasur Jod në Urinë (JU) <100µg/L dhe JU te 95% e fëmijëve ka qenë prej 51 deri 315 µg/L.

Duke u bazuar në vlerësimin e progresit drejt arritjes së eliminimit të deficiencës jodike nga konsultant nga dërmëntëtori në Maj të vitit 2008, janë përmushur shumica e standardeve të UNICEF-it, OBSH-së dhe ICC/IDD.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Ky studim ofron informata lidhur me deficiencën jodike dhe vërteton se praktikat e deritanishme të furnizimit me kripë të jodizuara në Kosovë sigurojnë gjendje nutritive adekuate me jod jo vetëm te fëmijët e moshës shkollore por edhe te shtatzënët që paraqesin grupet më vulnerabile të popullatës.

Studimi është transversal dhe përfshin 30 kllastere për tërë Kosovën të përzgjedhur në mënyrë të randomizuar (rastësisht). 900 fëmijë të moshës shkollore dhe 900 shtatzëna që jetojnë në të njëjtën shtëpi (familje) ishin grupet e caktuara për këtë studim.

Prevalencë e anemisë tek pjesëmarrësit në studim është determinuar nga nivel i hemoglobinës (Hb) të marrë nga gjaku kapilar dhe analizuar përmes Hemocue-s. Mesatarja e Hb të 900 fëmijëve në këtë studim ishte me vlerë 12.8 g/dl (Devijimi Standard – DS 1.29; rangu 7.0 – 16.5). Prevalencë e anemisë te të gjithë fëmijët e Kosovës ka qenë 15.7%, duke dëshmuar problem të shkallës së lehtë të shëndetit publik për fëmijët e moshës shkollore. Prevalencë e anemisë te fëmijët nuk ka pasur dallim sinjifikant në bazë të gjinisë (te djemtë 15.3%; te vajzat 16.0%) dhe vendbanimit (rural 17.2%; urban 13.0%).

Vlera mesatare e Hb te 900 shtatzënët e përfshira në këtë studim ishte 12.0 g/dl (Devijimi Standard-SD 1.55; shtrirja 6.9-16.0), duke zbular kështu problem me shkallë të moderuar të shëndetit publik sa i përkut anemisë tek shtatzënët. Prevalencë e anemisë nuk tregon dallime sipas moshës dhe vendbanimit (urban/rural).

Të gjitha mostrat e kripës të grumbulluara nga familjet në këtë studim ishin të jodizuara. Vlera mesatare e jodit në urinë të fëmijëve ishte 176µg/l (Intervali i Konfidencës - CI 95%: 168-182) dhe me rang 43-486µg/l. Te 44 fëmijë (4.9%) jodi në urinë (JU) ishte me vlerë <100µg/l; te 488 fëmijë (54.2%) jodi në urinë ishte brenda vlerave optimale prej 100-199µg/l dhe 11 fëmijë (12.2%) kishin vlerat e ju në mes të 250 dhe 499µg/l dhe JU >500µg/l. Te fëmijët nuk ka dallim sinjifikant në mes të vjetërëve dhe vajzave si dhe në mes vendbanimeve urbane dhe rurale. Mediana e sasisë së jodit në urinën ishte të jetë me vlerë 137 µg/d (95% IC: 129-144) dhe me rang 26-636µg/d.

Mediana e jodit në urinën (JU) te shtatzënët ishte me vlerë 183µg/l (95% IC:JU CI: 173-187) dhe me rang 27-632µg/l. JU te 338 shtatzënë (38%) ishte me vlerë <150µg/l, te 317 shtatzënë (35%) ishte në kufijtë optimale prej 150-249µg/l; 244 shtatzënë (27%) kishin vlerat e JU në mes të 250 dhe 499µg/l dhe JU >500µg/l ishte vërejtur vetëm në një shtatzënë (0.1%).

JU te shtatzënët nuk ka treguar dallim sinjifikant sipas vendbanimit (urban dhe rural), sipas nivelit të edukimit, vjetërësisë së shtatzënës apo tremujorëve të shtatzënës. Ekziston lidhjesë nga ngushtë në mes të koncentrimit të JU te shtatzënët dhe fëmijët që jetojnë në të njëjtën familje.

Pesha dhe lartësia e fëmijëve rritet në mënyrë të vazhdueshme me moshën. Deri në moshën 10 vjeçare djemtë peshonin mesatarisht 1.5-3.5 kg më shumë sesa vajzat, përderisa vajzat mbi këtë moshë peshonin 1.5-2 kg më shumë sesa djemtë e moshës 11 dhe 12 vjeçare. Tek moshat 13 dhe
Studimi i gjendjes nutritive
të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

14 vjeçare, pesha e djemve dhe vajzave të përforshirë në këtë studim nuk dallon. Mesatarja e peshës trupore te djemtë dhe vajzat e moshës 13 dhe 14 vjeçare ishte 50 kg.

Djemtë ishin 2 deri 6 cm më të lartë se sa vajzat deri në moshën 10 vjeçare. Në moshat 10 dhe 11 vjeçave, përëndrazë, vajzat ishin për 5 cm më të larta sesa djemtë, kurse nuk kishte dallime të lartësisë trupore në mes të vajzave dhe djemve të moshës 13 dhe 14 vjeçare. Te moshat 13 dhe 14 vjeçare, mesatarja e lartësive trupore te djemtë dhe vajzat në Kosovë ishte 155 cm.

Nënpesha (Pesha për Moshë - PPM <-2; 2.1%) dhe mbipesha (PPM>+2; 3.9%) ishte e ulët te fëmijët, megjithëse mbipesha ishte mbi prevalencën e pritur prej 2.3%. Vetëm 8 fëmijë (0.9%) kishin nënpeshë të shkallës së rëndë (PPM<-3) dhe 12 fëmijë (1.3%) ishin me mbipeshë të shkal-lës së rëndë apo obez (PPM>+3).

Ngecja në rritje (Lartësia për Moshë - LPM<-2) është gjetur te 15.5% të fëmijëve dhe ngecja e shkallës së rëndë (LPM<-3) kishte prekur 42 ose 4.7% të fëmijëve të përforshirë në këtë studim.

Shtat i lartë (LPM>2) është gjetur te 5.1% të fëmijëve dhe 18 fëmijë ose 2.0%, kishin shtat shumë të lartë (LPM>3). Në këtë mënyrë, është gjetur se fëmijët me shtat të shkurtër dhe të lartë kanë ndikuar në proporcionin e lartësisë së fëmijëve, megjithëse matjet e shtatit ishin më pak të sakta se sa të dëshirueshme.

Mesatarisht, fëmijët në këtë studim kanë raportuar (në renditje descendente) frekuencën e konsumimit javor të qumështit dhe produkteve të qumështit (5.2 herë), vezët (4.7), pemët (4.3), perimet (4.2) dhe drithëra (3.5) për më së paku gjysmën e numrit të ditëve. Mishi dhe produktet e mishit (mesatarisht 3.2 herë) mishi i freskët (2.7 herë), kurse peshku (mesatarisht 0.5 herë) dhe bishtajoret (leguminozat) (1.8 herë) ishin artikujt më së paku të konsumuara nga fëmijët e Kosovës.

Në përëndazësi rezultatet e studimit do të kontribuojnë në planifikimin e programeve të mëtejshme dhe përforcimin e intervenimeve për të eliminuar deficiencat mikronutritive në Kosovë.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkolllore në Kosovë

1. Hyrje

Në mbarë botën, deficiencat e jodit, hekurit dhe vitaminës A janë deficiencat më të shpeshta mikronutritive dhe shhkaktojnë probleme të shëndetit publik në shumë vende të botës. Shtatzën dhe fëmijet e vegjël janë grupet më të shërbysh. Vlerësohet se rreth 2 miliard njerëz janë të prekur nga deficiencia e hekurit dhe e jodit dhe më shumë se 20 milion prej tyre zhvillojnë çrregullime të sistemit nervor, e në këtë mënyrë mënyrë redukojnë seriozisht aftësitë e tyre për të mësuar dhe për të përfituar nga punësimi produktiv.

Prezença e strumës endemike, çrregullimet funksionale të gjëndrës tiroide, vdekjet prenatale, retardimet mentale deri te kretenizmi, abortet dhe rritja e mortalitetit të foshnjave janë nga problemet serioze që atakojnë shëndetin publik si pasojë e deficienciencave mikronutritive. Këto sëmundje dhe çrregullime në mënyrë të drejtë atakojnë zhvillimin ekonomik dhe social të një vendi dhe popullatës së tij.

Deficiencia jodike në shtatzëni brenda një viti shhkakton te më shumë se 20 milion foshnje të lindura dëmtime mentale. Anemia e rëndë e deficiencës së hekurit brenda një viti shhkakton ndërjet e reja gjatë shtatzënës apo lindjes. Deficiencia e acidit Folic shhkakton përafërsisht 200,000 të lindur me defekte të rënda, brenda një viti, dhe është e ndërfitur përafërsisht 1 në çdo 10 vdekje të të rriturve nga sëmundjet e zemrës. Gjysma e fëmijëve me deficiencia të vitaminave dhe mineraleve vuajnë nga deficiencia të shumëfishtë. (Vitamin and mineral deficiency, A Global Progress Report).
2. Historiku i gjendjes mikronutritive në Kosovë

Kosova, ngjashëm me vendet e tjera është e prekur nga deficiencat mikronutritive. Vlerësohet se popullata e Kosovës është rreth 2.1 milion me 92% Shqiptar, 5.3% Serb dhe 2.7% grupe të tjera ethnikë. Popullata është relativisht e re dhe vlerësohet se gjysma e popullatës është nën 18 vjet. Kosova është kryesisht vend rural me 63% të popullatës që jeton në zonat rurale dhe 37% në zonat urbane. Kosova ishte e ndarë në 30 komuna dhe në mënyrë administrative në 6 regjione shëndetësore. Së fundi janë themeluar edhe 3 komuna të reja (Mamusha, Juniku dhe Hani i Elezit). Aktivitetet për shëndeti publik janë të koordinuara përmes Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike në Prishtinë dhe 6 institutet regjionale të Shëndetësisë Publike (Pejë, Prizren, Gjilan, Ferizaj, Mitrovicë pjesa jugore dhe Gjakovë). Sektori i shëndetësisë është i ndikuar negativisht nga çështjet politike që vazhdon me sistem shëndetësor paralel. Kjo e kufizon bashkëpunimin në mes të Institutit të Shëndetit Publik në Mitrovicë me institucionet e tjera.

Kosova ka qenë edhe më parë me disa zona endemike për strumë (gushë) dhe deficiencë jodike, sikurse komuna e Deçanit, disa pjesë të komunave të Pejës, Gjakovës dhe Prizrenit, që shtrihen në pjesën perëndimore të Kosovës, por edhe komuna e Vitisë në pjesën jug-lindore të Kosovës. Vlerësimet e studimeve nga vitet 1960 - 1980 tregojnë shumë të vogla të rregullimeve në këto regjione. Studimet e dheut nga agjensionet që merren për shumë të rregulloRESHINDëM të koncentrime të jodit në shumë regjione të Kosovës.

Mungesa e të dhëna me i njihur edhe më parë me disa zona endemike për strumë (gushë) dhe deficiencë jodike, sikurse komuna e Deçanit, disa pjesë të komunave të Pejës, Gjakovës dhe Prizrenit, që shtrihen në pjesën perëndimore të Kosovës, por edhe komuna e Vitisë në pjesën jug-lindore të Kosovës. Vlerësimet e studimeve nga vitet 1960 - 1980 tregojnë shumë të vogla të rregullimeve në këto regjione. Studimet e dheut nga agjensionet që merren për shumë të rregulloRESHINDëM të koncentrime të jodit në shumë regjione të Kosovës.

Mungesa e të dhëna me i njihur edhe më parë me disa zona endemike për strumë (gushë) dhe deficiencë jodike, sikurse komuna e Deçanit, disa pjesë të komunave të Pejës, Gjakovës dhe Prizrenit, që shtrihen në pjesën perëndimore të Kosovës, por edhe komuna e Vitisë në pjesën jug-lindore të Kosovës. Vlerësimet e studimeve nga vitet 1960 - 1980 tregojnë shumë të vogla të rregullimeve në këto regjione. Studimet e dheut nga agjensionet që merren për shumë të rregulloRESHINDëM të koncentrime të jodit në shumë regjione të Kosovës.

"Kjo hartë nuk reflekton qëndrimin e UNICEF-it ndaj statusit legal të ndonjë shteti apo territori apo përcaktimin e kufinjëve të ndonjë vendi"
Studimi i gjendjes nutritive të shtatëzëve dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

11

e familjeve – shtëpive konsumon kripë të jodizuar vetëm 51% e femrave të moshës fertile apo reproductive dhe fëmijëve të moshës shkollore kishin vlera adekuate të jodit në urinë. Deficiencia jodike e theksuar është ilustruar me faktin se 14% e fëmijëve kishin ekskretimin e jodit në urinë nën 50 μg/L. Gjëndra tiroide ishte palpable (e prekshme) te 3% e femrave dhe me përQindje të ulët (0.2%) të femrave me strumë të dukshme.

Anemia e lehtë dhe mesatare është vërejtur te 16% të fëmijëve të moshës (6-59 muaj) dhe te 14% të femrave të moshës fertile (18-45 vjet). Gjatësia e ulët për moshë është vërejtur te 10% e fëmijëve të moshës 6-59 muaj.

Në vitin 2004, të mbështetur nga UNICEF-i është realizuar një pilot projekt nga IKSHPK në 10 shkolla të komunës së Deçanit për të zbuluar se 27.5% të fëmijëve të përfshirë kishin vlerat e jodit në urinë nën 50 μg/L. Gjatë kësaj periudhe UNICEF-i ka ndihmuar koordinimin e institucioneve të ndryshme të involvuara në programin për ÇPJ/JUK si dhe ka mbështetur zhvillimin e kapaciteteve të IKSHPK–së. Grupi multi-sectoral për ÇPJ dhe mikronutrientëve tjetër është i përmbledhur nga Ministria e Shëndetësisë dhe është i përbërë nëse profesionistët e institucioneve publike shëndetësore, klinicistët, inspektorët sanitarë, importuesit e kripës, laborantët, përfaqësuesit e shoqërisë civile dhe sektorit privat. Gjatë vitit 2008, Ministria e Shëndetësisë ka zyrtarizuar Udhëzimin Administrativ (UA) për kripë, i cili rregullon që e tërë kripa për konsum human duhet të jetë e jodizuar me KJ03 me vlerë 30-40 mg për kg kripë, duke e përfshirë sistemin e monitorimit në nivel të importit dhe shitjes me përqindje të ulët (0.2%) të femrave me strumë të dukshme.


Gjatë vitit 2007, UNICEF-i ka mbështetur IKSHPK-në që të udhëheq një pilot studim për të vlerësuar gjendjen biologjike të fëmijëve të moshës shkollore për deficienci jodike dhe jodizimin e kripës. Studimi ka mbuluar shtatë regjioni të Kosovës dhe ka përfshirë 523 fëmijë nga shkollat e përzgjedhura. Mostrat e kripës për analizë laboratorike për jod janë marrë në shtëpitë e fëmijëve të moshës shkollore të klasave të dyta. Rezultatet kanë treguar se vetëm 12 mostra ishin të pa jodizuara (2.4%). Në përgjithshëm, 78.8% e mostrave të kripës kishin ≥15mg jod/kg dhe 41.3% ishin brenda...
Studimi i gjendjes nutritive
të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Vlerave të përcaktuara për kripë të importuar prej 12–18 mg/kg. Vlera e jodit ishte prej 8.1 deri 26.1 mg/kg në 95% të të gjitha mostrave të kripës nga shtëpiajat (familjet). Vlera e medianes së jodit në urinë të 521 fëmijëve të moshës shkollore të klasave të dyta ishte 161 µg/L. Në përgjithshëm, 21.9% e fëmijëve kishte MU me vlerë <100µg/L dhe te 95% e fëmijëve MU ishte me vlerë nga 51 deri 315 µg/L.


Arseja për studimin e tanishëm

Pas përfundimit të pilot studimit në vitin 2007 dhe pas miratimit të Udhdëzimit Administrativ nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë në vitin 2008, studimi i tanishëm është përcaktuar për të siguruar vlerësimin formal (state-of-the-art) për gjendjen nutritive të jodit në popullatën e Kosovës. Studimi ka për qëllim që të mbulojë disa mangësi që kanë të bëjnë me përfaqësimin dhe përshirjen e informatave në nevojshme për mbulesë të jodit me ushqim dhe statusit jodik të grupet më vulnerabile duke përfshirë pyetjen nëse Udhdëzimi Administrativ në mënyrë të suksesshme ka siguruar furnizimin universal të kripës së jodizuar kualitative.

Për më tepër, Qeveria e Kosovës ka dëshiruar informata për gjendjen e shëndetit publik lidhur me deficencën e hekurit dhe anemisë me pikëpamjen për të ofruar informata për diskutimet që janë duke u bërë lidhur me nevojën e pasurimit të miellit dhe ishte e nevojshme për të bërë vlerësimin e kualitetit të ushqimit të konsumuar nga fëmijët e moshës shkollore, duke u bazuar në frekuencën e konsumimit të disa grup artikujve ushqimor, për të ofruar të dhëna për domosdoshmënësh dhe dhënies së ndonjë shujte në shkollë.

Këto 3 pika të interesit, të kombinuara, kanë qenë arseja për studimin e tanishëm.
3. Qëllimi i studimit

Ky studim ka planifikuar të arrîjë këto qëllime:

- Të përcaktojë prevalencën dhe shkallën e anemisë dhe deficiencën jodike te shtatzënat;
- Të përcaktojë prevalencën dhe shkallën e anemisë, vlerësimin e konsumimit të ushqimit, përcaktimin e gjendjes nutritive (matjen e peshës dhe lartësisë) dhe deficiencën jodike te fëmijët e moshës shkollore nga 6 – 13 vjeç;
- Përqindjen dhe shkallën e jodizimit të kripës që përdoret në familje.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

4. Metodologjia e punës

Studimi është transversal dhe përfshin 30 kllastere në tërë Kosovën, të përzgjedhur proporcionalisht në bazë të numrit të popullatës për regjone dhe komuna. Janë përfshirë edhe shkollat e 3 komunave të reja. Studimi është realizuar në fazat pasuese:

4.1 GRUPET E PLANIFIKUARA, PËRCAKTIMI I MOSTRËS, MADHËSIA E MOSTRËS, PUNA PËRGATITORE

Nxënësit e regjistruar në shkollat fillore dhe shtatzënat që jetojnë në të njëjtën familje ishin grupet e planifikuara për këtë studim.

Studimi kishte 3 elemente ndërlidhëse:

Elementi i parë: vlerësimi i statusit nutritiv, duke e përfshirë edhe pyetësorin për konsumimin e ushqimit të fëmijët e shkollës fillore;

Elementi 2: vlerësimi i prevalencës së anemisë dhe deficiencës jodike të fëmijët e moshës shkollore dhe përqindja e përdorimit të kripës së jodizuar në familjet e tyre; dhe

Elementi 3: vlerësimi i prevalencës së anemisë dhe deficiencës jodike tek shtatzënat të cilat jetojnë në të njëjtën familje me fëmijët e përfshirë në këtë hulumtim.

Nga Departamentet e Arsimit nga të gjitha komunat është siguruar lista e shkollave fillore, vendi si dhe numri i nxënësve. Pavarësisht përpjekjeve të shumta nuk ka qenë të mundur që të vendoset komunikimi në disa zona të banuara nga komuniteti serb. Lista e shkollave për Mitrovicën në pjesën veriore, Zveçanin dhe Zubin Potokun janë siguruar nga burime të ndryshme. Informatet e disponueshme siç janë lista e shkollave, vendi dhe numri i nxënësve janë regjistruar në Excel. Përzgjedhja e shkollave për përfshirje në mbledhjen e të dhëna të shkollës fillore të shqiptarëve që jetojnë në të njëjtën familje me fëmijët e pranishëm janë përkrijuar nga Bureau of the Census në vitin 1991. Nga listët e disponueshme, lista e nxënësve potencial të regjistruar është renditur sipas rendit nazional, deri sa janë kompletuar 30 respondentë.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Në rast se në një shkolë, numri i fëmijëve që kanë konfirmuar se jetojnë në të njejtën shtëpi me shtatzëna ishte më i vogël se 30, atëherë shkolla më e afërt është shtuar në listën e regjistruar për të plotësuar numrin e kërkuar për 900 çifte. Në këtë mënyrë 900 shtatzëna dhe 900 fëmijë të moshës shkollore janë siguruar që jetonin në të njëjtën familje.

Shtatë ekipe të terenit janë identifikuar nga IKSHPK dhe gjashtë institutet regjionale të Shëndetësisë Publike në Pejë, Prizren, Mitrovicë pjesë jugore, Ferizaj, Gjilan dhe Gjakovë. Ekipet e terenit janë trajnuar nga ekspertët përpara fillimit të studimit lidhur me mënyrën e matjes së peshës, lartësisë trupore, plotësimin e pyetësorit, përdorimin dhe kalibrimin e pajisjeve, përcaktimin e Hb me Hemocue, transportimin e mostrave për testim etj. IKSHPK ka ofruar pajisjet e nevojshme për studim sikurse peshoret, stadiometrat për lartësi, pajisjet për testim të hemoglobinës- Hemocuet, etj.

Për studimin e elementeve një dhe dy, fëmijët e moshës shkollore të cilët janë përzgjedhur janë përfshirë në qëllimin e konsumimit të ushqimit dhe matjet e lartësisë dhe peshës trupore. Të fëmijët e njëjtë janë mbledhur dhe testuar mostrat e gjakut kapilar me Hemocue, si dhe mostrat e kripës dhe urinës. Kripa dhe urina janë dërguar për testim të njëjtën familje në IKSHPK.

Për studimin e elementit tre, në të njëjtën familje, nga shtatzënat janë mbledhur dhe testuar mostrat e gjakut kapilar për prevalencën e anemisë dhe urinës për ekskretimin e jodit në urinë. Në të njëjtën familje janë mbledhur edhe mostrat e kripës.

IKSHPK ka qenë përgjegjëse për monitorimin dhe zbatimin e studimit në vend të ndryshme. Kjo është bërë përshkrimi i Koordinatorit të Projektit, Asistentit të Projektit dhe përgjegjësit zyrtar të Instituta të Shëndetësisë Publike Regionale.

Gjatë implementimit të studimit, është mbajtur mbledhja e grupit për ÇPJ dhe mikronutrientë të tjera për t’u informuar për studimin e aktivitetet e tjera.

4.2 METODOLOGJIA PËR TESTIMIN E KRIpÈS DHE URINËS NË INSTITUTIN KOMBËTAR TË SHËNDETËSISË PUBLIKE

4.2.1 Analiza e mostrave të kripës

SKripa e mbledhur nga familjet e fëmijëve është testuar me titrim në IKSHPK. Nga çdo familje e përzgjedhur janë marrë nga 2-3 lugë kripë dhe janë dërguar në laboratorin e IKSHPK–së, ku së pari kripa është testuar me test të shejtë për të identifikuar llojin e fortifikantit (Kj ose Kjo3). Pas identifikimit të llojit të fortifikantit, analizat kimike janë kryer për të gjitha mostrat sipas metodës adekuate standarde të titrimit (AOAC 925.56).

Jodi në kripë është liruar me Acidin Sulfurik dhe pastaj jodi i lirë është titruar me Tiosulfat natriumi, duke përdorur amidinon si indikatorë. Teknika varet nga nga jodi i shtuar në kripë është në formë KJ ose KJO3. Kjo metodë e titrimit është e rekomanduar për kontrollimin e kripës në nivel të importit, kur matjet e saka janë të domosdoshme.
Studimi i gjendjes nutritive
të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

\[
KJ \ (mg/kg) = \frac{ml \times 0.2676 \times 1000}{p_m}
\]

- ml – e Tiosulfat natriumit të përdorur për titrim
- \( p_m \) – pesha e mostrës

\[
KIO_3 \ (mg/kg) = \frac{ml}{10.58}
\]

4.2.2 Analiza e jodit në urinë

Ekipe e terenit kanë grumbulluar mostrat e urinës në gotat speciale nga shtatzënat sikur edhe nga fëmijët e moshës shkollore. Gotat janë shënuar dhe të mbyllura janë transportuar në IKSHPK.

Gjatë procesit të digestimit mostrat e urinës janë trajtuar me amonium persulfat, pastaj sipas reaksionit të Sandell – Kolthoff-it, në të cilin jodi në formë joduri ka rolin e katalizatorit në reaksionin e oksido-redukimit. Gjatë këtij reaksioni, ngjyra e verdhë e përzierjes zhduket me shpejtësi që është proporcionale me koncentrimin e jodit në mostër.

Procedura laboratorike për matjen e jodit në urinë

- Mostra e urinës dhe solucioni B duhen të duhen të kënë temperaturën e dhomës;
- Mostra e urinës duhet të përzihet deri sa sedimenti i mbetur të homogjenizohet dhe pipeta 250 µl nga mostra futet brenda në epruvetën testuese 13x100 mm;
- Përgatiten standartet me pipetë 0, 10, 20, 40, 60, 100 dhe 250 µl nga solucioni i standar- dit B dhe i dyfishon në 12 epruveta që përmbajnë 250, 240, 230, 210, 190 dhe 150 µl nga uji respektivisht, arrihet vëllimi 250 µl në secilën epruvetë. Kjo jep lakoren standarde me këto përreqendrimë të jodit: 0, 20, 40, 80, 120, 200 dhe 500 µg/L;
- Shtohet 1,0 ml tretësirë Amonium Persulfat në secilën epruvetë dhe përzhiten ngadalë;
- Të gjitha epruvetat vendosen në bllokun termostatik dhe ngrohen për 1 orë në temper- aturë në mes të 91-950C;
- Epruvetat frohen në temperaturë të dhomës;
- Shtohen 3.5 ml tretësirë të acidit arsenik në secilën epruvetë, përzhjen me “Vortex” dhe lihen te qendrojnë përreth 15 minuta;
- Shtohen 400 µl Ceric Amonium Sulfat (tretësirë) në secilën epruvetë në intervale kohore prej 30 sekonda (e cila vështrohet në kohëmatës). Secilën herë kur të shtohet tretësira, duhet të përzihet me “Vortex”;
- Saktësisht 30 minuta pas shtimit të tretësirës Ceric Amonium Sulfat në epruvetën e parë, lexohet absorbansa (në 420 nm) lexohen absorbansat në intervale kohore prej 30 sekond- dave;
- Në bazë të vlerës së absorbansës përcahtohet përreqendrini i jodit në urinë.
4.3 ANALIZA E KONCENTRIMIT TË HEMOGLOBINËS TE SHTATZËNAT DHE FËMIJËT E MOSHËS SHKOLLORE

Ekipet e trajnuara të terenit kanë përdorur pajisjen Hemocue¹ për të përcaktuar koncentrimin e hemoglobinës në gjak duke e marrë gjakun kapilar përmes shpimit të gishtit të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore. Prindërit, fëmijët dhe shtatzënat janë informuar për qëllimin e studimit dhe pas marres së pëlqimit të tyre në studim të informim për qëllimin e studimit dhe pas marres së pëlqimit të tyre që punonin për qëllimin e studimit për të shërbyesh dhe marrë gjakun kapilar përmes shpimit të gishtit duke i respektuar praktikat e sigurta dhe me pajisje sterile.

4.4 VLERËSIMI I KONSUMIMIT TË USHQIMIT DHE I MATJES SË LARTËSISË DHE PESHËS TË FËMIJËVE TË MOSHËS SHKOLLORE

Pyetësori i posaçëm është përdorur për të vlerësuar frekuencën e konsumimit javor të grupeve të posaçme të artikut të ushqimit nga fëmijët e moshës shkollore. Matja e peshës dhe e lartësisë trupore të fëmijëve është bërë duke përdorur peshoret standard të mjekësore dhe stadiometrin. Matjet janë analizuar dhe krahuar me standardet ndërkombëtare. Ekipet e terenit janë udhëzuar që të vlerësuan shpirmatja gjerë më shumë se 0.5 cm dhe pas t’i regjistrojnë të dhënat e matjes së dytë. Lartësia e fëmijëve është matur deri në vlerën më të përafërt prej 0.1 cm duke përdorur pjesë të matjes së përafërt të UNICEF-it.

Fëmijët janë matur në peshoret digitale elektronike (UNICEF katalogu numër 01-410-15) dhe matjet janë regjistrohur në Excel nga koordinator dhe asistenti i projektit. Analizimi i të dhëna është bërë në bashkëpunim me ekspertin ndërkombëtarë.

4.5 MENAXHIMI ITË DHËNAVE

Faza e fundit e projektit është përpunimi statistikor i rezultateve të fituara. Rezultatet e vlerësimit janë regjistrohur në Excel nga koordinator dhe asistenti i projektit. Analizimi i të dhëna është bërë në bashkëpunim me ekspertin ndërkombëtarë.

¹ Hb 301, shikoni në http://www.hemocue.com/index.php?page=3004
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

5. Rezultatet e studimit

Gjithsejti 30 shkollë janë përzgjedhur në mënyrë proporcionale me numrin e të regjistruarve në listën e shkollave të marra nga Departamentet Komunale për Arsim. Në secilën shkollë ka qenë i caktuar numri prej 30 fëmijëve për tu regjistruar në studim. Fëmijët janë konsideruar të pran- ueshëm kur kanë deklaruar se në shtëpinë e tyre jeton edhe gruaja shtatzënë.

Rezultatet janë prezantuar në pesë kapituj:

• Karakteristikat demografike të respondentëve
• Anemia te shtatzënat dhe fëmijët e moshës shkollore
• Furnizimi me jod, përdorimi i jodit dhe statusi jodik te shtatzënat dhe fëmijët e moshës shkollore
• Matjet antropometrike të fëmijëve
• Shpeshtësia (frekuenca) e konsumimit të ushqimit te fëmijët

5.1 KARAKTERISTIKAT DEMOGRAFIKE TË RESPONDENTËVE

5.1.1 Mosha, gjinia, vendbanimi

Mosha e 900 fëmijëve të përfshirë në studim është nga 5 deri në 14 vjet (Tabela 1) dhe mesatarja e moshës së tyre është 9.7 vjet (DS –2.7). 709 (79%) fëmijë ishin me moshë 6-12 vjet. Fëmijët ishin të ndarë në mënyrë të barabartë sipas gjinisë (Meshkuj=47.2%; Femra=52.8%). Shumica e fëmijëve dhe grave shtatzëna jetonin në zonat rurale (Urban=36.6%; Rural=63.3%). Mosha mesatari e 900 shtatzënave ishte 28 vjet (DS 6) me rang 14-51 vjet. Shumica e femrave (n=872; 97%) ishin në semestrin e parë ose të dytë të shtatzënisë.

Tabela 1 Karakteristikat demografike të pjesëmarrësve në studim, Kosovë, 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupi</th>
<th>Gjinia</th>
<th>Vendbanimi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mosha 5-8 vjet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9-13 vjet</td>
<td>343 (38)</td>
<td>156 (45)</td>
</tr>
<tr>
<td>14 vjet</td>
<td>471 (52)</td>
<td>238 (51)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gjithsej</td>
<td>86 (10)</td>
<td>31 (36)</td>
</tr>
<tr>
<td>All children</td>
<td>900</td>
<td>425</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.1.2 Karakteristikat Sociale – ekonomike

Shumica e femrave (Tabela 2) ishin shtëpiake/amvise (90%); derisa profesionet e tjera të raportuara janë: studente (n=27; 3%); ekonomiste (n=13; 1.4%); profesoreshë (n=13; 1.4%); mjekte (n=12; 1.3%), etj.

Shumica e grave kishin të përfunduar edukimin fillor (n=596; 66%) ose të mesëm (n=262; 29%)

Tabela 2 Karakteristikat Socio-ekonomike të femrave

<table>
<thead>
<tr>
<th>Shtatzënat</th>
<th>N (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mosha 14-24 vjet</td>
<td>260 (29)</td>
</tr>
<tr>
<td>25-34 vjet</td>
<td>486 (54)</td>
</tr>
<tr>
<td>+ 35 vjet</td>
<td>154 (17)</td>
</tr>
<tr>
<td>Edukimim Fillor</td>
<td>596 (66)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sekondar</td>
<td>262 (29)</td>
</tr>
<tr>
<td>Shkolla e Lartë</td>
<td>42 (5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Profesioni - Shtëpiëke</td>
<td>810 (90)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tëtjerë</td>
<td>90 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>Semestri i Parë</td>
<td>275 (31)</td>
</tr>
<tr>
<td>i Dytë</td>
<td>597 (66)</td>
</tr>
<tr>
<td>i Tretë</td>
<td>28 (3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.2 PREVALENCA E ANEMISË

Prevalenca e anemisë te pjesëmarrësit e studiuar është përcaktuar nga niveli i Hemoglobinës (Hb) të marrur nga gjaku kapilar duke e përdorur HemoCue-n. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e klasifikon aneminë si problem sinjifikant të shëndetit publik bazuar në përllogaritjet e prevalencës nga vlerat e hemoglobinës [UNICEF/UNU/WHO, 2001]. Tabela 3 prezanton klasifikimet për shkallët e anemisë së rëndë, moderuar (mesatare), të lehtë dhe normale në popullatetë.

Tabela 3 Klasifikimi sipas OBSH-së i sinjifikancës së shëndetit publik të anemisë te popullata bazuar në prevalencën e hemoglobinës [UNICEF/UNU/WHO, 2001]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorizimi i sinjifikancës së shëndetit publik</th>
<th>Prevalenca e anemisë (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rëndë</td>
<td>≥ 40</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderuar (mesatare)</td>
<td>20.0 – 39.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Lehtë</td>
<td>5.0 – 19.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Normale</td>
<td>≤ 4.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.2.1 Hemoglobina te fëmijët e moshës shkollore

Distribuimi i Hb te 900 fëmijë të përfshirë në këtë studim (Figura 1) ka patur vlerën mesatare 12.8 g/dl (DS 1.29; me rang 7.0 – 16.5). Meqenëse vlerat e kufirit (cut-off) lidhur me moshën përcaktohen nga UNICEF/UNU/OBSh, vlerat e Hb nën 11.5 g/dl janë gjetur te 93 nga 630 fëmijë të moshës 5-11 vjet ose 14.8%. Te fëmijët e moshës 12-14 vjet, Hb nën vlerat 12 g/dl është gjetur te 48 nga 270 fëmijë ose 17.8%. Dallimi në prevalencën e anemisë në mes të grup moshave nuk është sinjifikante.

Prevalenca e anemisë te të gjithë fëmijët e Kosovës ka qenë 15.7%, që tregon problem të lehtë të shëndetit publik të anemisë te fëmijët e moshës shkollore.

Ndonëse vajzat kishin vlera mesatare paksa më të ulëta të Hb se sa djemtë (12.7 ndaj 12.9g/dl) dallimi për Hb nuk ishte sinjifikant. Gjithashtu, fëmijët që jetojnë në vendet rurale kishin paksa vlera më të ulëta të Hb se sa ata qe jeotojnë në zonat urbane (12.7 ndaj 12.9g/dl) por përsëri, ky dallim nuk është sinjifikant.

Poashtu prevalenca e anemisë te fëmijët nuk ka dallim sinjifikant sipas gjinisë (djemtë 15.3%; vajzat 16.0%) dhe sipas vendbanimit (rural 17.2%; urban 13.0%).
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

5.2.2 Hemoglobina te shtatëzanat

Distribuimi i Hb te 900 shtatëzëna të përfshira në këtë studim (Figura 2) ishte normal, me vlerë mesatare 12.0g/dl (DS 1.55; me rang 6.9-16.0).

Hemoglobina nën vlerën 11.0 g/dl, që paraqet kufirin (cut-off) për anemi te shtatzënat (UNICEF/ UNU/WHO, 2001) ishte të 207 femra ose 23.0% (95% IK: 20.4-25.9) gjë që flet për problem të moderuar të shëndetit publik të anemisë te shtatzënat.

Prevalenca e anemisë nuk tregon dallim sipas moshës dhe vendbanimit (urban/rural).

Niveli i Hb dhe prevalenca e anemisë kanë patur lidhshmëri me vjetërsinë e shtatzënisë (Figura 3): Nivelet e Hb janë zgjedhuar duke hyrë në tremujorin e dytë të shtatzënisë. Prevalenca e anemisë te shtatzënat gjatë tremujorit të parë (1-3 muaj) ishte 13.5%, ndërsa te shtatzënat në tremujorin e dytë (4-6 muaj) ishte 27.8% (p<0.001).
5.2.3 Anemia dhe përdorimi i preparateve shtesë të hekurit (Fe) te shtatzënat

Mesatarja e vlerës së Hemoglobinës (Hb) te 144 femra të cilat kanë pohuar përdorimin e preparateve të hekurit (Fe) ishte 12.2 g/dl (DS 1.65) gjë që është pak më e lartë (p<0.05) se sa te 756 femrat tjera (mesatarja 11.9 g/dl; DS 1.53) të cilat nuk kanë raportuar përdorimin e preparateve të hekurit. Tabela 4 tregon analizën e vlerave të Hb sipas tremujorëve të shtatzënisë, përdorimit të preparateve të Fe dhe kohëzgjatjen e përdorimit të tyre.

Tabela 4 Efekti i përdorimit të preparateve shtesë të Fe te shtatzënat, Kosovë 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Karakteristikat</th>
<th>N</th>
<th>Mesatarja ± DS (g/dl)</th>
<th>P-vlera</th>
<th>Prevalenca e anemisë</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tremujori i parë:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Përdorues të Fe</td>
<td>49</td>
<td>13.1 ± 1.30</td>
<td>&lt;0.01</td>
<td>6.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jo përdorues të Fe</td>
<td>226</td>
<td>12.4 ± 1.51</td>
<td></td>
<td>15.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tremujori i dytë:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Përdorues të Fe</td>
<td>91</td>
<td>11.8 ± 1.68</td>
<td>n.s.</td>
<td>31.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jo përdorues të Fe</td>
<td>506</td>
<td>11.8 ± 1.52</td>
<td></td>
<td>27.1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tremujori i dytë, vetëm</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>përdoruesit e Fe</td>
<td>23</td>
<td>10.8 ± 1.65</td>
<td>&lt;0.001</td>
<td>56.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 1 muaj</td>
<td>56</td>
<td>12.2 ± 1.52</td>
<td></td>
<td>21.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 1 muaj</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 4 tregon se vlera e Hb zgjedhohet gjatë tremujorëve (semestrave) të shtatzënësit si te ato që kanë përdor preparte te hekurit poashtu edhe te ato që nuk kanë përdor. Ato të cilat kanë përdor preparte të Fe gjatë tremujorit të parë kanë vlera sinifikante më të larta të Hb (p<0.01) dhe prevalencë më të ulët të anemisë, por ky dallim nuk vërehet te shtatzënat në tremujorin e dytë të shtatzënësit. Kur të analizohet përdorimi i preparateve të Fe te shtatzënat në tremujorin e dytë sipas...
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Kohëzgjatjes së përdorimit të preparateve të Fe, me ngjashëtë, vërehet dallimi i qartë në nivelin e Hb dhe prevalencën e anemisë: shtatzënatat që cilat kanë raportuar marrjen e preparateve të Fe për 1 muaj ose më gjatë kanë vlera më të larta të nivelit të Hb (p<0.001) dhe prevalencë më të ulët të anemisë (21.4% përballë 56.5%) në tremujorin e dytë të shtatzënësisë se sa ato që kanë përdorur preparate të Fe për periudhë më të shkurtrë kohore.

5.3 Furnizimi me Jod, Përdorimi i Jodit Dhe Statusi Jodik

5.3.1 Sasia e Jodit në Kripë
Përmbajtja e sasisë së jodit në mostrat e kripës nga shtëpitë është vlerësuar me titrim (Sullivan et al, 1995) dhe gjithashtu është përcaktuar kalium ioduri (KI) ose kalium iodati (KIO₃) si fortifikant. Udhërrëfyesi teknik i Qeverisë së Kosovës e ka bërë të detyrueshme që kripa e cila ka qenë e destinuar për konsum human të jetë e jodizuar me 20-30 mg jod për kg kripë në pikat e importimit apo pikat doganore.

Të gjitha mostrat e kripës të marra nga familjet e të përfshirëve në këtë studim kanë qenë të jodizuara. Frekuenca e distribuimit të sasisë së jodit në kripë (Figura 4) ka anuar majft, me medianen me vlerë 16.5 mg/kg (95% Intervali i Konfidencës CI: 15.7-16.9) dhe me rang 8.8 - 29.6 mg/kg.

Mesatarja e jodit në kripë (JK) në 900 mostrat e kripës të familjeve ishte 17.7mg/kg (DS 4.6) dhe 605 (67%) mostra të kripës kishin vlera të jodit në kripë ≥15mg/kg.

Figura 4 Frekuenca e distribuimit të sasisë së jodit në mostrat e kripës nga shtëpitë, Kosovë 2009
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Siç është paraqitur në Figurën 5, sasia e jodit në kripë është e ndërlidhur me llojin e fortifikuesit të përdorur në kripën e kuzhinës. Mesatarja e sasisë së jodit në 381(42%) mostra të kripës së jodizuar me KI ishte 22.1mg/kg (DS 3.4), gjë që flet për dallim me sinjifikancë të lartë (p<0.0001) ndaj 519 (58%) të mostrave të jodizuara me KIO3 ku kjo mesatare ishte 14.5mg/kg (DS 1.8). Sasia e jodit në kripë nuk është e lidhur me asnjë karakteristikë të nënës apo të fëmijës (mosha e nënës, mosha e fëmijës, muaji dhe tremujori i shtatzënësisë, niveli i arsimimit të nënës, gjinia e fëmijës, etj) dhe as me vendbanimin (urban, rural) të familjes.

![Figura 5 Sasia e jodit në kripë sipas llojit të fortifikimit, Kosovë 2009](image)

5.3.2 Përdorimi i jodit dhe statusi

Statusi jodik të fëmijët e moshës shkollore dhe shtatzënat është përcaktuar me matjen e koncentrimit të jodit në urinë në mostra të rastit duke përdorur reaksionin cerium-arsenic pas digjestimit të ngadalshëm (Sandell & Kolthoff, 1937). Gjatë testimit të mostrave të urinës, laboratori i IKSHPK-së ka marrë pjesë me sukses në programin për sigurimin e kualitetit në këtë fushë, të emëruar EQUIP, të menaxhuar nga CDC (Center for Disease Control, Atalanta). Certifikata për vitin 2008 është paraqitur në figurën e bashkangjitur.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Laboratori i IKSHPK-së ka vazhduar të merr pjesë në programin EQUIP gjatë vitit 2009. Shumica e mostrave të urinës nga ky studim janë analizuar gjatë raundit të dytë të programit EQUIP për shkëmbimin e mostrave. Rezultatet e laboratorit të IKSHPK-së në krahasim me mostrat e caktuara të EQUIP janë si në vijim:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kod i mostrës</th>
<th>060412</th>
<th>CV</th>
<th>060425</th>
<th>CV</th>
<th>060443</th>
<th>CV</th>
<th>060475</th>
<th>CV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Caku i CDC-së</td>
<td>74</td>
<td>20</td>
<td>438</td>
<td>199</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kufijtë e pranuëshëm</td>
<td>56-93</td>
<td>14-26</td>
<td>373-504</td>
<td>159-239</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rezultatet e IKSHPK-së</td>
<td>80</td>
<td>4.3</td>
<td>25</td>
<td>3.4</td>
<td>467</td>
<td>0.6</td>
<td>225</td>
<td>1.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>
In the 2008 EQUIP Program

Recognizes the successful participation of

National Institute of Public Health Kosovo
Univerzita e Kosove

Centers for Disease Control and Prevention
US Department of Health and Human Services

January, 2009
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëna e fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

OBSH-ja e klasifikon deficiencën jodike si problem me rëndësi të shëndetit publik duke u bazuar në medianen e koncentritit të jodit në urinë në mostrat reprezentative të populatës (OBSH/UNICEF/ICCID, 2007). Tabela 5 prezanton kriteret epidemiologjike për klasifikimin e sasisë së jodit dhe statusit jodik, duke e përdorur medianen e koncentritit të jodit në urinë të fëmijëve të moshës shkollore 6-12 vjet (pjesa e lartë) dhe shtatzënave (pjesa e poshtme).

**Tabela 5  Klasifikimi i OBSH-së për statusin jodik në popullatë**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupi i popullatës dhe mediana e koncentritit të jodit në urinë</th>
<th>Sasia e jodit</th>
<th>Statusi jodit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Fëmijët e moshës shkollore</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;20µg/l</td>
<td>Pamjaftueshmë</td>
<td>Deficiencë jodike e theksuar</td>
</tr>
<tr>
<td>20-49µg/l</td>
<td>Pamjaftueshmë</td>
<td>Deficiencë jodike e moderuar (e mesme)</td>
</tr>
<tr>
<td>50-99µg/l</td>
<td>Pamjaftueshmë</td>
<td>Deficiencë jodike e lehtë</td>
</tr>
<tr>
<td>100-199µg/l</td>
<td>Adekuate</td>
<td>Rreziku i jodit – Hipertiroidizmi i indukuar në grupet e ndieshme</td>
</tr>
<tr>
<td>200-299µg/l</td>
<td>Më shumë se adekuate</td>
<td>Rreziku i konsekuencave shëndetësore të pafavorshme (hipertiroidizmi i ndikuar, sëmundjet autoimune të tiroidesë)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;300µg/l</td>
<td>Tepër - Excessive*</td>
<td>**</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Shtatzënët</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;150µg/l</td>
<td>Insufficient</td>
<td>**</td>
</tr>
<tr>
<td>150-249µg/l</td>
<td>Adequate</td>
<td>**</td>
</tr>
<tr>
<td>250-499µg/l</td>
<td>More than adequate</td>
<td>**</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;500µg/l</td>
<td>Excessive*</td>
<td>**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Termi Excessive nënkupton tejkalimin e vlerave të nevojshme për të parandaluar dhe kontrolluar deficiencën jodike.
** Nuk ka informacione në klasifikimin e OBSH/UNICEF/ICCIDD lidhur me jodin të bazuar në vlerat e JU te shtatzënat.

5.3.2.1 Statusi jodik te fëmijët e moshës shkollore

Frequenca e distribuimit JU te 900 fëmijët e moshës shkollore në këtë studim (Figura 6) kishte anim sinjifikant, duke e bërë medianen si përhkrues më të mirë të statusit jodik të grupit. Mediana e JU ishte 176 µg/l (95% CI: 168-182) me rang 43-486µg/l. JU me vlerë <100µg/l ishte te 44 fëmijë (4.9%); te 488 fëmijë (54.2%) JU ishte në kufijtë optimal me vlera prej 100-199µg/L, dhe te 111 fëmijë (12.2%) JU kishte vlerë ≥300µg/l.

Jodi në urinë (JU) te fëmijët nuk tregon dallim sinjifikant (p=0.78) sipas gjinisë (mediana te djemtë është 178µg/l dhe te vajzat 174µg/l), sipas vendbanimit (në zonat urbane mediana është 178µg/l kurse në rurale 174µg/l) (p=0.87), ose edhe në mes të familjeve që përdorin kripën e jodizuar me KI (182µg/l) ose KI03 (169µg/l) (p=0.19). Vlerat e JU te fëmijët poashtu nuk flasin për dallim sinjifikant sipas moshës (p=0.13). Në asnjë nga klastërë te studiuar, mediana e JU nuk ishte me vlerë më të vogël se 100µg/l.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëve dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

5.3.2.2 Vlerësimet e konsumit të jodit te fëmijët
Duke përdorur vlerat e peshës trupore, koncentrimi i JU të fëmijët mund të konvertohet në vlerat harxhimin e jodit. Sikurse është shqaruar në raportin e Institutit të Mjekësisë (IOM, 2001), ekuacioni i konvertimit të jodit për të fituar harxhimin e jodit për 24 orë është:

\[ \text{Konsumi i jodit (µg/d) = 0.0235 x pesha trupore (kg) x jodi në urinë (µg/l)} \]

Figura 6 Frekuenca e distribuimit të koncentrimit të JU (µg/l) te fëmijët e moshës shkolare, Kosovë 2009

Figura 7 Frekuenca e distribuimit të vlerave të konsumit të jodit (µg/d) te fëmijët e moshës shkolare, Kosovë 2009
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Siç tregon Figura 7 vlerësimi i frekuncës së distribuimit të sasisë së jodit tek të fëmijët e moshës shkollore është me sinjifikancë të anueshme. Mediana e sasisë së jodit te fëmijët vlerësohet të jetë 137µg/d (95% CI: 129-144 µg/d) me rang 26-636µg/d. Sasia e jodit nuk ka dallim sinjifikant (p=0.46) në mes të djemve (mediana 137µg/d) dhe vajzave (138µg/d) dhe poashtu nuk ka dallim sinjifikant (p=0.15) në mes të fëmijëve të familjeve që jetojnë në vendet urbane (129µg/d) dhe rurale (142µg/d) ose në mes të fëmijëve që në familje përdorin kripë të jodizuara me Kl (140µg/d) ose KIO3 (136µg/d) (p=0.19).

Vlerësohet se konsumi i jodit të fëmijët ka lidhëshmëri sinjifikante (p<0.0001) me moshën e tyre siç shihet në Figurën 8. Vlerat e konsumit të jodit rriten përafërsisht 80µg/d te mosha 5-6 vjeçë deri në 200µg/d në moshën 13-14 vjeçë.

Instituti i Mjekësisë në SHBA (IOM, 2001) ka zhvilluar rekombandimet ditore të lejuara të jodit për fëmijët (RDL), p.sh 90µg/d për fëmijët e moshës 4-8 vjeçë, 120µg/d për fëmijët e moshës 9-13 vjeçë dhe 150µg/d për fëmijët e moshës 14 vjeçë e më tepër. Vlerësimi i llogaritjes së sasisë së jodit te fëmijët si fraccion të RDL në secilën grupmoshë krijon indeksin e sasisë së suficiences dietale jodike për fëmijët në këtë studim. Mediana e suficiences (mjaftueshmërisë) jodike në mesin e
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

30

të gjithë fëmijëve në këtë studim ishte 1.24 (95% CI: 1.19-1.28), që tregon se fëmijët në Kosovë konsumojnë ushqim dietal të pasur me jod 24% mbi RDL. Indeksi i suficiences jodike ishte <1.0 te 313 (35%); fëmijë; 435 apo 48% të fëmijëve kishin indeks të suficiences jodike prej 1.0-1.99 dhe 152 fëmijë të tjerë apo17% kanë konsumuar jod dy herë më tepër se RDL të tyre.

Figura 9 paraqet suficiencen jodike te fëmijët sipas grup moshave. Mediana e indeksit te suficiences jodike te fëmijët e moshës 5-8 vjet ishte 1.12 (95% CI: 1.02-1.18), ose 12% më e lartë se RDL dhe me dallim sinjifikant me e ulët se sa mediana te fëmijët e moshës 9-13 vjeç (1.32; 95% CI: 1.26-1.41; p<0.0001) dhe te fëmijët e moshës 14 vjet (1.22; 95% CI: 1.06-1.47; p=0.02). Treguesi i sasisë së mjaftueshme të jodit në ushqim në dy grupet e fundit nuk kishte dallim sinjifikant (p=0.99).

5.3.3 Statusi jodik te shtatzënat

Ngjashëm si edhe te fëmijët, frekuenca e distribuimit të koncentrimit të JU në mesin e shtatzënave (Figura 10) kishte sinjifikancën e njëanshme. Mediana e JU te shtatzënat ishte 183µg/l (95% IK: 173-187) dhe me rang 27-632µg/l. JU te shtatzënat <150µg/l ishte te 338 femra (38%); te 317 gra (35%) JU ishte në kufijtë me vlerë optimale prej 150-249µg/l; 244 gra (27%) kishin vlerat e JU në mes të 250 dhe 499µg/l, dhe vlera e JU >500µg/l është gjetur te një grua (0.1%).
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

JU te shtatzënat nuk ka dallim sinjifikant (p=0.20) në mes të vendbanimeve urbane (mediana 174µg/l) dhe atyre rurale (184µg/l), si dhe nuk ka lidhshmëri sinjifikante të JU te shtatzënat me nivelin e tyre të edukimit (p=0.57), vjetërsinë e shtatzënisë (p=0.60) ose tremujorët e shtatzënësisë (p=0.99).

Koncentrimet e JU te shtatzënat të cilat jetonin në familje që kanë përdorur kripën e jodizuar me KI (mediana 186µg/l; 95% CI: 176-214 µg/l) ishin pak më të larta (p<0.05) se sa te familjet që përdorin kripën e jodizuar me KIO3 (176µg/l; 95% CI: 164-186 µg/l).

![Figura 10 Frekuencë e distribuimit të koncentrimit të JU (µg/l) te shtatzënat, Kosovë 2009](image-url)

5.3.4 Lidhshmëria e koncentrimit të JU te shtatzënat dhe fëmijët

Tkonzentrimi i JU te shtatzënat dhe fëmijët që jetojnë në familje të njëjtë kanë korelacion të fortë sinjifikant (r=0.63, p<0.0001). Figura 11 tregon shpërndarjen e pikave (scatter plot) dhe regresionin e koncentrimit të JU, duke supozuar se nuk ka pasur ndërprerje. Slopa (rritja mesatare) e vijës së regresionit (b=1.002; 95% CI: 0.98-1.03) nuk ka dallim statistikor nga tërësia, duke indikuar se koncentrimet e JU te femrat dhe fëmijët nga e njëjtë familje nuk janë të përfillshme. Kjo lidhshmëri nuk është e ndryshme për familjet që përdorin kripën e jodizuar me KI ose KIO3, ose për tri grup moshet e ndryshme të fëmijëve (shih më lartë).
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

5.3.5 Fortifikuesit e kripës me jod, nëveli i jodit në kripë dhe statusi jodik

Sikurse është raportuar më lartë, llojet e ndryshme të fortifikuesve në kripën e jodizuar si KI dhe KIO3 nuk kanë pasur lidhshmëri me koncentrimet e ndryshme të JU të fëmijët por, te shtatzënët koncentrimet e JU në familjet që kanë përdorur kripë të jodizuar me KI janë pak, por dukshëm më të larta se sa në familjet të cilat e kanë përdorur kripën e jodizuar me KIO3. Meqenëse përmmbajtja e jodit në kripë të shtëpisë është i lidhur me llojin e fortifikantit (Figura 5 më lartë), është me rëndësi për të analizuar lidhshmërinë e statusit jodik ose konsumin e jodit te pjesëmarrësit e perfshirë në studim me përmmbajtje të jodit në kripën e familjeve të tyre. Kjo lidhshmëri është paraqitur në Figurat 12 dhe 13 për fëmijët e moshës shkollore dhe në Figurën 14 për shtatzënët.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëve dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Figura 12 Lidhshmëria në mes të sasisë së jodit në kripën e familjeve dhe koncentrimeve të JU te fëmijët, Kosovë 2009

Sikurse shihet në Figurën 12, edhe pse fëmijët e familjeve që përdorin kripë me sasi të jodit <15 mg/kg kanë pasur koncentrimet më të ulëta të JU (mediana 165µg/l; 95% Cl: 158-178), dallimet e JU me fëmijët e familjeve që përdorin kripë të jodizuar me vlerë 15-19.9 mg/kg (182µg/l; 95% Cl: 168-199) ose me ≥20 mg/kg (181µg/l; 95% Cl: 165-190) nuk ishin sinjifikante (p=0.13). Ngjashëm me këtë, nuk ka pasur dallim sinjifikant (p=0.46) në mes të treguesve të suficiencës jodike të fëmijët, të shprehura si fraksion i RDL, në nivele të ndryshme të jodit në kripën që kanë përdor në familje. (Figura 13).
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Figura 14 tregon sikurse ishte rasti edhe me fëmijët, koncentrimet e JU te shtatzënat në familjet që përdorin kripë të jodizuar me vlerë <15 mg jod/kg ishin më të ulëta (mediana 174 µg/l; 95% CI: 164-186), por dallimi i JU te shtatzënat në familjet që përdornin kripë të jodizuar me vlerë 15-19.9 mg/kg (184µg/l; 95% CI: 164-208) ose me vlerë ≥20 mg/kg (186µg/l; 95% CI: 168-211) nuk ishte sinjifikant (p=0.70).
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

5.4 MATJET ANTOPOMETRIKE TË FËMIJËVE

Ky seksion dokumenton matjet antropometrike të peshës trupore dhe lartësisë së fëmijëve, duke i përdorur ato për të vlerësuar prevalencën e indikatorëve nutritiv të rritjes dhe duke i krahasuar me moshën e tyre, gjininë dhe vendbanimin dhe me frekuencën e raportimit për marrjen e ushqimit.

5.4.1 Interpretimi i indikatorëve antropometrik për fëmijët e moshës shkollore

Referenca: Grafikonet e rritjes për fëmijë të përpiluara nga Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve për SHBa-të (Centers for Disease Control and Prevention for U.S.) janë përdorur për të interpretuar vlerët antropometrike për fëmijët. Grafikonet e CDC-së janë të bazuar në vlerat e fëmijëve të SHBA-së të cilët ishin të shëndoshë dhe supozohet mirë të ushqyer. Fëmijët e shëndoshë dhe mirë të ushqyer nga shumica e vendëve të Evropës kanë modele të përafërta të rritjes me këto grafikone.

2 Shiko http://www.cdc.gov/growthcharts/zscore.htm

Figura 14 Relacioni në mes të sasisë së jodit të kripës në shtëpi dhe koncentrimëve të JU të shtatzënat, Kosovë 2009

Z vlerat (Z-Scores): Treguesit antropometrik të rritjes për të përharruar statusin nutritiv të fëmijëve përfshijnë Peshën-Për-Moshë (PPM) dhe Lartësinë Për-Moshë (LPM), të cilat interpretohen duke përdorur klasifikimin bazuar në vlerat Z (njësitet e devijimeve standarde nga mediana CDC). Distribuimi i seciles vlerë referente të vlerave Z për PPM dhe LPM e ka vlerën mesatare 0.0 dhe devijimin standard (DS) prej 1.0. Vlera Z -2 korrespondon me percentilin e 2.3të të referencës së

< 15 mg/kg 15 - 19.9 mg/kg ≥ 20 mg/kg

Jodi në urinë te shtatzënat
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

distribuimit, përderisa Vlera Z +2 korrespondon me percentilin 97.7të. Kështu, që cilido indikator i Vlerës Z, me prevalencë më të ulët apo të barabartë me 2.3%, konsiderohet se në popullatën e përfshirë në studim nuk ka kequshqyeshmëri duke u bazuar në atë indikator. Vlera Z me pikën e Cut-off-it <-2 përdoret për të klasifikuar peshën e ulët për moshë (nënpeshë) dhe lartësinë e ulët për moshë (ngjësje në rritje) të fëmijëve. Në të kundërtën, Vlera Z me pikën e Cut-off-it Z >+2 për PPM përdoret për të treguar fëmijët të cilët kanë peshë të lartë për moshë apo mbipeshë. Kualiteti i të dhënave: Devijimi standard (DS) i vlerës z ofron informata për shtrirjen e indikatorëve të distribuimit të PPM dhe LPM dhe paraqet një tregues të kualitetit të matjeve antropometrike që është përdor në këtë studim. Siç është theksuar më lartë, distribuimi i DS i vlerës Z referente për secilin indikator është 1.0. Vlera Z e observuar me DS >1.0 dhe <1.2 tregon se distribuimi i matjeve është më shumë i përhapur se sa referenca. Vlera Z me DS >1.3 flet për pasaktësi të matjeve antropometrike dhe/apo për informata të pasaka të moshës. Pastrimi i të dhënave: Dy të dhëna potencialisht me gabime të matjes së shtatit janë përjashtuar nga analiza, duke u bazuar në vlerën Z <-6.0.

5.4.1.1 Pesha trupore dhe lartësia e fëmijëve

Pesha dhe lartësia e fëmijëve është rritur proporcionalisht me moshën, sikur shihet në Figurën 15, 16 dhe 17. Deri në moshën 10 vjeçare, djemtë kanë qenë mesatarisht për 1.5-3.5 kg më të rëndë se vajzat, derisa vajzat kanë qenë 1.5-2 kg më të rënda në moshën 11 dhe 12 vjeçare (Figura 15, 16). Në moshën 13 dhe 14 vjeçare, pesha e djemve dhe e vajzave në këtë studim nuk ka dalluar. Pesha mesatarë e djemve dhe e vajzave në moshën 13 dhe 14 vjeçare ka qenë 50 kg.

Figura 15 Pesha trupore e fëmijëve të moshës shkollore, Kosovë 2009
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëna dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Figure 16 Pesha trupore e vajzave të moshës shkollore, Kosovë 2009

Figure 17 Lartësia trupore e djemve të moshës shkollore, Kosovë 2009
Djemtë ishin 2-6 cm më të lartë se vajzat deri në moshën 10 vjeçare (Figura 17 dhe 18). Në moshën 10 dhe 11 vjeçare, vajzat ishin 5 cm më të larta se sa djemtë, kurse nuk kishte dallim në lartësi në mes të djemve dhe vajzave të moshës 13 dhe 14 vjeçare. Në moshat 13 dhe 14 vjeçare, lartësia mesatari e djemve dhe vajzave në Kosovë ishte 155 cm.

5.4.2 Statusi nutritiv i fëmijëve
Gjithsej 898 fëmijë të moshës 5-14 vjeçare kishin të dhëna valide për lartësinë, peshën dhe moshën për të llogaritur PPM (nën dhe mbipeshë) dhe LPM (ngjecjen në rritje) me vlerat Z. Tabela 6 tregon rezultatet e këtyre indikatorëve dhe Figura 19 tregon frekuencën e distribuimit.

**Tabela 6 Indikatorët antropometrik (Vlerat Z) të fëmijëve të moshës shkollore, Kosovë 2009**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indeksi Antropometrik</th>
<th>N</th>
<th>Mesatarja</th>
<th>DS</th>
<th>Rangu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PPM</td>
<td>900</td>
<td>0.07</td>
<td>1.09</td>
<td>-3.5 – 5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>LPM</td>
<td>898</td>
<td>-0.56</td>
<td>1.54</td>
<td>-5.1 – 5.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Devijimi Standard (DS) i vlerës Z për PPM trengon se matjet e peshës trupore dhe moshës kanë qenë të sakte, por DS i vlerës Z për LPM trengon se matjet e lartësisë kanë qenë më pak të sakte.

Nënpesha (PPM<-2; 2.1%) dhe mbipesha (PPM>+2; 3.9%) kanë qenë të pakta në mesin e fëmijëve (Tabela 7), edhe pse mbipesha ka qenë mbi prevalencën e pritur prej 2.3%. Vetëm 8 fëmijë (0.9%) kanë qenë me nën peshë të shprehur (PPM<-3) dhe 12 fëmijë (1.3%) kanë qenë me mbi-peshë të shprehur, apo obez (PPM>+3).

Ngjecja në rritje (LPM<-2) është identifikuar te 15.5% të fëmijëve kurse ngjecje të rëndë në rritje (LPM<-3) kanë pas 42 ose 4.7%, të fëmijëve të perfshirë në këtë studim. Shtatëlartësia (LPM >2) është hasur te 5.1% të fëmijëve dhe 18 fëmijë apo 2.0%, kanë qenë tepër të lartë (LPM>3). Pra, numër i madh i fëmijëve kanë qenë me shtat të lartë ose të shkurtë, edhe pse matjet e lartësisë kanë qenë më pak të sakte se sa që është dëshiruar.

*Figura 19 Distribuimi i peshës për moshë dhe lartësisë për moshë të fëmijëve të moshës shkollore, Kosovë 2009*
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëve dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Figura 19 Distribuimi i peshës për moshë dhe lartësisë për moshë te fëmijët e moshës shkollore, Kosovë 2009

Table 7 Prevalenca e treguesve të lartë dhe të ulët antropometrik te fëmijët, Kosovë 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indeksi Antropometrik</th>
<th>N</th>
<th>Prevalenca (%)</th>
<th>95% CI</th>
<th>Gjendja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PPM e ulët (nënpesha)</td>
<td>19</td>
<td>2.1</td>
<td>1.4 – 3.3</td>
<td>E pranueshme</td>
</tr>
<tr>
<td>PPM e lartë (mbipesha)</td>
<td>35</td>
<td>3.9</td>
<td>2.8 – 5.4</td>
<td>E rritur</td>
</tr>
<tr>
<td>LPM e ulët (ngjecje në rritje)</td>
<td>139</td>
<td>15.5</td>
<td>13.3 – 18.0</td>
<td>E rritur</td>
</tr>
<tr>
<td>LPM e lartë (shtatëlartësi)</td>
<td>46</td>
<td>5.1</td>
<td>3.9 – 6.8</td>
<td>E rritur</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Analiza e vlerës Z nuk ka treguar ndërlidhje në distribuimin e prevalencës sipas gjinisë apo vendbanimit (U/R) me moshën apo grupmoshat. Vlerat Z mesatare për PPM te vajzat kanë qenë më të ulëta (p<0.001) për 0.17 njësi të DS në krahim me djemtë. Prevalenca e nënpeshës (PPM<-2), megjithatë, nuk ka dalluar në mes të gjinive. Nga ana tjetër, prevalenca e mbipeshës (PPM>+2) ka qenë më e lartë te djemtë (5.6%) se sa te vajzat (2.3%). Prevalenca e mbipeshës dhe nënpeshës nuk ka dalluar te fëmijët sipas vendbanimit (urban/rural).

Distribuimi i Vlerës Z për LPM (shtatshkurt-shtatlartë) nuk ka dalluar në mes të vajzave dhe djemve, apo në mes të vendbanimit rural apo urban.
**5.5. STILI I USHQYERJES SË FËMIJËVE**

Analiza e stilit të konsumimit të ushqimit është bërë me qëllim të identifikimit të grupit të fëmijëve të cilët raportuan frekuencën më të ulët të përdorimit të artikujve të ndryshëm ushqimor. Analiza është bërë duke i shtuar një pikë çdo fëmije i cili ka raportuar se konsumon më pak grupin e artikujve ushqimor se sa frekuenca e medianes për atë grup artikush për të gjithë fëmijët. Produktet ushqimore të raportuara sipas frekuencës së konsumimit të ushqimit me vlerër të njejtë apo më të lartë se frekuenca e medianës për artikullin e posaçëm ushqimor është vlerësuar më 0. “Vlera e rrezikut të ushqimit” për secilin fëmijë është fituar si shuma e vlerave individuale të frekuencës së raportuar të konsumimit për të gjithë artikujt ushqimor.

![Figura 20 Frekuenca e vlerave të rrezikut të konsumimit të artikujve ushqimore të fëmijët e moshës shkollore, Kosovë 2009](image)

Për nëntë artikujt ushqimor në pyetësorin e frekuencës së ushqimit, distribuimi i “Vlerës së rrezikut të konsumimit” është paraqitur në Figurën 20. Mesatarja e vlerës së rrezikut është 2.9 (DS 1.6), me kufijtë me vlerë 2 - 4. Vlerat e rrezikut ndryshojnë nga 0 (“reziku më i ulët” n=46; 5%) deri në 8 (“reziku më i lartë; n=5; 0.6%). 17% të fëmijëve (n=153) kanë pasur vlerën e rrezikut 5 e më shumë, duke nënkuptuar se kanë raportuar frekuencë relativisht më të ulët të konsumimit të të gjithë artikujve ushqimor në pyetësor. Vlerat e rrezikut nuk kanë qenë të ndërlidhura me gjininë dhe moshën e fëmijëve.

Tabela 8 krahason rezultatet e vlerës së rrezikut në mes të fëmijëve që jetojnë në vendebanimet urbane dhe rurale. Krahasuar me vendet rurale, fëmijët që jetojnë në vendet urbane është gjetur se kanë rrezik më të lartë (p<0.001) për frekuencë më të ulët të konsumimit të artikujve ushqimor.
Tabela 8 Lidhshmëria në mes të frekuencës së ulët të konsumimit të ushqimit sipas vendbanimit (urban/rural), fëmijët e moshës shkollore, Kosovë, 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vendbanimi</th>
<th>Rreziku i ulet (pikat 0-4)</th>
<th>Rreziku i lartë (pikat 5-8)</th>
<th>Gjithsejtë N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Urban</td>
<td>256 (78)</td>
<td>74 (22)</td>
<td>330</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>491 (86)</td>
<td>79 (14)</td>
<td>570</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.5.1 Statusi nutritiv dhe konsumimi i ushqimit

Fëmijët kanë qenë të intervistuar për frekuencën e konsumimit të produkteve ushqimore kryesore. Në bazë të frekuencës së raportuar të konsumimit javor, vlerat e rrezikut tregon se supozohet se fëmijët kanë rrezik për konsumim joadekuat të ushqimit kur shuma totale e frekuencës individuale të konsumimit të artikujve ushqimor ka qenë më e vogël se mediana për shumicën e artikujve. Në këtë mënyrë, 153 fëmijë në këtë studim kanë qenë të identifikuar me rrezikun (relativ) të konsumimit të ulët të ushqimit. Figura 21 tregon se distribuimi i vlerës Z për PPM te fëmijët me rrezik të lartë të konsumimit të ulët të ushqimit është sinjifikant më e ulët (p=0.0004) se te fëmijët pa rrezik të konsumimit të ulët të ushqimit. Analiza statistikore është paraqitur në Tabelën 9. Analiza e njëjtë për distribuimin e vlerës Z për LPM nuk ka zbular ndonjë ndërlidhje.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzëve dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Figure 21 Lidhshmëria në mes të Vlerës-Z PPM dhe rreziku nga konsumi i ulët i ushqimit të fëmijët, Kosovë 2009

Table 9 Analiza e PPM dhe rreziku nga konsumimi i ulët i ushqimit të fëmijët, Kosovë 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Konsumimi i ulët i ushqimit</th>
<th>n</th>
<th>Mesatarja PPM</th>
<th>DS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pa rrezik</td>
<td>747</td>
<td>0.12</td>
<td>1.09</td>
</tr>
<tr>
<td>Rrezik të ngritur</td>
<td>153</td>
<td>-0.16</td>
<td>1.07</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ANOVA
Burimi i variacionit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Shuma e katroreve</th>
<th>SHL(shkalla e lirise)</th>
<th>Mesatarja katrore</th>
<th>F statistike</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9.80</td>
<td>1</td>
<td>9.799</td>
<td>8.33</td>
<td>0.0040</td>
</tr>
<tr>
<td>Rezidual</td>
<td></td>
<td>898</td>
<td>1.176</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gjithësej</td>
<td></td>
<td>899</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.5.2 Frekuenca e konsumimit të artikujve ushqimor te fëmijët

Fëmijët kanë qënë të intervistuar se sa herë në javë konsumojnë produktet ushqimore kryesore. Rezultatet e kësaj interviste janë të përmendhura në Tabelën 11. Mesatarisht, fëmijët në këtë studim, kanë raportuar (në radhitje descendente) frekuençën e konsumimit javor për qumështin dhe produktet e qumështit (5.2 herë), vezët (4.7), pemët (4.3), perimet (4.2) dhe produkte të drithërave (3.5) për së paku gjysmën e numrit të ditëve. Mishit dhe produktet e mishit (3.2 herë mesatarisht), ëmbëlsirat (2.7 herë) kanë qënë më të rralla, ndërsa peshku (0.5 herë mesatarisht) dhe leguminozat (1.8 herë) kanë kohe artikut më të rrallë të konsumuar nga fëmijët në Kosovë.

Qumështi dhe produktet e qumështit kanë qënë ushqimi më së shpeshti i konsumuar (mesatarisht 6 ditë në javë), pastaj vezët (5) pemët dhe perimet (4 diti). Shumica e fëmijëve (63%) raportojnë se nuk hanë mish peshku. Leguminozat (bishtajoret) (mediana 2 ditë/javë) dhe ëmbëlsirat (2) kanë qënë më pak të konsumuara.

Sikurse shihet në Tabelën 10, më shumë se gjysma e fëmijëve raportuan se konsumojnë ushqimin në vazhdim më pak se në gjysmën e ditëve të javës: Peshku (99% e fëmijëve), Leguminozat (98%), ëmbëlsira (78%), Mishit dhe produktet e mishit (65%) dhe produkte të drithërave si pastat, orizi apo pica (61%). Më shumë se gjysma e fëmijëve raportuan konsumimin e qumështit dhe produkteve të saj (66%) dhe vezët (53%) më shumë se gjysmën e ditëve të javës.

*Tabel 10 Frekuencia javore e konsumimit të artikujve ushqimor te fëmijët e moshës shkollore, Kosovë 2009*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Produktet ushqimore</th>
<th>Frekuenca javore, N (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mishi &amp; produktet e mishit</td>
<td>588 (65)</td>
</tr>
<tr>
<td>Peshk</td>
<td>888 (99)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vezë</td>
<td>268 (30)</td>
</tr>
<tr>
<td>Qumësht &amp; produktet e qumështit</td>
<td>203 (23)</td>
</tr>
<tr>
<td>Makarona, oriz dhe pica</td>
<td>551 (61)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mëmë</td>
<td>345 (38)</td>
</tr>
<tr>
<td>Perime</td>
<td>406 (45)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ëmbëlsira</td>
<td>700 (78)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bimë bishtajore, fasule</td>
<td>882 (98)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

### Tabela 11. Frekuencë (ditë/javë) e raportuar e konsumimit të produkteve kryesore ushqimore nga fëmijët e moshës shkollore, Kosovë 2009

<table>
<thead>
<tr>
<th>Produktet ushqimore</th>
<th>Asnjëherë</th>
<th>Njëherë</th>
<th>2 herë</th>
<th>3 herë</th>
<th>4 herë</th>
<th>5 herë</th>
<th>6 herë</th>
<th>7 herë</th>
<th>Më shumë</th>
<th>Mediana</th>
<th>Moda</th>
<th>Mesatarja (95% CI)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mishi &amp; produktet e mishit</td>
<td>21 (3)</td>
<td>91 (10)</td>
<td>197 (22)</td>
<td>279 (31)</td>
<td>149 (17)</td>
<td>63 (7)</td>
<td>35 (4)</td>
<td>65 (7)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3.2 (3.1-3.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Peshk</td>
<td>568 (63)</td>
<td>240 (27)</td>
<td>52 (6)</td>
<td>28 (3)</td>
<td>8 (1)</td>
<td>3 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>1 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.5 (0.5-0.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vezë</td>
<td>15 (2)</td>
<td>27 (3)</td>
<td>55 (6)</td>
<td>171 (19)</td>
<td>156 (17)</td>
<td>105 (12)</td>
<td>140 (16)</td>
<td>227 (25)</td>
<td>4 (0)</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>4.7 (4.6-4.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Qumësht &amp; produktet e qumështit</td>
<td>9 (1)</td>
<td>26 (3)</td>
<td>45 (5)</td>
<td>123 (14)</td>
<td>106 (12)</td>
<td>129 (14)</td>
<td>119 (13)</td>
<td>343 (38)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>5.2 (5.1-5.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pasta, oriz dhe pica</td>
<td>7 (1)</td>
<td>116 (13)</td>
<td>201 (22)</td>
<td>227 (25)</td>
<td>112 (12)</td>
<td>73 (8)</td>
<td>35 (4)</td>
<td>129 (14)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3.5 (3.4-3.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pemë</td>
<td>3 (0)</td>
<td>62 (7)</td>
<td>83 (9)</td>
<td>197 (22)</td>
<td>175 (19)</td>
<td>115 (13)</td>
<td>64 (7)</td>
<td>200 (22)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>4.3 (4.2-4.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Perime</td>
<td>1 (0)</td>
<td>97 (11)</td>
<td>99 (11)</td>
<td>209 (23)</td>
<td>137 (15)</td>
<td>89 (10)</td>
<td>35 (4)</td>
<td>232 (26)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
<td>4.2 (4.0-4.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ëmbëlsira</td>
<td>7 (1)</td>
<td>242 (27)</td>
<td>210 (23)</td>
<td>241 (27)</td>
<td>100 (11)</td>
<td>32 (4)</td>
<td>13 (1)</td>
<td>55 (6)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2.7 (2.6-2.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bimë bihtaajore, fasule</td>
<td>21 (2)</td>
<td>275 (31)</td>
<td>467 (52)</td>
<td>119 (13)</td>
<td>9 (1)</td>
<td>2 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>4 (0)</td>
<td>0 (0)</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1.8 (1.8-1.9)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 11. Frekuencë (ditë/javë) e raportuar e konsumimit të produkteve kryesore ushqimore nga fëmijët e moshës shkollore, Kosovë 2009
6. Diskutimi dhe konkluzionet

6.1. DEFIÇIENCA E JODIT NE KOSOVË

Raporti i këtij hulumtimi jep informata lidhur me deficiencën e jodit dhe ofron evidencë që praktikat e tanishme të sigurimit të kripës së jodizuar në Kosovë garantojnë status adekuate nutritiv jodik, jo vetëm për fëmijët e moshës shkollore por gjithashtu për shtatzënët. Studimi plotëson të dhënat e hulumtimeve të mëparshme dhe vlerësimit e jashtëm mund të përdoret për të përkrahur aplikimin për miratimin ndërkombëtar drejt eliminimit të çrregullimeve të deficiencës së jodit në Kosovë të bazuara në standardet e OSHS-së, UNICEF-it dhe ICCIDD-së. Rezultatet e hulumtimit flasin në favor se Kosova ka arritur eliminimin e sigurimit të deficiencës së jodit në popullatë.

Rezultatet e fituara për sasinë e jodit në kripë flasin për atë se asnjë mostër e kripës në familje nuk ka qënë e pajodizuar, duke konfirmuar atë që e tërë popullata është furnizuar me konsumimin shtesë të jodit si rezultat i sigurimit të importimit vetëm të kripës së jodizuar. Niveli mesatar i sasisë së jodit në kripë ishte me vlerë 17.7 mg/kg dhe mediana ishte me vlerë 16.5 mg/kg.

Mediana e koncentrimit të jodit në urinë të fëmijëve ishte 176μg/l, dhe sigurt në vlerë 100 μg/l. Gjithashtu është me rëndësi të ceket se asnjë nga vlerat ishte më të ulëta se 100 μg/l. Niveli mesatar i sasisë së jodit në kripë ishte me vlerë 17.7 mg/kg dhe mediana ishte 16.5 mg/kg.

Vlera e medianes për konsumimin e jodit te fëmijët ishte 137 µg/d. Vlerat e konsumimit të jodit të fëmijët janë të ndërshqitur me moshën e tyre (p<0.0001), por në asnjë grup të moshave nuk ka qënë e pajodizuar. Duke konfirmuar atë që e tërë popullata është furnizuar me konsumimin shtesë të jodit, rezultat i sigurimit të importimit vetëm të kripës së jodizuar. Niveli mesatar i sasisë së jodit të fëmijëve është me vlerë 100 μg/l. Niveli mesatar i sasisë së jodit është me vlerë 176μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg.

Mediana e jodit në urinë të fëmijëve është 176μg/l, dhe sigurt në vlerë 100 μg/l. Gjithashtu është me rëndësi të ceket se asnjë nga vlerat ishte më të ulëta se 100 μg/l. Niveli mesatar i sasisë së jodit në urinë të fëmijëve është me vlerë 176μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg.

Vlera e medianes për konsumimin e jodit te fëmijët ishte 137 µg/d. Vlerat e konsumimit të jodit te fëmijët janë të ndërshqitur me moshën e tyre (p<0.0001), por në asnjë grup të moshave nuk ka qënë e pajodizuar. Duke konfirmuar atë që e tërë popullata është furnizuar me konsumimin shtesë të jodit, rezultat i sigurimit të importimit vetëm të kripës së jodizuar. Niveli mesatar i sasisë së jodit të fëmijëve është me vlerë 100 μg/l. Niveli mesatar i sasisë së jodit është me vlerë 176μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg.

Mediana e jodit në urinë të shtatzënet është me vlerë 183μg/l, e cila sikurse te fëmijët ishte sigurt në kufijt e vlerave optimale të konsumimit të jodit. Koncentrimet e jodit në urinë të shtatzënet është me vlerë 100 μg/l. Gjithashtu është me rëndësi të ceket, por në asnjë grup të moshave nuk ka qënë e pajodizuar. Duke konfirmuar atë që e tërë popullata është furnizuar me konsumimin shtesë të jodit, rezultat i sigurimit të importimit vetëm të kripës së jodizuar. Niveli mesatar i sasisë së jodit të shtatzënet është me vlerë 183μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg.

Rezultatet e arritura japin bazë solide për të propozuar Ministrisë së Shëndetësisë për të aplikuar për miratimin ndërkombëtar të Kosovës. Studimi i tanishëm është konsideruar si esenciale në përshtatimin e miratimit sepse shtatzënet janë më vulnerabile në popullatë dhe janë më shumë domethënëse për monitorim për shkak se jethet dhe koncentrim i jodit në urinë të fëmijëve është me vlerë 176μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg. Studimi i tanishëm është konsideruar si esenciale në përshtatimin e miratimit sepse shtatzënet janë më vulnerabile në popullatë dhe janë më shumë domethënëse për monitorim për shkak se jethet dhe koncentrim i jodit në urinë të fëmijëve është me vlerë 176μg/l, dhe mediana është me vlerë 16.5 mg/kg.
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe ëfterjavë të moshës shkollore në Kosovë

Krahasimi i rezultateve për ëmëmijët e moshës shkollore dhe shtatzënat që jetojnë në të njëjtën shtëpi tregon jetë të koncentrimet e jodit në urinën nuk dallojnë në mes të dy grupeve. Për të vlerësuar rezultatet e strategisë për jodizimin universal të kripës, observimet te shtatzënat janë një burim i informatave të besueshme për studimet në të ardhmen.

6.2. DEFICIENCË E HEKRURIT DHE ANEMIJA NË KOSOVË

Të kërkohet paraqet vlerat e popullatës reprezentative për prevalencën e anemisë, të ëmëmijët e moshës shkollore dhe shtatzënat në Kosovë. Edhe pse shkaktarët njëdhe përmët mënyrës së jetë të drejtë të ushqimit nuk mund të përmirësohen, shkaktarët që kanë përdorur pa pasur të ushqimit të kërcënujnë për fëmijët të moshës shkollore dhe shtatzënat që jetojnë në të ardhmen.

Prevalencë e anemisë tek ëmëmijët e moshës shkollore në Kosovë ishte 15.7%, gjë që paraqet problem të lehtë të shëndetit publik. Te shtatzënat rezultatet e studimit flasin për prevalencën prej 23% duke paraqitur anemimin si problem të moderuar të shëndetit publik. Prevalencë e anemisë të shtatzënat rritet për pasur të vlerësuar dhe e vlerësuar të përditëshme për dy 23% ka mundësi të nënpërshëm të jodë dhe të ndërkohëse të ndihmojnë në ndërspirash për të gjashtëvitet në fyrishmëri të shëndetit publik. Si krahasimi, Studimi i gjendjes nutritive në Kosovë në vitin 2001 ishte ishte 14% të anemisë të femrave të moshës reproduktive dhe 16% të ëmëmijët e moshës 6–59 muaj.

Duke marrë për bazë kërkesat e shtuar për pasurim të kërcënuar në shtatzënimin, nivel i lartë i anemisë të shtatzënat nuk është të befasues. Shtatzënat gjatë tremujorit të parë kanë pasur prevalencën e anemisë të shtatzërat shkollore, gjë që tërësia që të jodë, të ndihmojnë në ndërspirash për të gjashtëvitet në fyrishmëri të shëndetit publik. Prevalencë e anemisë te femrat e moshës shkollore ishte 13.5%, gjë që paraqet problem të lehtë të shëndetit publik. Prevalencë e anemisë të shtatzënat të femrave të moshës shkollore ishte 16% të anemisë të femrave të moshës shkollore, gjë që tërësia që të jodë, të ndihmojnë në ndërspirash për të gjashtëvitet në fyrishmëri të shëndetit publik. Prevalencë e anemisë te shtatzërat të femrave të moshës shkollore ishte ishte 13.5%, gjë që paraqet problem të lehtë të shëndetit publik.

Prevalencë e anemisë te shtatzërat gjatë tremujorit të parë (muajt 1-3) ishte 13.5%, përderisa kjo ishte 27.8% (p<0.001) te shtatzërat në tremujorin e dytë të shtatzërinisë (muajt 4-6). Analizat e vlerave të hemoglobinës te shtatzërat kanë ofruar të dhënat e shpesh për të shëndetit të ndihmuar në pasurimin të moshës shkollore, gjë që tregon për ndërldhjen e anemisë me vjetërsnësisë të shtatzërinisë. Qeveria e Kosovës është duke e kontribuari lansimin e programit për pasurimin të mëndafshëm. Rezultatet e prevalencës së anemisë te ëmëmijët e moshës shkollore dhe shtatzërat të fituara gjatë këttëj humilmiti mund të shërbejnë si bazë e të dhënave për të prezantuar dhe implementuar pasurimin e mëndafshëm dhe akullatin. Qeveria e Kosovës është duke e kontribuari lansimin e programit për pasurimin të mëndafshëm. Rezultatet e këttëj humilmiti e arsyetojnë implementimin e pasurimit të mëndafshëm dhe akullatin e mëndafshëm dhe akullatin. Ky llogaritja pritet që të kolohet në parlament në pjesën e parë të vitit 2010.
6.3. GJENDJA NUTRITIVE DHE KONSUMIMI I USHQIMIT TE FËMIJËT E MOSHËS SHKOLLORE NË KOSOVË

Vlerat e prevalencës së indikatorëve antropometrik nutritiv te fëmijët e moshës shkollore në këtë studim kanë treguar se nënpesha (2.1%) dhe mbipesha (3.9%) nuk janë probleme të rëndësisë së shëndetit publik, edhe pse mbipesha ka qenë mbi prevalencën e pritur me vlerë prez 2.3%. Vetëm 8 fëmijë (0.9%) kanë qenë me peshë shumë të ulët dhe 12 fëmijë (1.3%) kanë qenë me peshë më të madhe, apo obezë.

Për kundër indikatorëve të peshës trupore, indikatorët linear të rritjes së fëmijëve të moshës shkollore në këtë hulumtim janë shqetësues. Ngecja në rritje është gjetur te 15.5% e fëmijëve dhe 42 apo 4.7% të fëmijëve kishin ngecje të rëndë në rritje. Edhe pse matjet e gjatësisë si duket kanë qenë më pak të sakta se sa është e dëshirueshme, rezultatet e studimit ofrojnë të dhëna se fëmijët e moshës shkollore në Kosovë vajnin nga kequshqyerja kronike në të kaluarën. Ndërsa për pjesë të rritjes të shkallës së peshës janë me peshë shumë të ulët, ndër ndonjë përfaqësi për të vepruar kundër kequshqyerjes kronike, megjithatë, duhet të jetë e drejtuar kah grup moshat më të vogla, për shkak se ndonjë çështja në është të fëmijët te fëmijët e moshës shkollore është të pakthyeshme.

Fëmijët janë intervistuar për frekuencën e konsumit të artikujve më të shpesh të ushqimor. Në bazë të raportimit të frekuencës së konsumit javor, shkalla e rezikut është ndarë me supozim se fëmijët janë në rrezik për konsumin e ushqimit joadekuat kur shuma totalë e frekuencës (shpesh të shisë) ka qenë më e ulët se mediana për shumicën e ushqimeve. Në këtë mënyrë, 153 fëmijë në këtë studim (17%) kanë treguar rrezik (relativisht) të konsumit të ulët të ushqimit (të cilët kanë raportuar frekuencë relativisht të ulët të konsumit për të gjithë artikuqet ushqimor në pyetësor).

Analiza e lidhshmërisë së nënpeshës dhe shkalla e rezikut për konsumim të ulët të ushqimit tëgjon se fëmijët të cilët kanë raportuar (relativisht) frekuencë të ulët të konsumimit të ushqimit kanë pasur peshë më të ulët. Kjo ka qenë e pranishme posaçërisht te fëmijët e moshës shkollore në vendet urbane.

Këto rezultate shqetësin vetëm për problem të shkallës së lehtë të konsumimit të ushqimit lidhur me statusin nutritiv të fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë.
7. Rekomandimët

Bazuar në këtë hulumtim, janë propozuar rekomandimet në vijim:

1. Ministria e Shëndetësisë të tregon progres drejt aplikimit zyrtar për njohje ndërkombëtare pasi që deficienca jodike është tejkaluar në Kosovë përmes jodizimit universal të kripës (JUK).

2. Grupi punues për çrregullimet e deficiençës jodike dhe deficiencat e tjera mikronutritive duhet të vazhdojë bashkëpunimin dhe mbikëqyrjen e statusit nutritiv jodik për të parandaluar rikthimin e çrregullimeve nga pamjaftueshmëria e jodit.

3. Grupi punues duhet të përkrahet për të zgjeruar punën e tij dhe të përfshijë edhe institucionet e tjera relevante për të luftuar deficiencën e mikronutrientëve të tjerë posaçërisht deficiencës së hekurit.

4. Përcjelljen e rekomandimeve ndërkombëtare për përdorimin e miellit të pasuruar me hekur dhe acid folik për të parandaluar aneminë dhe defektet e lindura.

5. Bashkëpunimin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Arsimit, Shkencës dhe Teknologjisë për përpilimin e një plani të veprimit për ndërmarrjen e intervenimeve që kanë të bëjnë me adresimin e deficiencave nutritive dhe promovimin e ushqimeve të shëndetshme me fokus të posaçërm për nënat, foshnjet dhe fëmijët e vegjël.

6. Të organizohen aktivitete të mobilizimit social për të ngritur njohuritë dhe shkathësisë e popullatës për të luftuar deficiencat e mikronutrientëve.
8. Referencat

- Current IDD status database ICCIDD: http://www.people.virginia.edu/~jtd/icidd/mi/idd_003.htm
- IDD in Albania, 1997, Bardhoshi et al IDD Newsletter 13(1)
- Towards Universal Salt Iodization, September 2004, NIPH, UNICEF
- Demographic Health Care Survey 2003, SOK and UNFPA
- Poverty Assessment Report, 2005, World Bank
- Iodine deficiency survey at school age children and salt iodization in Kosovo, 2008, NIPH
- Demographic and Health Survey – DHS 2003, Statistical Office of Kosovo
Udhëheqës i studimit dhe përgatitja e raportit:
Prof. Dr. Tahirë Maloku – Gjergji

Asistuar gjatë studimit dhe përgatitjes së raportit:
Zt. Frits Van Der Haar, PhD
Ass. Dr. Drita Zogaj, Mr.sc
Dr. Agron Gashi

Ekipet e punës në terren:
Prishtinë I
Dr. Antigona Dervishaj
Dr. Linđita Maxhuni
Xheladin Mjeku

Prishtinë II
Dr. Ergyl Binçe
Dr. Lendita Mehmeti
Drita Adili

Gjilan:
Dr. Drita Abduli
Afrim Bunjakatu
Afëdita Salihu

Mitrovicë:
Dr. Nysret Racaj
Xhevdet Rushiti
Myrvete Doroci

Ferizaj:
Dr. Minire Recica
Sherif Topalli
Mevlide Uksmajli

Pejë:
Dr. Burim Kotori
Lirie Morina
Myvedete Gjikolli
Studimi i gjendjes nutritive të shtatzënave dhe fëmijëve të moshës shkollore në Kosovë

Prizren:
Dr. Razije Lipoveci
Elvira Bytyqi
Pelivan Hoxhaj

Mbikqyrës të punës në teren:
Prof. Dr. Tahire Maloku – Gjergj
Ass. Dr. Drita Zogaj, Mr. sc

Teknikë të laboratorit:
Afërëtita Zuka – kimiste sanitare
Mr. Xheladin Mjeku – laborant

Futja e të dhenave dhe analiza / konsultant:
Prof. Dr. Tahire Maloku – Gjergj
Zt. Frits Van Der Haar, PhD