

TITULLI I DISERTACIONIT

**MODELET E BESIMIT TEK SHËNDETI, TIPARET E PERSONALITETIT,
LOKUSI I KONTROLLIT SI FAKTOR SHPJEGUES TË SJELLJEVE
SHËNDETËSORE TEK STUDENTËT DHE MËSUESIT NË SHQIPËRI**

ELSIDA SINAJ

DORËZUAR

UNIVERSITETI EUROPIAN I TIRANËS

DEPARTAMENTI I SHKENCAVE SOCIALE

**NË PËRMBUSHJE TË DETYRIMEVE PËR DOKTORATURË NË PROGRAMIN E
STUDIMIT (PSIKOLOGJI)**

UDHËHEQËS PROF. DR. GËZIM DIBRA

NUMRI I FJALËVE

51.140

TIRANË, 2016

DEKLARATË STATUORE

Nën përgjegjësinë time deklaroj që ky punim është shkruar nga unë. Punimi gjithashtu nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim dhe nuk është botuar i tëri ose në pjesë të veçanta të tij. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara.

ABSTRAKT (SHQIP)

Qëllimi i këtij punimi është njohja me rolin që kanë besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit tek sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Në total pjesëmarrësit në studim rezulton të ishin $N=628$ studentë dhe mësues nga Shqipëria, ku 55.6% rezulton të jenë studentë dhe 44.6% janë mësues. Mosha mesatare e pjesëmarrësve në studim ishte $M=32.1$ dhe $SD=12.4$. Instrumentet e përdorur në realizimin e studimit janë përkthyer në shqip sipas metodës Translation-Backtranslation, procedura e ndjekur gjatë plotësimit të pyetësorit ishte ajo e vetë-raportimit anonim. Në mënyrë më specifike instrumentet matës në këtë studim ishin: Sistemi i monitorimit i faktorëve të sjelljeve të rrezikshme (BRFSS, 2012); Modeli i besimeve shëndetësore (HBM); Shkallët shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (MHCL); Inventari i pesë tipareve të mëdha (BFI). Rezultatet e studimit tregojnë se besimet shëndetësore në dimensionin perceptimi i barrierave *përshkruan 10% të variancës për sjelljet jo të shëndetshme* tek studentët. Në lidhje me kampionin e studentëve rezulton se modeli në dimensionin perceptimi i barrierave ($\beta = .274, p = .018$) modeli përshkruan 10% të variancës për sjelljet jo të shëndetshme. Në lidhje me kampionin e mësuesve rezulton se modeli përshkruan në dimensionet perceptimi i i ndjeshmërisë ($\beta = .179, p = .032$) dhe perceptimi i barrierave ($\beta = .112, p = .000$) 28.5% të variancës për stilin e të ngrënit. *Rezultatet në lidhje me* tiparet e personalitetit për kampionin e studentëve tregojnë se tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = -.165, p = .004$) përshkruan 31.5% të variancës për dimensionin stili i jetës. Tipari i personalitetit neurotik ($\beta = .130, p = .021$), i hapur ndaj eksperiencave ($\beta = .173, p = .003$) përshkruajnë 33.8% të variancës për sjelljet jo të shëndetshme, tipari i personalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .169, p = .006$) përshkruan 26.5% për stili i të ngrënit. *Rezultatet në lidhje me* tiparet e personalitetit për kampionin e mësuesve rezulton se tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = -.330, p = .009$) përshkruan 45.2% të variancës për stilin e jetës, tipari i personalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .146, p = .018$) përshkruan 22.1% të variancës për stilin e jetës. Rezultatet në lidhje me tiparet e lokusit të kontrollit për kampionin e studentëve treguan se lokusi kontrolli i

brendshëm ($\beta = -.276, p = .003$), lokusi kontrollit i rastësisë ($\beta = .218, p = .006$) përshkruajnë 33.8% të variancës për sjelljet jo të shëndetshme, lokusi kontrollit i rastësisë ($\beta = -.144, p = .002$) përshkruan 15.2% të variancës për stilin e të ngrënit. Rezultatet gjenerojnë pyetje kërkimore/hipoteza ku lind nevoja që ato të studiohen në mënyrë të vazhdueshme, dhe në një popullatë më të gjerë. Gjithashtu rezultatet janë shumë të rëndësishme në kontekstin shqiptar, nga ku ata mund të sugjerojnë mënyra për të nxitur përmirësimin e sjelljeve shëndetësore në mesin e studentëve dhe mësuesve në Shqipëri.

ABSTRACT (English)

The aim of this paper is knowing the role of health beliefs, personality features, the locus of control in revealing health behaviors to students and teachers in Albania. In this study, there participated 628 students and teachers in Albania where 55.6% were students and 44.6% were teachers. The average age of the participants in the study was 32.1 of the teachers and 12.4 of the students. The used instruments in the realization of this study are translated into Albanian based on the Translation-Backtranslation method and the procedure followed during the questionnaire was that of the anonymous self-report. The instruments used in this study, in a more specific ways were: The Monitoring System of the Dangerous Behavior Factors (BRFSS, 2012), Health Beliefs Models (HBM); Multi-dimensional Health Control Locus scales (MHCL); Big Five Features Inventory (BFI). The results lead to researching questions/ hypotheses and from this starts the need that they should be studied continuously and in a wider group of people. The results are also very important in the Albanian context, from where they can suggest ways how to improve health behaviors among students and teachers in Albania.

Relating to the sample of students, the model describes 10% of the variance for unhealthy behaviors in dimension - the perception of barriers ($\beta = .274$, $p = .018$). Relating to the sample of teachers, the model describes 28.5% of the variance for eating habits in dimensions - perception of sensitivity ($\beta = .179$, $p = .032$) and perception of barriers ($\beta = .112$, $p = .000$). Results of the personality traits for the student sample show that ekstravert personality trait ($\beta = -.165$, $p = .004$) describes 31.5% of the variance for the lifestyle dimension. Neurotic personality trait ($\beta = .130$, $p = .021$), open to experiences ($\beta = -.173$, $p = .003$) describes 33.8% of the variance for unhealthy behavior, meanwhile responsible personality trait ($\beta = .169$, $p = .006$) describes 26.5% of the variance for eating habits variable. Results of the personality traits for the teacher sample show that ekstravert personality trait ($\beta = -.330$, $p = .009$) describes 45.2% of the variance for the lifestyle, meanwhile responsible personality trait ($\beta = .146$, $p = .018$) describes 22.1% of the same variance. Results of control features locus for students sample show that internal control locus ($\beta = -.276$, $p = .003$) and chance control locus ($\beta = .218$, $p = .006$) describe 33.8% of the variance for unhealthy behavior, while chance

control locus ($\beta = -.144$, $p = .002$) describes 15.2% of the variance for eating habits. The results lead to researching questions/ hypotheses and from this starts the need that they should be studied continuously and in a wider group of people. The results are also very important in the Albanian context, from where they can suggest ways how to improve health behaviors among students and teachers in Albania.

DEDIKIMI

Aronit, Sares, Timit

FALËNDERIME

Rrugëtimi i gjatë drejt rrugës akademike ka qenë i lidhur shumë ngushtë me disa individë të rëndësishëm, të cilët në një mënyrë apo në një tjetër kanë ndikuar në rritjen e motivimit tim dhe në mbështetjen e vazhdueshme për marrjen e gradës *Doktor i Shkencave*.

Rezultatet e kësaj pune studimore janë të lidhura shumë ngushtë me kontributin e individëve të mëposhtëm:

Falënderoj udhëheqësin tim shkencor, Prof. dr. Gëzim Dibra për mbështetjen e vazhdueshme, për kohën, durimin, për udhëzimet objektive të dhëna gjatë gjithë kohës për realizimin e këtij studimi.

Falënderoj Prof. asoc. dr. Erika Melonashi për mbështetjen e vazhdueshme gjatë këtij cikli studimesh. Në mënyrë të veçantë e falënderoj për nxitjen që më ka dhënë në momentet e para për vazhdimin e këtij hapi të rëndësishëm për rritjen time akademike.

Falënderoj Profesor Josif Minga dhe Mikaela Minga të cilët me mikpritjen e tyre më kanë mbështetur dhe më kanë ndihmuar me një dëshirë shumë të madhe në realizimin e pyetësorëve të studimit pranë Universitetit të Korçës “Fan S. Noli”.

Falënderoj Prof. dr. Vilson Kuri për ndihmesën që më ka dhënë në realizimin e pyetësorëve të studimit pranë Universitetit “Aleksandër Xhuvani” në Elbasan.

Falënderoj Prof. dr. Kseanela Sotirofski për ndihmesën që më ka dhënë në realizimin e pyetësorëve të studimit pranë Universitetit “Aleksandër Moisiu” në Durrës.

Falënderoj Drejtoritë e Shkollave të cilat lejuan zhvillimin e pyetësorit tim për studimin.

Falënderoj mësuesit dhe studentët që pranuan të ishin pjesëmarrës në këtë studim.

Falënderoj Flutra Dervishin, Fatos Salliun, Diana Bajramin, Marsela Golemin, Benisa Kopliku të cilët më kanë ndihmuar në realizimin e pyetësorëve të mi.

Falënderoj Flutra Shimën, Motër Dukata Radoja, Adelina Kakija të cilat më kanë ndihmuar dhe më kanë mbështetur psikologjikisht në realizimin e këtij studimi.

Falënderoj pafundësisht bashkëshortin tim i cili ka qenë mbështetja kryesore gjatë gjithë këtij rrugëtimi akademik. Mbështetja dhe motivimi i tij kanë ndikuar në arritjen e këtij stadi të rëndësishëm. Gjithashtu falënderoj dhe prindërit e mi, vëllain tim, që më kanë inkurajuar dhe mbështetur në çdo hap të punës dhe jetës time.

KAPITULLI I: Hyrje

1.1	Perspektiva e përgjithshme.....	1
1.2	Përcaktimi operacional i variablave të studimit.....	4
1.3	Struktura e kërkimit.....	5
1.4	Përshkrimi i kapitujve.....	7

KAPITULLI II: Vështrim teorik

2.1	Njohja me nocionin shëndet sëmundje.....	9
2.1.1	Lidhja mendje – trup.....	10
2.2	Sjelljet shëndetësore, ndikimi i tyre në shëndet	11
2.3	Faktorët social-demografik dhe efektet e tyre në shëndet	19
2.3.1	Faktorët e brendshëm individual.....	19
2.3.2	Faktorët e jashtëm (mjedisorë).....	25
2.4	Teoritë dhe modelet kryesore të shëndetit.....	31
2.4.1	Modeli e besimet rreth shëndetit.....	31
2.4.2.1	Perceptimi i përfitimeve dhe perceptimi i barrierave tek aktiviteti fizik...	35
2.4.2.2	Perceptimi i përfitimeve dhe perceptimi i barrierave dhe të ngrënit e shëndetshëm.....	36
2.4.3	Modeli i besimeve shëndetësore dhe modelet e tjera të ngjashme.....	37
2.4.4	Teoria e Lokusit të Kontrollit.....	38
2.4.5	Pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe sjelljet shëndetësore.....	40

KAPITULLI III: Metodologjia e studimit

3.1	Konteksti i studimit	43
3.2	Pse është e rëndësishme studimi i modeleve të besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore.....	45
3.3	Qëllimi kryesor i punimit.....	47
3.3.1	Objektivat e studimit.....	47
3.3.2	Pyetjet kërkimore.....	47

3.3.3	Hipotezat e punimit.....	47
3.4	Hartimi dhe rëndësia e studimit.....	48
3.5	Metodat kërkimore.....	49
3.6	Kampionimi.....	51
3.6.1	Kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit.....	51
3.7	Procedura e mbledhjes së të dhënave.....	52
3.7.1	Të dhëna të përgjithshme lidhur me shkollat pjesëmarrëse në studim.....	53
3.7.1.1	Profili demografik i mësuesve pjesëmarrës në studim.....	53
3.7.2	Të dhëna të përgjithshme lidhur me Universitetet pjesëmarrëse në studim.....	54
3.7.2.1	Profili demografik i studentëve pjesëmarrës në studim.....	55
3.8	Instrumentet e kërkimit.....	56
3.8.1	Përmbajtja e instrumenteve matës.....	56
3.9	Llojet e variablave të përfshirë në studim dhe kodimet e tyre.....	61
3.9.1	Variablat demografikë.....	61
3.9.1.1	Variablat e pavarur dhe indikatorët.....	62
3.9.1.2	Variablat e varur dhe indikatorët.....	63
3.9.2	Faza e pilotimit.....	63
3.9.3	Vlefshmëria dhe besueshmëria e brendshme e instrumenteve matës.....	63
3.9.4	Kodimi dhe rikodimi i të dhënave.....	65
3.9.5	Analiza e të dhënave.....	66
3.9.6	Konsideratat etike të studimit.....	67

KAPITULLI IV: Gjetjet e studimit dhe analiza e rezultateve

4.1	Analiza përshkruese sipas dimensionit kontrollit shëndetësorë.....	68
4.1.1	Niveli i kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë tek studentet.....	68
4.1.1.1	Niveli i kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë tek mësuesit.....	69
4.1.2	Niveli i kontrollit të hipertensionit tek studentët.....	70

4.1.2.1	Niveli i kontrollit të hipertensionit tek mësuesit.....	72
4. 1.3	Niveli i kontrollit të kolesterolit tek studentët.....	73
4.1.3.1	Niveli i kontrollit të kolesterolit tek mësuesit.....	74
4.1.4.	Niveli i kontrollit të Hiv-Aids tek studentët.....	75
4.1.4.1	Niveli i kontrollit të Hiv-Aids tek mësuesit.....	76
4.1.5	Niveli i kontrollit (mamografisë) të kancerit të gjirit tek studentët.....	76
4.1.5.1	Niveli i kontrollit (mamografisë) të kancerit të gjirit tek mësuesit.....	77
4.1.6	Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës (Pap-test) tek studentët.....	77
4.1.6.1	Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës (Pap-test) tek mësuesit.....	78
4.1.7	Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës (Psa-test) tek studentët.....	78
4.1.7.1	Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës (Psa-test) tek mësuesit.....	79
4.2	Analiza përshkruese sipas dimensionit stili i jetës.....	79
4.2.1	Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek studentët.....	79
4.2.1.1	Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek mësuesit.....	80
4.2.2.1	Niveli i manifestimit të stilit të gjumit tek studentët.....	81
4.2.2.2	Niveli i manifestimit të stilit të gjumit tek mësuesit.....	82
4.3	Analiza përshkruese sipas dimensionit sjelljet jo të shëndetshme.....	82
4.3.1	Konsumi i duhanit tek studentët.....	82
4.3.1.1	Niveli i kohës së konsumimit të duhanit tek studentët.....	83
4.3.1.2	Sasia e konsumimit të duhanit tek studentët.....	83
4.3.2	Konsumimi i duhanit tek mësuesit.....	84
4.3.2.1	Niveli i kohës së konsumimit të duhanit tek mësuesit.....	84
4.3.2.2	Sasia e konsumimit të duhanit tek mësuesit.....	85
4.4	Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek studentët.....	85
4.4.1	Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek mësuesit.....	86
4.5	Analiza përshkruese sipas dimensionit stili i të ngrënit.....	87
4.5.1	Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek studentët.....	87
4.5.1.1	Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek mësuesit.....	87

4.5.1.2	Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethe të gjelbra tek studentët.....	88
4.5.1.3	Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethe të gjelbra tek mësuesit.....	90
4.6	Besimet shëndetësore dhe dimensionet përkatëse në lidhje me sjelljet shëndetësore.....	91
4.6.1	Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët në Shqipëri.....	92
4.6.2	Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri.....	94
4.6.3	Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore.....	95
4.6.3.1	Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët..	95
4.6.3.2	Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit....	96
4.7	Tiparet e personalitetit dhe dimensionet përkatëse në lidhje me sjelljet shëndetësore.....	96
4.7.1	Analiza korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët	97
4.7.2	Analiza korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit	99
4.7.3	Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	100
4.7.4	Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	101
4.8	Lokusi i kontrollit në lidhje me sjelljet shëndetësore.....	102
4.8.1	Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	103
4.8.2	Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve	

	shëndetësore tek mësuesit.....	104
4.8.3	Regresioni i shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	105
4.8.4	Regresioni i shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	106
4.8.5	Regresioni i shumëfishtë standard mes besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	106
4.8.5.1	Regresioni i shumëfishtë standard mes besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	107

KAPITULLI V: Diskutimi i rezultateve

5.1	Gjetjet statistikore mbi sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri	109
5.2.1	Gjetjet korrelacionale mes modeleve të besimit të shëndetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	117
5.2.1.1	Gjetjet korrelacionale mes modeleve të besimit të shëndetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	120
5.2.2	Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	121
5.2.2.1	Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	121
5.3	Gjetjet korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	122
5.3.1	Gjetjet korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	125
5.3.2	Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe	

	dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	126
5.3.2.1	Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	127
5.4	Gjetjet korrelacionale mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	128
5.4.1	Gjetjet korrelacionale mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit.....	129
5.4.2	Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët.....	130

KAPITULLI VI: Konkluzione dhe rekomandime

6.1	Kontributet e studimit.....	131
6.2	Kufizimet e studimit.....	134
6.3	Sugjerime për kërkime të mëtejshme.....	135
6.4	Implikimet për teorinë dhe praktikën.....	136
6.5	Rekomandimet.....	141
6.6	Konkluzionet.....	143
	Referencat.....	147
	Shtojca A Instrumenti HBM.....	
	Shtojca A1 Instrumenti BRFSS.....	
	Shtojca A 2 Instrumenti MHLOC.....	
	Shtojca A3 Instrumenti BFI.....	
	Shtojca A4 Variablat demografikë	
	Shtojca B Drejtuar pjesëmarrësve në studim	
	Shtojca C Drejtuar Drejtorive Arsimore dhe Universiteteve të Shqipërisë.....	

Lista e tabelave/ grafikeve

Tabela 1.	Shkallet shumedimensionale te Lokusit te Kontrollit mbi Shendetin	65
Tabela 2.	Pesë dimensionet e mëdha të personalitetit.....	66
Tabela 3.	Qëndrueshmëria e brendshme e shkallëve matëse të studimit.....	70
Tabela 4.	Profili demografik i pjesëmarrësve në studim.....	74
Tabela 5.	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësorë (Check-up shëndetësorë).....	80
Tabela 6.	Niveli i kontrollit të hipertencionit sipas variablave demografik.....	81
Tabela 7.	Kontrolli i kolesterolit sipas variablave demografik.....	83
Tabela 8.	Kontrolli i Hiv-Aids sipas variablave demografik.....	84
Tabela 9.	Realizimi i mamografisë sipas variablave demografik.....	85
Tabela 10.	Niveli i kontrollit të kancerti të mitrës.....	86
Tabela 11.	Niveli i kontrollit të kancertit të prostatës.....	86
Tabela 12.	Niveli i manifestimit të aktiviteti fizik.....	87
Tabela 13.	Sasia e gjumit në natë.....	88
Tabela 14.	Konsumimi i duhanit.....	89
Tabela 15.	Sasia e duhanit.....	91
Tabela 16.	Koha (shpeshtësia) e alkoolit.....	93
Tabela 17.	Niveli i manifestimit të të ngrënit të ushqimeve me bazë drithërat sipas variablave demografik	95
Tabela 18.	Niveli i manifestimit të të ngrënit të frutave, perimeve, zarzavateve sipas variablave demografik.....	96
Tabela 19.	Niveli i manifestimit të të ngrënit të ushqimeve me gjethë të gjelbër sipas variablave demografik.....	97
Tabela20.	Testi i normalitetit mbi sjelljet shëndetësore dhe dimensionet e tij.....	98
Tabela 21.	Testi i homogjenitetit të variancës për variablat demografike.....	99
Tabela 22.	Independent sample t-test mbi manifestimin e sjelljeve shëndetësore sipas gjinisë.....	99
Tabela 23.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas gjinisë.....	100
Tabela 24.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas grup moshës.....	101

Tabela 25.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas nivelit arsimore.....	103
Tabela 26.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas statusi martesorë.....	104
Tabela 27.	Testi ANOVA për dallimet në lidhje me manifestimin e sjelljeve.....	105
Tabela 28.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas profesionit.....	106
Tabela 29.	Testet statistikore per sjelljet shëndetësore sipas nivelit të të ardhurave	107
Tabela 30.	Analiza korrelacionale mes variablave demografik dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore.....	108
Tabela 31.	Analiza regresionale per variablin demografik gjinia dhe sjelljet shëndetësore.....	111
Tabela 32.	Analiza regresionale per variablin demografik student – mësues dhe sjelljet shëndetësore	112
Tabela 33.	Analiza regresionale per variablin demografik niveli arsimorë dhe sjelljet shëndetësore.....	112
Tabela 34.	Analiza regresionale per variablin demografik statusi martesorë dhe sjelljet shëndetësore.....	113
Tabela 35.	Testi i normalitetit mbi besimet shëndetësore dhe dimensionet e tij	114
Tabela 36.	Dimensioni vlerësimi i shëndetit.....	115
Tabela 37.	Përceptimi i ndjeshmërisë.....	116
Tabela 38.	Përceptimi i ashpërsisë.....	117
Tabela 39.	Përceptimi i perfitimeve.....	117
Tabela 40.	Përceptimi i barrierrave.....	118
Tabela 41.	Independent sample t-test mbi besimet shëndetësore sipas variablit gjinia	118
Tabela 42.	Anova test mbi besimet shëndetësore sipas variablit gjinia.....	120
Tabela 43.	Independent sample t-test mbi besimet shëndetësore student-mesues	121
Tabela 44.	Anova test mbi besimet shëndetësore student-mesues.....	123
Tabela 45.	Korrelacioni mes besimeve shëndetësore dhe kontrollit të përgjithshëm Shëndetësore.....	124
Tabela 46.	Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe stilit të jetës..	125

Tabela 47.	Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve jo të shëndetshme.....	126
Tabela 48.	Lidhja korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe stilit të të ngrënit	127
Tabela 49.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi HBM dhe kontrollin e përgjithshëm shëndetësorë.....	128
Tabela 50.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi HBM dhe stilin e jetës.....	129
Tabela 51.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi HBM dhe sjelljet jo të shëndetshme.....	129
Tabela 52.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi HBM dhe stili i të ngrënit.....	130
Tabela 53.	Testi i normalitetit për pesë tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore.....	131
Tabela 54.	Testi Independent sample t-test mbi pese tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore sipas gjinisë.....	132
Tabela 55.	Analiza korrelacionale për pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë.....	133
Tabela 56.	Analiza korrelacionale për pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe stilit të jetës	134
Tabela 57.	Analiza korrelacionale mes pesë tipareve të mëdha të personalitetit dhe sjelljeve jo të shëndetshme.....	135
Tabela 58.	Analiza korrelacionale për pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe stili i të ngrënit.....	136
Tabela 59.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi pesë tiparet e personalitetit dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë.....	137
Tabela 60.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi pesë tiparet e personalitetit dhe stili të jetës.....	138
Tabela 61.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi pesë tiparet e personalitetit dhe sjelljet jo të shëndetshme.....	138
Tabela 62.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi pesë tiparet e personalitetit dhe stili i të ngrënit.....	139

Tabela 63.	Testi i normalitetit mbi lokusin e kontrollit dhe dimensionet e tij.....	140
Tabela 64.	Testi ANOVA për dallimet në lidhje mes lokusit të kontrollit	140
Tabela 65.	Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe kontrollit shëndetësorë të përgjithshëm.....	141
Tabela 66.	Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe stilin e jetës.....	142
Tabela 67.	Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe sjelljet jo të shëndetshme.....	142
Tabela 68.	Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe stilit të të ngrënit...	143
Tabela 69.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi tiparet e lokusit të kontrollit dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë.....	144
Tabela 70.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi tiparet e lokusit të kontrollit dhe stilit të jetës.....	144
Tabela 71.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi tiparet e lokusit të kontrollit dhe sjelljet jo të shëndetshme.....	145
Tabela 72.	Regresioni i shumëfishtë standart mbi tiparet e lokusit të kontrollit dhe stili i të të ngrënit.....	145

Lista e grafikëve

Grafiku 1.	Profili i gjinisë sipas statusit profesional (student- mësues).....	75
Grafiku 2.	Profili i moshës sipas statusit profesional (student-mësues).....	76
Grafiku 3.	Profili i nivelit arsimorë sipas gjinisë.....	77
Grafiku 4.	Profili i statusit martesor sipas gjinisë.....	78
Grafiku 5.	Profili i kënaqësisë mbi të ardhurat ekonomike sipas gjinise dhe statusit profesional.....	79
Grafiku 6.	Niveli i kontrollit të hipertencionit.....	81
Grafiku 7.	Kontrolli i kolesterolit.....	82
Grafiku 8.	Kontrolli i Hiv-Aids.....	83
Grafiku 9.	Niveli i përgjithshëm i manifestimit të aktivitetit fizik.....	87
Grafiku 10.	Koha e konsumimit të duhanit.....	90

Grafiku 11.	Sasia e konsumimit te duhanit (cigareve).....	91
Grafiku 12.	Koha (shpeshtësia) e alkoolit.....	92
Grafiku 13.	Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.....	94

LISTA E SHKURTIMEVE dhe e FJALORIT

INSTAT = Insituti i Statistikave

WHO = Organizata Botërore e Shëndetësisë

CHECK-UP = Kontroll i përgjithshëm i gjendjes së shëndetit, nëpërmjet një seri testesh laboratorike dhe radiografike

HB (Health behavior) = Sjellja shëndetësore

HBM (Health belief model) = Modeli i besimeve shëndetësore

TRA (Theory of reasoned action) = Teoria e veprimit të arsyetuar

TPB (Theory of planned behavior) = Teoria e sjelljes së planifikuar

SP (Pathogenic behavior) = Sjellje patogjene

SI (Immunogenic behavior) = Sjellje imunogjene

ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) = Qendra Europiane për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve

CSDH (Social Commission Department of Health) = Komisioni i Departamentit Social të Shëndetësisë

IFTF (Institute for the Future) = Instituti i së Ardhmes

WHOG (World Health Organization Geneva) = Organizata Botërore Shëndetësore e Gjenevës

SF (Self forecast) = vetë-parashikim

FFM (Five Factorial Model) = Modeli pese faktorial

BFI (Big Five Inventory) = Inventari pesë dimensional

CHD (Coronary Heart Disease) = Sëmundjet Koronare të Zemrës

DM (Diabetes Mellitus) = Diabeti Mellitus

BF (Behavioral Factors) = Faktorët sjellor

FDA (Food and Drug Administration) = Administrimi i Ushqimeve dhe Medikamenteve

NCHSHP (National Center for Health Statistics Healthy People) = Qendra Kombëtare e Statistikave të Shëndetësisë për Nerëzit e Shëndetshëm

DHHS (Department of Health and Human Services) = Departamenti i Shëndetësisë dhe i Shërbimeve Njerëzore

UNICEF (United National International Children's Emergency Fund) = Fondi i Emergjencës i Kombeve të Bashkuara për Fëmijet

HIV (Human Immuno-deficiency Virus) = Virus i mungesës së imunitetit tek njeriu

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) = Sindromi i fituar i mungesës së imunitetit

STD (Sexually Transmitted Diseases) = Sëmundje seksualisht të transmetueshme

STI (Sexually transmitted infections) = Infeksionet seksualisht të transmetueshme

BA (Bronchial Asthma) = Astma bronkiale

NCI (National Cancer Institute) = Instituti Kombëtar i Kancerit

SRM (Self-Regulation Model) = Modeli vetë-rregullues

SEU (Subjective Expected Utility) = Shërbim, pritshmëritë subjektive

MHLOC (Multidimensional Health Locus of Control) = Shkallet shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin

HLOC (Health locus of control) = Lokusi i kontrollit mbi shëndetin

ILOC (Internal locus of control) = Lokusi i kontrollit të brendshëm

ELOC (External locus of control) = Lokusi i kontrollit të jashtëm

PMT (Protective motivation theory) = Teoria e motivimit mbrojtës

QOL (Quality of life) = Cilësia e jetës

BHFNC (British Heart Foundation National Centre) = Fondacioni Britanik Qendra Kombëtare e Zemrës

ACSM (American College of Sports Medicine) = Kolegji Amerikan i Sportit dhe i Mjekësisë

ISHP = Instituti i Shëndetit Publik

NOO = National Obesity Observatory = Observatori Kombëtar i Obezitetit

KAPITULLI I: HYRJE

Në këtë kapitull do të bëhet një prezantim i disa hapave të rëndësishëm që ka ndjekur ky studim. Fillimisht bëhet paraqitja e një perspektive të përgjithshme duke marrë në konsideratë çështjet kryesore të punimit.

1.1 Perspektiva e përgjithshme

Shqipëria gjatë viteve të fundit ka pasur një rritje të madhe të prevalencës dhe incidencës të sëmundjeve që lidhen kryesisht me stilin dhe cilësinë e jetës, sjelljet dhe besimet shëndetësore (INSTAT, 2010). Studimet në fushën e Psikologjisë shëndetësore shpjegojnë se mungesa e aktivitetit fizik, pirja e duhanit, dietat e pashëndetshme, marrëdhëniet e pambrojtura seksuale janë sjellje të pashëndetshme që ndikojnë në cilësinë e jetës dhe shëndetit (WHO, 2009). Rëndësia e studimit të sjelljeve shëndetësore lidhet me faktin se ato mund të ndryshohen ose modifikohen, ku modifikimi mund të bëhet shpesh nëpërmjet ndërhyrjeve/programeve psikosociale. Sipas studiuesve të ndryshëm, sjelljet shëndetësore shpesh janë të lidhura ngushtë dhe me tre grupe të mëdha faktorësh: 1. Faktorët individualë (qëndrimet, besimet, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit, etj.); 2. Faktorët socialë (normat, kushtet ekonomike, cilësinë e marrëdhënieve sociale, modelet e sjelljes); 3. Faktorët demografikë (mosha, gjinia, niveli arsimor, statusi social etj.).

Psikologjia e shëndetit është një disiplinë e cila e konsideron individin si një të tërë duke marrë në konsideratë aspektet fizike, psikologjike dhe ato sociale (Materrazo, 1980). Studimet e gjëra në këtë fushë argumentojnë se, që të kuptojmë sa më mirë sjelljen e një individi duhet që faktorët socialë dhe ato individualë të merren parasysh së bashku, duke qenë se në shumicën e rasteve, sjellja e individit është produkt bashkëveprimi mes këtyre dy faktorëve (Sancho, Miguel, Aldás, 2011; Newton, 2013).

Sjelljet shëndetësore (health behaviors HB) janë ato veprime që ndërmerren nga individi për të ruajtur dhe kontrolluar shëndetin apo për të parandaluar një sëmundje (Kasl, Cobb, 1966). Janë sjelljet të cilat kanë një impakt të drejtpërdrejtë qoftë pozitiv apo negativ mbi shëndetin fizik të individit (si p.sh. konsumimi i duhanit, alkoolit, dietat e pabalancuara, pasiviteti fizik etj.) (Werle, 2011; Grundy, Annear, 2010; Melonashi, Sinaj, Cacaj, Shkëmbi; 2013 a).

Teoritë dhe modelet kryesore që fokus të tyre të studimit kanë sjelljet shëndetësore përgjithësisht janë teori të cilat kanë orientim kognitiv-bihejvioral. Modeli i besimeve shëndetësore është një nga teoritë më të hershme në lidhje me sjelljet shëndetësore (Health Belief Model; Rosenstock, 1974a). Rosenstock propozon se një sjellje shëndetësore është një sjellje e qëllimshme për të parandaluar një sëmundje. Sipas modelit të Rosenstock nëse një individ praktikon ose jo sjellje të shëndetshme varet së pari: nga kërcënimi i perceptuar për shëndetin; së dyti nga perceptimi që një sjellje e caktuar do jetë e efektshme për të ulur rrezikun (Rosenstock, 1942). Për studiuesit, modeli teorik i Rosenstock në shoqëritë moderne mendohet se e ka humbur deri diku funksionin gjithëpërfshirës si teori, sepse vetë elementët individualë të modelit kanë ndryshuar aftësinë e tyre për të parashikuar sjelljet shëndetësore, nga ku studiuesit bashkëkohorë po tentojnë të bëjnë një shmangie të përdorimit të një modeli të mirëfilltë duke synuar integrimin e elementëve të rinj sipas nevojave të studimeve (Smith, Brown, 2010; Melonashi, 2013 a; Lizewski, 2010; ECDC, 2011; Wangberg, Andreassen, Prokosch, Santana, Sorensen, Chronaki, 2008).

Shumë teori mbi edukimin shëndetësor dhe promovimin e shëndetit kërkojnë përgjigje për pyetjet themelore - *se përse njerëzit sillen në një mënyrë të caktuar dhe pse formojnë besime të caktuara mbi shëndetin?* Këto teori janë përdorur si një mënyrë për të kuptuar dhe për të parashikuar se si dhe pse njerëzit ndryshojnë sjelljet e tyre të pashëndetshme me ato të shëndetshme, apo besimin e tyre jo real me atë real.

Shëndeti është rezultat i një ndërveprimi mes individit dhe ndryshueshmërisë së tij biologjike, psikologjike, ekzistenciale, shoqërore, kulturore dhe të ekosistemeve në të cilin personi bën pjesë (Brera, 1989 a). Kombinimi i këtyre faktorëve ndikon në shëndetin e individit në përgjithësi. Nëse njerëzit janë të shëndetshëm apo jo, përcaktohet nga rrethanat në të cilat ndodhen, nga zakonet, sjelljet, besimet dhe stili i jetës që praktikojnë (Dic, Calma, 2007). Komisioni i Departamentit Social të Shëndetësisë (CSDH, 2007) propozon disa elementë mjaft të rëndësishëm në lidhje me faktorët përcaktues të shëndetit. Sipas këtij departamenti përcaktuesit e shëndetit mund të grupohen në kategori të ndryshme si: *sjelljet personale dhe stili i jetës; faktorët socialë; cilësia e jetës dhe kushtet e punës* (Glasgow, Nelson, Strycker, King, 2006), *aksesi në shërbimet shëndetësore; kushtet socio-ekonomike, kulturore dhe mjedisore; faktorët gjenetikë* (Kiviniemi, Bennett, Zaiter, Marshall, 2010).

Elementët e listuar ndikojnë në forma të ndryshme tek individit, p.sh. sipas Institutit të së Ardhmes (IFTF, 2000-2010) cilësia e shëndetit të individit në Shtetet e Bashkuara të Amerikës në masën 50% kushtëzohet nga vetë sjellja e individit. Ndërsa sipas Organizatës Botërore Shëndetësore (WHO, 2010) në Europë elementët përcaktues të shëndetit lidhen më tepër me karakteristikat demografike dhe biologjike: si gjinia, mosha, trashëgimia gjenetike etj. (Ramirez, Baker, Metzler, 2008).

Studimet e viteve të fundit i kanë kushtuar mjaft rëndësi lidhjes mes besimeve, sjelljeve shëndetësore, cilësisë dhe stilit të jetës. Kërkimet mbi cilësinë e jetës në nivelin shoqëror i kanë rrënjët në kërkimin mbi sigurimin e mirëqenies dhe të shpërndarjes.

Koncepti cilësi jete është koncept i cili ndryshon vazhdimisht, në varësi të ndryshimeve të vazhdueshme kontekstuale (Robert, 1997). Cilësia e jetës lidhet ngushtë dhe me cilësinë e shëndetit si fizik dhe atë mendor (Gigantesco, Giuliani, 2011). Koncepti stil jete është një koncept, i cili fillimisht u përdor nga psikologu austriak Alfred (1964-1997). Ai argumentonte se mënyra e të konceptuarit tonë ndryshon sepse çdo njeri ka stilin e tij individual të jetës ku stili i jetës është i përbërë nga një grup qëndrimesh, njohurish, zakonesh që manifeston individit dhe që ndikojnë në cilësinë e jetës dhe në shëndetin e tij.

Studiuesit theksojnë se është vënë re një rritje e dukshme e sëmundjeve që lidhen me stilin e jetës. Sëmundjet që mendohet se janë të lidhura ngushtë me stilin e jetës mund të jenë: çrregullimet kardiovaskulare (CHD), obeziteti (O), diabeti mellitus (DM), dhe format e ndryshme të kancerit. Sipas Roger këto sëmundje janë përcaktuar dhe si sëmundjet më të rrezikshme (Roger, 2011). Pirja e duhanit, alkoolit, drogës, mungesa e aktivitetit fizik dhe dietat jo të rregullta janë disa komponentë mjaft të rëndësishëm që gjithashtu lidhen me stilin e jetës dhe që ndikojnë në shëndetin e individit në nivele të ndryshme, duke filluar nga një ndikim i lehtë deri tek ai, mjaft i rëndë (Khaw et al., 2008; Festi, Scaioli, Baldi, Vestito, Pasqui, Biase, Colecchia, 2009, Sassi, Hurst, 2008).

Disa nga modelet e stilit të jetës mësohen përmes ndërveprimit social me prindërit, me grupet e bashkëmoshatarëve, me kolegët, miqtë, me vëllezërit, motrat, në shkollë dhe nga masmedia (Bharathi dhe Abhinav, 2012 a). Këto modele apo zakone të lidhura me shëndetin (faktorët e sjelljes (BF), faktorët materialë (të tilla si mjedisi dhe standardet e jetesës), dhe faktorët psikosocialë (stresi dhe marrja përsipër e riskut), mund të kenë një

ndikim të konsiderueshëm në shëndetin e një individi (Gallant dhe Dorn, 2000 a; Warren, Hagen, Johnson, Jenkins Werneburg, Olsen, 2011).

1.2 Përcaktimi operacional i variablave të studimit

Besimet shëndetësore në këtë studim janë konceptuar si faktorë predispozues për manifestimin e sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Besimet shëndetësore janë bazat konceptuale më të përdorura për të kuptuar sjelljen shëndetësore tek individi. Ato janë një kombinim mes praktikës së qëndrimeve, nga ku kombinimi i tyre kontribuon në nxitjen e motivimit për të vepruar në lidhje me shëndetin Rosenstock (1974 b).

Komponentët përbërës të besimeve shëndetësore janë të bazuara në modelin teorik të propozuar fillimisht nga Rosenstock (1966 a) dhe që më vonë u modifikua nga Becker dhe Maiman (1975). Vlerësimi i shëndetit, perceptimi i ndjeshmërisë, i ashpërsisë, i përfitimeve, i barrierave, janë disa elementë të propozuar nga modeli i besimeve shëndetësore (HBM) të cilët janë edhe indikatorë të rëndësishëm të studimit.

Sjelljet shëndetësore janë përcaktuar në këtë studim si mënyra e vlerësimit të rrezikut apo e mirëqenies tek studentët dhe mësuesit. Sipas përkufizimeve nga autorë të ndryshëm në mënyrë të përgjithshme argumentohet se sjelljet shëndetësore janë ato veprime që ndërmerren nga individi për të ruajtur, kontrolluar shëndetin apo për të parandaluar një sëmundje (Kasl, Cobb 1966; Gochman, 1997; Rosenstock; 1974 c).

Faktorët individualë janë konceptuar në këtë studim si shkalla e vlerësimit të rolit të tipareve të personalitetit, të lokusit të kontrollit tek sjelljet shëndetësore. Komponentët përbërës të faktorëve individualë janë bazuar në modelin teorik të taksonomisë të pesë tipareve të mëdha të personalitetit të John dhe Srivastava (1999) dhe në modelin teorik të Wallson (2005) lokusi i kontrollit mbi shëndetin.

1.3 Struktura e kërkimit

Realizimi i këtij kërkimi ka kaluar në tre faza mjaft të rëndësishme shkencore. Në mënyrë kronologjike punimi, së pari, ka filluar me një rishikim mjaft të hollësishëm të literaturës vendase dhe të huaj, duke kaluar më pas në hartimin e studimit dhe duke përfunduar me studimin empirik.

Faza 1. Në fazën e parë të studimit ose gjatë rishikimit të literaturës u ndoqën këto hapa:

a) U ndërtua tabloja e studimit; b) U bë identifikimi i indikatorëve dhe përcaktimi i variablave të përgjithshëm në përputhje me nevojat e studimit; c) U bë konceptimi specifik i variablave të studimit, u ndërtuan dimensionet dhe shkallët përkatëse, ku variablit sjelljet shëndetësore iu dha trajta e variablit të varur; d) U bë integrimi i teorive përkatëse sipas variablave të studimit, mbështetur nga studime të gjëra me besueshmëri dhe vlera të larta shkencore. Në këtë fazë gjithashtu u bë një hulumtim mjaft i thelluar në lidhje me kërkimet shkencore të realizuara në fushën e psikologjisë së shëndetit për të kuptuar nevojat specifike dhe vlerën praktike të kërkimit. Po ashtu, në këtë fazë u bë një hulumtim mjaft i hollësishëm i raporteve statistikore të Institutit të Shëndetit Publik në Shqipëri për të parë ecurinë e studimeve dhe politikave promovuese të cilësisë së jetës dhe shëndetit. Rëndësia e vëzhgimit të këtyre raporteve statistikore konsistonte dhe me njohjen paraprake të nivelit të rritjes së sëmundjeve (që kryesisht janë të lidhura me sjelljet shëndetësore) në mënyrë që objektivat e studimit të përqendroheshin pikërisht në ato sjellje që mendohet se mund të shkaktojnë këto sëmundje, megjithëse objektivi primar nuk është zbulimi i shkaqeve dhe i pasojave, por është vlerësimi i gjendjes mbi modelet e besimit si faktorë shpjegues të sjelljeve shëndetësore. U bë analizimi i shumë studimeve mbi modelet e besimit, sjelljet shëndetësore, në raport me shëndetin në Shqipëri dhe në botë.

Gjatë këtyre hulumtimeve dhe analizave të vazhdueshme u konstatua që në Shqipëri studimet në fushën e psikologjisë së shëndetit, studimet mbi cilësinë dhe stilin e jetës, besimeve dhe sjelljeve shëndetësore janë të pakta, pothuajse mungojnë (studimet në këtë fushë të realizuara në Shqipëri të cilat do të citohen në pjesë të ndryshme të këtij studimi).

Në botë ekzistojnë studime mjaft të rëndësishme në fushën e psikologjisë së shëndetit, duke qenë se mirëqenia psikologjike dhe fizike e shoqërisë është dhe objektivi më i rëndësishëm i Politikave Shëndetësore. Me rritjen e numrit të sëmundjeve vdekjeprurëse dhe afrimin e pragut të vdekshmërisë (WHO 2014) liston ndër objektivat kryesorë nevojën për realizimin e sa më shumë kërkimeve shkencore me qëllim zvogëlimin e rreziqeve shëndetësore, vlerësimin e faktorëve përcaktues të shëndetit si dhe promovimin e elementëve për një cilësi e jetë të shëndetshme.

Faza e dytë. Në këtë fazë në mënyrë më specifike është bërë ngritja e pyetjeve kërkimore, përcaktimi i qëllimit dhe objektivave specifike, identifikimi dhe analizimi i instrumenteve në favor të realizimit të studimit. Pyetjet kërkimore janë ngritur sipas objektivave që duhet të arriheshin. Realizimi i hartimit të këtij studimi u ndërtua në mënyrë të tillë që të arrihej drejtpërdrejtë dhënia e përgjigjeve për të gjitha pyetjet kërkimore. Ky dizajn u ndërtua duke nisur fillimisht nga: a) analiza e literaturës; b) analizimi i hollësishëm i disa instrumenteve matës me qëllim matjen e variablave të identifikuar; c) analiza e hollësishme e studimeve që kanë përdorur këto instrumente matëse dhe rezultatet e dala nga to; d) operacionalizimi i variablave të studimit që është procesi i përcaktimit në mënyrë rigoroze të variableve në faktorë të matshëm (Legett 2011).

Në këtë mënyrë u përcaktuan ato variabla të cilët ishin të qartë për t'u matur në mënyrë empirike dhe sasiore. Kriter i përzgjedhjes ka qenë besueshmëria dhe vlefshmëria e tyre e lartë. Pas analizës së hollësishme që iu bë instrumenteve matës për të matur variablat e studimit u vendos që të përdreshin këto instrumente matëse:

Sistemi i monitorimit i faktorëve të sjelljeve të rrezikshme (BRFSS, 2012), Modeli i besimeve shëndetësore (HBM) (Norman & Fitter, 1991; Weissfeld et al., 1987); Shkallët Shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (MHCL scales) të Kenneth A. Wallston 2007; Inventari i pesë tipareve të mëdha (BFI, Oliver P. John dhe Sanjay Srivastava, 1999).

Faza e tretë. Në fazën e studimit empirik u ndoqën disa hapa si: a) Studimi empirik i cili filloi me përzgjedhjen e kampionit, përshkrimin e popullatës dhe pjesëmarrësve në këtë studim, dhe me përcaktimin e llojit të kampionit në përputhje me objektivat e studimit; b) Përshtatja e instrumenteve matës për të qenë sa më të besueshëm dhe sa më të vlefshëm për

studimin; c) Mbledhja e të dhënave në terren; d) Kodimi dhe hedhja e të dhënave në bazën e të dhënave të paketës statistikore për Shkencat Sociale 21 (Statistical Software of Social Science 21); e) Analiza e të dhënave të mbledhura; f) Interpretimi statistikor i rezultateve; g) Interpretimi dhe diskutimi i rezultateve të dala nga analiza statistikore dhe integrimi i tyre në përputhje me objektivat dhe pyetjet kërkimore të studimit; gj) Përmbledhje e gjetjeve, hartimi i përfundimeve; h) Kufizimet e studimit dhe rekomandimet përkatëse.

1.4 Përshkrimi i kapitujve

Studimi është strukturuar në disa kapituj të cilët do të listohen më poshtë.

Kapitulli I: Nis me një prezantim të përgjithshëm të perspektivës së studimit mbështetur në studimet vendase dhe të huaja. Në vija të përgjithshme është shprehur qëllimi i studimit dhe operacionalizmi i variablave të studimit.

Kapitulli II: Nis me shqyrtimin e konceptit shëndet-sëmundje, duke vazhduar më tej me konceptet besime dhe sjellje shëndetësore, që janë dhe dy koncepte shumë të rëndësishme të studimit. Shtjellimi i këtyre koncepteve bëhet duke i parë sipas këndvështrimeve e modeleve të ndryshme dhe duke marrë në konsideratë faktorët social-ekonomikë, demografikë dhe faktorët individualë si tiparet e personalitetit dhe lokusi i kontrollit.

Në këtë kapitull trajtohen teoritë apo modelet tek të cilat mbështetet studimi, kryesisht pyetjet kërkimore dhe hipotezat, kur ndër to mund të citohen: Modelet e Besimit të Shëndetit (Rosenstock d; 1974); Teoria e pesë tipareve të mëdha të personalitetit; Teoria e lokusit të kontrollit.

Kapitulli III: Nis me prezantimin e problemit kërkimor dhe rëndësinë e realizimit të studimit të modeleve të besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore në Shqipëri, mbështetur në evidenca të marra në studime të ngjashme kryesisht të realizuara nga Instituti i Shëndetit Publik në Shqipëri, gjithashtu kapitulli vazhdon më tej dhe me prezantimin e hollësishëm të të gjitha hapave specifike që ka ndjekur studimi duke filluar nga parashtrimi i qëllimit të punimit, me objektivat, pyetjet kërkimore dhe hipotezat e ngritura në lidhje me pyetjet kërkimore të studimit. Ky kapitull në vijim paraqet argumentimin në lidhje me metodën dhe kampionin e zgjedhur për studimin, kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit në studim, mënyrën e mbledhjes së të dhënave. Në kapitull gjithashtu paraqiten në mënyrë të

zgjeruar instrumentet matës të studimit me dimensionet përkatëse të tyre. Gjithashtu në vijim të kapitullit prezantohen më gjerësisht variablat studimore, të ndarë, në të varur e të pavarur dhe me indikatorët përkatës, paraqitet besueshmëria e tyre e matur nëpërmjet koeficientit alfa të Cronbach, gjithashtu paraqiten rikodimet e bëra për disa dimensione specifike.

Kapitulli IV: Nis me prezantimin e profilit demografik të pjesëmarrësve në studim, paraqiten analizat e bëra si; analiza korrelacionale, regresionale në lidhje me variablat kryesorë të studimit.

Kapitulli V: Nis me analizimin e gjetjeve statistikore, korrelacionale, parashikuese mbi sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri sipas variablave demografik.

Gjithashtu në këtë kapitull analizohen gjetjet statistikore, korrelacionale, parashikuese mbi sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri në lidhje me Modelin e Besimeve Shëndetësore, me pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe lokusin e kontrollit. Rezultatet e gjeneruara nga studimi janë krahasuar me studime të ngjashme të fushës studimore.

Kapitulli VI: Nis me paraqitjen e kontributit që sjell studimi, në vijim paraqiten kufizimet, sugjerimet për kërkime të mëtejshme. Gjithashtu paraqiten implikimet për teorinë dhe praktikën, duke vazhduar me rekomandimet dhe në fund me dhënien e konkluzioneve.

KAPITULLI II: LITERATURA TEORIKE

Ky kapitull shqyrton konceptet shëndet-sëmundje, duke vazhduar më tej me konceptet besime dhe sjellje shëndetësore. Shtjellimi i këtyre koncepteve bëhet duke i parë sipas këndvështrimeve dhe modeleve të ndryshme në përputhje me variablat, pyetjet kërkimore dhe hipotezat e studimit.

2.1 Njohja me nocionin shëndet - sëmundje

Nocioni shëndet rrjedh nga fjala latine *sanus* që do të thotë "i shëndetshëm" (WordSense.eu Online Dictionary, June 2014). Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO, 2013) *"shëndeti përcaktohet si një gjendje e plotë fizike, mendore, sociale dhe jo thjesht si një mungesë e sëmundjes"*. Gjatë hulumtimeve të bëra për të kuptuar dhe njohur përkufizimet e ndryshme në lidhje me shëndetin, është deri diku e pamundur për të gjetur këtë koncept të ndarë nga koncepti sëmundje. Shëndeti dhe sëmundja janë zhvilluar dhe kanë ndryshuar së bashku me kalimin e kohës si pasojë e avancimit të shkencës së mjekësisë. Gjithashtu ndryshimet kanë qenë të lidhura ngushtë dhe me ndryshimin e karakteristikave sociale, ekonomike dhe kulturore të një vendi. Sëmundja dhe shëndeti janë koncepte që vlerësohen duke marrë në konsideratë edhe përshtatjen e individit me mjedisin e tij shoqëror. Mjedisi është një sistem i madh brenda të cilit formohen shëndeti dhe sëmundjet, duke theksuar kështu një vizion që i afrohet konceptimit aktual sistemik dhe ekologjik (OECD, 2013).

Në shoqëritë e para industrialiste, sëmundja mendohej se ka qenë e lidhur ngushtë me ritualet fetare. Në kontrast me këtë, në familjet moderne dhe shoqëritë laike sëmundja nënkuptonte një dështim mekanik apo organik të trupit dhe komponentëve të tij. Ajo nuk ndikohet nga besimi (feja) (Srezer, 2004). Perspektiva e shoqërive të industrializuara reflekton një supozim se një person në mënyrë individuale ndjek shëndetin e "tij" apo "të saj" dhe trupin e tij/apo të saj përmes veprimeve specifike dhe konkrete diktuar nga një arsyetim shumë laik për mendjen dhe trupin. Tashmë praktikimet sociale në lidhje me shëndetin dhe mirëqenien reflektojnë një shqetësim spiritual, moral dhe politik (Angeli, 2010).

2.1.1 Lidhja mendje - trup

Në Greqinë e Vjetër lidhja mes trupit dhe mendjes shikohej në një mënyrë të veçantë. Fizikanti i vjetër grek Hipokrati (460-377 BC) e konsideronte mendjen dhe trupin si një të vetëm dhe sëmundjen e lidhte me balancimin e katër lëngjeve qarkulluese të trupit: lëngun e verdhë, gëlbasën (vrerin), gjakun, dhe lëngun e zi. Mendohej se një person ishte i shëndetshëm kur të katërta këto lëngje ishin në balancim me njëra-tjetrën, dhe kur këto lëngje nuk ishin në balancë për shkak të patogjeneve të ndryshëm, atëherë personi ishte i sëmurë. Hipokrati sugjeronte se duke u ushqyer në mënyrë të shëndetshme do të ndodhte një balancim i këtyre katër lëngjeve të trupit.

Helman një tjetër fizikant grek e mbështeti teorinë e katër lëngjeve të Hipokratit duke thënë se ato jo vetëm ndikonin në shëndetin e njeriut por në të njëjtën kohë përforconin dhe katër temperamentet kryesore (sanguin, kolerik, melankolik dhe flegmatik), ku nga ana tjetër këto temperamente mund të kontribuonin në formimin e eksperiencave dhe sëmundjeve specifike. Për shembull, ai propozoi që gratë melankolike ishin më të prira që të sëmureshin me kancer të gjirit. Ky propozim mbështeti teorinë që mendja dhe trupi janë shumë të lidhura me njëra-tjetrën (Helman, 1978; Galen, 129-199).

Filozofi francez Descartes (1596-1650 cit., Wozniak, 1995) propozoi se trupi dhe mendja janë subjekte të ndara. Ai gjithashtu propozoi që lidhja ndërmjet dy “sferave” ishte e mundur, pavarësisht se të kuptuarit se si lidhja mendje-trup funksiononte, ishte e limituar. *Për shembull si është e mundur që një mendim pa veti fizike të shkaktojë një reaksion trupor?* Solmes dhe Turnbull emërtuan një proces të quajtur dualizëm ku ideja, mendja dhe trupi janë dy sfera të ndara dhe ku mendja konsiderohet të jetë “jo materiale” (jo objektive ose e dukshme, siç janë mendimet ose ndjenjat), ndërsa trupi konsiderohet “material” (sepse përbëhet nga qelizat, truri, organet etj.). “Materiali” dhe “Jo Materiali” konsideroheshin të pavarura (Solmes, Turnbull 2002). Dualistët ishin ata që zhvilluan nocionin duke e konsideruar trupin si një makinë (pikëpamja si makineri duhet të kuptohet si formë ndërtimi nga pjesët si molekulare, biologjike, biokimike, gjenetike). Ndërsa me sëmundje kuptonin studimin e sëmundjes dhe proceseve qelizore dhe fiziologjike.

2.2 Sjelljet shëndetësore, ndikimi i tyre në shëndet

Sjelljet shëndetësore (HB) janë ato veprime që ndërmerren nga individi për të ruajtur, kontrolluar shëndetin apo për të parandaluar një sëmundje. Studiuesit Kasl dhe Cobb (1966) i përcaktojnë sjelljet shëndetësore si veprime të qëllimshme që individi ndërmerr për të zbuluar, parandaluar, përmirësuar dhe siguruar mirëqenien. Gochman (1997) i përkufizoi sjelljet shëndetësore si (sjellje modeluese) si veprime, shprehi që ndikojnë në mirëmbajtjen dhe përmirësimin e shëndetit (Vol.1). Ndërsa Rosenstock (1974 d) propozon se një sjellje shëndetësore është një sjellje e qëllimshme për të parandaluar një sëmundje.

Sjelljet shëndetësore konsiderohen gjithashtu si veprime që janë të lidhura me gjendjen shëndetësore të individit. Ato mund të konceptohen duke u nisur dhe thjesht nga mënyra se si një individ percepton kërcënimin nga ndonjë sëmundje apo problem shëndetësor. Shumë studime kanë shqyrtuar marrëdhëniet mes sjelljeve shëndetësore dhe rezultateve shëndetësore. Në një nga studimet e para të bëra në lidhje me sjelljet shëndetësore u identifikua se ekzistonin disa mënyra sjelljeje (si konsumi i duhanit dhe i alkoolit, stili i gjumit, aktiviteti fizik, stili i të ngrënit) që ishin të lidhura me sëmundshmërinë dhe jetëgjatësinë (Belloc dhe Breslow 1972, b; Friedman, Tucker, Schwartz, Martin, Keasey, Wingart dhe Criqui, 1995, Blaxter 1990).

Gjithashtu Doll dhe Peto (1981) sugjeruan se rreth 50% e vdekjeve, ndodhin për shkak të manifestimit të sjelljeve të jo të shëndetshme. Ata gjithashtu vlerësuan se 30% e vdekjeve nga kanceri vinin nga konsumimi i duhanit, 3% nga alkooli, 35% nga dietat, 7% nga sjelljet seksuale.

Në Britaninë e Madhe, 90% e vdekshmërisë nga kanceri i mushkërive i atribuohet pirjes së duhanit, ku pirja e duhanit gjithashtu lidhet edhe me sëmundje të tjera të tilla si kanceri i fshikëzës së urinës, i pankreasit, gojës, fytit dhe ezofagut por edhe me sëmundjet koronare të zemrës (McKeown, 1838-1970).

Studimet e fundit gjithashtu tregojnë se numri i vdekshmërisë mund të jetë i lidhur me disa nga këto sjellje të konsideruara si mjaft të rrezikshme për shëndetin (Kvaavik, Batty, Ursin, Huxley, Gale, 2010; Pryde dhe Kannel, 2010, Bellis, Hughes, Leckenby, Hardcastle, Perkins dhe Lowey, 2014).

Më tej, sjelljet shëndetësore janë përcaktuar dhe nga Materazzo (1984) ku, ndër të tjera, ai përfshin zakonet, sjelljet dëmtuese të shëndetit, të cilat i përcakton si sjellje patogjene (SP) p.sh. pirja e duhanit dhe të ushqyerit me yndyrna. Gjithashtu ai përmend dhe sjelljet mbrojtëse të shëndetit, të cilat i përcakton si sjellje imunogjene (SI) (p.sh. realizimi i kontrolleve shëndetësore). Sjelljet që mund të kenë një efekt pozitiv (SI) mund të jenë sjellje të tilla si: larja e dhëmbëve, vendosja e rripit të sigurimit, kërkimi i informacionit për shëndetin, realizimi i kontrolleve të rregullta shëndetësore, check-up-eve, realizimi i orëve të rregullta të gjumit natën, të ushqyerit e shëndetshëm.

Studiuesi Jessor i përcakton sjelljet shëndetësore dhe si sjellje problematike ku ai argumenton se sjelljet problematike janë ato sjellje që përcaktohen si burim shqetësimi, apo janë të padëshirueshme dhe të papërshtatshme me normat sociale/ligjore (Jessor, 1977; WHO, 2000).

Në shumë vende të botës sjelljet problematike shëndetësore janë fokusi u shumë qendrave studimore të cilat realizojnë studime të shumta mbi moshën e adoleshencës dhe tek të rinjtë. Këto studime synojnë për të kuptuar sjelljet problematike që vënë në rrezik shëndetin dhe zhvillimin e adoleshentëve dhe të rinjve.

Për t'iu rikthyer argumentit fillestar të kësaj çështjeje është e rëndësishme që në vijim të trajtohet dhe roli që kanë sjelljet shëndetësore në cilësinë dhe stilin e jetës së një individi.

Stili i jetesës është një term që përshkruan mënyrën se si individi jeton, sjelljet që manifeston (Chainani, Weidner, Purnell, Frenda, Worden, Pischke, Campo, Kemp, Kersh, Ornis, 2011). Gjithashtu në mënyrë të përgjithshme ky term mund të përkufizohet dhe si një mënyrë e përgjithshme jetese bazuar në bashkëveprimin në mes kushteve të jetesës dhe modeleve individuale të sjelljes të përcaktuara nga faktorët social kulturorë dhe karakteristikave personale (Gundala, Chava, 2010).

Në mijëvjeçarit e fundit është vënë re një rritje e interesit për temat që lidhen kryesisht me shëndetin dhe mirëqenien e shoqërisë. Mënyra se si njerëzit jetojnë dhe zakonet e sjelljes që ata praktikojnë. Në shoqëritë moderne studiuesit theksojnë se është vënë re një rritje e dukshme e sëmundjeve që lidhen me stilin e jetës.

Sipas Walsh (2011) çrregullimet kardiovaskulare (CHD), obeziteti, diabeti (DM), dhe format e ndryshme të kancerit janë përcaktuar si sëmundjet më të rrezikshme që janë të lidhura shumë fuqishëm me stilin e jetës.

Disa modele të stilit të jetës mësohen përmes ndërveprimit social me prindërit, grupet e bashkëmoshatarëve, me kolegët, miqtë, me vëllezërit, motrat, në shkollë dhe nga masmedia (Bharathi dhe Abhinav, 2012 b). Këto modele të stilit të jetës apo zakonet e lidhura me shëndetin (faktorët e sjelljes), faktorët materialë (të tilla si mjedisi dhe standardet e jetesës), dhe faktorët psikosocialë (stresi dhe marrja përsipër e riskut), mund të ketë një ndikim të konsiderueshëm në shëndetin e një personi (Gallant dhe Dorn, 2000 b).

Studimet e shumta periodike janë përpjekur të shpjegojnë shkakun e shtimit të sëmundjeve që lidhen me stilin e jetesës ku shpesh mendohet se këto sëmundje shfaqen dhe si rezultat i një kombinimi mes faktorëve psikosocial (Szreter, 2002). Stili i jetës dhe sjelljet që manifeston individ mund të jenë në favor ose në dëm të shëndetit të individit.

Studimet kanë treguar se stili i jetës mund të kuptohet në mënyra të ndryshme. Një sjellje individuale shëndetësore nga njëra anë e etiketuar si sjellje e stilit të jetës, e konceptuar në mënyrë më të plotë mund të përfshijë më shumë se vetëm sjelljen shëndetësore (Maas dhe Kuypers 1977; Aaro 1986).

Treguesit e stilit të jetës ndryshojnë por pirja e duhanit, konsumimi i alkoolit, aktiviteti fizik etj., janë sjellje që përdoren masivisht edhe pse në kultura të ndryshme. Në mesin e popullatës në përgjithësi gjendja shëndetësore fizike dhe vdekshmëria kanë qenë të lidhura me këto sjellje shëndetësore (Belloc, dhe Breslow, 1972 c; Berkman, Breslow, 1983 b). Sondazhet kombëtare të realizuara në SHBA kanë treguar se të rriturit kanë një tendencë të lartë për t'u angazhuar në manifestimin e këtyre sjelljeve shëndetësore dhe sipas studiuesve secila nga këto sjellje shëndetësore mund të çojë në një pasojë madje deri në izolim (Berrigan, Dodd, Troiano, Krebs dhe Barbash, 2003). Manifestimi në nivele të pakontrolluara i këtyre sjelljeve jo vetëm që mund të çojnë në izolim por madje shpesh dhe në vdekje të parakohshme (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben, Day, 2008).

Për psikologët e shëndetit stili i jetesës është një çështje shumë e rëndësishme, studimet në këtë fushë janë gjithnjë e në rritje për shkak dhe nevojës për modele dhe praktika sensibilizuese dhe parandaluese për një shëndet sa më të mirë.

Studiuesit renditin disa faktorë mjaft të rëndësishëm të cilat ndikojnë në shëndetin e individit, dhe sëmundjet që shkaktohen nga stili i jetës që bën individ. Sjelljet shëndetësore që ndikojnë në shëndetin dhe cilësinë e jetës së një individi janë të renditura si më poshtë:

a) Pirja e duhanit

Pirja e duhanit është një sjellje e lidhur shumë ngushtë me efektet negative në shëndet. Sëmundshmëria dhe vdekshmëria nga sëmundjet koronare të zemrës (CHD) janë të lidhura ngushtë me pirjen e duhanit (Doll et al. 1994). Gjithashtu ekziston një lidhje e fortë pozitive midis numrit të cigareve të pira në ditë dhe incidencës së CHD (Friedman et al. 1979; Godtfredsen, Lam, Hansel, Leon, Gray, Dresler, Burns, Prescott, 2008).

Pirja e duhanit gjithashtu lidhet dhe me sëmundjet kancerogjene të formave të ndryshme, si me kancerin e mushkërive, të fytit, stomakut dhe të zorrëve, në të njëjtën kohë lidhet dhe me reduktimin dhe uljen e aftësive të mushkërive dhe të bronkeve (Agaku, King, Dube, 2011). Pirja e duhanit sipas studiuesve lidhet me nivelin e ulët arsimor dhe me nivelin e ulët ekonomik, megjithatë kjo lidhje varion nga një kulturë në tjetrën (Hiscock, Bauld, Amos, Fidler dhe Munafo, 2012).

Po aq e rëndësishme është edhe mënyra si ushqehet një individ dhe dietat që ai ndjek gjatë jetës së tij.

b) Ushqimet, stili i të ngrënit

Nevoja për t'u ushqyer është një ndër nevojat primare që çdo qenie në tokë synon ta plotësojë. Kjo nevojë kaq elementare është e domosdoshme për ta plotësuar në mënyrë që çdo gjallesë dhe qenie të mbijetojë. Shumë shekuj më parë shoqëria njerëzore ushqehet në mënyra të ndryshme sepse kryesore ishte plotësimi i nevojës, në ditët e sotme mënyra se si ushqehemi dhe me çfarë ushqehemi është kthyer në një problematikë madhore për shëndetin publik. Zgjedhja e ushqimit, si çdo sjellje komplekse njerëzore, është e ndikuar nga shumë faktorë të ndërlidhur duke filluar nga ato fiziologjikë dhe duke vazhduar me ata ndijimorë, emocionalë, kulturorë, socialë dhe edukativë etj.

Shumica e njerëzve mendojnë se të jetosh dhe të ushqehesh në mënyrë të shëndetshme është një sfidë e madhe, dhe se shpesh është e nevojshme vetëm të ushqehesh në mënyrë që të jetosh shëndetshëm.

Vitet e fundit politikat e Shëndetit Publik Botëror përpiqen për të promovuar mënyra të ushqyerit sa më cilësore dhe sa më të shëndetshme (FDA, 2006). Të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme përfshin të ngrënit e vakteve në mënyrë të rregullt, eliminimin e dietave ekstreme, gjithashtu shmangien e konsumimit të ushqimeve të pakontrolluara dhe të ngrënit pa kriter. Individët të cilët nuk ushqehen në mënyrë të shëndetshme janë më të rrezikuar për të zhvilluar p.sh. sëmundje koronare të zemrës, presion të lartë të gjakut, diabet të tipit II, sëmundje kancerogjene, gjithashtu janë të rrezikuar për t'u shëndoshur apo për të kaluar në obezitet (Mozaffarian, Hao, Rimm, Willett, 2011; Pencina, D'Agostino, Larson, Massaro, Vasan, 2009). Mbajtja e dietave ekstreme që shpesh çojnë në një ushqyerje të dobët, shkaktojnë dobësimin e sistemit imunitar, një dietë e varfër shpesh mund të ndalojë trupin për të luftuar kundër disa formave kancerogjene (Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore, DHHS, 2008 a). Ata individë që shpesh nuk marrin mjaftueshëm vitamina dhe lëndët e tjera ushqyese në ushqimin e tyre janë më të rrezikuar nga sëmundjet kancerogjene të shkaktuara nga mungesa e imunitetit. Obeziteti është një nga sëmundjet që lidhet në mënyrë të drejtpërdrejtë me stilin e të ngrënit dhe pasivitetin, ushqimet që kanë në përbërje të tyre nivel të lartë sheqeri dhe yndyrna të ngopura mund të çojnë në një shëndoshje ekstreme që me kalimin e kohës hap rrugën dhe për zhvillimin e një sërë sëmundjesh të tjera (Kruijschaar, Barendregt, Bonneux, 2007; Shai, Schwarzfuchs, Henkin, et al, 2009).

Në botën e tretë, problemet e lidhura me dietën dhe shëndetin janë nga mungesa e ushqimit, ndërsa në botën e parë janë ato që lidhen me konsumimin e tepërt të ushqimit. Në qytetet e zhvilluara perëndimore problemet shëndetësore lidhen me konsumimin e ushqimeve me nivelin e yndyrnave shumë të larta dhe mungesën e konsumimit të frutave dhe drithërave, të kombinuara këto dhe me mungesën e lëvizjeve apo ushtrimeve kanë ndikuar në rritjen e numrit të personave mbi peshë që shoqërohen më pas dhe me probleme të tjera shëndetësore (DHHS, 2013). Studimet e fundit gjithashtu synojnë dhënien e këshillave të ndryshme si një mënyrë për të parandaluar sëmundjet që lidhen ngushtë me stilin e të ushqyerit, duke qenë se këto lloj sëmundjesh kanë dhe një kosto mjaft të lartë për politikbërjen e shëndetit të një vendi.

Po sipas studiuesve stili i të ngrënit dhe efektet e tij mbi shëndet janë të lidhura ngushtë dhe me aktivitetin fizik që realizon individ. Nëse individ ushqehet shëndetshëm dhe realizon në mënyrë të vazhdueshme ushtrime fizike është i predispozuar të ketë një shëndet më të mirë dhe një cilësi jete më të lartë. Efektiviteti i ushtrimeve fizike do të trajtohet në vijim.

c. Ushtrimet fizike dhe mungesa e aktivitetit fizik

Në studimin e njohur të bërë nga Belloc dhe Breslow (1972 d) u konstatua që një ndër 7 sjelljet individuale që ndikonte në mënyrë të konsiderueshme në shëndetin e individit ishte dhe ushtrimet fizike. Përfitimet e mundshme shëndetësore gjatë angazhimit në ushtrime të rregullta fizike ndikon dukshëm në rritjen e jetëgjatësisë dhe në uljen e sëmundshmërisë tek individ. Studiuesit kanë vënë re se ata individë të cilët përfshihen rregullisht në ushtrime fizike kanë një sistem imunitar më të fortë, janë më pak të rrezikuar të preken nga sëmundjet CHD, nga sëmundjet e kockave nga rritja e nivelit të sheqerit në gjak (DHHS, 2008; Wang, Pratt, Macera, Zheng, 2004). Nga ana tjetër mungesa e aktivitetit fizik ndikon mjaft negativisht në cilësinë dhe stilin e jetës së një individ.

Sipas WHO pasiviteti fizik shkakton 1.9 milion vdekje në vit në të gjithë botën. Të dhënat e nxjerra nga WHO dhe nga ISTAT, tregojnë se rreth 60% e popullsisë nuk bën një aktivitet fizik të kënaqshëm. Këto të dhëna janë në përputhje dhe me ato të Qendrës Amerikane për Kontrollin e Sëmundjeve ku raportohet se 54% e popullsisë janë pasiv (Vuori, 2002).

Njerëzit janë programuar gjenetikisht për të lëvizur, aktiviteti fizik ka qenë dhe mbetet një stimul esencial biologjik i nevojshëm për të ruajtur funksionet, strukturat dhe qëllimet e organeve (Booth et al., 2002). Pasiviteti është një term i cili për ta përkufizuar në mënyrë sa më të përshtatshme mund të përshkruhet si koha e shpenzuar ulur. Pasiviteti mund të përkufizohet si një gjendje në të cilën lëvizja e trupit është minimale (Katzmarzyk, 2014). Sjelljet pasive përfshijnë: të shikuarit televizor, të lexuarit, puna në kompjuter, të flasësh me shoqet/shokët në telefon, të ngasësh makinën, të meditosh ose të hash (British Heart Foundation National Centre, BHFNC, 2012). Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO) subjektet më të rrezikuara nga jeta sedentare janë grupmosha e mesme dhe të moshuarit ose mosha e tretë, ku ndër të tjera këto grupmosha janë më të rrezikuar të preken nga sëmundjet degjenerative (Resoluta WHA55/23 e 55 th Asambleja Botërore e

Shëndetësisë - 2002). Studimet e fundit kanë treguar se edhe në mesin e të rinjve, është rritur rreziku i prekjës nga sëmundjet që kanë si bazë pasivitetin fizik (Biddle, Pearson, Ross, Braithwaite, 2010). Pasiviteti fizik sipas studiuesve shoqërohet dhe me përdorimin e duhanit dhe një diete të varfër, e cila po bën pjesë gjithnjë e më shumë në stilin e jetës së sotme.

Sipas WHO-së, 60-85% e njerëzve në mbarë botën bëjnë një stil jete të varfër duke qëndruar pasiv, gjithashtu është vlerësuar gjithashtu se gati dy të tretat e fëmijëve kanë një mungesë të theksuar të jetës aktive, që mund të sjellë pasoja të rënda në shëndetin e tyre në të ardhmen (Tremblay, LeBlanc, Kho, Saunders, Larouche, Colley, 2011). Aktiviteti fizik si një ecje e shpejtë me periudha të qëndrueshme shkakton aktivizim të loco-motorikës, sistemit kardio-respirator, nervor, endokrin, dhe organet sekretuese etj. Përsëritja e këtyre aktiviteteve çon në përshtatjen e organeve për të rritur tolerancën e tyre ndaj ngarkesës dhe kushteve të ndryshme mjedisore. Të qenit aktiv nxit përfitimet pozitive psikologjike dhe fiziologjike, individi është i pajisur me një sistem imunitar që e ndihmon në përballimin e stresit dhe në reduktimin e sëmundjeve kronike (Silverman dhe Deuster, 2014).

Dëmet që mund të shkaktohen nga mungesa e aktivitetit fizik janë mjaft të larta, prandaj dhe politikat shëndetësore duke shfrytëzuar në mënyrë të dukshme dhe masmedian, synojnë të promovojnë dhe të nxisin shoqërinë që të kryejnë sa më shumë aktivitete fizik në mënyrë që të shmangin sa më shumë këto sëmundje që kryesisht ndikojnë negativisht në cilësinë e jetës të personave në moshën e tretë, por tashmë dhe tek të rinjtë.

d) Stili i të fjeturit

Stili i të fjeturit ose gjumi që bën individi luan një rol mjaft jetik për një shëndet të mirë dhe për një mirëqenie gjatë gjithë jetës së njeriut. Sipas studimeve të shumta të fjeturit mjaftueshëm dhe në mënyrë cilësore mund të ndikojë në mbrojtjen e shëndetit mendor, fizik, dhe në cilësinë e jetës (Imaki, Hatanaka, Ogawa, Yoshida, Tanada, 2002).

Mungesa e vazhdueshme e gjumit mund të rrisë rrezikun për disa probleme kronike të shëndetit p.sh. individët të cilët bëjnë një stil jete të mbushur me aktivitete dhe ku gjumi mungon në pjesën më të madhe të kohës, mund të jenë më të rrezikuar të preken nga sëmundjet e zemrës, sëmundjet e veshkave, presioni i lartë i gjakut, nga diabeti, nga

goditjet cerebrale. Gjithashtu mungesa e gjumit rrit rrezikun e shtimit në peshë deri në shfaqjen e obezitetit, në të njëjtën kohë mungesa e gjumit ndikon në mënyrën e të menduarit, reaguarit dhe të mësuarit (Ohida, Kamal, Uchivama, Kim, Takemura, Sone, Ishii, 2001; Pronk, Anderson, Crain, Martinson, O'Connor, Shereood, Whiterbird, 2004). Mungesa e gjumit shkakton efekte negative të shumta në jetën e një individi, kryesisht pasojat janë në nivelin individual por nuk përjashtohen dhe rastet kur sjellja ndikon dhe më gjerë.

e) Kontrollat shëndetësore

Individi në të shumtën e rasteve mund të kërkojë me dëshirë për të mbrojtur shëndetin e tij. Një mënyrë mjaft efikase, mund të jetë, pjesëmarrja në programe të ndryshme këshilluese dhe sensibilizuese etj. Mënyra të tilla informimi e ndihmojnë individin shpesh të zbulojë në kohë simptomat dhe fillimin e një sëmundjeje. Në mjaft shtete të botës politikët shëndetësorë nxisin shtetasit e tyre të bëjnë kontrole të vazhdueshme për shëndetin e tyre. Në Angli, p.sh. janë përpiluar programe të shumta të depistimit (shqyrtimit) për sëmundje të ndryshme, duke përfshirë sëmundjen e anemisë, diabetit, astmës, kancerit të qafës së mitrës, kancerit të gjirit (Strax 1984; Conner, 2002). Australia gjithashtu është një vend, i cili nxit po ashtu këto politika për sa i përket kontrolleve shëndetësore. Udhëzimet e dhëna nga profesionistët e shëndetit publik synojnë të pajisin individët me mënyra se si të parandalojnë dhe të mbajnë në kontroll infeksionet apo simptomat e një sëmundjeje (Guida Australiane e Kujdesit Shëndetësor për parandalimin dhe kontrollimin e infeksioneve, 2010).

d) Përdorimi i alkoolit

Konsumimi i alkoolit është një tjetër sjellje e cila shkakton dhe efekte të ndryshme në organizëm. Konsumimi i moderuar i alkoolit sipas studiuesve mendohet se mund të lidhet pozitivisht me shëndetin, por nga ana tjetër konsumimi i tepruar i alkoolit mund të shkaktojë efekte negative në organizëm. Efektet negative janë vënë re në rritjen e presionit të gjakut, përshpejtimin e sëmundjeve koronare të zemrës, dhe me shfaqjen e ceroxës së mëlçisë. Konsumimi i alkoolit mund të dëmtojë fëmijën gjatë shtatzënisë (nëse nëna

konsumon alkool në doza të mëdha). Alkooli në masë të madhe rrit shanset e zhvillimit të kancerit të gjirit dhe formave të tjera kancerogjene (Hamajima, Hirose, Tajima, et al, 2002). Gjithashtu konsumimi i alkoolit në nivele të larta mendohet se është i lidhur me ndodhjen e aksidenteve automobilistike, lëndimin e vetes dhe të tjerëve, me kryerjen e akteve vetëvrasëse, përfshirja në sjellje kriminale, ndikon në rritjen dhe manifestimin e dhunës në familje dhe në shoqëri, kryerjen e përdhunimeve, marrëdhënieve seksuale të pambrojtura, gjithashtu dhe në kryerjen e vrasjeve (DHHS, 2000; WHO, 2006; Morgan dhe McAtamney, 2009).

Sjelljet e lartpërmendura në një mënyrë apo në një tjetër janë të lidhura me cilësinë e shëndetit dhe me formimin e disa besimeve bazë mbi shëndetin. Disa nga këto sjellje në shoqëri të ndryshme mund të cilësohen si jo të shëndetshme dhe shpesh si shkaktarët kryesorë për cilësinë e një jete të ulët dhe një shëndeti të dobët.

Politikat botërore të shëndetësisë po punojnë intensivisht për sensibilizimin dhe për përgatitjen edukative të shoqërisë për të shmangur sa më shumë sjelljet jo të shëndetshme. Mirëqenia e një shoqërie lidhet dhe me jetëgjatësinë e shoqërisë por dhe me rritjen ekonomike të vendeve. Sjelljet shëndetësore lidhen ngushtë me cilësinë e shëndetit të një individi.

2.3 Faktorët social-demografik dhe efektet e tyre në shëndet

Siç u citua dhe më lart cilësia e shëndetit tek individi është si rezultat i një ndërveprimi mes individit dhe ndryshueshmërisë së tij biologjike, psikologjike, ekzistenciale, shoqërore, kulturore dhe të ekosistemeve në të cilin personi bën pjesë. Studimet empirike të realizuara në fushën e psikologjisë së shëndetit supozojnë se ekzistojnë dy grupe të mëdha që kanë një impakt të rëndësishëm tek sjelljet shëndetësore. Në grupin e parë përfshihen faktorët e brendshëm individual dhe në grupin e dytë përfshihen faktorët e jashtëm (mjedisorë).

2.3.1 Faktorët e brendshëm individual

Studiuesit argumentojnë se nuk mjaftojnë vetëm faktorët socialë për të kuptuar sjelljen shëndetësore, por duhet të fokusohemi dhe tek faktorët individualë për të kuptuar më mirë atë. Sipas studiuesve variablat e përfshirë tek faktorët e brendshëm individual mund të jenë

determinues më tepër se sa konteksti social. Studiuesit argumentojnë se në studimet e tyre lind nevoja që të kuptojnë se p.sh.: Çfarë personaliteti kanë duhanpirësit? Çfarë tiparesh të tjera individuale ka një individ që bie pre e varësisë së duhanit (alkoolit, substancave narkotike etj.)? Variablat më të rëndësishëm që përfshihen në këtë kategori janë të renditura më poshtë:

a) Lokusi i kontrollit dhe atributet

Lokusi është pika referuese e kontrollit. Parimi i parë në lidhje me konceptin e kontrollit lidhet me vetefikasitetin. Sipas teorisë së Skinner (1995), në lidhje me kontrollin, ai pretendon se ky proces është konstrukt qendror në pothuajse të gjitha aspektet e sjelljes njerëzore. Rotter dallonte dy tipa orientuese të procesit të kontrollit tek individit si: të brendshëm, ku individit është i prirë që të vlerësojë veprimet si rezultat i kontrollit të tij, dhe të jashtme ku individit është i prirë që t'i vlerësojë ngjarjet si jashtë kontrollit të tij, p.sh. situatat mund të jenë shkaktuar nga njerëz të tjerë ose nga fati. Brendësimi kundrejt jashtësimit sipas teorisë së atribuimit është aplikuar në mënyrë specifike edhe për shëndetin. Individët kanë tendencë t'i shohin ngjarjet si të kontrollueshme prej tyre (një lokus i brendshëm kontrolli) ose të pakontrollueshme nga ata (një lokus i jashtëm i kontrollit). Duke pasur kontroll mbi shëndetin personal, individit gjithashtu ka më shumë kontroll dhe mbi mendimin dhe veprimin që ndërmerr (Wallston, 1991). Edhe pse dikur mendohej se besimet e brendshme dhe të jashtme ishin në skajet e kundërta të një vazhdimësie (Rotter, 1966), Wallson gjithashtu argumenton se këto dy orientime besimi janë të pavarur nga njëri-tjetri, sepse individit mund të mbajë njëkohësisht besime të brendshme dhe të jashtme në lidhje me lokusin e kontrollit të një fenomeni të caktuar (Wallston, 1989). P.sh një person i diagnostikuar rishtazi me kancer në mushkëri ka shumë të ngjarë që ai t'ia atribuojë diagnozën faktorëve të tij të brendshëm si p.sh. pirja e duhanit, dieta e varfër ushqimore, mungesa e aktivitetit etj., por në të njëjtën kohë individit mund t'ia atribuojë diagnozën e kancerit të mushkërive shkaqeve të jashtme si "geneve të këqija" (të trashëguara nga njëri prej prindërve), dënim nga Perëndia, ndotjes së mjedisit, ose fatit të keq. Nga kjo rrjedh dhe supozimi se një person me shumë gjasa do të miratojë një sjellje, kur ai pret një rezultat të caktuar që ka rëndësi të madhe për të.

Wallston ka bërë një matje në lidhje me shëndetin dhe lokusin e kontrollit për të parë nëse individët e konsiderojnë shëndetin e tyre si të kontrolluar prej tyre p.sh. *"Unë jam përgjegjës direkt për shëndetin tim"*, nëse ata besojnë se shëndeti i tyre nuk është i kontrollueshëm nga ata por është në duart e fatit p.sh. *"nëse unë jam mirë apo jo nuk është një çështje e fatit"* ose nëse ata e konsiderojnë shëndetin e tyre si nën kontrollin e të tjerëve të fuqishëm p.sh. *"Unë mund të bëj vetëm atë që mjeku im më tregon mua për të bërë"* (Wallston dhe Wallston, 1982).

Ashtu si çdo sjellje shëndetësore që është e rëndësishme për shëndetin e individit, edhe atributet zënë një vend mjaft të rëndësishëm duke ndikuar në sjelljen shëndetësore. Psikologët socialë i kanë kushtuar vazhdimisht rëndësi këtij procesi duke e konsideruar atë si mjaft të rëndësishëm në vendimmarrjen për të vepruar ose jo.

Sipas psikologëve socialë, individi është i prirë për të marrë shumë informacion mbi ndjenjat dhe gjendjet shpirtërore të të tjerëve, mbi veprimet dhe sjelljet, duke i veshur më pas mendimet dhe gjykimet personale për atë që e rrethon. Kjo tendencë për të nxjerrë përfundime mbi shkaqet e veprimeve të të tjerëve quhet atribuim (Marshall, Fjalor Sociologjik). Studiuesit kanë identifikuar disa lloje atribuimesh ku individi për çdo situatë ka shpjegime të ndryshme të procesit atributiv, dhe ku shpjegimet lidhen me dimensionin bazë të atribuimit, siç është *vendndodhja e shkakësisë*, me *stabilitetin* dhe aftësinë *kontrolluese* (Dragoti, 2004).

Individët mendohet se janë të predispozuar të kenë një stil të qëndrueshëm atributiv dhe se stilet atributive janë të ndikuara nga faktorët ndërkulturorë (Berder, Spada, Wulf, Traber dhe Rauss, 2012). Ky ndikim kulturor atributiv i vendimmarrjes është konfirmuar dhe nga teoria atribuese, paragjykimi i vetëshërbimit që është tendenca e përgjithshme për të lidhur rezultatet pozitive me faktorët personalë dhe ato negative me faktorët e jashtëm (Abé, Rudolph dhe Schütz, 2007).

Studimet e ndryshme kanë argumentuar se ekzistenca e paragjykimit të vetvetes (*self-biases SF*) është e lidhur ngushtë dhe me praktikat shëndetësore dhe me përmirësimin e strategjive të përgjithshme përballuese shëndetësore (Leeuwen, 2009). Kultura gjithashtu ndikon dhe mbi mënyrën se si një individ krijon atributin e tij mbi shëndetin, sëmundjen dhe sjelljet e manifestuara. Dallimet kulturore në atributet e shëndetit mendohet se duhet të merren në

konsideratë nga profesionistët e shëndetit sepse gjatë gjithë kohës atributet luajnë një rol thelbësor në formimin e besimeve në lidhje me shëndetin dhe sëmundjet (Sobo dhe Loustaunau, 2010).

Besimet shëndetësore të formuara ndikojnë dhe në mënyrën se si individi formon atributet e tij, gjithashtu ndikon në formimin e një lloj skeme kognitive (Burke, 2003). Në lidhje me besimet shëndetësore në vende të ndryshme të botës rezulton se p.sh. afrikano-amerikanët janë të predispozuar ta atribuojnë sëmundjen së jashtmi, pra t'ia atribuojnë fatit ose zotit (Klonoff, Landrine, 1999 a; Singh, 2009). Nga ana tjetër, anglo-amerikanët besojnë dhe e atribuojnë së brendshmi sëmundjen si një përgjegjësi individuale (Klonoff, Landrine, 1999 b). Lokusi i kontrollit dhe atributet e një individi janë tipare të rëndësishme që ndikojnë dhe në formimin e personalitetit të një individi, ku vetë tiparet e personalitetit të një individi lidhen ngushtë me shëndetin, stilin dhe cilësinë e jetës së tij.

b) Tiparet e personalitetit

Tiparet e personalitetit luajnë një rol të rëndësishëm në shëndetin e individit. Këto tipare mund të jenë parashikues të rëndësishëm për manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Ekzistojnë hipoteza të ndryshme që përpiqen të shpjegojnë se si ndikojnë faktorët e personalitetit në shëndetin e individit. Një hipotezë e rëndësishme e ngritur nga studiues të shumtë është ajo se si ndikojnë 5-tiparet (FFM) e personalitetit në shëndetin e individit.

Këto pesë tipare të personalitetit sipas psikologëve të ndryshëm konsiderohen si thelbi i dallimeve individuale të individit. Disa psikologë supozojnë që sjellja e njeriut është e përcaktuar nga këto tipare të brendshme, duke i dhënë situatës një rol shumë të vogël në përcaktimin e sjelljes. Sipas tyre këto tipare bëjnë që një individ të veprojë në një mënyrë të caktuar në një situatë të caktuar. Studiuesit Allport, Norman dhe Cattell ishin ato që ndikuan në formulimin e një taksonomie, studiues të tjerë e vazhduan këtë rrugëtim duke formuluar një taksonomi të përbërë nga 5 faktorë ose 5-dimensione (Pervin dhe John, 1999). Këto 5-dimensione të personalitetit janë:

(E) Ekstravert - një person i tillë është i hapur ndaj diskutimeve (fjalë shumë), i socializuar dhe asertiv;

(A) I pajtueshëm - një individ i dashur, bashkëpunues, i besueshëm;

(C) I përgjegjshëm - një person përgjegjës, i rregullt dhe i besueshëm;

(N) Neurotik - një person që është vazhdimisht i shqetësuar, i prirë për të qenë i depresuar;

(O) I hapur ndaj eksperiencave, një person i tillë është imagjinar dhe me mendime të ndryshme.

Studimet e viteve të fundit i kanë kushtuar shumë rëndësi lidhjes mes emocioneve dhe sëmundjeve të ndryshme dhe kjo lidhet në mënyrë të ngushtë me tipat dhe tiparet e personalitetit.

Tipi A i personalitetit. Ky lloj personaliteti është i karakterizuar nga një lloj urgjence (koha), i padurueshëm, ankthioz, nuk gjen kohë për t'u relaksuar, ka probleme të shumta me gjumin, ndjenja të forta konkurrence, perfeksionist në ushtrimin e profesionit, tendenca neurotike, gjendje të vazhdueshme zemërimi, armiqësor, agresiv. Ky tip personaliteti është i rrezikuar më shumë për t'u prekur nga sëmundjet koronare të zemrës (CHD). (Friedman dhe Rosenman, 1960, a; Suls dhe Bunde, Anger, 2005 a; Bunker, Colquhoun, Esler, Hickie, Hunt, Jelinek, Oldenburg, Peach, Ruth, Tennant, Tonkin, 2003; Steptoe, Molloy, 2007).

Të gjithë individët në situata të tensionuara mund të jenë të ngjashëm me tipin A, por individët me këtë tip personaliteti janë gjatë gjithë kohës në këtë gjendje. Në një studim të gjerë meta-analitik (ku janë marrë në konsideratë 25 studime) të bërë për të gjetur lidhjet midis CDH dhe tipit A të personalitetit dhe armiqësisë, u vu re se nuk kishte ndonjë lidhje të rëndësishme mes tipit A të personalitetit dhe sëmundjeve koronare, por lidhja e rëndësishme u gjet mes armiqësisë dhe CDH (Myrtek, 2001).

Tipi B i personalitetit. Ky lloj personaliteti është i aftë të pushojë (nuk është në gjendje të përhershme gatishmërie), nuk manifeston ndjenja të vazhdueshme merak, manifeston një nivel të ulët stresi, punon në mënyrë të qëndrueshme, është i aftë t'i shijojë arritjet e tij, është shumë krijues dhe eksplorues idesh dhe konceptesh të reja (Friedman dhe Rosenman, 1950-1974b).

Studimet e ndryshme tregojnë se kjo kategori njerëzish, me këtë tipar personaliteti janë më pak të rrezikuar për t'u prekur nga sëmundjet CHD. Tek tipi A i personalitetit reagimi ndaj situatave stresante është i menjëhershëm, pavarësisht se në pamje të jashtme mund të vihet re se këta individë i përgjigjen në mënyrë të vazhdueshme stresit, pozitiviteti në këtë rast lidhet me faktin që këta individë e shkarkojnë menjëherë ngarkesën negative, e kundërta

ndodh me individët e tipit B. Individët e tipit B e brendësojnë stresin duke e përjetuar në mënyrë më të gjatë atë. Statistikisht tipat A sipas studiuesve mendohet se kanë një incidencë shumë më të lartë me manifestimin e CHD. Ndërsa tipat B mendohet se mund të jenë më të rrezikuar për t'u prekur nga sëmundjet kancerogjene apo sëmundje të tjera kronike (Garssen, 2004; Ndaler, 2009). Gjetjet shpesh janë të diskutueshme por gjithashtu shumë studime sugjerojnë se ky lloj personaliteti është i lidhur ngushtë me incidencën e rezultateve shëndetësore negative (Suls, Bunde dhe Anger, 2005 b).

Tipi C i personalitetit. Ky lloj personaliteti ka një tendencë për t'u mbyllur në vetvete, është i respektueshëm, dëshiron të jetë i pavarur dhe autonom, por në të njëjtën kohë i pëlqen që puna dhe aktivitetet e tij të jenë të kontrolluara dhe të mirëorganizuara. Ky tip personaliteti ka shumë frikë nga kritikrat e të tjerëve, dhe shpesh është i predispozuar të përjetojë lehtë situata depresive. Megjithëse, studimet kanë treguar se mund të ketë një lidhje mes sëmundjeve dhe këtij tipi personaliteti, nga ana tjetër, nuk është zbuluar nëse ka një lidhje mes stilit të jetës dhe sjelljeve shëndetësore që manifestojnë individët (Spiegel dhe Davis, 2003; Jawer, Micozzi, Dossey, 2009).

Tipi D i personalitetit. Ky lloj personaliteti vuan nga një shkallë e lartë e shqetësimit emocional, pasi ai është në gjendje të shtypi vazhdimisht ndjenjat e tij. Studimet e hershme tregojnë se Tipi D i personalitetit është mjaft i rrezikuar të zhvillojë CHD dhe mjaft sëmundje të tjera duke përfshirë dhe sëmundjet kancerogjene. Gjithashtu këta individë karakterizohen dhe nga një cilësi jetese e varfër (Denollet, 2005). Gjatë studimeve të shumta sistematike të dokumenteve mjekësore është vënë re se individët me tipin D të personalitetit shfaqin ankesa të shumta somatike, dhe janë vazhdimisht shumë më të shqetësuar për sëmundjen e tyre, se sa individët që nuk rezultojnë të kenë këtë tip personaliteti (Mols, Oerlemans, Denollet, Roukema, dhe Poll-Franse, 2012; Broström, Strömberg, Mårtensson, Ulander, Harder, Svanborg, 2007).

Studime të tjera kanë treguar se individët me tipin D të personalitetit manifestojnë një nivel të ulët vetëkujdesi shëndetësor, duke mos kërkuar një kujdesje shëndetësore në lidhje me shëndetin e tyre (Williams, O'Connor, Howard, Hughes, Derek, Julia, 2008; Pelle, Schiffer, Smith, Widdershoven dhe Denollet, 2010).

2.3.2 Faktorët e jashtëm (mjedisorë)

Studimet e hershme kryesisht në grupin mjedisor përfshin klasën sociale, të ardhurat familjare, por studimet e viteve të fundit i kanë zgjeruar kufijtë e asaj që përbëjnë përcaktuesit e jashtëm. Disa nga elementët e rëndësishëm të faktorëve mjedisorë renditen si më poshtë:

a) **Mbështetja sociale**

Mbështetja sociale është një nga marrëdhëniet e rëndësishme shoqërore. Ajo i referohet llojeve të ndryshme të mbështetjes (p.sh. asistencë/ndihma) që njerëzit e marrin nga të tjerët e cila klasifikohet në dy (ndonjëherë dhe tre) kategori të mëdha si: mbështetja emocionale, materiale (nganjëherë dhe informative).

Mbështetja emocionale i referohet situatave ku njerëzit veprojnë duke u kujdesur, i dhurojnë dashuri, mbështetje individit, duke nxitur tek ai ndjenjën e vetëvlerësimit (p.sh., duke folur mbi një problem, duke e inkurajuar/reagim pozitiv).

Mbështetja instrumentale i referohet llojeve të ndryshme të ndihmës (e prekshme) që të tjerët i ofrojnë një individ (p.sh. ndihma që mund të japin mbi kujdesin ndaj fëmijës/shtëpisë, sigurimit të transportit ose dhe të hollave).

Mbështetja informative përfaqëson formën e tretë të mbështetjes sociale dhe që i referohet ndihmës që të tjerët mund t'i ofrojnë individit përmes ofrimit të informacionit (informacion për rrezikun nga sëmundjet e stilit të jetës) (Seeman, 2008).

Mbështetja sociale kryesisht (veçanërisht ajo emocionale) ndikon pozitivisht në mirëqenien psikologjike të një individ. Individët të cilët gëzojnë mbështetje të madhe sociale janë më pak të rrezikuar të preken nga shqetësimet psikologjike (Stansfeld et al, 1997). Kjo mbështetje sociale mund të ketë ndikim të konsiderueshëm dhe mbi kosto-përfitimet dhe besimet mbi vetefikasitetin (Catania, 1990). Gjithashtu individët që janë të rrethuar me mbështetje të lartë sociale janë më shumë të informuar rreth të rejave të fundit mbi shëndetin dhe sëmundjet, duke krijuar në këtë mënyrë dhe besime të ndryshme në lidhje me sjelljet pozitive apo negative të shëndetit (Uchino, 2006; Tay, Tank, Diener, 2013).

b) Media dhe interneti

“Komunikimi në mënyrë eksplicite ndikon tek individët në formimin e besimeve se ata kanë aftësinë për të ndryshuar zakonet e tyre shëndetësore. Komunikimi rrit nivelin e vendimmarrjes tek individët për të modifikuar zakonet e dëmshme për shëndetin e tyre” (Bandura,1990). Media po sipas Bandurës ndikohet në mënyrë të fuqishme nga perceptimi mbi vetefikasitetin dhe këtë gjë e bën gjatë kohës që ajo promovon praktikat e ndryshme shëndetësore (Bandura,1990). Televizioni, radioja, filmat, lojërat, reklamat, si dhe organet e tjera të medias sociale si Facebook dhe Twitter etj., mund të kenë ndikime të rëndësishme mbi shëndetin individual dhe atë kolektiv.

Ekspozimi ndaj medias në mënyrë të vazhdueshme, mund të ndikojë në formimin e sjelljeve jo të shëndetshme të tilla si përdorimi i substancave, përfshirja në aktivitete seksuale të rrezikshme etj. Ndikimet e medias mbi sjelljen seksuale u raportua shumë herët që në vitin 1981 në Buletinin Arsimor (Bolz, 1981) dhe që nga atëherë janë bërë disa hulumtime ku është shqyrtuar raporti i përdorimit të medias nga adoleshentët si një burim informacioni dhe efektet e mundshme të medias në sjelljet e tyre seksuale (Stern, Handel, 2001).

Sipas studiuesve media gjithashtu ndikon dhe në stilin jocilësor të jetës. Pjesë e stilit jocilësor të jetës është dhe qëndrimi me orë të tëra përpara TV, apo kompjuterit. Në shumë studime të bëra në lidhje me ndikimin e medias në stilin e jetës u gjet se qëndrimi pasiv përpara TV, internetit mund të shkaktojë shtim në peshë (për shkak të jetës pasive), nxit të konsumuarit të një diete të pashëndetshme, gjithashtu nxit dhe konsumimin e duhanit dhe alkoolit (Hancox, Milne, Poulton, 2004).

Gjithashtu media në përgjithësi nxit në mënyrë të konsiderueshme dhe manifestimin e sjelljeve agresive tek individët (Huesmann, Laramie, Taylor, 2006). Megjithatë media jo gjithmonë mund të ndikojë negativisht në rolin që ajo ka. Roli i saj dhe ndikimi i saj pozitiv është vënë re në mjaft fusha të jetës madje dhe në fushën e shëndetësisë. Media sipas studiuesve ka ndikuar mjaft pozitivisht edhe në rritjen e njohurive dhe nivelit të vetëdijes, në ndryshimin e besimeve, perceptimeve dhe qëndrimeve (Gazeta Amerikane e Mjekësisë Parandaluese, 2014).

Shëndetësia duket që ka gjetur një zgjidhje mjaft efektive në promovimin e shëndetit cilësor nëpërmjet medias, që është një ndër rrugët më efikase për të mbërritur më shpejt tek shoqëria (Robinson et al., 2014).

c) Sociokultura, ekonomia

Shëndeti nuk është një konstrukt pasiv ai ndikohet dhe është i varur nga një sërë faktorësh pozitivë dhe negativë, ku gjatë ndërveprimit me individin këto faktorë përcaktojnë ekzistencën në përputhje me faktorët individualë psikologjikë, njohës të sjelljes dhe me vlerat shoqërore (Brera, 1989 b).

Përveç përcaktuesve të sjelljes shëndetësore si (besimet, prirjet, motivet, vlerat), përveç tipareve të personalitetit (gjendjet emocionale), modelet e sjelljes (veprimet dhe zakonet e lidhura me mirëmbajtjen dhe përmirësimin shëndetësor) gjithashtu edhe faktorët kontekstualë dhe kulturorë janë të rëndësishëm për t'u marrë në konsideratë gjatë një studimi.

Ekzistojnë disa teori të ndryshme që përpiqen të shpjegojnë rëndësinë e komponentëve sociokulturor dhe ekonomik. Së pari, është ajo e “*njohjes sociale*” ku shoqëria konsiderohet si një pjesë e jashtme e individit, i cili e merr informacionin e përpunon, krijon atributet e veta, merr vendimet duke analizuar në të njëjtën kohë dhe kostot e veprimeve përkatëse (Bandura, 1997). Së dyti, është ajo e “*kontekstit social*” ku sipas këtij drejtimi duhet marrë në konsideratë me shumë kujdes konteksti për rolin e rëndësishëm që ka ai në përcaktimin e mundësive dhe mënyrave me të cilat subjekti përpiqet për të përballuar një sëmundje, vuajtje, stres apo probleme të përditshme (Amerio, 1993). Së treti, është ajo e “*përfaqësimit social*” e cila thekson natyrën sociale e kolektive të kuptueshmërisë që njerëzit kanë për veten dhe botën e tyre, duke u bazuar tek konceptet e shpërndara mbi mënyrën se si ata zhvillohen, thuhën dhe modifikohen (Moscovici, 1984).

Variabël i rëndësishëm studimor që përfshihet në grupin e madh të faktorëve mjedisorë dhe në mënyrë specifike tek faktorët sociokulturorë është gjinia dhe statusi civil. Studimet bazuar në variablin gjini kanë treguar se gjinia luan një rol të rëndësishëm në manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Krahasimet e bazuara në rolin e gjinisë janë deri diku të

kushtëzuara nga kushtet sociale dhe ekonomike që ndikojnë dhe në formimin e një lloj shtresëzimi me bazë gjinore.

Vlerësimi individual i statusit shëndetësor është një faktor shumë i rëndësishëm në jetën e çdo mashkulli dhe çdo femre. Pikëpamjet tradicionale dhe stereotipet gjinore (se gratë janë të brishta dhe burrat janë të fortë) ndikojnë dhe mbi mënyrën e shfrytëzimit të kujdesit shëndetësor për një sërë problemesh.

Studiuesit argumentojnë se ka ndryshim mes femrave dhe meshkujve në lidhje me kujdesin individual të shëndetit të tyre. Dallimet gjinore vihen re në stilin e raportimit të dhimbjes (shqetësimit, fizik, psikologjik) që lidhet dhe me kërkimin e shërbimit nga mjeku profesionist. Nga studimet e ndryshme të bëra është konstatuar se femrat kanë tendencë më shumë për të raportuar simptomat e dhimbjeve trupore se sa meshkujt (Levant et al., 2006). Studimet gjithashtu kanë raportuar se femrat kanë tendencë t'i zbulojnë më herët se sa meshkujt shqetësimet dhe simptomat (Courtenay, 2000). Femrat dhe meshkujt mund të ndryshojnë dhe në lidhje me besimet e përgjithshme shëndetësore, gjithashtu ato janë më pak të predispozura të përfshihen në sjellje jo të shëndetshme si (konsumi i alkoolit në doza të larta, marrja e substancave, përfshirja në sjellje kriminale etj.).

Në studime të rëndësishme të bëra rezulton se meshkujt janë përdorues më të rregullt të alkoolit se sa femrat (Karoli, Ruehlman, dhe Lanyon, 2005). Megjithë rëndësinë që kanë këta faktorë në një studim shkencor, shkencëtarët socialë e kanë të vështirë të nxjerrin të dhëna të besueshme dhe të qëndrueshme duke u nisur nga fakti që ata në të shumtën e rasteve mbështeten mbi studimet vëzhgimore. Si pasojë, përpjekjet e tyre për të nxjerrë konkluzione korrelacionale shkakore në lidhje me efektet e faktorëve të tillë socialë si p.sh. gjinia, profesioni, statusi civil, ekonomik etj., në lidhje me shëndetin, janë rezultate që nuk duhet të merren si një e vërtetë absolute, por si një element predispozues që mund të shkaktojnë një efekt të caktuar.

Studime të rëndësishme p.sh. janë bërë për të kuptuar efektet që ka martesë në jetën e individit dhe në jetëgjatësinë e tij. Fillimisht një studim i rëndësishëm u bë nga Farr në (1858 a) studim të cilin e realizoi mbi popullatën franceze dhe më pas ky studim u ndoq nga një tjetër shumë më i madh ku morën pjesë 127.545 të rritur amerikanë. Në studim u zbulua se meshkujt e martuar ishin më të shëndetshëm se meshkujt të cilët nuk kishin qenë

kurrë të martuar apo martesë e të cilëve kishte përfunduar në divorc ose u kishte vdekur njëri nga partnerët (Shëndeti dhe Departamenti i Shërbimeve Njerëzore, 2008).

Edhe pse është e vështirë për të mbështetur një studim të tillë, gjithsesi studiuesit argumentojnë se arsyet që mund të ndikojnë që martesë të rrisë jetëgjatësinë lidhet: së pari me vetminë. *Është institucioni i martesës që lidhet me shëndetin e mirë, apo është thjesht një çështje e të jetuarit me një person tjetër?* Edhe pse studimet ndryshojnë, përgjigjja është pak a shumë e njëjtë për të dy rastet. Njerëzit që jetojnë me partnerët e tyre jetojnë më mirë se sa ata që jetojnë vetëm, sepse edhe në rast se njëri sëmuret tjetri është aty për t'i shërbyer. Vetmia lidhet dhe me rritjen e mundësisë për t'u prekur nga depresioni, vetmia lidhet dhe me reduktimin e të ardhurave etj. (Sinaj, Melonashi, 2013). Të qenit i/e martuar lidhet dhe me përballimin ose monitorimin e sëmundjeve që lidhen kryesisht me stilin e jetës si p.sh.: individët e martuar sipas shkencëtarëve japonezë janë tre herë më pak të rrezikuar të vdesin nga sëmundjet kardio-vaskulare (Framingham, 1971). Edhe pse u morën në konsideratë faktorët rrezikues kryesorë kardiovaskulare të tillë si mosha, yndyrnat e trupit, pirja e duhanit, tensioni i gjakut, diabeti dhe kolesterolit, rezultoi se meshkujt e martuar kishin një normë 46% më të ulët të vdekjes se sa ata të pamartuar.

Përveç martesës, elementë të tjerë të rëndësishëm që merren në konsideratë në lidhje me studimet që bëhen mbi shëndetin, janë dhe statusi ekonomik, pozicioni i punës, niveli arsimor etj. Studiuesit Marmot, Shipley dhe Rose (1984) realizuan një studim mjaft të rëndësishëm ku u përfshinë rreth 17.000 shërbyes britanikë meshkuj, nga mosha 40 dhe 64. Studiuesit filluan intervistat në fund të viteve 1960 dhe i ndoqën rregullisht këta të intervistuar për të parë dhe normën e vdekshmërisë. Në këtë studim meshkujt që punonin në një klasë punëtore të ulët kishin një vdekshmëri 3 herë më të lartë se ata që punonin në një klasë më të lartë. Studimi u gjenerua me një studim të ri të bërë nga Maarmot (Maarmot et al 1991), ku këtë herë në studim u përfshinë 10.000 nëpunës civil të të dy gjinive nga mosha 35-50 vjeç. Punëtorët me status më të ulët socialekonomik kishin më shumë gjasa të vuanin nga një sërë sëmundjesh dhe niveli i vetë-raportimit ishte më i ulët. Gjithashtu kjo kategori ishte më e predispozuar të manifestonte sjellje të pashëndetshme (Bell, Britton, Brunner, Chandola, Ferrie, Harris, Head, Marmot, Mein, Stafford. 2004; Instituti për punë dhe Shëndetin, 2006; Wigger, 2011).

Në lidhje me nivelin arsimor studimet tregojnë se shkollimi ndikon në mënyrë të konsiderueshme në rezultatet e shëndetit nga ku individët e arsimuar rezultojnë të jenë më të shëndetshëm se ato të cilët kanë një nivel arsimor të ulët. Ky korrelacion është vënë re në studime në periudha të ndryshme kohore (Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn, Syme, 1994; Grossman 2006 a). Individët me një nivel të lartë arsimor janë të predispozuar të raportojnë më herët sëmundjet, individët më të arsimuar zgjedhin të manifestojnë sjellje që prodhojnë më shumë efekt pozitiv mbi shëndetin e tyre (për një shëndet më të mirë) në raport me ata që janë më pak të arsimuar. Niveli i lartë arsimor ndihmon individët në zgjerimin e njohurive mbi shëndetin dhe sjelljet shëndetësore (analizimin e sjelljeve pozitive përkundrejt atyre negative) (Grossman 2006 b).

Niveli arsimor mendohet se mund të ndikoj në rritjen e kujdesit shëndetësor kjo sepse arsimimi lidhet shumë ngushtë dhe me nivelin më të lartë të të ardhurave, ku vetë të ardhurat siç u citua dhe më lart lidhen ngushtë me nivelin e përkujdesit (Katz, Kearney 2005). Niveli i lartë arsimor sipas studiuesve mendohet se mund të lidhet dhe me një cilësi jete më të lartë, dhe në rritjen e investimeve për një jetë më të sigurt (Murphy, Topel 2005), niveli arsimor lidhet shumë ngushtë me informacionin dhe aftësitë njohëse, me rritjen e mundësive për akses informativ që ndikon në përmirësimin e aftësive dhe të të menduarit kritik, p.sh. individët e arsimuar janë të predispozuar të planifikojnë më lehtë sjelljet e qëllimshme pozitive (lënie e duhanit, ndjekja e një diete ushqimore, realizimi i ushtrimeve fizike, përdorimi i masave mbrojtëse gjatë marrëdhënieve seksuale) etj. (deWalque 2005).

Edhe pse mendohet se jetëgjatësia e një individi varet në mënyrë të konsiderueshme nga niveli arsimor, nga statusi ekonomik, nga pozicioni i punës dhe nga marrëdhëniet cilësore martesore, të gjitha këto si faktorë socialë mund të kenë një rëndësi relative. Megjithatë janë bërë shumë studime dhe në periudha të gjata kohore të cilat i mbështesin shumë fort rezultatet, ende këto rezultate vazhdojnë të debatohen.

2.4 Teoritë dhe modelet kryesore të shëndetit

2.4.1 Modeli i besimit rreth shëndetit

Modeli i besimeve shëndetësore (HBM) u zhvillua për herë të parë më 1950 nga një grup studiuesish në Shërbimin e Shëndetit Publik. Fokusi i këtyre studiuesve në atë kohë ishte parandalimi e sëmundjeve më shumë se sa kishte si qëllim trajtimin e sëmundjeve. Studiuesit zhvilluan një model që shpjegonte rolin e sjelljeve në shëndetin e njeriut. Ata zhvilluan modelin origjinal të besimeve shëndetësore. Studiuesit të cilët zhvilluan modelin e besimeve shëndetësore Hochbaum, Kegeles, Leventhal, dhe Rosenstock ishin psikologë socialë, të cilët deri diku ishin të ndikuar nga tradita Lewiniane mbi vlerën e jetëgjatësisë, duke u fokusuar në këtë mënyrë në perceptimet aktuale të sjelljes së individit.

Objektivi kryesor i këtij modeli janë besimet, ku individ i tërhiqet nga gjëra të cilat i shikon pozitivisht, ose mund t'i krijohej një lloj neverie nga gjërat të cilat i shikon si negative (Rosenstock, 1974 e). Lewin argumentonte se situatat përpara të cilave ekspozohet individ "orientimi fenomenologjik" mbi bazën e tyre ai formon dhe perceptimin për botën (Lewin, 1935). Perceptimet, besimet dhe veprimet e lidhura me shëndetin janë dhe komponentët kryesorë të modelit. Perceptimi i ndjeshmërisë dhe serioziteti i problemeve ndaj shëndetit duke u kombinuar së bashku formojnë atë që quhet dhe kërcënim i perceptuar për shëndetin, një ndër elementët e rëndësishëm të modelit.

Totali i përfitimeve të perceptuara minus kostot e perceptuara rreth barrierave, ndikojnë në vendimmarrjen për të parandaluar një sëmundje ose për të promovuar shëndetin. Në fazat fillestare të modelit studiuesit argumentonin se probabiliteti që një person të adoptojë sjellje të shëndetshme është në varësi të shkallës së rrezikut personal. Pra, individ duhet të ketë një ndjeshmëri ndaj sëmundjes që të marrë masa për ta shmangur atë, që sëmundja të ketë të paktën ndikim nga i moderuar në të rëndë në disa komponentë të jetës së individit dhe se duke ndërmarrë veprime do të rezultojë në një përfitim ose do të ndikojë në uljen e ndjeshmërisë të shkallës së ndikimit të sëmundjes (Rosenstock, 1974 f).

Besimet bërthamë të perceptimit tek individ janë:

- a) Perceptimi i ndjeshmërisë** (perceptimi i prekshmërisë, dobësisë) është ajo formë e perceptimit që individ e bën çdo ditë, dhe që lidhet me vendimmarrjen për të ardhmen, është ajo formë e perceptimit të rrezikut individual gjatë ballafaqimit me sëmundjen.

Për shembull, në qoftë se individi do të jetë absolutisht i sigurt se ai do të fitojë në një llotari, ai me shumë kënaqësi do të paguaj vlerën e biletës sado e shtrenjtë të jetë ajo. Kjo formë sigurie në përgjithësi nuk është e pranishme në të gjitha situatat. Kështu që individi peshon avantazhin e pasurisë së mundshme përkundrejt kostos së biletës, pra peshon rezultatin pozitivisht ose negativisht në lidhje me koston.

Tiparet e personalitetit dhe përvojat e kaluara, mund të ndikojnë në ndryshimin e perceptimeve në lidhje me rrezikun (Slovic, Finucane, Peters, dhe MacGregor, 2004; vanDijk et al., 2005). Janz dhe Becker (1984) argumentonin se perceptimet në lidhje me ndjeshmërinë mund të ndikojnë 86% në parandalimin e sjelljeve të dëmshme mbi shëndetin. Në një studim të realizuar në 577 adoleshentë dhe të rritur të rinj (mosha 10-30) nga Halpern-Felsher et al. (2001), autorët i kundërshtojnë gjetjet e Janz and Becker në këtë grup popullate. Ata argumentojnë se përvojat e lidhura me situatat e rrezikshme janë ato që ndryshojnë perceptimin mbi rrezikun.

Përvoja që ka kaluar individi në lidhje me një sjellje të rrezikshme p.sh. nisja e makinës nën efektin e alkoolit apo nëse individi ka bërë aksident dhe i është hequr leja e qarkullimit, mund të ndikojë në ndryshimin e perceptimit në lidhje me rrezikun e kësaj sjelljeje. Gjetjet e arritura në këto lloj studimesh sugjerojnë se mungesa e menjëhershme e pasojave negative që shkakton sjellja ndikon në zvogëlimin e perceptimit të ndjeshmërisë mbi rezultatet negative që rezultojnë nga sjelljet. Kuptimi i rolit të perceptimit të ndjeshmërisë dhe ndikimit në sjelljet shëndetësore mund të jetë e vlefshme në promovimin e sjelljeve të shëndetshme në popullsi dhe kryesisht nëse ato promovohen tek adoleshentët, të rinjtë dhe tek të rinjtë e rritur.

b) Perceptimi i seriozitetit (ashpërsisë) i referohet besimit se sa serioze janë pasojat e zhvillimit të gjendjes shëndetësore të një individi (McCormick-Brown,1999). - *“Kanceri i mushkërive është një sëmundje serioze”*.

Studiuesi Maiman et al. (1977) përdori termin shqetësim (brengosje) për të matur konceptin perceptim i seriozitetit. Të shqetësohesh për diçka do të thotë se individi mund të ndihet i stresuar, ankthioz, dyshues në lidhje me rezultatet e ardhshme. Një tjetër term që përdoret për të sqaruar këtë koncept është dhe ashpërsia, shqetësimi që lidhet me peshën dhe nivelin

e lëndimit. Termi shqetësim gjithashtu është një tregues i perceptimit të seriozitetit ose i ashpërsisë së një sëmundjeje apo gjendjeje të caktuar (Reises, 2007). Një individ ka më shumë gjasa për të ndërmarrë një veprim për të parandaluar rritjen në peshë, nëse ai / ajo beson se kjo shëndoshje përveç efekteve fiziologjike, psikologjike dhe sociale mund të shkaktojë dhe pasoja të tjera të rënda si vdekja, dëmtim të rëndë fizik, kosto financiare, dhimbje të vazhdueshme, mungesë komoditeti, vështirësi në ndërtimin e marrëdhënieve shoqërore etj. Sa më i lartë të jetë niveli i perceptimit të seriozitetit të një sjelljeje shëndetësore, mendohet se aq më shumë rritet dhe mundësia për marrjen e masave parandaluese në shërbim të cilësisë së një shëndeti të lartë (Orji, Vassileva, Mandryk, 2012).

Kuptimi i rolit të perceptimit të seriozitetit dhe ndikimit në sjelljet shëndetësore mund të jetë i rëndësishëm në promovimin e sjelljeve shëndetësore tek shoqëria. Ky koncept i HBM është i vështirë për t'u operacionalizuar duke qenë se është ndërmjet konceptit të perceptimit të ndjeshmërisë dhe perceptimit të kërcënimit (Reises, 2007).

c) Perceptimi i përfitimeve i referohet mendimit subjektiv të vlerës apo dobisë që ka miratimi i një sjelljeje shëndetësore për të kompensuar rrezikun e perceptuar të një individi. Sipas këtij koncepti motivimi për të marrë masa paraprake për të ndryshuar një sjellje, kërkon besimin që sjellja paraprake do të ndikojë në parandalimin efektiv të gjendjes. Individi duhet të ketë një nivel të lartë besimi në sjelljen, në mënyrë që kjo sjellje të sjellë rezultate të larta pozitive. Përfitimet e përfshira në kryerjen e sjelljes i referohet avantazheve të perceptuara si alternativë e veprimit, duke përfshirë masën në të cilën ajo redukton rrezikun e sëmundjes ose ashpërsimin e pasojave të saj. - *Nëse ndaloj duhanin do të kursej dhe para.*

d) Perceptimi i barrierave i referohet vlerësimit subjektiv të vështirësive apo pengesave të lidhura me një sjellje të caktuar. Mundësia e realizimit të një sjelljeje lidhet shumë ngushtë me perceptimin e barrierave. Një individ mund të mos e kryej një sjellje, pavarësisht besimit të tij/saj në lidhje me efektivitetin (dobinë) e marrë nga veprimi në reduktimin e kërcënimit, nëse barrierë peshon më shumë se dobia (Rosenstock, 1966 b). Pengesat shpesh lidhen me karakteristikat e masës së promovimit të shëndetit. Ajo

mund të jetë e shtrenjtë, e dhimbshme, e papërshtatshme dhe e pakëndshme. Këto karakteristika mund të shtyjnë më larg miratimin e sjelljes. – *“Ndalimi i duhanit do të më bëjë nervoz”*.

Për miratimin e një sjelljeje të re të shëndetshme individi duhet të besojë se përfitimi do të peshojë më shumë se pasojat e vazhdimit të sjelljes së vjetër (Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve, 2008).

Perceptimi i përfitimeve dhe barrierave janë dy koncepte të cilat janë studiuar në dimensione të ndryshme. Të dy këto koncepte janë të lidhura shumë ngushtë me modelin dhe që ndikojnë tek sjelljet shëndetësore. Në shumë studime këto koncepte përdoren së bashku edhe pse në vetvete ato maten me instrumente të ndryshme.

Konceptet kryesore të modelit perceptimi i ndjeshmërisë, perceptimi i ashpërsisë, i sensibilitetit, i seriozitetit, i përfitimeve dhe i pengesave për veprim, janë mjaft të përshtatshme për studimin e mjaft sjelljeve shëndetësore. Duke pasur parasysh rreziqet kërcënuese të shëndetit, probabiliteti i miratimit të një sjelljeje parandaluese do të varet nga ajo që individi beson, analiza që i bën ai sjelljes së tij për përfitimet dhe kostot e mundshme, pengesat që i dalin në realizimin e sjelljeve parandaluese. P.sh., mundësia që një duhanpirës të vendos të lërë duhanin, do të varet nga vlerësimi që i bën situatës për përfitimet dhe kostot që i shkakton sjellja në shëndetin dhe ekonominë e tij. Sipas Janz dhe Becker (1984 b) në këtë model janë dhe faktorë të tjerë që duhen të merren në konsideratë si faktorët demografikë (gjinia, mosha) dhe faktorët sociopsikologjikë si (klasa sociale, grupi referues), të cilat veprojnë si "moderatorë" në perceptimin e kërcënimit, dhe si element "nxitës" (Abraham, Sheeran, 2005).

Modeli i besimeve shëndetësore është një model i cili mund të aplikohet në mjaft sjellje. Ky model mund të parashikojë shqyrtimin në mënyrë të rregullt të sëmundjes p.sh. në lidhje me sëmundjen e kancerit në qafën e mitrës, modeli sugjeron se në qoftë se një individ percepton një ndjeshmëri të lartë ndaj kancerit në qafën e mitrës, kanceri i mitrës është një kërcënim i rëndë shëndetësor, përfitimet janë nëse bëhet një shqyrtim i rregullt edhe kostot për një veprim të tillë janë më të ulëta. Dobia rritet edhe më shumë nëse individi i nënshtrohet sa më herët sinjaleve të jashtme (informacionit nëpërmjet fletë-palosjeve), informacion që merret në dhomën e pritjes së mjekut, apo kapja në kohë e sinjaleve të

brendshme (simptomave). Në rastin e përdorimit të HBM të re të ndryshuar, modeli parashikon se një grua do të shkojë për ekzaminim, nëse ajo është e bindur se ajo vetë mund ta bëjë këtë dhe nëse ajo është e motivuar për të ruajtur shëndetin e saj (Gollaway, 2003).

Ekzistojnë studime që i mbështesin parashikimet e këtij modeli p.sh. studimet tregojnë se nëse mbahet një dietë e përshtatshme, nëse realizohen marrëdhënie seksuale të mbrojtura, nëse bëhen analizat, vaksinat, bëhen vizita të rregullta tek dentisti, ndiqet një program i rregullt stërvitjeje etj., të gjitha këto janë të lidhura me perceptimin dhe sensibilitetin e individit për problemet përkatëse shëndetësore, me besimin e tyre që problemet e rënda shëndetësore nëse kapen në kohë do të jetë e lidhur me kostot dhe përfitimet shëndetësore (Luszczynska dhe Swarzer, 2003).

2.4.2.1 Perceptimi i përfitimeve dhe perceptimi i barrierave tek aktiviteti fizik

Studiuesit Lovell, Ansari, Parker (2010) përdorën Modelin Transtheoretical për të shqyrtuar perceptimet e përfituara, perceptimet e barrierave dhe aktivitetit fizik tek 200 studente femra. Gjetjet e studimit treguan se konceptet e testuara ishin koncepte mjaft komplekse. Rezultatet konkrete ishin se dobia më e madhe e perceptimit të përfitimit me ushtrimet fizike lidheshin me performancën fizike e ndjekur nga mirëqenia psikologjike, parandalimi shëndetësor, përmirësimi i jetës dhe ndërveprimi social. Ndërsa në lidhje me perceptimin e barrierave dhe aktivitetit fizik rezultatet lidheshin me tendosjen fizike, humbjen e kohës, mjedisin stërvitës dhe dekurajimin e familjes.

Studiuesit arritën në konkluzionin se ndërhyrja duhet aplikuar tek ato studente femra të cilat kanë nevojë për të kapërcyer pakënaqësitë që kanë në lidhje me aktivitetin fizik (tendosjen fizike), duke nxjerrë në pah edhe më tej përfitimet që sjell mbi shëndetin duke u ushtruar në mënyrë të rregullt (rritja e nivelit të perceptimit mbi përfitimet).

Një tjetër studim i realizuar tek 1000 persona të rritur ku u matën përfitimet dhe barrierat nga aktiviteti fizik rezultatet treguan se në lidhje me perceptimin e përfitimeve arsyet se pse individët realizonin aktivitet fizik lidheshin me ruajtjen e një shëndeti të mirë, shkarkimin e tensionit, për të qenë aktiv. Vlerësimi në lidhje me perceptimin e barrierave që mund të kenë individët për të marrë pjesë në aktivitete fizike, rezultatet treguan se “puna që bënin”

ishte një arsye që i pengonte individët në përfshirjen në aktivitetin fizik, të mos ndjerit një “tip sportiv”, pjesa tjetër e kampionit nuk e konsideronin të rëndësishme të realizuarit të aktivitetit fizik.

Ky studim kishte për qëllim për të gjetur metoda të reja për luftuar stilin pasiv të jetës në mesin e popullatës në Europë. Studimi gjeneroi rezultate të reja veçanërisht për grupet e veçanta të rrezikuara. Rezultatet demonstرونin se shumica e individëve europianë ishin të informuar në lidhje me faktorët e stilit të jetës që ndikonin në shëndetin e tyre në mënyrë pozitive ose negative, por në lidhje me perceptimin e barrierave vihej re se tek europianët niveli ishte i ulët (Zunft, Friebe, Seppelt, Widhalm, Winter, Almeida, Kearney, Gibney, 1999). Sipas Brown (2005), i cili realizoi një studim të ngjashëm në lidhje me matjen e përfitimeve dhe barrierave nga aktiviteti fizik tek një mostër prej 398 personash, rezultatet treguan se vetëm përfitimet ishin në gjendje për të parashikuar në mënyrë të konsiderueshme nivelin e aktivitetit fizik.

2.4.2.2 Perceptimi i përfitimeve e i barrierave dhe të ngrënit e shëndetshëm

Të ushqyerit konsiderohet si një përcaktues shumë i rëndësishëm dhe thelbësor për një shëndet të mirë, edhe pse kontributi i përshtatshëm i të ushqyerit në lidhje me promovimin e shëndetit për parandalimin e sëmundjeve është akoma i vështirë për t’u matur. Në një studim të madh të realizuar në Spanjë, ku morën pjesë 1009 të anketuar, rezultoi se në mesin e barrierave në lidhje me shëndetin, rezultonin se ishin: orari i parregullt i punës, forca e vullnetit, ushqimet jo të shijshme, jeta e ngarkuar, çmimet e larta të ushqimeve të shëndetshme. Në lidhje me përfitimet rezultoi se të ushqyerit e shëndetshëm ndikonte në parandalimin e sëmundjeve, në të qëndruarit në mënyrë të shëndetshme, në një cilësi jete më të mirë, në monitorimin e peshës, në të qenit energjik (Azpiroz, González, Kearney, Gibney, Martínez, 1998) etj.

Studiuesit arritën në konkluzionin se faktorët të cilët ndikonin më shumë në perceptimin e barrierave ishin të lidhura më tepër me faktorin ekonomik, individët me një status ekonomik e kishin më të vështirë të ushqeheshin në mënyrë të shëndetshme, gjithashtu niveli arsimor i lartë ndikonte në uljen e perceptimit të barrierave, dhe në rritjen e nivelit të perceptimit të ndjeshmërisë.

Në një studim deskriptiv cross-seksional të realizuar nga një grup i madh studiuesish morën pjesë rreth 500 studentë. Të gjithë studentët pjesëmarrës iu nënshtruan një pyetësoi që përmbante 54 pyetje të grupuara në tre seksione. Në seksionin e parë përfshiheshin pyetje në lidhje me stilin e jetës, në seksionin e dytë përfshiheshin 19 pyetje në lidhje me vetefikasitetin dhe të ngrënit në mënyrë të shëndetshme. Në seksionin e tretë që përbëhej nga 18 pyetje, 9 pyetje lidheshin me perceptimin e përfitimeve dhe 9 pyetje në lidhje me perceptimin e barrierave. Studiuesit gjetën se nuk kishte dallime të rëndësishme statistikore në perceptimin e pengesave në lidhje me të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme mes meshkujve dhe femrave, por rezultatet treguan se kishte dallime të rëndësishme statistikore mes meshkujve dhe femrave në lidhje me perceptimin e përfitimeve, ku tek femrat niveli i perceptimit të 18 përfitimeve në lidhje me të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme ishte në nivel më të lartë (Salahshoori, Sharifirad, Hassanzadeh, Mostafavi, 2014).

Rezultatet e këtij hulumtimi treguan se ekzistonin shumë faktorë që ndikonin në formimin e stilit të të ngrënit tek studentët, nga ku dhe roli i këtyre faktorëve nuk ishte i njëjtë tek të dy gjinitë. Vetefikasiteti dhe përfitimet e një diete të shëndetshme mund të ndihmojnë studentët që të miratojnë zakone të shëndetshme të të ngrënit. Perceptimi i përfitimeve dhe barrierave si koncepte ndërtuese të HBM janë të rëndësishme të merren në konsideratë gjatë studimit duke qenë se këto koncepte ndihmojnë në gjetjen e disa elementëve predispozues për të manifestuar një sjellje shëndetësore pozitive apo negative.

2.4.3 Modeli i besimeve shëndetësore dhe modelet e tjera të ngjashme

Modeli i besimeve shëndetësore konsiderohet si modeli kryesor për shpjegimin e sjelljeve shëndetësore m.gj.të ai shpesh përdoret dhe i kombinuar me modele të tjera në mënyrë që të bëhet një shpjegim më i saktë i sjelljeve shëndetësore. Në një krahasim të HBM dhe teorisë së ndryshimit studiuesit sugjerojnë se ndryshimi i sjelljeve sipas HBM bazohet në një proces shumë linear, ndërsa tek teoria e ndryshimit është shumë më e përshtatshme për të studiuar sjelljet duke qenë se është një teori shumë fleksibile (Finfgeld, Wongvatunyu, Conn, Grando, dhe Russell; 2003). Studimet e tjera që kanë përdorur HBM e kanë përshtatur atë dhe me modele të tjera të cilat gjithashtu në fokus të tyre kanë sjelljet shëndetësore.

Një model që zhvillon është në vazhdimësi të HBM është dhe Teoria e Veprimit të Arsytuar (TRA), e cila i përdor disa koncepte të HBM. Kjo teori përveç koncepteve, perceptimi i ndjeshmërisë, i seriozitetit, drejtimit të veprimit janë të implementuara dhe tek TRA së bashku me besimet dhe normat, të cilat çojnë drejt normave subjektive dhe sjelljeve shëndetësore, vlerësimit të rezultateve sjellore që çojnë në formimin e qëndrimeve. Arsyeja e përzierjes së elementëve nga HBM tek TRA lidhet me faktin se kjo e fundit u krijon mundësi studiuesve që në analizën e tyre të përfshijnë dhe elementë specifik kulturorë në shqyrtimin e sjelljeve shëndetësore.

Në modelin HBM elementët kulturorë trajtohen si variabla sociopsikologjik dhe konsiderohen si faktorë modifikues në lidhje me sjelljet shëndetësore. Modeli i HBM, është në gjendje, si model, që të bëjë parashikime në lidhje me ndikimin e kulturës dhe mjedisit shoqëror mbi sjelljet shëndetësore (Mikhail dhe Petro-Nustas, 2001).

Shumë nga teoritë që objekt të tyrin të rëndësishëm kanë jetëgjatësinë kanë në ndërtim të tyre koncepte të përbashkëta në lidhje me besimet duke përfshirë përfitimet dhe pengesat për veprim.

2.4.4 Teoria e Lokusit të Kontrollit

Teoria e mësipërme shpjegon dhe supozon se “sjelljet e shëndetshme” janë në funksion të faktorëve njohës të tillë si, besimet e qëndrimet dhe përpunimi i saktë i informacionit nga ana e vetë individit. Parimi i parë në lidhje me konceptin e kontrollit lidhet me vetefikasitetin. Sipas teorisë së Skinner-it (1995) në lidhje me perceptimin e kontrollit ai pretendon se ky proces është konstrukt qendror në pothuajse të gjitha aspektet e sjelljes njerëzore. Ndërsa sipas teorisë së të mësuarit social të Rotter-it (1966), procesi i kontrollit i referohet diferencës që krijohet mes veprimit dhe rezultatit të tij.

Ekziston një kuptim subjektiv i besimit të kontrollit në lidhje me shëndetin i cili mund të konceptohet në mënyra të ndryshme; qasja më e zakonshme është ajo e Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (HLOC) e cila lidh sjelljen individuale shëndetësore të faktorëve të jashtëm apo të brendshëm (Wallston dhe Wallston (1982-1989). Lokusi i kontrollit mbi shëndetin fillimisht rrjedh nga Teoria e të Mësuarit Social e zhvilluar nga Rotter-i në fund të vitit 1966.

Sipas kësaj teorie individi mëson nëpërmjet procesit të përforcimit. Nëpërmjet procesit të të mësuarit individët do të zhvillojnë besimin se rezultatet e arritura janë si rezultat i veprimit të tyre (së brendshmi) ose si rezultat i forcave të tjera të pavarura nga vetja e tyre (të jashtme). Nga Teoria e të Mësuarit Social Rotter zhvilloi konstruktet e Lokusit të Kontrollit i përbërë nga një shkallë e brendshme dhe e jashtme vlerësimi. Wallston, Kaplan dhe Maids pranojnë se modeli ka paraqitur vështirësi në parashikimin e sjelljeve shëndetësore në lidhje me jetëgjatësinë sipas shkallës Rotter's I-E. Studiuesit u përpoqën të kuptonin rëndësinë që mund të kishte Lokusi i Kontrollit tek pacientët e sëmurë.

Gjatë kohës që bëheshin studime nëpërmjet vëzhgimeve studiuesit zbuluan se profesionistët e shëndetit përpiqeshin për të orientuar pacientët për të adoptuar një lokus të brendshëm kontrolli si një mënyrë efektive për trajtimin e sëmundjeve të tyre. Këto rezultate i nxitën studiuesit që të zhvillonin modelin e lokusit të kontrollit në lidhje me kujdesin shëndetësor (Wallston A, Wallston S, Kaplan, 1967).

Teoria e Lokusit të kontrollit njëdimensionale u zhvillua për të matur besimet e njerëzve në lidhje me shëndetin e tyre nëse është apo jo i përcaktuar nga sjellja e tyre. Rezulton se janë bërë shumë studime që kanë përdorur LOC mbi hulumtimin e sjelljeve shëndetësore dhe rezulton se modeli është mjaft efektiv në parashikimin e sjelljeve shëndetësore dhe në ngritjen e planeve edukuese dhe parandaluese. Ekuivalente e LOC është shkalla shumëdimensionale e Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin. Kjo formë u ndërtua nga studiuesit me qëllim lehtësimin e punës së studiuesve në mënyrë që matjet të mos përsëriten.

Kjo formë bazohet në tre dimensione:

Së pari - Lokusi i Brendshëm i Kontrollit (ILOC) që e konsideron shëndetin si një produkt i vendimeve personale në lidhje me një mënyrë jetese të shëndetshme ose të sëmurë. Sipas kësaj teorie niveli i lartë i ILOC është i lidhur me sjelljet e shëndetshme.

Së dyti - Lokusi i Jashtëm i Kontrollit, i cili në vetvete ka një nënndarje që është dimension, kontrolli i bazuar në rastësi, momenti (p.sh. fati përcakton shëndetin CLOC). Besimi në fat (rastësia) mund të rrisë predispozitat e manifestimit të sjelljeve negative shëndetësore.

Së treti - Lokusi nga të tjerët i fuqishëm (p.sh. duke ndjekur këshillat e autoriteteve përcaktuese të shëndetit PLOC). Ky dimension mund të jetë i lidhur me një nivel të lartë të pajtueshmërisë, por që kërkon direktiva nga "autoritetet" dhe lidhja e këtij dimensionit me sjelljet shëndetësore është akoma jo shumë qartë (Wallston, 1978).

Studimet empirike në lidhje me përdorimin e teorisë së HLOC janë pak kontradiktore, sepse në studimet e mëdha gjenden lidhje asociuese të rëndësishme por në studimet e vogla nuk rezultojnë këto lidhje të forta asociuese mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore (Roddenberry, Renk, 2010; Cotter, Lachaman, 2010). Megjithatë, modeli HLOC pavarësisht kufizimeve është një model mjaft i përdorur dhe në studimet e psikologjisë së shëndetit (Helmer, Krämer, Mikolajczyk, 2012).

2.4.5 Pesë tiparet e mëdha të personalitetit dhe sjelljet shëndetësore

Teoria e pesë faktorëve të mëdha të personalitetit (Big Five theory) është konsideruar si një ndër teoritë më të përshtatshme për të shpjeguar në mënyrë më efikase karakteristikat e ndryshme individuale të subjekteve. Termi Big Five është përdorur për herë të parë nga Goldberg (1981), edhe pse ishte Norman (1963) i pari, i cili kishte iniciuar në mënyrë të thelluar punën mbi pesë faktorët kryesorë të personalitetit. Sipas kësaj teorie ekzistojnë pesë faktorë të personalitetit. Pesë faktorët përbërës të kësaj teorie të emërtuara si tipare janë: ekstravert, të hapur, të përgjegjshëm, neurotik dhe të hapur ndaj përvojave.

Ekstravertët, faktori pozitiv i këtij tipari lidhet me prezencën e emocioneve pozitive të qenit i shoqërueshëm. Ana e kundërt e këtij tipari përfaqësohet nga introvertizmi që është tendenca për t'u mbyllur brenda vetes duke shmangur pjesën e jashtme. Të pajtueshëm, faktori pozitiv i këtij tipari është të qenit miqësor, altruist bashkëpunues; ana e kundërt e këtij tipari është të qenit armiqësor, indiferent. I përgjegjshëm, faktorët pozitiv të këtij tipari lidhen me të qenit i përkushtuar për punën, i zellshëm, këmbëngulës dhe i besueshëm, me një nivel të lartë vetëdisipline dhe të kundërtat e këtij tipari janë dembelizmi, mungesa e kurajës, mungesa e këmbënguljes, mungesa e vetëdisiplinës.

Neurotik, faktorët pozitiv të këtij tipari lidhen me të qenit i dobët emocionalisht, i pasigurt dhe i paqëndrueshëm nga ana emocionale. Ana e kundërt karakterizohet nga të qenit i sigurt me një nivel të lartë stabiliteti emocional. Të qenit i hapur ndaj përvojave, faktorët

pozitiv të këtij tipari lidhen me të qenit kreativ, origjinal, antikonformist, e kundërta lidhet me mungesën e kreativitetit, origjinalitetit dhe prekomformizmit.

Këto tipare të personalitetit, të cilat mund të përshkruhen si dallimet kryesore mes individëve, me kalimin e kohës mund të shihen si relativisht të qëndrueshme në situata të ndryshme (McCrae dhe Costa, 2008). Këto tipare janë parashikues të rëndësishëm të rezultateve të shumta personale, ndërpersonale dhe sociale/institucionale (Booth-Kewley dhe Vickers, 1994,b; Soldz dhe Vaillant, 1999) që lidhen me shëndetin fizik, psikologjik, jetëgjatësinë etj. (Ozer dhe Benet-Martinez, 2006, John et al, 2008).

Tiparet e personalitetit gjithashtu mund të lidhen dhe me manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Shpesh këto pesë tipare janë përdorur gjerësisht edhe në kuptimin dhe në parashikimin e sjelljeve jo të shëndetshme të tilla si, pirja e duhanit, pirja e alkoolit, kryerja e marrëdhënieve seksuale të pambrojtura, kryerja e veprimeve delikuede, çrregullimet e të ngrënit dhe shumë sjellje të tjera jo normale (McCrae dhe John, 1992).

Ndikimi i tipareve të personalitetit në sjelljet shëndetësore është sugjeruar gjithashtu dhe nga Leventhal (1991). Brenda modelit pesë-faktor të personalitetit, dimensioni C (i vetëdijshëm) i personalitetit ka qenë i lidhur ngushtë me sjelljet shëndetësore. Në një studim të ndarë në dy pjesë i realizuar nga Booth-Kewley dhe Vickers (1994 a) ku u shqyrtua ndikimi i tipareve të personalitetit në sjelljet shëndetësore tek marinsat amerikanë. Rezultatet treguan se të gjitha dimensionet e personalitetit ishin të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me të paktën një sjellje shëndetësore (sjelljet e mira, ruajtja nga aksidentet, marrja përsipër e risqeve, përdorimi i substancave). Rezultate të ngjashme dolën dhe në pjesën e dytë të studimit (Steptoe et al.1994).

Studime të tjera, të cilat synonin të identifikonin rolin e personalitetit në zhvillimin e sjelljeve shëndetësore apo besimeve shëndetësore raportonin se mes sjelljes vetëvrasëse dhe stabilitetit emocional ekzistonte një korrelacion i fortë negativ, por kjo lidhje e fortë nuk ishte mes tipareve të tilla si ekstraversionit, të qenit i hapur, i ndërgjegjshëm dhe i pajtueshëm. Përdorimi i marijuanës shfaqej në një lidhje negative me pajtueshmërinë dhe një korrelacion pozitiv me të qenit i hapur, por nuk u gjet se kishte korrelacion mes ekstraversionit dhe ndërgjegjshmërisë (vetëdijshmërinë). Pirja e duhanit dhe pijet e tjera rezultuan në një korrelacion negativ me pajtueshmërinë dhe ndërgjegjësimin

(vetëdijshmërinë), por nuk kishte korrelacion me ekstraversionin, apo hapjen. Alkooli ishte dukshëm i lidhur pozitivisht me ekstraversionin, por asnjë korrelacion i rëndësishëm mes përdorimit të alkoolit dhe pajtueshmërisë, ndërgjegjësimit dhe sinqeritetit. Mes marrëdhënieve seksuale të pambrojtura dhe personalitetit nuk rezultonte ndonjë lidhje e rëndësishme. Gjithashtu edhe pesha trupore supozohej të ishte e lidhur pozitivisht me pajtueshmërinë (Torres, 2005; Raynor dhe Levine, 2007).

Studiuesit gjithashtu argumentojnë se tiparet e personalitetit ndikojnë tek shëndeti dhe në mënyrën e vendimmarrjes dhe përkujdesjes ndaj vetes.

1. Personaliteti mund të ndikojë mbi mënyrën e perceptimit të situatave stresuese.
2. Personaliteti mund të ndikojë mbi mënyrën e menaxhimit të mekanizmave mbrojtës.
3. Personaliteti mund të ndikojë në cilësinë e marrëdhënieve sociale.
4. Personaliteti mund të ndikojë në shprehjet individuale në lidhje me shëndetin, duke parandaluar apo duke ndërmarrë hapa për të ndryshuar sjelljen dhe zbatimin e regjimeve mjekësore.
5. Personaliteti mund të formësojë lidhjet personale të simptomave dhe dhimbjes në shprehjen e simptomave të tilla tek të tjerët (d.m.th. miqtë, familja, profesionistët mjekësorë).

Në përgjithësi studiuesit i japin një rëndësi të madhe karakteristikave të personalitetit në krijimin e sjelljeve shëndetësore, por gjithashtu shumë studime mbështesin argumentin se këto karakteristika të personalitetit nuk janë faktor i fortë i qëndrueshëm dhe vendimtar, por ato mund të konsiderohen si predispozues dinamik të shëndetit, të cilat për shkak të kombinimit me faktorët biologjik, me elementët social, ato marrin formën e një faktori të fuqishëm mbi cilësinë dhe shëndetin e individit.

Përmbledhje

Në kapitullin e II-të, u trajtuan disa çështje mjaft të rëndësishme që u morën në konsideratë për t'i dhënë një panoramë sa më të qartë tematikës mbi të cilën ngrihet ky studim. Kapitulli filloi me trajtimin e koncepteve shëndet-semundje, sjelljeve shëndetësore, faktorëve përcaktues të shëndetit, dhe teorive kryesore të studimi.

KAPITULLI III: METODOLOGJIA E STUDIMIT

3.1 Konteksti i studimit

Orientimi për zgjedhjen e temës së studimit u kushtëzua në një farë mënyre nga nevoja për të realizuar studime në kontekstin shqiptar në fushën e psikologjisë së shëndetit dhe nevojës për të siguruar evidenca të qarta shkencore, mbi të cilat mund të hartohen ndërhyrje të përshtatshme psikoedukative. Qëllimi i këtij studimi konsiston në vlerësimin e rolit që kanë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit dhe lokusi i kontrollit në lidhje me sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Ky qëllim lidhet dhe me nevojat për hartimin e programeve të përshtatshme informuese, psikoedukative, ndërgjegjësuere për ndryshimin apo modifikimin e sjelljeve shëndetësore për një cilësi jete sa më të shëndetshme. Ky ndryshim apo modifikim i sjelljeve shëndetësore përmes programeve psikoedukative lidhet dhe me faktin se ato mund të jenë procese të ndryshueshme ose të modifikueshme, nga ku, ky ndryshim do të sillte përfitime të mëdha shëndetësore, psikologjike dhe ekonomike jo vetëm për vetë individin por dhe për politikë-bërjen e Institucioneve të Shëndetit Publik në përgjithësi.

Zhvillimi i një jete të shëndetshme emocionale dhe fizike kushtëzohet në një masë të konsiderueshme nga sjelljet e shëndetshme, dhe faktorët socialë që influencojnë në to. Besimet shëndetësore mund të jenë baza e mënyrës se si individ ndërtonte sjelljet shëndetësore. Ato gjithashtu mund të jenë dhe të lidhura ngushtë me cilësinë dhe stilin e jetës që manifeston një individ. Manifestimi i sjelljeve pozitive për shëndetin mund të ulë mundësinë e prekjes nga sëmundjet e ndryshme dhe mund të shoqërohet me një cilësi jete më të lartë. Autoritetet shëndetësore shprehen se strategjia më e mirë për të mos u sëmurur dhe për të pasur një jetë sa më të shëndetshme është kapja në kohë e sëmundjes dhe parashikimi i saj që në momentet e para. Gjithashtu ato sqarojnë se ndryshimet e përshtatshme të stilit të jetesës janë dhe gurët e themelit për parandalimin e sëmundjeve që lidhen me stilin e jetës (Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), 2014 a). Pirja e duhanit, alkoolit, mungesa e aktivitetit fizik, marrëdhëniet seksuale të pambrojtura, mungesa e kontrolleve shëndetësore rrisin rrezikun e shfaqjes së sëmundjeve të ndryshme të stilit të jetës.

Në shoqërinë shqiptare të ditëve të sotme shumë ndryshime, mes të cilave edhe tranzicioni demografik (në vitin 2011 në Shqipëri, 11% e popullsisë ishte me moshë mbi 65 vjeç) kanë çuar në rritjen e sëmundjeve kronike (ISHP, 2014 b). Në vitin 2010, sëmundjet kronike në Shqipëri përbënin rreth 88% të të gjitha vdekjeve (55% sëmundjet kardiovaskulare dhe 19% kanceri) (ISHP, 2014 c). Vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës në Shqipëri është shumë e lartë (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010, Horjeti, 2013), gjithashtu janë rritur ndjeshëm rastet e individëve që vuajnë nga diabeti (Vasili, 2011; Toti, 2013, Bregu, 2013). Në Shqipëri sipas këtyre të dhënave njihen rreth 62 mijë diabetikë ose 2,7%. Kjo shifër mund të jetë 2-3 herë ose 24% më e lartë duke llogaritur dhe personat e padiagnostifikuar, që do të thotë se në realitet shifra e përafërt mund të jetë 120-150 mijë.

Sëmundja e kancerit (në forma të ndryshme) është një tjetër sëmundje që nuk ka lënë pa prekur dhe shoqërinë shqiptare. Kjo sëmundje që mendohet se lidhet shumë ngushtë me sjelljet jo të shëndetshme, gjithashtu mendohet se ndodh si rezultat i përjetimit të vazhdueshëm të situatave stresante por pa lënë mënjanë dhe predispozitën gjenetike. Në Shqipëri në vitin 2008, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet kancerogjene ka qenë 23%, konkretisht 156.2 për çdo 100 mijë banorë (Open Data Albania, 2008). Po sipas INSTAT (2013): Vdekjet nga tumoret zënë vendin e dytë në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme me 16%. Mbi moshën 50-vjeç vdekjet nga tumoret janë në vlerën 87.8%, nga këto tumoret malinj të aparatit tretës janë 2 herë më shumë tek meshkujt se tek femrat dhe zënë 32% të vdekshmërisë brenda grupit të tumoreve. Tumoret malinj të aparatit të frymëmarrjes janë 4 herë më shumë tek meshkujt se tek femrat. Tumoret malinj të gjirit janë 4 herë më shumë tek femrat se tek meshkujt. Tumoret malinj të organeve urogjenitale janë 1.6 herë më shumë tek meshkujt se tek femrat.

Përveç rrezikut të shtimit të sëmundjeve të lartpërmendura, shoqëria shqiptare po përballët vitet e fundit dhe me stilin e keq të të ushqyerit ndikuar dhe në rritjen e personave mbi peshë (obez) (Ymeri, 2011). Sipas të dhënave nga Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri rezulton se 39% e femrave në moshën 15-49 janë mbi peshë ose obeze, 52,3% e meshkujve në moshën 15-49 janë mbi peshë ose obez (Spahija, 2013; ISHP, 2014 d). Në vitin 2010, rreziqet e lidhura me dietën ushqimore përbënin 38% të nivelit total të vdekshmërisë në Shqipëri, duke u bërë, për nga madhësia, faktori më i rëndësishëm i

rrezikut në shoqërinë tonë transitore (ISHP, 2014 e). Gjithashtu Shqipëria po përballlet dhe me rrezikun e shtimit të vrullshëm të personave duhanpirës. Po sipas ISHP (2014 f) rreth 40% e shqiptarëve pi rreth një paketë cigare në ditë. Në vitin 2010, duhanpirja ishte shkaktare e 22% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri. Gjatë dy dekadave të tranzicionit të shpejtë politik dhe social-ekonomik, niveli i vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes pothuajse është dyfishuar për sëmundjet kronike në përgjithësi.

Në mënyrë të përgjithshme u paraqitën arsyet e përzgjedhjes së kësaj tematike si objekt studimi, gjithashtu u paraqitën edhe disa të dhëna statistikore në lidhje me sëmundjet më të përhapura, vdekshmërinë, stilin dhe cilësinë e jetës tek të rriturit shqiptarë. Në vijim do të paraqiten disa arsye të lidhura me disa nevoja konceptive strategjike që ka Shqipëria.

3.2 Pse është e rëndësishme studimi i modeleve të besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore në Shqipëri?

Modelet e besimeve tek shëndeti dhe sjelljet shëndetësore në Shqipëri janë koncepte të trajtuara shumë pak nga studiuesit shqiptarë (gjithmonë duke iu referuar hulumtimeve të bëra gjatë punimit të temës). Arsyet e mungesës së studimeve në kontekstin shqiptar mund të jenë të lidhura me disa faktorë si: mungesa e projekteve, mungesa e financimeve etj. Rëndësia e studimit dhe njohjes së besimeve shëndetësore të një shoqërie lidhet shumë ngushtë me faktin se këto studime mund të ofrojnë njohuri të qëndrueshme të marra direkt nga terreni mbi të cilat mund të ndërtohen masa parandaluese, nëse konstatohet që në një shoqëri të caktuar është vënë re një rritje e dukshme e një fenomeni (Guerra, Gutierrez, Torres, Clark, 2009; Ahmed, Taneepanichskul, 2008).

Duke e parë në kontekstin shqiptar vitet e fundit sipas INSTAT (2011) është vënë re një rritje e dukshme e sëmundjeve që lidhen kryesisht me sjelljet jo të shëndetshme. Njohja me modelet e besimeve që mund të shkaktojnë këto sjellje dhe këtë stil jetese, do i ndihmonte në mënyrë të konsiderueshme, Politikën e Shëndetësisë Shqiptare në hartimin e modeleve psikoedukative në të mirën e shoqërisë shqiptare. Sjellja është lidhur ngushtë me shëndetin dhe me atë çfarë është konstatuar nga studimet botërore është kushti më i rëndësishëm për të përmirësuar shëndetin dhe për të rritur nivelin e mirëqenies së shoqërisë.

Mjekësia ka evoluar me hapa mjaft të mëdhenj, sëmundjet që dikur ishin të pashërueshme dhe të rrezikshme dhe që kërcënonin pjesën më të madhe të shoqërisë globale në shek. XXI. Tashmë ato mund të trajtohen me sukses ose mund të parandalohen. Kostot sociale dhe ekonomike që lidhen me sjelljet shëndetësore mund të reduktohen në masë të madhe nëse ndryshohen sjelljet e individëve.

Mënyra më e mirë për të hartuar programe dhe për të nxitur manifestimin e sjelljeve të shëndetshme, fillimisht lind nevoja që të kuptohet që *pse njerëzit sillen në një mënyrë të caktuar, çfarë i nxit ata që të sillen në një formë apo në një tjetër?* Kjo ka qenë dhe pyetja më madhore e studiuesve të cilët kanë ndërtuar teoritë e mëdha mbi modelet e besimeve dhe sjelljeve shëndetësore. Këto teori të besueshme dhe të vlefshme janë aplikuar në shumë vende të botës sepse ato kanë treguar që janë efektive në parashikimin e ngjarjeve apo situatave. Ato gjithashtu kanë rezultuar mjaft efektive në planifikimin e ndërhyrjeve konkrete për të zbutur situatat apo krizat botërore shëndetësore. Njohja me modelin teorik të besimeve dhe sjelljeve shëndetësore në Shqipëri mund t'i udhëheqin studiuesit të zbulojnë p.sh.: *pse individët praktikojnë dieta të rrezikshme për shëndetin etj.?* Gjithashtu mbi bazën e teorive, studiuesit mund të kuptojnë arsyet se *pse shoqëria shqiptare nuk është e motivuar për të kryer në mënyrë periodike kontrollet shëndetësore (check-up) ose e kundërta (mund të ketë një rritje të këtyre kontrolleve)? Cilat janë arsyet e manifestimit të këtyre sjelljeve të pashëndetshme, e të jetuarit në një mënyrë aktive apo pasive?*

Njohja me modelet e besimeve shëndetësore dhe sjelljet jo të shëndetshme, aplikimi i modeleve teorike në ndërtimin e strategjive efektive parandaluese apo modifikuese për shëndetin e njeriut mund ta ndihmonte shoqërinë shqiptare në planifikimin, identifikimin dhe rritjen e nivelit të përkujdesjes vetjake.

Në kapitujt paraardhës u realizua një rishikim i literaturës duke qartësuar koncepte si: sjellje shëndetësore, besime shëndetësore, tipare të personalitetit, lokusi i kontrollit dhe efektet e tyre në manifestimin e sjelljeve shëndetësore. U përshkruan dhe u analizuan komponentët përbërës të tyre.

Në vijim në Kapitullin III përshkruhen metodat kërkimore shkencore të përdorura për të realizuar qëllimet dhe objektivat e studimit. Ky kapitull gjithashtu shpjegon instrumentet e përdorura, mënyrën e përzgjedhjes së kampionit, mënyrën e mbledhjes dhe analiza e të

dhënave, si dhe çështjet etike të studimit. Në mënyrë të përmblëdhur qëllimi i studimit është të shqyrtojë dhe të njohë modelet e besimit tek shëndeti, të njohë rolin e tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit si faktor shpjegues të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit dhe studentët në Shqipëri.

Në mënyrë më specifike objektivat, qëllimi, hipotezat dhe pyetjet kërkimore të studimit janë të renditura si më poshtë:

3.3 Qëllimi kryesor i punimit

Njohja me rolin që kanë besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit në manifestimin e sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri.

3.3.1 Objektivat e studimit

1. Të shqyrtojë impaktin e faktorëve demografikë, besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit mbi sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri.

3.3.2 Pyetjet kërkimore

1. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

3.3.3 Hipotezat e punimit

1. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

3.4 Hartimi dhe rëndësia e studimit

Në Kapitullin III u theksua rëndësia e studimit të teorive kryesore mbi modelet e besimeve shëndetësore dhe sjelljet shëndetësore. Gjithashtu u cilësua roli i tipareve të personalitetit dhe lokusit të kontrollit në manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Jemi munduar të argumentojmë me shumë rezerva që studime të natyrës së tillë në Shqipëri janë deri diku të pakta në numër. Duke e marrë në konsideratë këtë mungesë studimesh dhe vlerësimesh praktike, gjithashtu duke njohur problematikat kryesisht të aksesit dhe mungesës së informacionit me të cilat mund të përballlet shoqëria shqiptare në përgjithësi nxiten studiuesit për të realizuar studime të tilla ku në qendër është mirëqenia e individit dhe e shoqërisë.

Instituti i Shëndetit Publik në Shqipëri herë pas here realizon studime mjaft të rëndësishme që i ndihmojnë studiuesit me të dhënat statistikore që nxjerrin, duke ia bërë deri diku dhe më të lehtë punën dhe fokusimin në ato çështje të cilat mund të kenë mbetur pa u trajtuar në mënyrë të thelluar. Studimet e realizuara nga studiuesit e fushave sociale paraqesin informacion duke marrë në konsideratë jo vetëm elementët fiziologjikë, por dhe ato socialë, psikologjikë, zhvillimorë dhe arsimorë duke krijuar në këtë mënyrë një panoramë më të gjerë mbi të cilën mund të ngrihen plane dhe projekte ndihmuese në favor të ndryshimit apo përmirësimit të jetës së shoqërisë shqiptare.

Duke u nisur nga ky kontekst, mendojmë që ky studim mund të japë një kontribut modest në fushën e psikologjisë së shëndetit, i cili merr në konsideratë gjatë analizës faktorët individualë dhe ato social. Ky studim përveç vlerave praktike të cilat do të renditen në vijim, gjithashtu synon që të jap një kontribut dhe në fushën e kërkimit shkencor.

Në këtë studim analizohet në mënyrë të detajuar modeli i besimit tek shëndeti, roli i tipareve të personalitetit dhe i lokusit të kontrollit tek sjelljet shëndetësore, mbështetur në një sërë studimesh të besueshme. Studimi gjithashtu synon të japë disa sugjerime mbi rolin pozitiv që ka studimi i modeleve të besimit, i tipareve të personalitetit dhe lokusit të kontrollit tek sjelljet shëndetësore, për ndërtimin e politikave psikoedukative për rritjen e cilësisë së shëndetit. Studimi në fjalë i shërben jo vetëm kategorive mbi të cilët është realizuar studimi por mund t'u vijë në ndihmë dhe studiuesve të tjerë për ta shtrirë analizën në një grup tjetër popullate.

Rezultatet e këtij studimi sipas pritshmërive synojnë të rrisin nivelin e ndërgjegjësimit mbi rëndësinë e manifestimit të sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit. Gjithashtu rezultatet e studimit po sipas pritshmërive mund të ndihmojnë këtë popullatë në rritjen e nivelit të përkujdesit shëndetësor me qëllim parandalimin e sëmundjeve të ndryshme. Studimi mund të ndihmojë gjithashtu dhe Politikën Shëndetësore të institucioneve përkatëse në hartimin e strategjive efektive për të promovuar një cilësi jete sa më të shëndetshme bazuar në manifestimin e sjelljeve të shëndetshme.

3.5 Metodën kërkimore

Punimi është menduar të jetë një studim sasior analitik ndërsektorial. Këto lloje studimesh janë të projektuar për të shqyrtuar lidhjet asosacionale, ku qëllimi përfundimtar i të cilit është zakonisht për të identifikuar dhe për të matur efektet e faktorëve të rrezikut apo të ndërhyrjeve specifike për shëndetin. Kjo metodë gjithashtu merr nën kontroll variablat në një nivel më të lartë, për të siguruar përgjigje sa më të mundshme dhe rigorozë (Jakupi, 2005).

Studime të rëndësishme që e kanë përdorur këtë metodë raportojnë dhe efektivitetin e metodës për të gjeneruar rezultate të besueshme dhe të vlefshme (ISHP, 2014; Currie C et al., eds., 2002). Lidhja e studimit me sfondin teorik kryhet në një mënyrë deduktive. Një proces kërkimi deduktiv nënkupton që studimi bazohet në një ose disa teori të cilat përdoren për të shpjeguar gjetjet në procesin e analizës së të dhënave. Teoritë vijnë përpara kërkimit ndërsa gjetjet në terren vijnë më pas. Mbi bazën e procesit deduktiv janë identifikuar dhe variablat e këtij studimi.

Një studim sasior analitik ndërsektorial synon gjetjen e korrelacioneve dhe përgjithësimin e gjetjeve. Analizat statistikore që kryhen në studim lejojnë mundësinë e identifikimit të marrëdhënieve të caktuara mes variablave, dhe që mund t'i afrohet një marrëdhënieje probabilitare shkakësore. Studimet analitike ndërsektoriale përdorin metoda statistikore inferenziale për të derivuar (buruar) deklarata të reja nga të dhënat. Duke u nisur nga kjo që u citua, studimi mund të japë një prognozë të marrëdhënieve shkakësore probabilitare mes variablave të këtij studimi, por nuk synon t'i bëjë atyre një analizë të hollësishme.

Shpjegimi i korrelacioneve mund të jetë pjesë e studimeve të ardhshme nga studiuesja ose nga studiues të tjerë të kësaj fushe.

Për përcaktimin e numrit të pjesëmarrësve në studim, fillimisht u llogarit se sa mund të ishte niveli minimal i pjesëmarrësve, në mënyrë që gjetjet apo rezultatet e nxjerra të ishin sa më përfaqësuese, që të mund të realizoheshin analizat statistikore. Madhësia e kampionit u përcaktua duke bazuar në nivelin e besimit (confidence level) (95%), koeficientin e gabimit (5%).

Sipas INSTAT (2013-2014) rezulton që për vitin 2014 të jenë regjistruar në të gjithë universitetet e Shqipërisë 173.819. Sipas të dhënave statistikore nga Ministria e Arsimit dhe Sporteve rezulton që në Shqipëri gjatë vitit 2013-2014 e ushtrojnë profesionin e mësuesit 25.051 mësues.

Për popullatën e planifikuar prej 173.819 studentësh numri minimal i studentëve pjesëmarrës në studim mund të ishte 130. Për popullatën e planifikuar prej 25.051 mësuesish numri minimal i mësuesve pjesëmarrës në studim mund të ishte 130. Rezultatet e nxjerra nga analiza statistikore bëhen më të besueshme kur madhësia e kampionit e përdorur në studim është përlogaritur që më përpara në mënyrë që të mund të realizohen dhe analiza të tjera në ndihmë të studimit. Për ato raste studimore ku përdoren teste me pyetje të shumta studiuesit Tabachinck dhe Fidell (2007) sugjerojnë përdorimin e kësaj formule: $N > 50 + 8m$ (ku N është numri i pjesëmarrësve dhe m = numri i ndryshoreve të pavarura). Variablat e pavarura në këtë studim rezulton që janë 10 (gjinia, mosha, niveli arsimor, statusi martesor, vendbanimi, profesioni, të ardhurat, besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit). Sipas formulës së përzgjedhur për të llogaritur kampionin e përshtatshëm për këtë lloj analize $50+8(10)=50+80=130$. Duke iu referuar kësaj formule u përcaktua se numri minimal pjesëmarrësve mund të ishte 130 studentë dhe 130 mësues. Në këtë studim morën pjesë vullnetarisht 682 persona, dhe vetëm të dhënat për 628 persona u konsideruan të vlefshme për t'u interpretuar dhe analizuar.

3.6 Kampionimi

Popullata e interesit për studimin në fjalë përfshin studentët dhe mësuesit në Shqipëri (Shkodër, Pukë, Kukës, Tiranë, Durrës, Elbasan, Korçë). Në mënyrë më specifike popullata e përfshirë në studim do të jetë e përbërë nga individë të rritur si: student, mësues. Është përzgjedhur mosha e rritur duke marrë në konsideratë dhe stadet e zhvillimit psikosocial pikërisht stadin e gjashtë (Erikson, 1950-1963).

Erikson argumenton se individë në këtë stad është i aftë të marrë vendime të rëndësishme në lidhje me ekzistencën e tij, individë është i aftë të ndaj opinionet e veta me të tjerët, të eksplorojë marrëdhënie dhe të përfshihet në angazhime afatgjata në formimin e një familjeje. Të qenit i rritur supozohet që individë tashmë ka formuar një repertor të qëndrueshëm besimesh, qëndrimesh, sjelljesh (Melonashi, 2015).

Në përzgjedhjen e kampionit u përdor metoda e kampionimit konvenient. Kampioni konvenient është një lloj kampioni jo probolitar i cili nuk ofron të dhëna nga të gjitha njësitë e popullatës, por nga një pjesë e rëndësishme e kampionit. Ky lloj kampioni në praktikë kur përdoret bën të mundur që disa grupe ose disa individë të kenë më shumë gjasa që të përzgjidhen për të marrë pjesë në studim. Kjo metodë, parashikon zgjedhjen e mostrës sipas kriterëve të komoditetit apo praktikës: për shembull, për shkak se elementet për t'u provuar janë lehtësisht më të arritshëm, ose për shkak të kostos, për shkak se në një zonë të caktuar ka më shumë vullnetarë në dispozicion etj. Një mostër e zgjedhur me këto kriterë, ka avantazhin e shpejtësisë por ka edhe disavantazhin sepse të dhënat mund të dëmtohen lehtësisht nga gabimet sistematike.

3.6.1 Kriteret e përfshirjes dhe të përjashtimit

Një çështje e rëndësishme për përzgjedhjen e kampionit për këtë studim ishte ajo e përcaktimit të saktë të targetit të duhur. Në mënyrë që individë të përfshihej në studim duhej të plotësonin këto kriterë:

Kriteret përfshirëse:

- Të qenit i rritur 21 vjeç dhe lart;
- Të qenit gjatë një procesi edukimi ose profesioni (student, mësues);
- Shkollat, Universitetet publike dhe jo publike.

Kriteret përjashtuese:

- Të qenit nën moshën 21-vjeç;
- Refuzimin e lejes për pjesëmarrjen në studim nga ana e Drejtorisë Rajonale Arsimore, Drejtorive të shkollave, Universiteteve.

3.7 Procedura e mbledhjes së të dhënave

Duhet theksuar që në fillim se faza e mbledhjes së të dhënave në terren, ka qenë një sfidë mjaft e madhe, kjo duke u nisur nga fakti që mundësia e aksesit në institucionet shtetërore është mjaft e vështirë. Përpara fillimit të fazës së mbledhjes së të dhënave, u zbatuan të gjitha aspektet procedurale të cilat do të shpjegohen në vijim.

Faza e parë

Pas realizimit të pjesës teorike të studimit, për të realizuar punën në terren, fillimisht është kërkuar një letër autorizimi nga Universiteti European i Tiranës për ta paraqitur pranë Drejtorive Arsimore të qyteteve përkatëse (Shkodër, Kukës, Tiranë, Elbasan, Korçë).

Janë përzgjedhur 1 deri 4 shkolla në secilin qytet, kjo dhe sipas mundësisë së aksesit në terren. Është verifikuar mirë mundësia e aksesit, është nxjerrë një leje në formë të shkruar apo në formë verbale, nga Drejtoritë Arsimore Rajonale, Drejtoritë e shkollave të qyteteve me qëllim aplikimin e pyetësorëve për mësuesit. Gjatë marrjes së lejes, drejtuesve dhe mësuesve u është treguar qëllimi dhe synimi i pyetësorit, me qëllim që puna të ishte më e lehtë. Pasi mësuesit dhe drejtuesit e shkollave janë sqaruar për çdo detaj, atëherë është kryer aplikimi i pyetësorëve ku gjithmonë është marrë në konsideratë ruajtja dhe respektimi i kodit të etikës së një intervistuesi. Pyetësorët u janë dorëzuar drejtuesve të shkollës ose psikologut të shkollës dhe është realizuar shpërndarja dhe mbledhja e tyre po nga ata vetë brenda afatit kohor ose ditor të vendosur. Kjo mbarte në vetvete rrezikun e ndonjë pasaktësie të mundshme në lidhje me kuptimin dhe përgjigjen e saktë të ndonjë pyetjeje, por pyetësori u është shpjeguar në detaj çdo personi që ngarkohej për të shpërndarë dhe për të mbledhur pyetësorët.

Faza e dytë

Procedura e kampionit shpjegohet në dy faza duke u nisur nga fakti që janë dy kategori të ndryshme popullore. Në këtë fazë është kërkuar leje nga Rektorët e Universiteteve për realizimin e pyetësorit. Pyetësorët në këtë fazë janë ndjekur nga vetë studiuesja. Subjektet e përzgjedhur kanë qenë vetëm studentët e vitit të tretë ose të nivelit Master. Në këtë studim nuk ka qenë e rëndësishme dega që studionin studentët.

Pas prezantimit që i është bërë studiueses nga rektori pranë departamentit janë angazhuar dhe pedagogët në mënyrë që studiuesja të kishte më të lehtë hyrjen në auditore.

Përzgjedhja në auditore është bërë në këtë mënyrë: për çdo auditor janë përzgjedhur 10 studentë nga listprezenca që kishte pedagogu. Pasi bëhej përzgjedhja fillimisht është marrë miratimi i studentëve të përzgjedhur nëse kishin dëshirë të merrnin pjesë në plotësimin e pyetësorëve. Pjesëmarrësve ju kërkohej të mos komunikonin me njeri-tjetrin gjatë plotësimit të pyetësorit, me qëllim inkurajimin e një përgjigjeje sa më objektive.

3.7.1 Të dhëna të përgjithshme lidhur me shkollat pjesëmarrëse në studim

Në plotësimin e pyetësorit morën pjesë mësues nga shkollat e qytetit të Shkodrës, rreth 51 mësues (N=51), nga shkollat e qytetit të Pukës ku morën pjesë rreth 49 mësues (N=49), nga shkollat e qytetit të Kukësit ku morën pjesë 48 mësues (N=48), nga shkollat e qytetit të Elbasanit ku morën pjesë 26 mësues (N=26), nga shkollat e qytetit të Tiranës ku morën pjesë 88 mësues (N=88), nga Korça ku morën pjesë 17 mësues (N=17). Për masën e planifikuar prej 25.051 mësuesish numri minimal i mësuesve pjesëmarrës në studim mund të ishte 130, ndërsa në total numri i mësuesve pjesëmarrës në këtë studim rezultoi të ishte (N=279).

3.7.1.1 Profili demografik i mësueve pjesëmarrës në studim

Rreth 15.3 % e mësuesve i përkasin grupmoshës 21-30 vjeç, gjithashtu rreth 27.4 % i përkasin grupmoshës 31-40-vjeç, dhe rreth 36.5 % i përkasin grupmoshës 41-50-vjeç dhe rreth 19.1 % i përkasin grupmoshës 51-70-vjeç. Në lidhje me nivelin arsimorë rezulton se rreth 16 % janë me nivelin arsimorë profesional, 28.6 % janë me nivelin arsimorë bachelor, 54.9 % janë me nivelin arsimorë master dhe rreth 17 % janë me nivelin arsimorë doktoraturë. Rreth 13.7 % e mësuesve janë me statusin beqar, ndërsa 78.4 % janë të

martuar, rreth 5.9 % janë të divorcuar dhe rreth 2 % janë me statusin i/e ve. Rreth 72.2 % janë të kënaqur me të ardhurat që ato kanë dhe rreth 27.8 % nuk janë të kënaqur të ardhurat që ato kanë. Profili demografik për mësuesit prezantohet më poshtë në tabelën nr. 1.

Tabela 1. Profili demografik i mësueve pjesëmarrës në studim

Variablat	Kategoritë	%
Gjinia	Femër	43.1
	Mashkull	49.1
Mosha	21-30-vjeç	15.3
	31-40-vjeç	27.4
	41-50-vjeç	36.5
	51-70-vjeç	19.1
Niveli arsimor	Arsim profesional	16
	Bachelor	28.6
	Master	54.9
	Doktoraturë	17
Statusi martesor	Beqar	13.7
	Martuar	78.4
	Të divorcuar	5.9
	I/e Ve	2
Të ardhurat	Të kënaqëshme	72.2
	Të pakënaqëshme	27.8
Vënbanimi	Shkodër	18.3
	Pukë	17.6
	Kukës	17.2
	Tiranë	31.5
	Elbasan	9.3
	Korçë	6.1

3.7.2 Të dhëna të përgjithshme lidhur me Universitetet pjesëmarrëse në studim

Në plotësimin e pyetësorit morën pjesë studentë nga Universiteti “Fan S. Noli” në Korçë ku u plotësuan 91 pyetësorë (N=91), gjithashtu në plotësimin e pyetësorëve morën pjesë studentë nga Universiteti “Aleksandër Moisiu” në Durrës, ku u plotësuan 78 pyetësorë (N=78). Në këtë studim gjithashtu pyetësori u plotësua dhe nga studentët e Universitetit “Aleksandër Xhuvani” të Elbasanit, ku morën pjesë 97 studentë (N=97). Gjithashtu pyetësori u realizua dhe në Universitetin e Shkodrës “Luigj Gurakuqi” ku morën pjesë 83 studentë (N=83). Në të gjithë Universitetet pjesëmarrësit kanë qenë studentë të Fakulteteve të Shkencave Sociale (megjithëse) ky nuk ka qenë një kriter apo kusht i domosdoshëm i

kampionimit. Pyetësorë të pavlefshëm kanë rezultuar 35 prej tyre, të cilët nuk janë përfshirë fare në kodim, interpretim dhe analizë. Për masën e planifikuar prej 173.819 studentësh numri minimal i studentëve pjesëmarrës në studim mund të ishte 130, ndërsa në total numri i studentëve pjesëmarrës në këtë studim rezultoi të ishte 349 studentë (N=349).

3.7.2.1 Profili demografik i studentëve pjesëmarrës në studim

Të dhënat statistikore tregojnë se rreth 56.9 % e studentëve janë femra dhe 50.9 % janë meshkuj. Rreth 99.1 % e studentëve i përkasin grupmoshës 21-30 vjeç, rreth 0.6 % i përkasin grupmoshës 31-40-vjeç, rreth 0.3 % i përkasin grupmoshës 41-50-vjeç, rreth 71.4% janë me nivelin arsimorë bachelor, rreth 45.1 % janë me nivel arsimorë master dhe rreth 5.6 % janë me nivel arsimorë doktoraturë. Rreth 99.1 % e studentëve janë me statusin beqar, ndërsa 1.9 % janë të martuar. Rreth 50.6% janë të kënaqur me të ardhurat që ato kanë dhe rreth 49.4% nuk janë të kënaqur të ardhurat që ato kanë. Profili demografik për studentet prezantohet më poshtë në tabelën nr. 2.

Tabela 2. Profili demografik i studentëve pjesëmarrësve në studim

Variablat	Kategoritë	%
Gjinia	Femër	56.9
	Mashkull	50.9
Mosha	21-30-vjeç	99.1
	31-40-vjeç	0.6
	41-50-vjeç	0.3
	51-70-vjeç	/
Niveli arsimor	Arsim profesional	/
	Bachelor	71.4
	Master	45.1
	Doktoraturë	5.6
Statusi martesor	Beqar	99.1
	Martuar	1.9
	Të divorcuar	/
	Ie Ve	/
Të ardhurat	Të kënaqëshme	50.6
	Të pakënaqëshme	49.4
Vënbanimi	Shkodër	18.9
	Durrës	21.8
	Elbasan	27.8
	Korçë	31.5

3.8 Instrumentet e kërkimit

Për të realizuar kërkimin është përdorur një paketë pyetësorësh të përzgjedhur në varësi të qëllimit dhe objektivave të vendosura nga studiuesja me qëllim realizimin e studimit të saj. Pyetësorët u përkthyen në shqip sipas metodës Translation-Backtranslation, pyetësori është përkthyer nga specialistë të gjuhës angleze (Pedagog të Universitetit të Gjuhëve të Huaja në Shkodër). Pyetësori fillimisht është përkthyer nga gjuha angleze në shqip, më pas ai është përkthyer edhe një herë nga gjuha shqipe në gjuhën angleze.

Procedura e ndjekur gjatë plotësimit të pyetësorit ishte ajo e vetëraportimit anonim dhe konfidencial të mësuesve dhe studentëve, nëpërmjet plotësimit të pyetësorëve. Pyetësori i përgjithshëm përbëhej nga 8 pyetje të cilat grumbullonin informacion për karakteristika sociodemografike, 80 pyetjet e tjera ishin pyetje të cilat grumbullonin informacion mbi sjelljet shëndetësore, besimet shëndetësore, mbi tiparet e personalitetit dhe lokusit të kontrollit.

Në mënyrë më specifike instrumentet matës në këtë studim kanë qenë:

- Sistemi i monitorimit i faktorëve të sjelljeve të rrezikshme (BRFSS, 2012);
- Modeli i besimeve shëndetësore (Norman dhe Fitter, 1991; Weissfeld et al., 1987);
- Shkallët shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (MHCL scales) të Kenneth A. Wallston 2007;
- Inventari i pesë tipareve të mëdha (BFI), 1999 (Oliver P. John dhe Sanjay Srivastava).

Leja për përdorimin e pyetësorëve është marrë nga personat të cilët i administronin, dhe kushti kryesor ka qenë përfshirja e pyetësorëve në bibliografi dhe në shtojcat e studimit.

3.8.1 Përmbajtja e Instrumenteve matës

Matësi i parë (BRFSS, 2012)

Sistemi i monitorimit i faktorëve të sjelljeve të rrezikshme (BRFSS, 2012), është një matës i përdorur në formë sondazhi në 29 shtete që në vitin 1981 -1983. Në vitin 1984, Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) që ndërtoi (BRFSS) e aplikoi atë në 15 shtete për të mbledhur të dhënat mujore. Edhe pse BRFSS është projektuar për të mbledhur të dhëna të nivelit shtetëror, një numër i shteteve nga fillimi stratifikuan mostrat e tyre për të lejuar ata për të vlerësuar përhapjen e rajoneve brenda shteteve të tyre përkatëse.

CDC zhvilloi një pyetësor standard bazë për shtetet që ta përdorin atë për të siguruar të dhëna të cilat mund të krahasohen në të gjitha shtetet. Temat fillestare të përfshira në të ishin për duhanin, përdorimin e alkoolit, pasivitetin fizik, dietat, hipertension, dhe përdorimin e rripit të sigurimit. Shtetet që kanë përdorur BRFSS e kanë përdorur atë për të njohur çështjet urgjente dhe të reja shëndetësore. Për shembull, gjatë sezonit të gripit të vitit 2005, BRFSS është përdorur për të monitoruar mungesën e vaksinës së gripit, pas uraganit Katrina dhe Rita, për të vlerësuar ndikimin e këtyre ngjarjeve. BRFSS mund të përdoret në forma të ndryshme p.sh. mund të kalohet në internet, mund të përdoret nëpërmjet sondazhit telefonik etj., dhe rezultatet e nxjerra janë mjaft të besueshme dhe të përfaqësueshme.

BRFSS është një pyetësor mjaft efektiv për të krijuar një tablo të përgjithshme në lidhje me manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Ky matës krijon një lidhje mjaft pozitive dhe me modelin teorik të besimeve shëndetësore. Pyetësi BRFSS në seksionet e tij mat njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet që janë dhe elementët përbërës të HBM. BRFSS përbëhet nga 16 seksione (dimensione) dhe 22 module, përzgjedhja e seksioneve dhe moduleve bëhet sipas qëllimit dhe objektivave që ka studiuesi ose grupi shkencor.

Në këtë studim në mënyrë specifike janë përzgjedhur 4 seksione, të cilët do të shpjegohen më poshtë për përmbajtjen e tyre.

Dimensioni i parë ka synuar të mbledhë informacion mbi kontrollet e përgjithshme shëndetësore duke filluar nga *Check-up* i thjeshtë dhe duke kaluar në kontrollin mbi Hipertensionin, Kolesterolin, Hiv-Aids, realizimin e Mamogramës, kontrollit klinik të gjirit, realizimit të Paptestit, Psa-test.

Pyetja e parë e këtij dimensionit ka synuar të marrë informacion të përgjithshëm mbi kontrollin shëndetësor. Më konkretisht pyetja e drejtuar ka qenë në këtë formë:

-Para sa kohësh keni qenë për të bërë një vizitë (kontroll) rutinë tek mjeku i juaj?

Mundësitë e përzgjedhjes për këtë pyetje kanë qenë:

- Brenda vitit të kaluar;
- Brenda 2 viteve të fundit (1 vit, por më pak se 2 vite më parë);
- Brenda 5 viteve të fundit (2 vite, por më pak se 5 vite më parë);
- Nuk e di / Nuk jam i sigurt;
- Asnjëherë;

- Refuzoj.

Më pas seksioni ka vazhduar me pyetjet e tjera mbi kontrollin mbi hipertensionin, kolesterolin, kontrollin mbi kancerin e mitrës, gjirit, prostatës dhe testit të Hiv/Aids. Në lidhje me pyetjet mbi këto sjellje mundësitë e përgjigjeve kanë qenë: *Po, Jo, Nuk e di, Pa përgjigje.*

Dimensioni i dytë ka synuar të mbledhë informacion mbi stilin e jetës.

Në këtë dimension janë përfshirë dy pyetje që mbledhin informacion në lidhje me stilin e gjumit dhe aktivitetit fizik. Në lidhje me stilin e gjumit pjesëmarrësit janë pyetur në lidhje me sasinë e orëve të gjumit që ato bëjnë. Ndërsa në lidhje me aktivitetin fizik pjesëmarrësit janë pyetur nëse ato realizojnë aktivitet fizik. Mundësitë e përgjigjes kanë qenë: *Po, Jo, Nuk e di, Pa përgjigje.*

Dimensioni i tretë ka synuar të mbledhë informacion mbi sjelljet jo të shëndetshme që janë konsumimi i duhanit dhe alkoolit. Në lidhje me konsumimin e duhanit janë drejtuar 3 pyetje. Pyetja e parë mbledh informacion të përgjithshëm mbi konsumimin e duhanit. Pyetja e dytë mbledh informacion në lidhje me kohën e konsumimit të duhanit nga nganjëherë në çdo ditë. Pyetja e tretë mbledh informacion vetëm për ato që e konsumojnë duhanin, ku pjesëmarrësit janë pyetur në lidhje me sasinë e konsumimit të duhanit. Alternativat e përzgjedhjes për këtë pyetje kanë qenë nga mesatarisht *më pak se një cigare në ditë deri në dy ose më shumë paketa në ditë.* Pyetja në lidhje me konsumimin e alkoolit ka synuar të mbledhë informacion në lidhje me shpeshtësinë e konsumimit të alkoolit brenda javës.

Mundësitë e përzgjedhjes kanë qenë nga *çdo ditë dhe më shumë deri në asnjëherë.*

Dimensioni i katërt ka synuar të mbledhë informacion mbi stilin e të ngrënit. Pyetjet në lidhje me stilin e të ushqyerit kanë synuar të marrin informacion nëse subjektet e konsiderojnë të rëndësishëm të ngrënit në mënyrë të shëndetshme si p.sh. të ushqyerit me fruta, perime, drithëra etj.

Pyetjet janë ndarë si më poshtë:

- Brenda 30 ditëve sa herë konsumoni fruta, perime, zarzavate?
- Brenda 30 ditëve sa herë konsumoni drithëra?

- Brenda 30 ditëve sa herë konsumoni ushqime me gjethe të gjelbër (spinaq, sallatë, lakra etj.)?

Subjektet kanë pasur mundësi zgjedhjesh nga *asnjëherë* deri në *çdo ditë* gjithashtu dhe alternativat *nuk e di* dhe *pa përgjigje*. Në total numri i pyetjeve të shtruar në këtë dimension ka qenë 4 pyetje.

Matësi i dytë: Modelet e Besimit të Shëndetit (HBM)

Modeli i besimeve shëndetësore (Norman dhe Fitter, 1991; Weissfeld et al., 1987). Versioni origjinal është i përbërë nga 43 pyetje të ndara në 8 dimensione. Në këtë studim janë përdorur, dimensionin vlerësimi i shëndetit, dimensionin perceptimi i ndjeshmërisë, dimensionin perceptimi i ashpërsisë, dimensionin perceptimi i përfitimeve, dimensionin perceptimi i barrierave. Mundësitë e përgjigjes për të gjitha pyetjet kanë qenë nga *ekstremisht negative* deri në *shumë pozitive*.

Matësi i tretë: Shkallët Shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (MHCL)

Ky matës ka qenë në përdorim që nga fundi i viteve 1970-të (ku u përshkrua për herë të parë nga Wallston, Wallston dhe DeVellis, 1978, në monografinë mbi edukimin shëndetësor, 6, 160-170). Ekzistojnë tre forma të këtij matësi të ndara në A, B, C. Në 30 vitet e fundit, format A/B janë përdorur në mbi njëmijë studime. Forma C është projektuar të jetë "gjendje-specifike" dhe mund të përdoret në vend të formës A/B kur studimi bëhet mbi persona me një kusht specifik mjekësor (Wallson, 2007). Matësi i formës A/B përbëhet nga 18 artikuj, ku çdo artikull i paraqitur është një deklaratë besimi për gjendjen shëndetësore të individit me të cilën individ mund ose jo të pajtohet. Çdo artikull matet me shkallën e vlerësimit që varion nga (1) aspak dakord në (2) shumë dakord. Për çdo artikull që i anketuari shënon përfaqëson shkallën në të cilën ai është dakord ose jo. Sa më shumë që individ është dakord me deklaratën, aq më i lartë do të jetë dhe numri që rrethon dhe e kundërta.

Subjekteve në këtë studim u është kërkuar të rrethojnë vetëm një artikull, nga ku çdo artikull nuk tregon nëse është e drejtë apo e gabuar, por shprehet vetëm besimi personal i të anketuarve. Rezultati në çdo shkallë, është shuma e vlerave të rrethuara për çdo artikull, në

çdo shkallë p.sh. (kur 1 = “aspak dakord”, dhe 6 = "shumë dakord"). Të gjitha shkallët janë të pavarura nga njëra-tjetra.

Për çdo dimension formula e llogaritjes është si më poshtë shih tabelën nr.1.

Lokusi i brendshëm pikëzimi i mundshëm për këtë dimension ka variuar nga 6-36;

Lokusi rastësia pikëzimi i mundshëm për këtë dimension ka variuar nga 6-36;

Lokusi të tjerët e fuqishëm pikëzimi i mundshëm për këtë dimension varion nga 6-36.

Tabela 3. Shkallët shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin

Dimensionet	Pikëzimi
Lokusi i brendshëm	A, B, C 6-36 1,6,8,12,13,17
Lokusi rastësia	A, B, C 6-36 2,4,7,11,15,16
Lokusi të tjerët e fuqishëm	A, B, C 6-36 3,5,7, 10,14,18

Matësi i katërt: Inventari i pesë tipareve të mëdha (BFI)

Matësi i katërt i përdorur në këtë studim është Inventari i pesë tipareve të mëdha të (BFI), 1999 (Oliver P. John and Sanjay Srivastava). Personaliteti është konceptuar në mënyra e perspektiva të ndryshme teorike si dhe nivele të ndryshme abstraksioni (John, Hampson, dhe Goldberg, 1991). Shumë nga modelet kanë dhënë një kontribut mjaft të madh duke ndihmuar në të kuptuarit të dallimeve individuale në nivelin e sjelljes dhe përvojës. Ekzistojnë forma të ndryshme të (BFI) por për studimin në fjalë u mendua si më efektiv modeli i përshtatur nga John dhe Srivastava. Ky pyetësor është i përbërë nga 44 pyetje që masin 5 dimensionet e personalitetit (Goldberg, 1993), ku secili nga faktorët më pas ndahet në tiparet e personalitetit. Shkalla e përgjigjes për çdo pyetje nga 1 = *nuk pajtohem aspak* në 5 = *shumë dakord*. Nxjerrja e rezultateve për këtë pyetësor fillon fillimisht duke kthyer të gjithë artikujt e koduar në vlera negative. Për t'i rikoduar këto artikuj duhet zbritur 6 nga rezultati për të gjithë artikujt e shënuar në të kundërt. P.sh nëse është shënuar 5 për një artikull atëherë duhet llogaritur në këtë mënyrë 6-5 dhe rezultati i rikoduar është 1. Që do të thotë, rezultati 1 bëhet 5, rezultati 2 bëhet 4, rezultati 3 mbetet 3, 4 bëhet 2, dhe 5 bëhet 1. Pasi janë krijuar pikëzimet përkatëse, ku janë formuar dhe rezultatet e gjëra në mesatare, për çdo fushë B5 (ku R tregon përdorimin e pikës së kundërt të shënuar (shih tabelën nr.4).

Tabela 4. Pesë dimensionet e mëdha të personalitetit

Pesë dimensionet e mëdha	Indikatorët (BFI)
Ekstravert/ introvert	1, 6R 11, 16, 21R, 26, 31R, 36 Maksimumi i pikëve për këtë dimension është 18
Pajtueshëm/antagonist	2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42
Vetëdijshëm/ mungesës së drejtimit	Maksimumi i pikëve për këtë dimension është 26
Neuroticismi/ stabiliteti emocional	3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R
I hapur/i mbyllur ndaj eksperiencave	Maksimumi i pikëve për këtë dimension është 27

3.9 Llojet e variablave të përfshirë në studim dhe kodimet e tyre

Në vijim do të paraqiten në mënyrë të detajuar variablat e studimit dhe indikatorët përkatës. Variablat në një studim shkencor përdoren për të shprehur sasi (veti sasiore) dhe cilësi (veti cilësore). Të parët janë variablat sasiorë, të dytët janë variablat cilësorë. Variablat ndahen në të pavarur, të varur dhe të ndërmjetëm. Variabli i pavarur përfaqëson një element social me karakteristika që kushtëzojnë variablin e varur. Variabli i varur përfaqëson një element social, karakteristikat e të cilit duhen shpjeguar në lidhje me ndikimin e variablit të pavarur. Variabli i ndërmjetëm përdoret për të ndihmuar në shpjegimin e marrëdhënies së vërtetuar ndërmjet një ose më shumë variablash të pavarur dhe një ose më shumë variablash të varur (Sokoli, 2011).

3.9.1 Variablat demografik

Në realizimin e studimit siç është cituar dhe më lart janë marrë në konsideratë dhe disa të dhëna demografike. Për këto të dhëna demografike u zhvillua një instrument për matjen e tyre. Instrumenti në fjalë përmban 8 çështje që mbledhin informacion për gjininë, moshën, nivelin arsimor, statusin martesor, vendbanimin, profesionin, dhe të ardhurat. Këto variabla ndahen sipas vetive dhe kategorive përkatëse matëse. Vendbanimi në këtë studim është trajtuar si një variabël string ku vlerat shprehen me tekst dhe nuk ndahet në kategori të matshme. Në këtë studim ky variabël është përdorur për të identifikuar pjesëmarrësin por që nuk ka për qëllim për të raportuar ndonjë të dhënë statistikore të rëndësishme për studimin.

3.9.1.1 Variablat e pavarur dhe indikatorët

Trajta e variablave të pavarur në këtë studim gjithashtu u është dhënë dhe besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit dhe lokusit të kontrollit.

a- Besimet shëndetësore

(V 9) Dimensioi: Vlerësimi i shëndetit është i përbërë nga tre indikatorë pyetja (shiko shtojcën A, pyetjet 1;1.1;1.2) (V12) Dimensioi: Perceptimi i ndjeshmërisë është i përbërë nga një indikator (shiko shtojcën A, pyetja 2). V13) Dimensioi: Perceptimi i ashpërsisë është i përbërë nga një indikator (shiko shtojcën A, pyetja 3). (V14) Dimensioi: Perceptimi i përfitimeve është i përbërë nga një indikator (shiko shtojcën A, pyetja 4).

(V15) Dimensioi: Perceptimi i barrierave është i përbërë nga dy indikatorë (shiko shtojcën A, pyetja 5).

b- Tiparet e personalitetit (BFI)

Tipareve të personalitetit u është dhënë trajta e variablave të pavarur. Ato ndahen në 5 dimensione të mëdha. Këto dimensione kanë dhe indikatorët e tyre përkatës.

Dimensioi Ekstravert (E) është i përbërë nga tetë indikatorë pyetjet 1, 6 11, 16, 21, 26, 31, 36 (shiko shtojcën A3). Dimensioi: persona që përshtaten (A) është i përbërë nga nëntë indikatorë, pyetjet 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42 (shiko shtojcën A3). Dimensioi: të përgjegjshëm (C) është i përbërë nga nëntë indikatorë, pyetjet 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43 (shiko shtojcën A3). Dimensioi neurotik (N) është i përbërë nga tetë indikatorë, pyetjet 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39 (shiko shtojcën A3). Dimensioi: të hapur ndaj eksperiencave (O) është i përbërë nga dhjetë indikatorë, pyetjet 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41, 44 (shiko shtojcën A3).

c- Lokusi i kontrollit

Lokusit të kontrollit iu dha trajta e variablit të pavarur. Lokusi i kontrollit gjithashtu ndahet në 3 dimensione të mëdha. Këto dimensione kanë dhe indikatorët e tyre përkatës.

I brendshëm, që është i përbërë nga gjashtë indikatorë, pyetjet 1,6,8,12,13,17 (shiko shtojcën A2). I rastësisë, që është i përbërë nga gjashtë indikatorë, pyetjet 2,4,7,11,15,16 (shiko shtojcën A2).Të tjerët, e fuqishëm që është i përbërë nga gjashtë indikatorë, pyetjet 3,5,7, 10,14,18 (shiko shtojcën A2).

4.9.1.2 Variablat e varur dhe indikatorët

Në këtë studim trajta e variablave të varur iu dha sjelljeve shëndetësore. Sjelljet shëndetësore në këtë studim maten nëpërmjet indikatorëve si më poshtë:

- Dimensioi: kontrolli shëndetësor është i përbërë nga shtatë indikatorë (shiko shtojcën A1, pyetjet 1.2.3.4.5.6.7).
- Dimensioi: stili i jetës është i përbërë nga dy indikatorë (shiko shtojcën A1, pyetja 8.9).
- Dimensioi: sjelljet jo të shëndetshme është i përbërë nga katër indikatorë (shiko shtojcën A1, pyetjet 10;10,1;11).
- Dimensioi: stili i të ngrënit është i përbërë nga katër indikatorë (shiko shtojcën A1. shiko pyetjet 12; 21,1; 12,2;12,3).

3.9.2 Faza e pilotimit

Fillimisht është bërë përkthimi i testeve në gjuhën shqipe. Pasi u konkludua në një variant të vetëm, u bë printimi i pyetësorëve dhe u shpërndanë 50 pyetësorë për studentët e Universitetit “Luigj Gurakuqi” në Shkodër në nivel Master Shkencor (ku pjesa më e madhe e këtyre studentëve janë mësues në shkolla të ndryshme të qytetit të Shkodrës), gjithashtu u shpërndanë dhe 20 pyetësorë në dy shkolla të qytetit të Shkodrës.

U bë hedhja e të dhënave në data base. Më pas u llogarit besueshmëria e brendshme për secilin test. Besueshmëria e brendshme e paketës së pyetësorëve varioi nga $\alpha=.65$ deri në $\alpha=.71$ ku konsistenca e brendshme për secilin pyetësor ishte në mënyrë të konsiderueshme e besueshme. Pas pilotimit të paketës së pyetësorëve, ai më pas, u shpërnda dhe në qytete të tjera, fillimisht vetëm tek mësuesit për të vazhduar më pas me fazën e dytë, studentët, po në qytete të ndryshme të Shqipërisë.

3.9.3 Vlefshmëria dhe besueshmëria e brendshme e instrumenteve matës

Treguesit kryesorë të cilësisë së një instrumenti matës janë besueshmëria dhe vlefshmëria. Pyetësorët vetëraportues të përdorur p.sh. për të matur cilësinë e jetës, efektet terapeutike, efektet negative të drogës dhe reagimin ndaj terapisë (p.sh. kontrollin e dhimbjeve, shqetësimet e gjumit) etj., janë matës të cilët mund të sigurojnë të dhëna shumë të mëdha por që shumica e të dhënave mund të ndikojnë në rritjen e subjektivitetit dhe mund të bëhen

gabime gjatë matjes. Në raste të tilla, është detyrë e studiuesit për të kontrolluar, për të njohur gabimet dhe për të raportuar besueshmërinë dhe vlefshmërinë e matësve të përdorur. Besueshmëria, sipas teorisë klasike të testimit të teorisë, çdo rezultat i marrë nga një instrument matës, është i përbërë nga bashkimi i së "vërtetës", e cila është e panjohur, dhe nga "gabimi" në procesin e matjes (Crocker, Algina, 1986; Denzin, Lincoln, 2005). Rezultati i vërtetë është në thelb rezultati që një studiues duhet të marrë nëse matja është krejtësisht e saktë. Procesi i zhvillimit të vlerësimit të një instrumenti matës ndodh për efektin e zvogëlimit të gabimit në procesin e matjes.

Vlerësimi i besueshmërisë përdoret për të vëzhguar (1) stabilitetin e masave të administruara në kohë të ndryshme për të njëjtët individë duke përdorur të njëjtin standard (test-ri test), (2) ekuivalencën e grupe të artikujve nga i njëjti test (konsistencës së brendshme) ose të vëzhguesve të ndryshëm duke marrë një sjellje apo ngjarje duke përdorur të njëjtin instrument (interrater reliability). Koeficientet e besueshmërisë variojnë nga 0.00 në 1.00, koeficienti më i lartë tregon nivel më të lartë të besueshmërisë.

Vlefshmëria. Instrumentet matës të përdorur në këtë studim BRFSS, HBM, BFI, MHCL, kanë vlefshmëri të përmbajtjes dhe përputhen me shpjegimet e literaturës. Duke qenë se në këtë studim janë përdorur çështje dhe dimensione të shumëfishta është përzgjedhur për aplikim metoda e matjes së qëndrueshmërisë së brendshme. Qëndrueshmëria e brendshme (konsistenca e brendshme) synon dhënien e një vlerësimi të ekuivalencës së grupeve dhe të artikujve për të njëjtën provë (për shembull, një sërë pyetjesh që kanë për qëllim vlerësimin e besimeve shëndetësore ose sjelljeve shëndetësore).

Koeficienti i konsistencës së brendshme siguron një vlerësim të besueshmërisë së matjes dhe është bazuar në supozimin se pikat matëse të të njëjtit konstrukt duhet të lidhen. Konsistenca e brendshme zakonisht matet me alpha Cronbach's (Cronbach, 1951; Vellis, 2004). Alfa Cronbach është një funksion inter-korrelational i mesatares së artikujve dhe i numrit të artikujve në shkallë. Në studimin në fjalë të dhënat u përlllogaritën sipas koeficientit alfa të Cronbach për secilën shkallë matëse, si dhe secilin dimension të tyre.

Gjetjet mbi besueshmërinë e instrumenteve në përfundim të studimit prezantohen më poshtë në tabelën nr. 5.

	Nr. i çështjeve	α e Cronbach
Matësi BRFSS		
Kontrollet shëndetësore	7	0.784
Stili i jetës	2	0.711
Sjelljet jo të shëndetshme	4	0.731
Stili i të ngrënit	4	0.734
Matësi MHCL		
Lokusi i brendshëm	6	0.837
Lokusi rastësia	6	0.801
Lokusi të tjerët e fuqishëm	6	0.837
Matësi HBM		
Vlerësimi i shëndetit	3	0.559
Perceptimi i ndjeshmërisë	1	0
Perceptimi i ashpërsisë	1	0
Perceptimi i përfitimeve	2	0.601
Perceptimi i barrierave	2	0.559
Matësi BFI		
Ekstravert	8	0.780
Persona që përshtaten	8	0.791
Të përgjegjshëm	9	0.798
Neurotik	8	0.751
Të hapur ndaj eksperiencave	10	0.803

Tabela 5. Qëndrueshmëria e brendshme e shkallëve matëse të studimit

3.9.4 Kodimi dhe rikodimi i të dhënave

Përpara se të dhënat të kaloreshin në sistem, për çdo pyetësor është vendosur nga një numër identifikimi. Çdo përgjigje e dhënë u kodifikua në mënyrë që të identifikoheshin më lehtë (kusht i domosdoshëm për analizën në SPSS) vlerat e çdo variabli të përfshirë në pyetësor. Çdo pyetje në këtë lloj analize u emërtua me nga një fjalë kyçe, dhe çdo alternativë e pyetjes është koduar me nga një numër duke filluar nga 0. Vazhdimësia është përcaktuar në varësi të alternativave që ka pasur pyetja.

Pasi u ndërtua një lloj harte për hedhjen e të dhënave (një data base), më pas të gjitha të dhënat u hodhën në bazën e të dhënave të ndërtuar me programin statistikor të shkencave sociale, SPSS versioni 21.

Të dhënat u pastruan për gabimet që kishin në kodim, për disa pyetje ka lindur nevoja për rikodim duke krijuar në këtë mënyrë dhe kategori të reja, gjithashtu për efekt të analizave të ndryshme janë përjashtuar disa përgjigje si: *nuk e di* dhe *pa përgjigje* në mënyrë që këto

vlera mos të ndikojnë në rezultatet statistikore. Përjashtimi i tyre është bërë në ato pyetje kur kjo lloj përgjigjeje nuk ka paraqitur ndonjë informacion të rëndësishëm statistikor. Pyetjet për të cilat ka lindur nevoja për rikodim kanë qenë:

Informacioni mbi moshën. Ky variabël pasi janë hedhur të gjitha të dhënat është rikoduar duke formuar më pas grupe të reja. Pas këtij hapi ka lindur nevoja për krijimin e vlerave të reja për variablin e ri si p.sh. grupmosha 21-30 ka marrë vlerën 1, grupmosha 31-40 ka marrë vlerën 2, grupmosha 41-50 ka marrë vlerën 3, grupmosha 51-70 ka marrë vlerën 4.

Informacioni mbi stilin e gjumit e njëjta rrugë është ndjekur dhe në lidhje me këtë variabël. Çdo pjesëmarrës për këtë pyetje ka pasur mundësi të shënojë në numër për sasinë e orëve të gjumit gjatë natës. Për këtë variabël rikodimi është bërë: 7-8 orë gjumë ka marrë vlerën 1; 8-10 orë gjumë ka marrë vlerën 2; 11-13 orë ka marrë vlerën 3; 14 orë dhe më shumë ka marrë vlerën 4.

Matësi: Inventari i pesë tipareve të mëdha BFI

Dimensioni ekstravert (E) për pyetjet 6, 21, 31, ka lindur nevoja për rikodim.

Dimensioni pajtueshëm (A) për pyetjet 2, 12, 27, 37 ka lindur nevoja për rikodim.

Dimensioni i vetëdijshëm (C) për pyetjet 8, 18, 23, 43 ka lindur nevoja për rikodim.

Dimensioni neurotik (N) për pyetjet 9, 24, 34 ka lindur nevoja për rikodim.

Dimensioni: të hapur ndaj eksperiencave (O) për pyetjet: 35, 41 ka lindur nevoja për rikodim. Përgjigjet e dhëna për këto pyetje janë rikoduar në këtë mënyrë:

1 ----> 5; 2 ----> 4; 3 ----> 3; 4 ----> 2; 5 ----> 1

3.9.5 Analiza e të dhënave

Të dhënat sasiore të mbledhura në këtë studim janë analizuar duke përdorur paketën statistikore të shkencave sociale, version 21. Për të paraqitur në total numrin e kampionit pjesëmarrës, të dhënat në lidhje me gjininë, moshën, arsimimin, profilin e punës, vendbanimin, të ardhurat, u përdorën statistikatat përshkruese duke përfshirë mesataren aritmetike, devijimin standard, frekuencat, përqindjet etj. Në këtë studim në përputhje me pyetjet kërkimore u përdorën dhe analiza korrelacionale dhe ajo e regresionit të shumëfishtë standard.

3.9.6 Konsideratat etike të studimit

Në takimet zyrtare të realizuara me Drejtoritë Arsimore të qyteteve Shkodër, Tiranë, Elbasan, Korçë, u dhanë lejet për të realizuar studimin, por u shpjegua se ato nuk mund të detyronin asnjë punonjës që të ishin pjesëmarrës në këtë studim. Pjesëmarrja në studim varej plotësisht nga dëshira dhe vullneti i punonjësve. Çdo drejtori shkolle ku është realizuar pyetëtori ka shprehur dëshirën e mirë që studimi të realizohej, pyetësorët mund të shpërndaheshin me ndihmën e vetë drejtuesit të shkollës ose të psikologut të shkollës. Çdo person që angazhohej për shpërndarjen e pyetësorëve i është sqaruar qëllimi i punimit dhe fakti që pjesëmarrja e mësuesve duhej të ishte krejtësisht vullnetare.

Para aplikimit të pyetësit, pjesëmarrësit kanë rënë dakord me një miratim oral që të merrnin pjesë në studim. Çdo pjesëmarrësi i është siguruar anonimiteti. Në pyetësor nuk janë marrë të dhëna në lidhje me emrin apo ndonjë informacion tjetër identifikues. Pjesëmarrësit janë informuar se mbledhja e të dhënave demografike do të ishte vetëm për qëllime statistikore dhe se identiteti i tyre nuk do të mund të zbulohej, duke siguruar kështu anonimitetin. Ata u siguruan se gjetjet përshkruese dhe statistikore në këtë studim, por edhe në publikimet e tij nuk do të përfshinin informacion të identifikueshëm personal. E njëjta rrugë zyrtare është ndjekur dhe për marrjen e lejes për realizimin e pyetësit në ambientet e universiteteve shtetërore. Nga të gjithë rektorët është miratuar realizimi i studimit në këto ambiente gjithmonë pa cenuar orarin mësimor dhe punën e pedagogëve të universiteteve. Çdo studenti pjesëmarrës i është siguruar anonimiteti.

Për sa i përket lejes së përdorimit të shkallëve matëse, pavarësisht se ato nuk kanë nevojë për lejen e autorëve, paraprakisht është kontaktuar me autorët e këtyre shkallëve dhe është marrë leja apo aprovimi i tyre që këto shkallë të mund të përdoren në këtë studim.

Në mënyrë të përmbledhur në këtë kapitull u trajtua qëllimi kryesor i punimit, objektivat, pyetjet kërkimore, hipotezat e tij. Gjithashtu në këtë kapitull u trajtua metoda kërkimore e përdorur, lloji i kampionimit, kriteret e pranimi dhe përjashtimit për pjesëmarrësit në studim. U përshkrua procedura e mbledhjes së të dhënave, instrumentet e përdorur në studim, faza e pilotimit, u bë plani i analizave të të dhënave në lidhje me pyetjet kërkimore të studimit etj.

KAPITULLI IV: ANALIZA DHE REZULTATET E STUDIMIT

Në këtë kapitull paraqiten analizat përshkruese sipas objektivave, pyetjeve dhe hipotezave të ngritura për këtë studim.

4.1 Analiza përshkruese sipas dimensionit, kontrollet shëndetësore

Në këtë seksion paraqiten të dhënat përshkruese në lidhje me sjelljet shëndetësore. Ato janë analizuar sipas dimensioneve përkatëse, fillimisht analiza fillon me dimensionin kontrolli shëndetësor që përbëhet nga 7 pyetje. Analiza përshkruese, vazhdon më tej me dimensionin stili i jetës, që përbëhet nga 2 pyetje. Dimensioni pasardhës është ai i sjelljeve jo të shëndetshme që përbëhet nga 4 pyetje, dhe mbyllet me analizën e dimensionit stili i të ngrënit që përbëhet nga 4 pyetje.

4.1.1 Niveli i kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë tek studentet

Të dhënat statistikore të paraqitura në tabelën në vijim paraqesin në frekuencë, në përqindje të vlefshme rezultatet statistikore në lidhje me kohëzgjatjen e realizimit të kontrollit shëndetësor (Check-up Shëndetësor). Shih tabelën nr. 6.

Tabela 6 . Kontrolli i përgjithshëm shëndetësorë tek studentet

Variablat	Kategoritë	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësorë							
		Brënda 1-viti		Brënda 2-viteve		Më shumë se 5-vite		Asnjëherë	
		Fr	V.P	Fr	V.P	Fr	V.P	Fr	V.P
Gjinia	Femer	278	57.6	116	24.0	52	10.8	37	7.7
	Mashkull	43	43.9	22	22.4	23	23.5	10	10.2
Mosha	21-30 vjeç	206	55.4	88	55.4	44	11.8	34	9.1
	31-40 vjeç	45	61.6	11	15.1	10	13.7	7	9.6
	41-50 vjeç	45	51.7	26	29.9	13	14.9	3	3.4
	51-70 vjeç	26	55.3	11	23.4	7	14.9	3	6.4
Niveli arsimorë	Profesional	/	/	/	/	/	/	/	/
	Bachelor	210	57.5	73	20.0	49	13.4	33	9.0
	Master	67	49.3	47	34.6	13	9.6	9	6.6
	Doktoraturë	10	58.8	4	23.5	3	17.6	/	/
Statusi martesorë	Beqar	14	53.8	7	26.9	2	11.5	2	7.7
	Martuar	18	56.3	10	31.3	2	6.3	2	6.3
	Divorcuar	/	/	/	/	/	/	/	/
	I/e ve	/	/	/	/	/	/	/	/

Nga të dhënat statistikore përshkruese rezulton se rreth 57.6% e femrave dhe 43.9% e meshkujve e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 24% e femrave dhe 22.4% e meshkujve e kanë realizuar brenda 2 viteve kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 10.8% e femrave dhe 23.5% e meshkujve e kanë realizuar brenda 5-viteve kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 7.7% nuk e kanë realizuar brenda një viti asnjëherë kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 55.4% që e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor janë të grupmoshës 21-30 vjeç. Rreth 61.6% janë të grupmoshës 31-40 vjeç që e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 57.5% janë me nivelin arsimor Bachelor, 49.3% janë me nivelin arsimor Master dhe rreth 58.8% janë me nivelin arsimor Doktoraturë që brenda një viti kanë realizuar një kontroll të përgjithshëm shëndetësor, 53.8% janë me statusin beqar, 56.3 % janë me statusin të martuar që brenda një viti kanë realizuar një kontroll të përgjithshëm shëndetësor.

4.1.1.1 Niveli i kontrollit të përgjithshëm shëndetësorë tek mësuesit

Nga të dhënat statistikore përshkruese rezulton se rreth 58.7% e femrave dhe 55.9% e meshkujve e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 22% e femrave dhe 28.2% e meshkujve e kanë realizuar brenda 2 viteve kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 11.7% e femrave dhe 9.4% e meshkujve e kanë realizuar brenda 5 viteve kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 8.2% e femrave dhe 6.4% e meshkujve nuk e kanë realizuar brenda një viti asnjëherë kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 53.3% që e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor janë të grupmoshës 21-30 vjeç. Rreth 62% janë të grupmoshës 31-40 vjeç, rreth 51.2% janë të grupmoshës 41-50 vjeç, dhe rreth 55.3% janë të grupmoshës 51-70 vjeç që e kanë realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Rreth 43.8% janë me nivelin arsimor profesional, 53.2% janë me nivelin arsimor Bachelor, 57.3% janë me nivelin arsimor Master dhe rreth 56.3% janë me nivelin arsimor Doktoraturë, që brenda një viti kanë realizuar një kontroll të përgjithshëm shëndetësor, 56.1% janë me statusin beqar, 56.3% janë me statusin të martuar, 10% janë me statusin të divorcuar dhe 20 % janë me

statusin i/e ve që brenda një viti kanë realizuar një kontroll të përgjithshëm shëndetësor. shih tabelen nr 7.

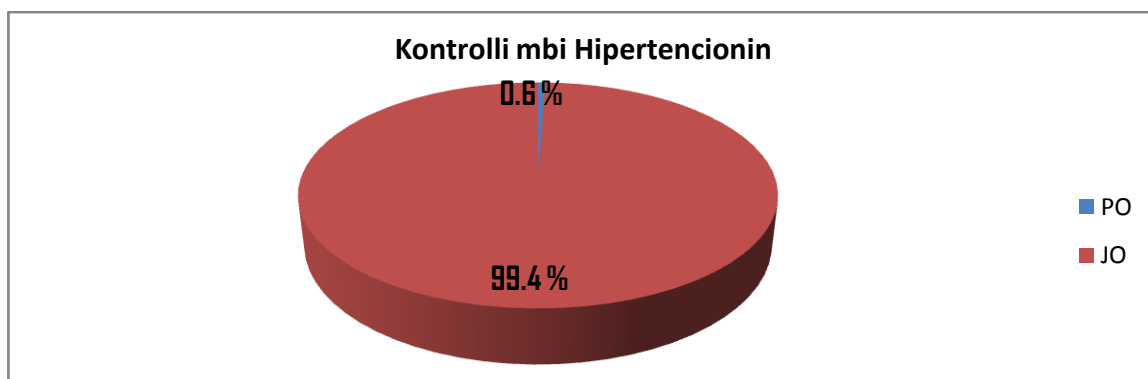
Tabela 7. Kontrolli i përgjithshëm shëndetësorë tek mesuesit

Variablat	Kategoritë	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësorë							
		Brënda 1-viti		Brënda 2-viteve		Më shumë se 5-vite		Asnjëherë	
		Fr	V.P	Fr	V.P	Fr	V.P	Fr	V.P
Gjinia	Femer	165	58.7	59	21.0	33	11.7	24	8.2
	Mashkull	113	55.9	57	28.2	19	9.4	13	6.4
Mosha	21-30 vjeç	183	55.3	72	21.8	44	13.3	32	9.7
	31-40 vjeç	44	62.0	10	14.1	10	14.1	7	9.9
	41-50 vjeç	44	51.2	26	30.2	13	15.1	3	3.5
	51-70 vjeç	26	55.3	11	23.4	7	14.9	3	6.4
		7	43.8	3	18.8	5	31.3	1	6.3
Niveli arsimorë	Profesional	7	43.8	3	18.8	5	31.3	1	6.3
	Bachelor	50	53.2	25	26.6	14	14.9	5	5.3
	Master	43	57.3	22	29.3	5	6.7	5	6.7
	Doktoraturë	9	56.3	4	25.0	3	18.8	/	/
Statusi martesorë	Beqar	166	56.1	63	21.3	37	12.5	30	10.1
	Martuar	18	56.3	10	31.3	2	6.3	2	6.3
	Divorcuar	1	10.0	5	50.0	3	30.0	1	10.0
	I/e ve	1	20.0	3	60.0	1	20.0	/	/

4.1.2 Niveli i kontrollit të hipertensionit tek studentët

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun dhe në tabelën në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me nivelin e kontrollit të hipertensionit tek studentët. Në lidhje me këtë, shiko grafikun nr. 1 dhe tabelën nr. 8.

Grafiku 1. Niveli i kontrollit të hipertencionit tek studentet



Variablat	Kategoritë	Kontrolli i hipertencionit					
		Po	Po, por vetem gjate shtatezanise				Jo
		V.P	Fr	V.P	Fr	V.P	Fr
Gjinia	Femer	85	17.5	17	3.5	385	79.1
	Mashkull	17	17.9	/	/	76	80.0
Mosha	21-30 vjeç	18	4.7	3	.8	363	94.5
	31-40 vjeç	26	38.2	5	7.4	37	54.4
	41-50 vjeç	/	/	/	/	/	/
	51-70 vjeç	/	/	/	/	/	/
	Profesional	/	/	/	/	/	/
Niveli arsimorë	Bachelor	2	.7	/	/	280	99.3
	Master	/	/	/	/	64	100.0
	Doktoraturë	/	/	/	/	1	100.0
Statusi martesorë	Beqar	1	.3	/	/	309	99.7
	Martuar	1	3.1	/	/	31	96.9
	Divorcuar	/	/	/	/	/	/
	I/e ve	/	/	/	/	/	/

Tabela 8. Niveli i kontrollit të hipertencionit tek studentet

Nga të dhënat statistikore të paraqitura në tabelën e mësipërme rezulton se rreth 17.5% e studenteve femrave dhe 17.9% e meshkujve e kanë realizuar kontrollin e hipertensionit. Rreth 3.5% e femrave e kanë realizuar këtë kontroll vetëm gjatë shtatzënisë, dhe rreth 79.1% e femrave dhe 80% e meshkujve nuk e kanë realizuar këtë kontroll. Rreth 4.7% janë të grupmoshës 21-30 vjeç, 38.2% janë të grupmoshës 31-40 vjeç, rreth 0.7% janë me nivelin arsimor Bachelor dhe rreth 3.1% janë me statusin të martuar që e kanë realizuar kontrollin e hipertensionit.

4.1.2.1 Niveli i kontrollit të hipertensionit tek mësuesit

Të dhënat statistikore në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me nivelin e kontrollit të hipertensionit tek mësuesit. Për këtë shiko tabelën nr. 9.

Variablat	Kategoritë	Kontrolli i hipertencionit					
		Po		Po, por vetëm gjatë shtatezanisë		Jo	
		V.P	Fr	V.P	Fr	V.P	Fr
Gjinia	Femer	83	42.6	17	8.7	95	48.7
	Mashkull	/	/	/	/	54	100.0
Mosha	21-30 vjeç	16	41.0	3	7.7	20	51.3
	31-40 vjeç	26	39.4	5	7.6	35	53.0
	41-50 vjeç	31	37.8	9.8	9.8	43	52.4
	51-70 vjeç	21	46.7	3	6.7	21	46.7
Niveli arsimorë	Profesional	2	.7	/	/	280	99.3
	Bachelor	/	/	/	/	64	100.0
	Master	/	/	/	/	1	100.0
	Doktoraturë	/	/	/	/	2	100.0
Statusi martesorë	Beqar	6	28.6	2	9.5	13	61.9
	Martuar	84	41.6	16	7.9	102	50.5
	Divorcuar	4	50.0	1	12.5	3	37.5
	I/e ve	4	66.7	/	/	2	33.3

Tabela 9. Niveli i kontrollit të hipertencionit tek mësuesit

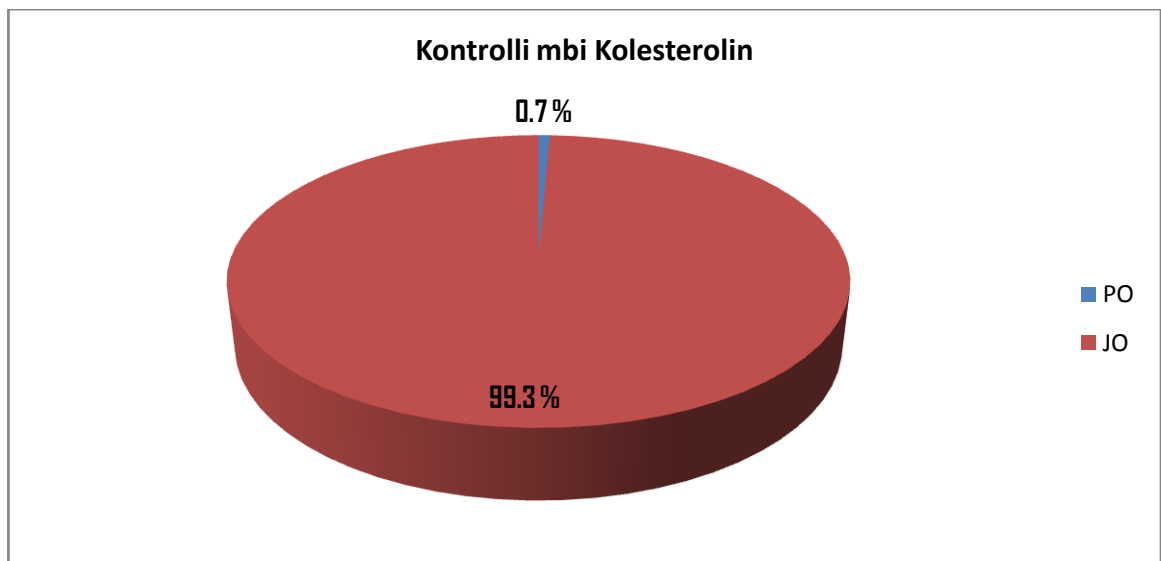
Nga të dhënat statistikore të paraqitura në tabelën e mësipërme rezulton se rreth 42.6% e mësueseve femra e kanë realizuar kontrollin e hipertensionit. Rreth 41% i përket grupmoshës 31-40 vjeç, rreth 3.1% janë me statusin të martuar. Rreth 8.7% e mësueseve femra e kanë realizuar këtë kontroll vetëm gjatë shtatzënisë, dhe rreth 48.7% nuk e kanë realizuar asnjëherë kontrollin mbi hipertensionin. Rreth 41% janë të grupmoshës 21-30 vjeç, rreth 39.4% janë të grupmoshës 31-40 vjeç, rreth 37.8% janë të grupmoshës 51-70 vjeç e kanë realizuar kontrollin e hipertensionit. Nga këto mësues të cilët e kanë realizuar kontrollin e hipertensionit rezulton se 28.6% janë me statusin beqar, 41.6% janë me statusin të martuar, 50% janë me statusin të divorcuar, 66.7% janë me statusin i/e ve.

4.1.3 Niveli i kontrollit të kolesterolit tek studentët

Rezultatet e përshkruese të paraqitura në vijim janë analizuar duke i shikuar në lidhje dhe me variablat demografik të këtij studimi. Pjesmarrësit janë pyetur në këtë seksion në lidhje me realizimin e kontrollit mbi nivelin e kolesterolit në gjak.

Sipas rezultateve të dala nga analiza statistikore rezulton se rreth 0.7 % e kampionit të perbere nga studentet e kanë realizuar kontrollit mbi nivelin e kolesterolit në gjak dhe rreth 99.3 % e studentëve nuk e kanë realizuar këtë kontroll. Gjithashtu sipas kësaj analize rezulton se vetëm 0.8% e studenteve femra e kanë realizuar kontrollin mbi nivelin e kolesterolit, rreth 99.2% e femrave dhe 98.1% e meshkujve studentë nuk e kanë realizuar këtë kontroll. Grupmosha e studentëve të cilët e kanë realizuar këtë kontroll rezulton të jetë 21-30 vjeç, 0.9% janë me nivelin arsimor Bachelor dhe 0.4% janë me statusin beqar.

Shih grafikun nr 2 dhe tabelën nr 10.



Grafiku 2. Kontrolli i kolesterolit tek studentet

Variablat	Kategoritë	Kontrolli i nivelit te kolisterolit ne gjak			
		Po		Jo	
		V.P	Fr	V.P	Fr
Gjinia	Femer	2	0.8	242	99.2
	Mashkull	/	/	53	98.1
Mosha	21-30 vjeç	2	0.8	242	99.3
	31-40 vjeç	/	/	/	/
	41-50 vjeç	/	/	/	/
	51-70 vjeç	/	/	/	/
Niveli arsimorë	Profesional	/	/	/	/
	Bachelor	2	0.9	230	99.1
	Master	/	/	64	100.0
	Doktoraturë	/	/	1	100.0
Statusi martesorë	Beqar	1	0.4	269	99.6
	Martuar	1	4.3	22	95.7
	Divorcuar	/	/	/	/
	I/e ve	/	/	/	/

Tabela 10. Kontrolli i kolesterolit per studentet

4.1.3.1 Niveli i kontrollit të kolesterolit tek mësuesit

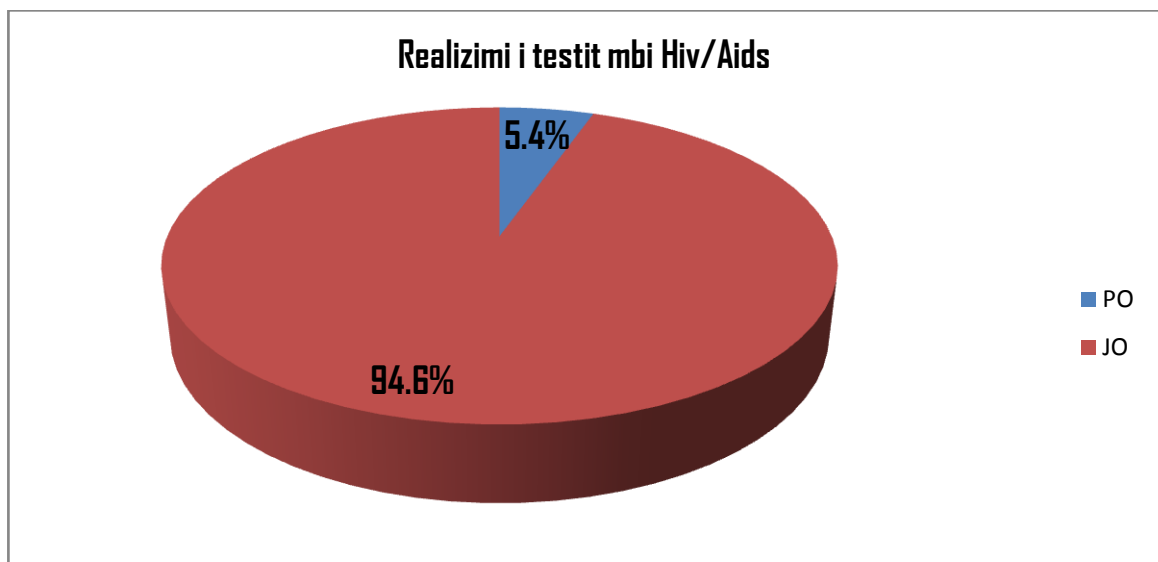
Sipas rezultateve të dala nga analiza statistikore rezulton se vetëm 39.6% e mësueseve femra dhe 37.8% e mësuesve meshkuj e kanë realizuar kontrollin mbi nivelin e kolesterolit. Grupmosha e mësuesve të cilët e kanë realizuar këtë kontroll rezulton të jetë për 21-30 vjeç 17.5%, për grupmoshën 31-40 vjeç 40.8%, për grupmoshën 41-50 vjeç 42.7%, për grupmoshën 51-70 vjeç 49%. Në lidhje me nivelin arsimor rezulton se 62.5% janë me nivelin arsimor profesional, 32% me nivel arsimor Bachelor, 34.7% me nivel arsimor Master, 70.6% me nivel arsimor Doktoraturë. Rreth 25% janë me statusin beqar, 41.1% me statusin të martuar, 44.4 % janë të divorcuar dhe rreth 66.7 janë me statusin i/e ve. Shih tabelen nr.11.

Variablat	Kategoritë	Kontrolli i nivelit te kolisterolit ne gjak			
		Po		Jo	
		V.P	Fr	V.P	Fr
Gjinia	Femer	82	39.6	125	60.4
	Mashkull	17	37.8	28	52.2
Mosha	21-30 vjeç	7	17.5	33	82.5
	31-40 vjeç	29	40.8	42	59.2
	41-50 vjeç	38	42.7	51	57.3
	51-70 vjeç	24	49	25	51
Niveli arsimorë	Profesional	10	62.5	6	37.5
	Bachelor	33	32	70	68
	Master	25	34.7	47	65.3
	Doktoraturë	12	70.6	5	29.4
Statusi martesorë	Beqar	6	25	18	75
	Martuar	88	41.1	126	58.9
	Divorcuar	4	44.4	5	55.6
	I/e ve	4	66.7	2	33.3

Tabela 11. Kontrolli i kolesterolit per mësuesit

4.1.4. Niveli i kontrollit te Hiv-Aids tek studentët

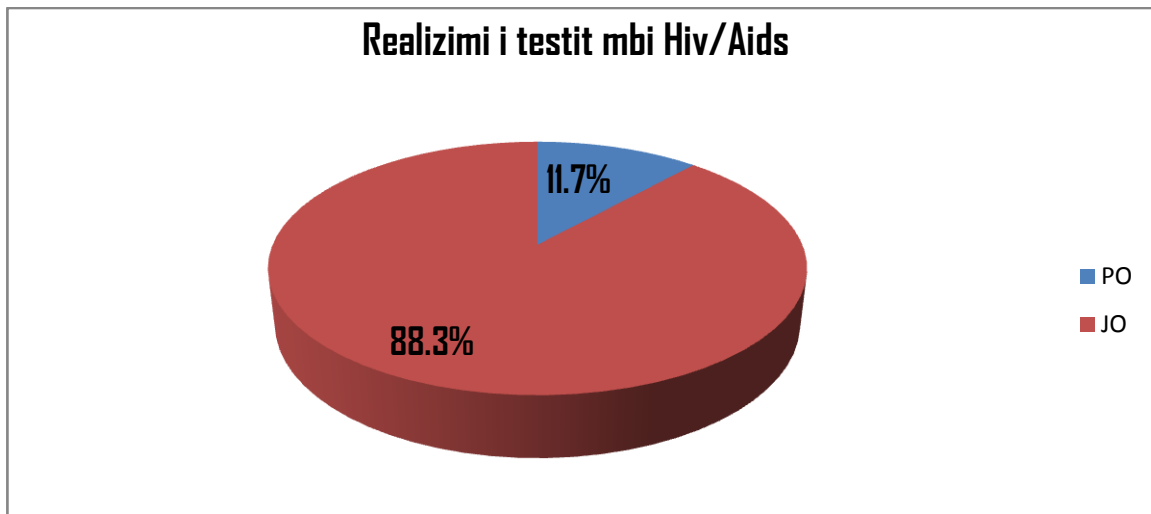
Të dhënat statistikore e paraqitura ne graikun nr 3, rezulton se në total 5.4 % e studentëve e kanë realizuar testin mbi Hiv-Aids dhe 94.6 % e studentëve nuk e kanë realizuar këtë kontroll (shih grafikun nr 3).



Grafiku 3. Kontrolli i Hiv-Aids tek studentët

4.1.4.1 Niveli i kontrollit te Hiv-Aids tek mësuesit

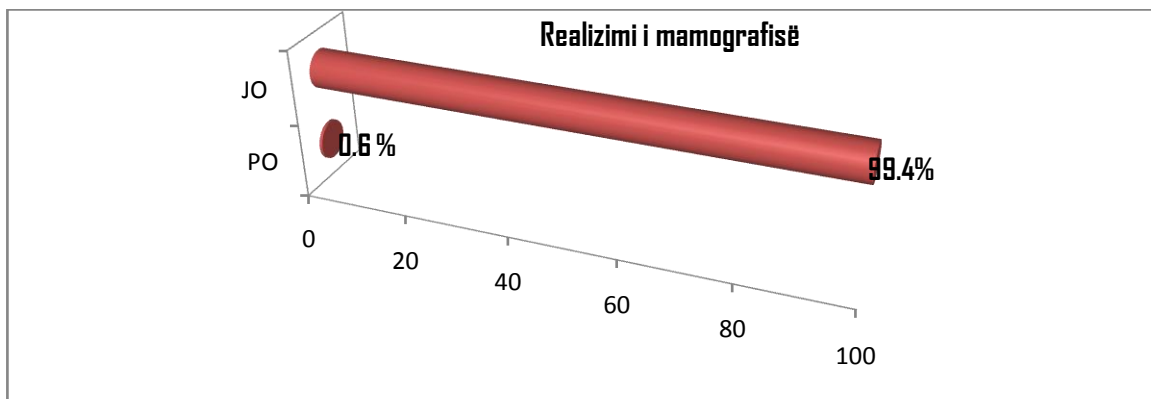
Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun nr 4 rezulton se në total 11.7 % e mësuesve e kanë realizuar testin mbi Hiv-Aids dhe 88.3 % e mësuesve nuk e kanë realizuar këtë kontroll (shih grafikun nr 4).



Grafiku 4. Kontrolli i Hiv-Aids tek mësuesit

4.1.5. Niveli i kontrollit (mamografisë) të kancerit të gjirit tek studentët

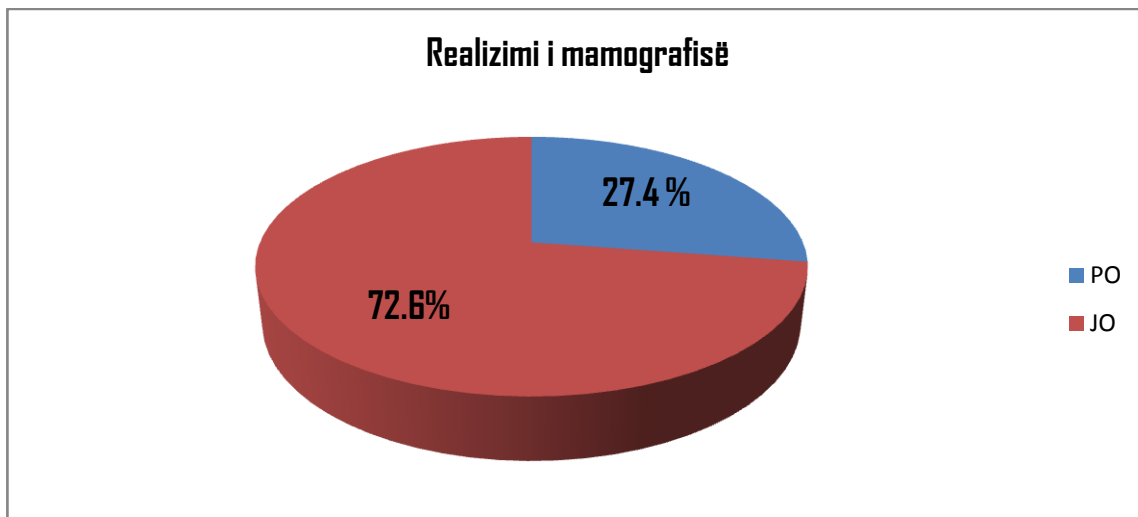
Të dhënat statistikore në vijim, paraqesin rezultatet në lidhje me nivelin e kontrollit të kancerit të gjirit ose siç njihet ndryshe realizimi i mamogramës tek gjinia femërore. Nga të dhënat statistikore të paraqitura në grafik rezulton se 0.6 % e studenteve femra e kanë realizuar mamografinë, dhe 99.4 % e studenteve femra nuk e kanë realizuar këtë kontroll .



Grafiku 5. Realizimi i mamografisë tek studentet femr

4.1.5.1 Niveli i kontrollit (mamografisë) të kancerit të gjirit tek mësuesit

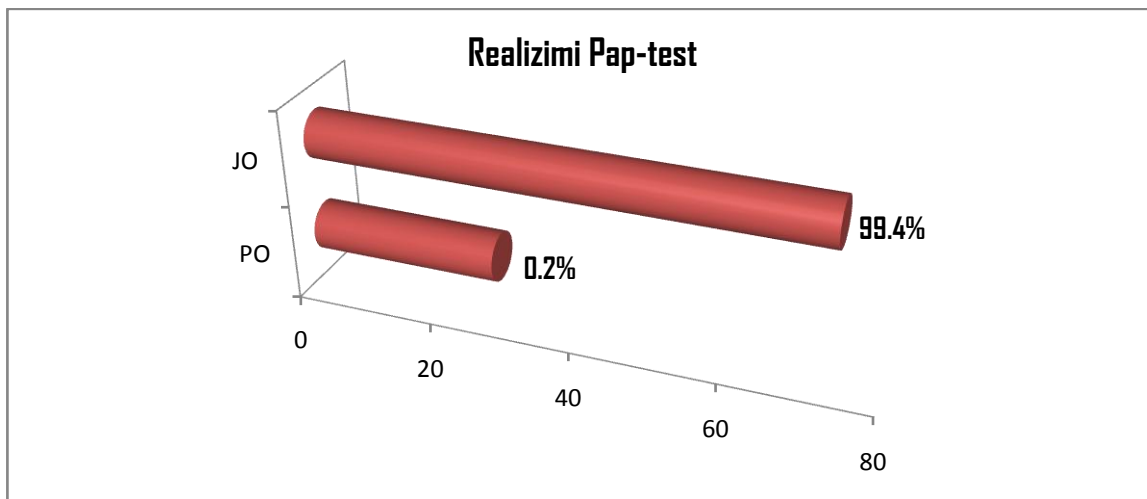
Nga të dhënat statistikore të paraqitura në tabelën e mësipërme rezulton se në total janë 27.4 % e mësueseve femra të cilat e kanë realizuar mamografinë, dhe 72.6 % e mësueseve femra nuk e kanë realizuar këtë kontroll, shih grafikun nr 6.



Grafiku 6 .Realizimi i mamografisë tek mësueset femra

4.1.6. Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës (Pap-test) tek studentët

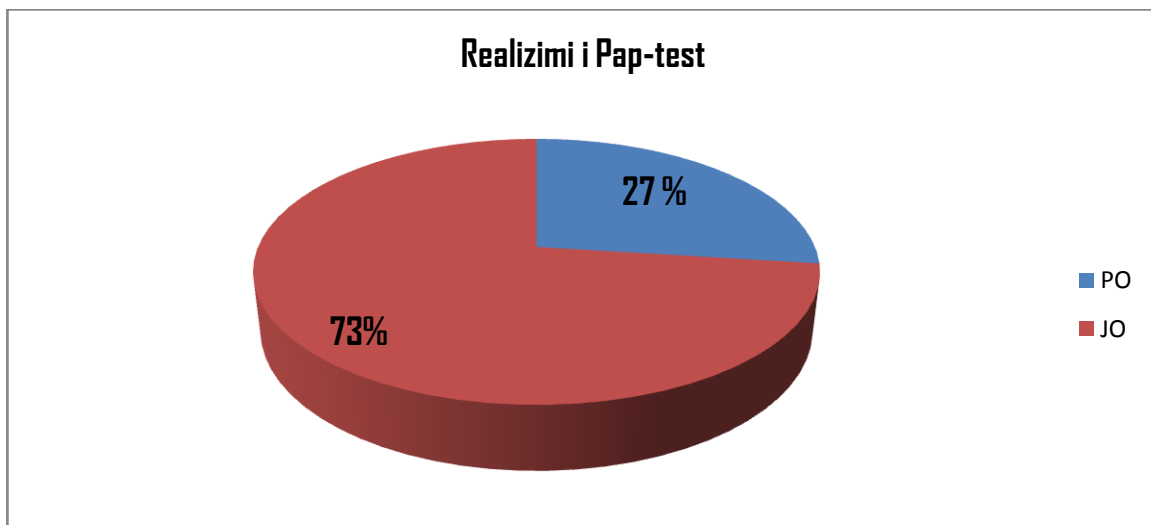
Të dhënat statistikore të paraqitura në grafik raportojne se në total janë 0.2 % studente që e kanë realizuar Pap testin, 99.4 studente qe nuk e kanë realizuar Pap testin shih grafikun 7.



Grafiku 7. Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës tek studentet fem

4.1.6.1 Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës (Pap-test) tek mësuesit

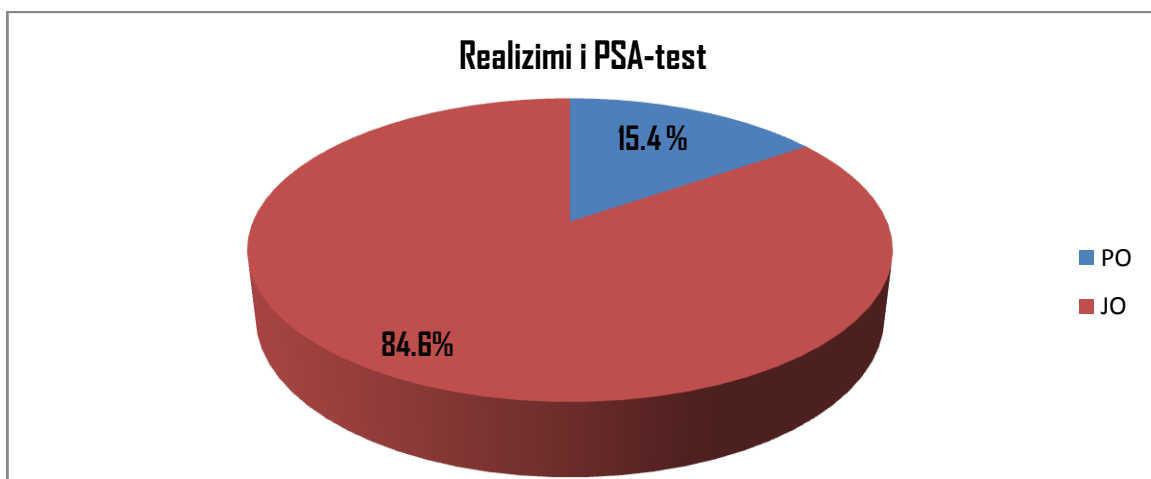
Nga të dhënat statistikore të paraqitura në grafik të mësipërm rezulton se 27 % e mësueseve femra e kanë realizuar Pap testin, 73 % mësueseve femra nuk e kanë realizuar këtë kontroll.



Grafiku 8. Niveli i kontrollit të kancerit të mitrës tek mësueset femra

4.1.7 Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës (Psa-test) tek studentët

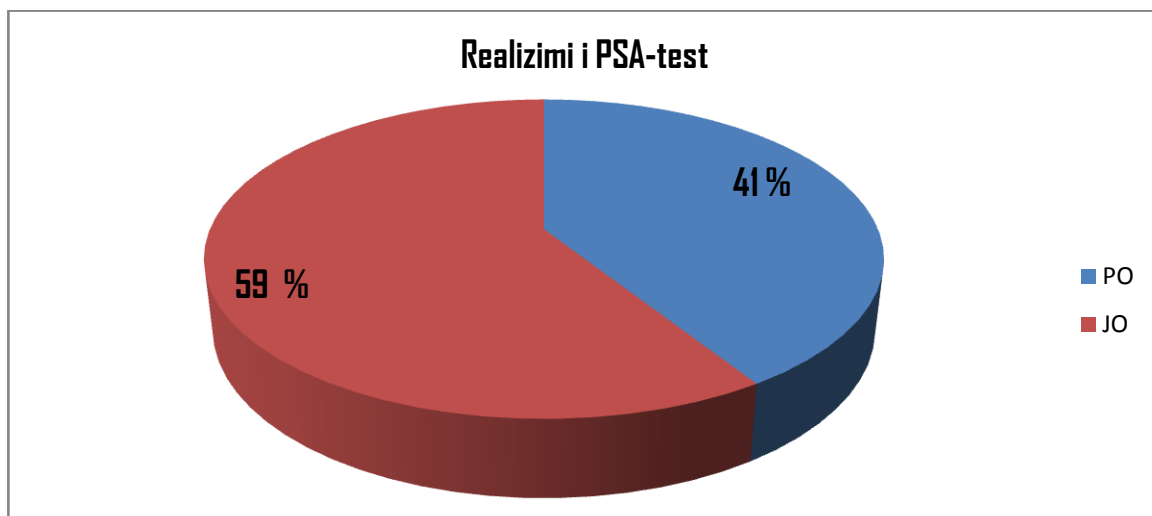
Nga të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun në vijim rezulton se në total janë 15.4% e studentëve meshkuj që e kanë realizuar Psa Test, dhe 84.6 e studentëve meshkuj që nuk e kanë realizuar këtë test shih grafikun 9.



Grafiku 9. Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës (Psa-test) tek studentët

4.1.7.1 Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës (Psa-test) tek mësuesit

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me nivelin e kontrollit të kancerit të prostatës tek gjinia mashkullore shih grafikun 10.



Grafiku 10. Niveli i kontrollit të kancerit të prostatës tek mësuesit

4.2. Analiza përshkruese sipas dimensionit stili i jetës

Të dhënat statistikore të paraqitura në vijim për dimensionin stili i jetës, paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me nivelin e realizimit të aktivitetit fizik dhe stilit të gjumit. Rezultatet fillimisht paraqiten për aktivitetin fizik për kampionin student dhe mësues, dhe më pas në lidhje me stilin e gjumit.

4.2.1 Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek studentët

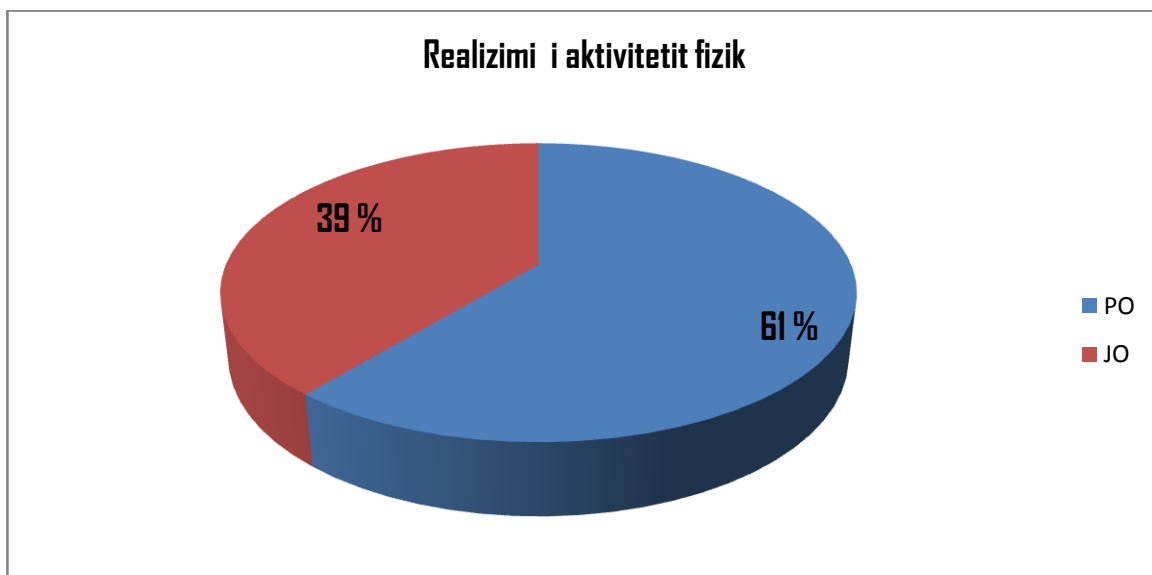
Të dhënat statistikore në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me realizimin e aktivitetit fizik tek studentët. Nga të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun nr. 11 rezulton se rreth 56.7% e kampionit të përbërë nga studentë rezulton se realizojnë aktivitet fizik dhe rreth 43% e kampionit të përbërë nga studentët nuk realizojnë aktivitet fizik.



Grafiku 11. Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek studentët

4.2.1.1 Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek mësuesit

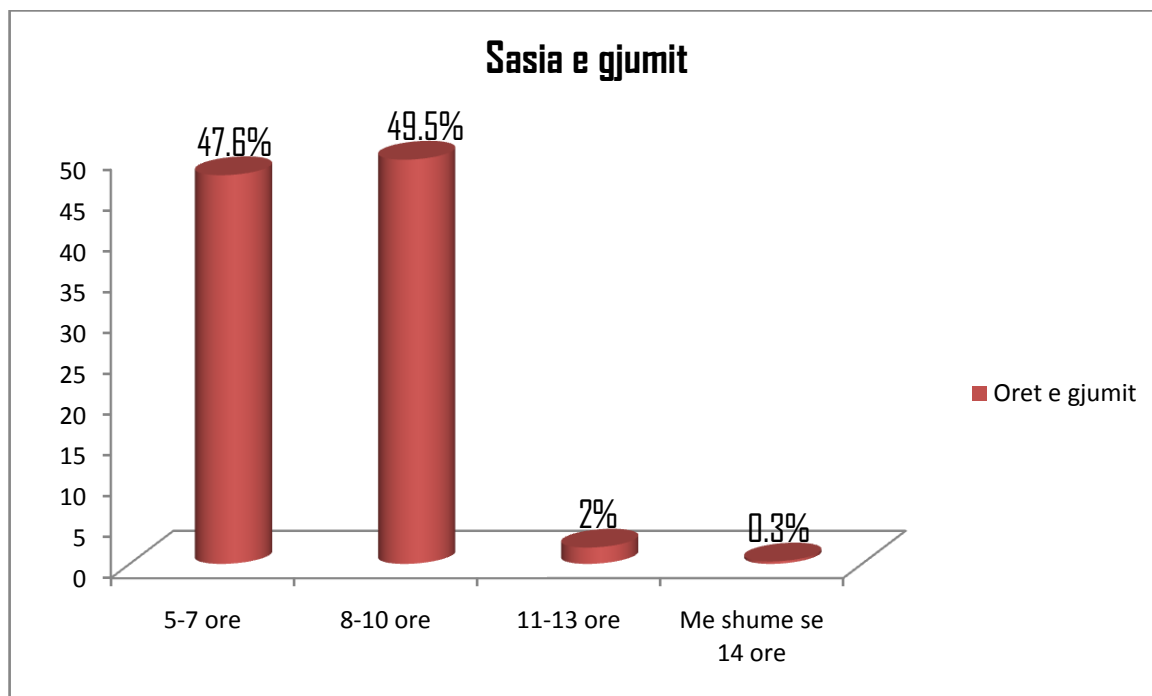
Të dhënat statistikore në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me realizimin e aktivitetit fizik tek mësuesit. Nga të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun nr. 12 rezulton se rreth 61% e kampionit të përbërë nga mësues rezulton se realizojnë aktivitet fizik dhe rreth 39% e kampionit të përbërë nga mësues nuk realizojnë aktivitet fizik.



Grafiku 12. Niveli i realizimit të aktivitetit fizik tek mësuesit

4.2.2.1 Niveli i manifestimit të stilit të gjumit tek studentet

Të dhënat statistikore në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me realizimin e stilit të gjumit tek studentët. Shih grafikun 13.

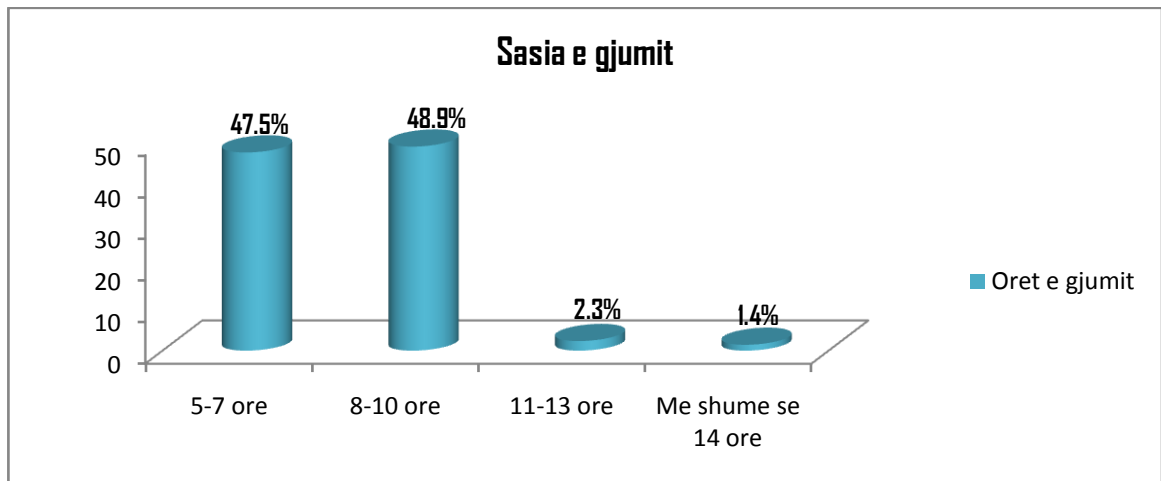


Grafiku 13. Sasia e gjumit tek studentet

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun e mësipërm tregojnë se 47.6% e studentëve fle mesatarisht 5-7 orë, 49.5% e studentëve fle rreth 8-10 orë, 2% e studentëve fle rreth 11-13 orë, 0.3% e studentëve fle më shumë se 14 orë.

4.2.2.2 Niveli i manifestimit të stilit të gjumit tek mësuesit

Të dhënat statistikore në vijim paraqesin rezultatet statistikore në lidhje me realizimin e aktivitetit fizik tek mësuesit. Shih grafikun 14.



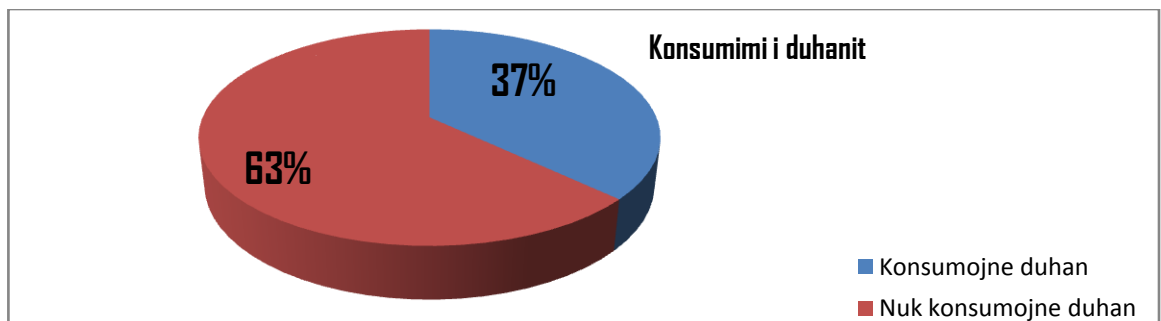
Grafiku 14. Sasia e gjumit tek mesuesit

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun e mësipërm tregojnë 47.5% e mësuesve fle mesatarisht 5-7 orë, 48.9% e mësuesve fle rreth 8-10 orë, 2,3% e mësuesve fle rreth 11-13 orë, 1.4% e mësuesve fle më shumë se 14 orë.

4.3. Analiza përshkruese sipas dimensionit sjelljet jo të shëndetshme

4.3.1 Konsumi i duhanit tek studentët

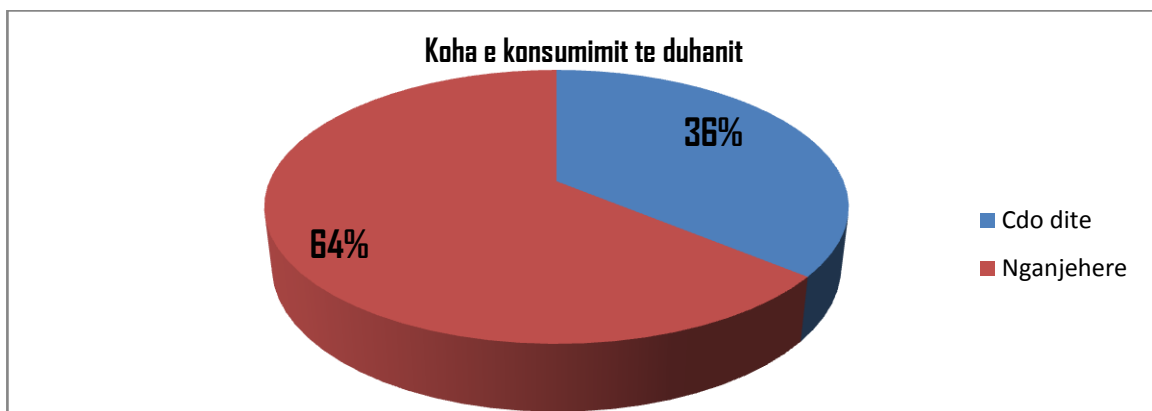
Të dhënat e paraqitura grafikun 15 tregojnë që rreth 37% e kampionit të përbërë nga studentët konsumojnë duhan. Shih grafikun 15.



Grafiku 15. Konsumi i duhanit tek studentët

4.3.1.1 Niveli i kohës konsumimit të duhanit tek studentët

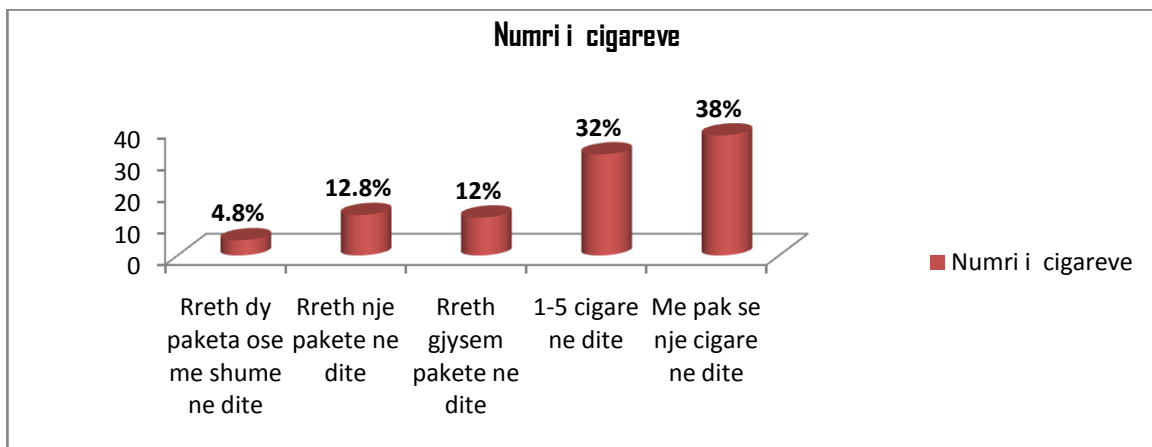
Në grafikun nr 16 paraqiten të dhënat në lidhje me kohën e konsumimit të duhanit nga studentët nga ku rezulton se 36 % e studenteve konsumojnë çdo ditë duhan, 64 % konsumojnë nganjëherë duhan.



Grafiku 16. Koha e konsumimit të duhanit tek studentët

4.3.1.2 Sasia e konsumimit të duhanit tek studentët

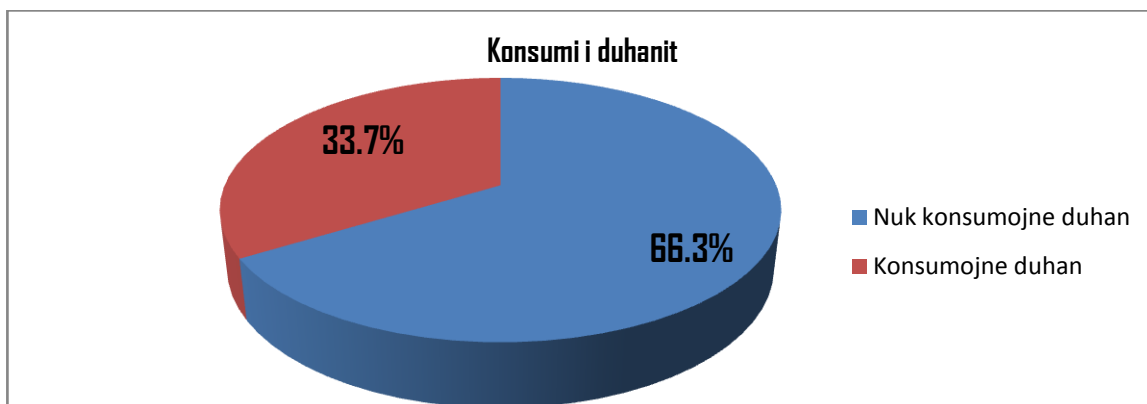
Në grafikun e mëposhtëm rezultatet tregojnë se nga kampioni i përgjithshëm i studentëve të cilët konsumojnë duhan rezulton se 4.8% konsumojnë rreth dy ose më shumë paketa në ditë, 12.8% konsumojnë rreth një paketë në ditë, 12% konsumojnë rreth gjysëm pakete në ditë, 32% konsumojnë 1-5 cigare në ditë dhe rreth 38% konsumojnë më pak se një cigare në ditë. Shiko grafikun 17.



Grafiku 17. Sasia e konsumimit te duhanit (cigareve) tek studentet

4.3.2 Konsumi i duhanit tek mësuesit

Të dhënat e paraqitura në vijim paraqesin informacion në lidhje me konsumin e duhanit tek mësuesit. Shih grafikun 18.

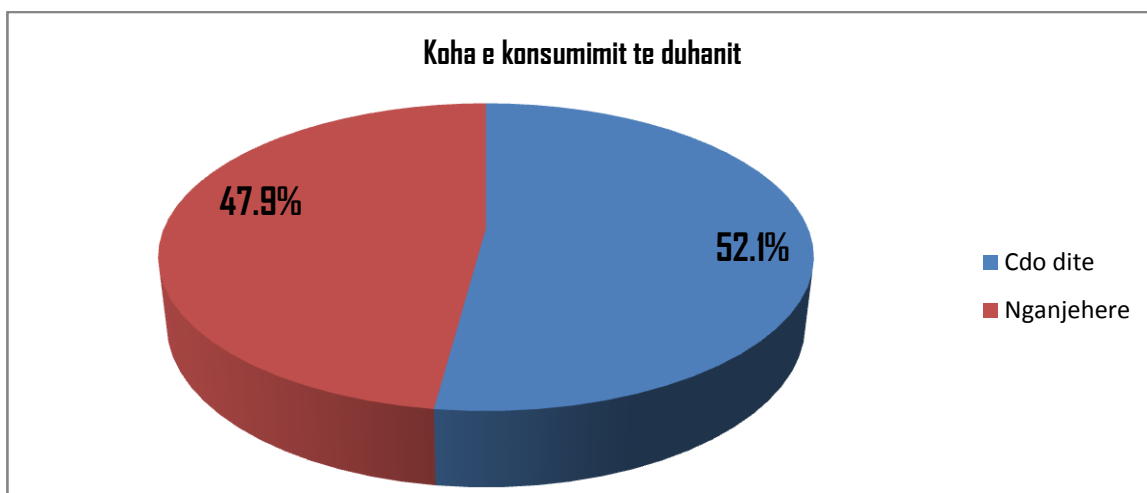


Grafiku 18. Konsumimi i duhanit tek mësuesit

Të dhënat e paraqitura në grafikun e mësipërm tregojnë që rreth 33.7% e kampionit të përbërë nga mësues konsumojnë duhan, 66.3% nuk konsumojnë duhan.

4.3.2.1 Niveli i kohës konsumimit të duhanit tek mësuesit

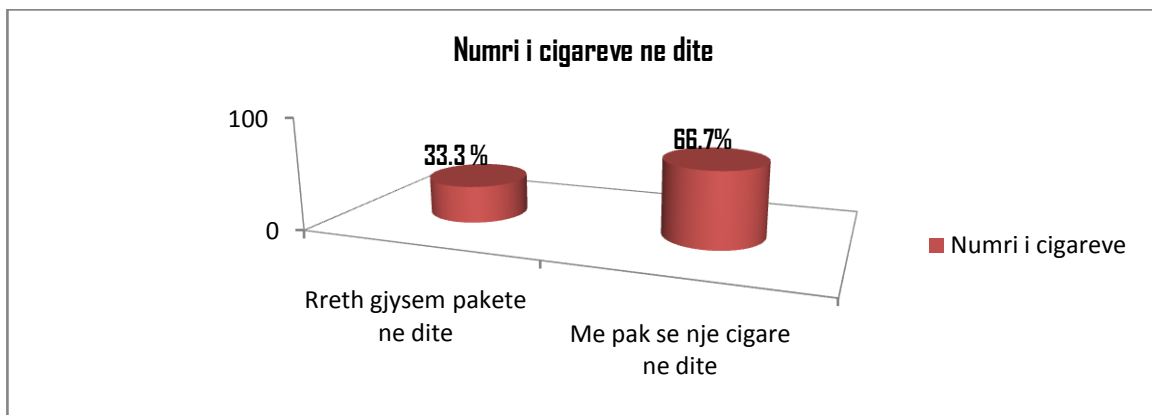
Të dhënat e paraqitura në grafikun e mësipërm tregojnë se rreth 47.9% konsumojnë çdo ditë duhan, 47.9% konsumojnë nganjëherë duhan.



Grafiku 19. Koha e konsumimit te duhanit tek mësuesit

4.3.2.2 Sasia e konsumimit të duhanit tek mësuesit

Në grafikun e mëposhtëm do të paraqiten rezultatet statistikore në lidhje me sasinë e konsumimit të duhanit (numrit të cigareve) tek mësuesit. Shiko grafikun 20.

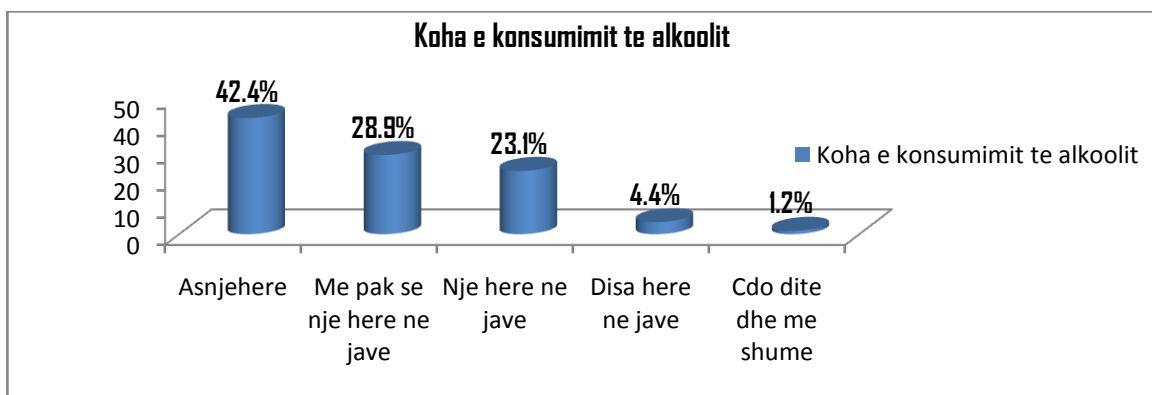


Grafiku 20. Sasia e konsumimit te duhanit (cigareve) tek mesuesit

Rezultatet tregojnë se nga kampioni i përgjithshëm i mësuesve të cilët konsumojnë duhan rezulton se 33% konsumojnë rreth gjysëm pakete në ditë, 66.7% konsumojnë më pak se një cigare në ditë.

4.4 Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek studentët

Në grafikun e mëposhtëm do të paraqiten rezultatet statistikore në lidhje me kohën (shpeshtësinë) e konsumimit të alkoolit tek studentët. Shih grafikun 21.

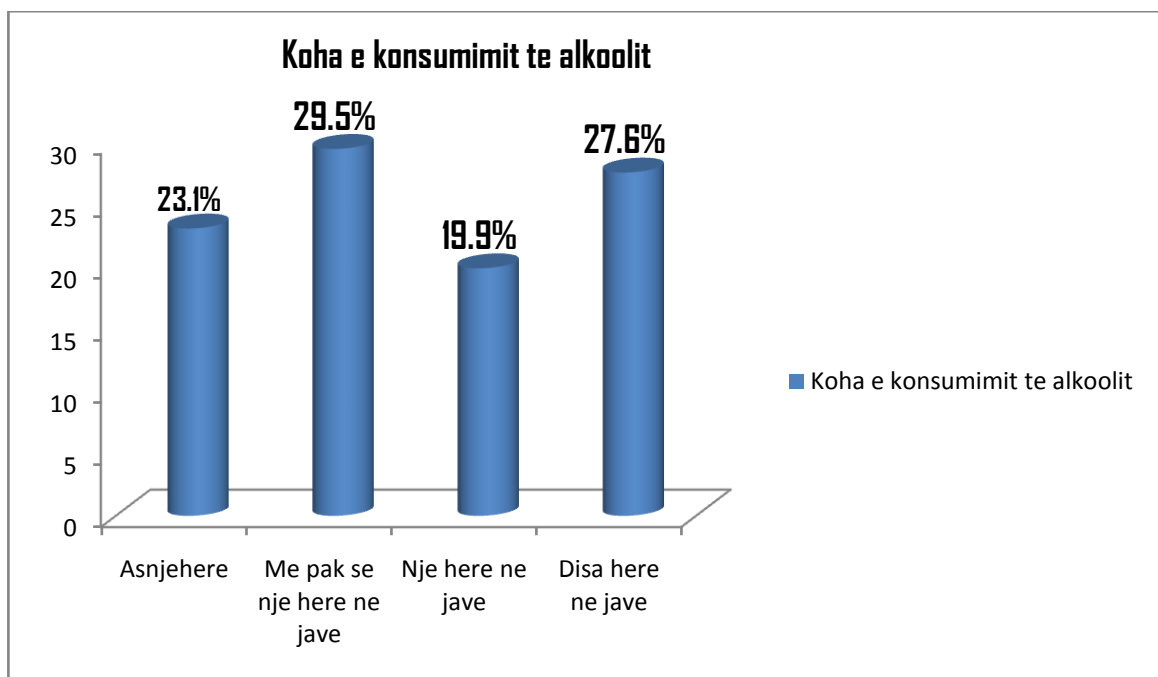


Grafiku 21. Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek studentët

Të dhënat e paraqitura në përqindje në grafik tregojnë se rreth 42.4% e studentëve nuk konsumojnë asnjëherë alkool, 28.9% konsumojnë më pak se një herë në javë alkool, 23.1% konsumojnë një herë në javë alkool, 4.4% konsumojnë disa herë në javë alkool, 1.2% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë alkool.

4.4.1 Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek mësuesit

Në grafikun e mëposhtëm do të paraqiten rezultatet statistikore në lidhje me kohën (shpeshtësinë) e konsumimit të alkoolit tek mësuesit. Shih grafikun 22.



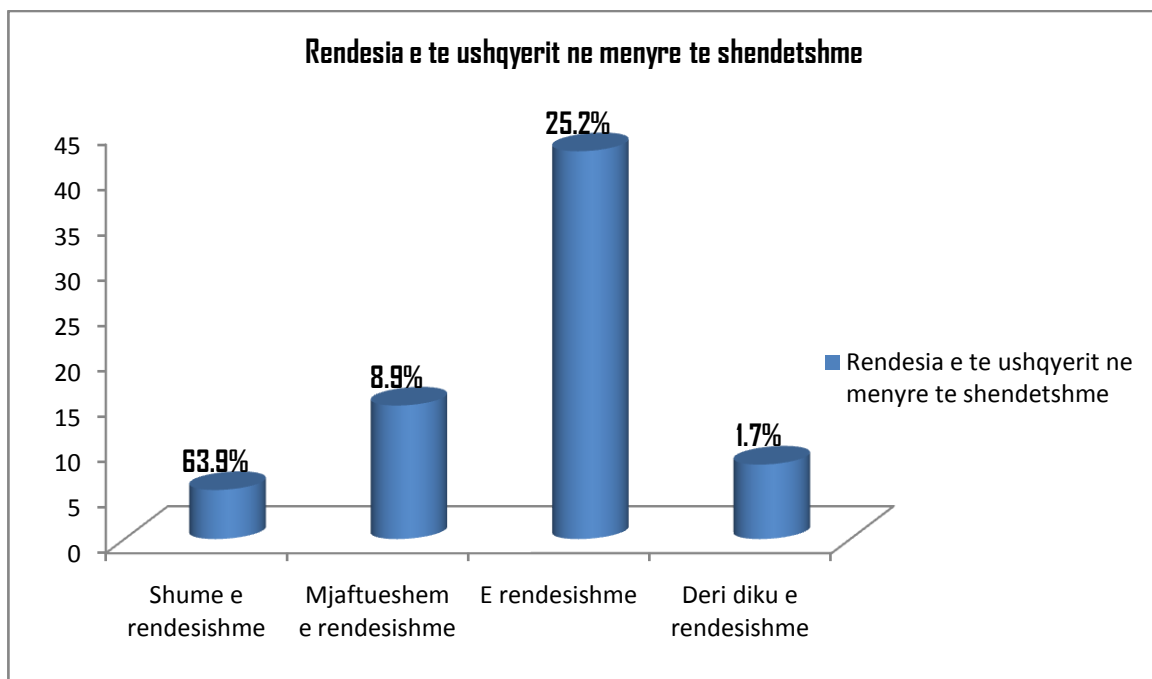
Grafiku 22. Koha (shpeshtësia) e konsumimit të alkoolit tek mësuesit

Të dhënat e paraqitura në përqindje në grafik tregojnë se rreth 23.1% e studentëve nuk e konsumojnë asnjëherë alkoolin, 29.5% konsumojnë më pak se një herë në javë alkool, 19.9% konsumojnë një herë në javë alkool, 27.6% konsumojnë disa herë në javë alkool.

4.5 Analiza përshkruese sipas dimensionit stili i të ngrënit

4.5.1 Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek studentët

Në këtë seksion paraqiten në grafik në përqindje të dhënat në lidhje me rëndësinë që ka të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme për studentët. Shiko grafikun 23.

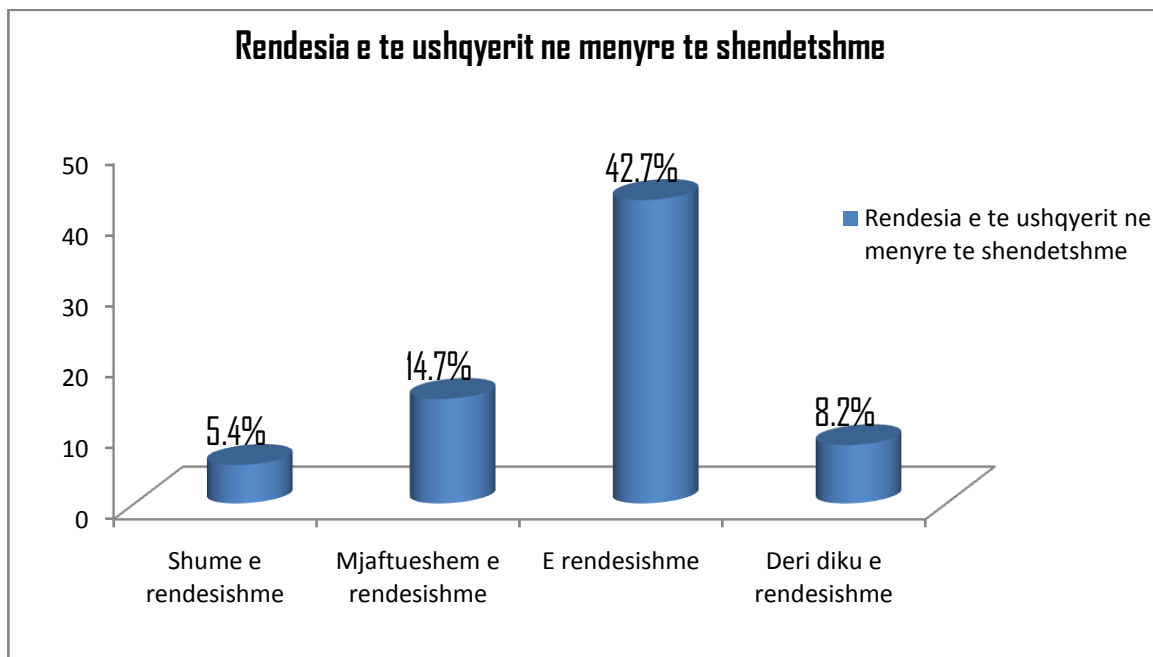


Grafiku 23. Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek studentët

Sipas të dhënave të paraqitura në grafik në mënyrë specifike rezulton se 63.9% e kampionit të përbërë nga studentë e konsiderojnë shumë të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 8.9% e konsiderojnë mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 25.2% e konsiderojnë mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 1.7% e konsiderojnë aspak të rëndësishme të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

4.5.1.1 Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek mësuesit

Në këtë seksion paraqiten në grafik në përqindje të dhënat në lidhje me rëndësinë që ka të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme për mësuesit. Shiko grafikun 24.

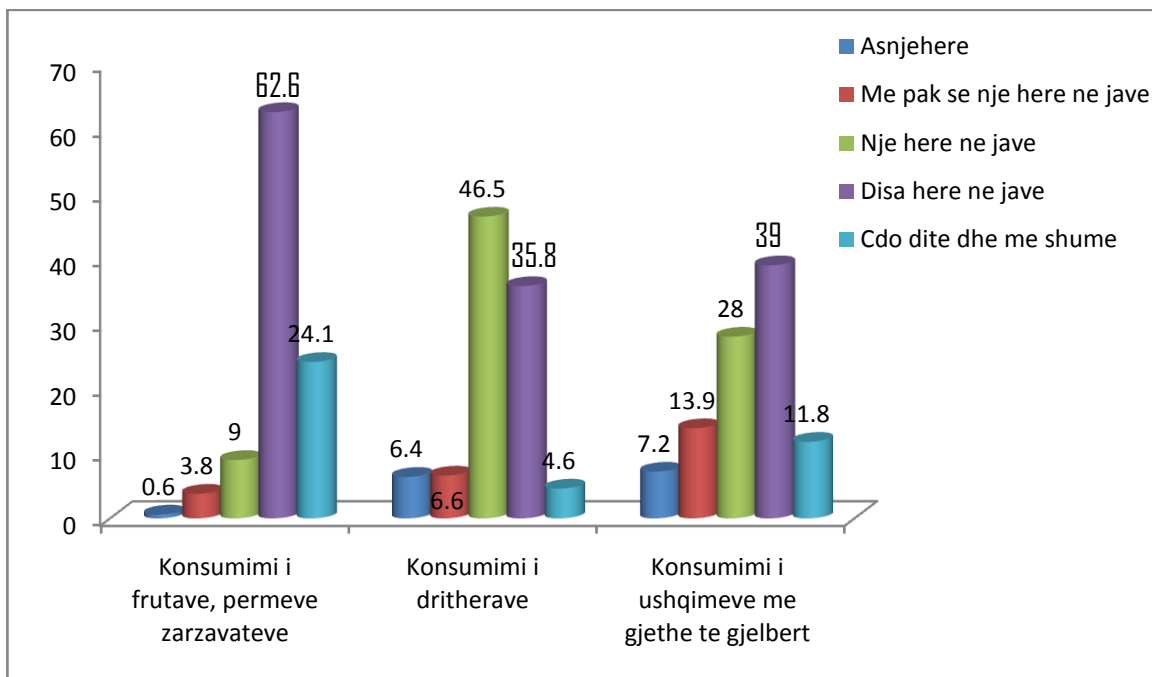


Grafiku 24. Rëndësia e të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek mësuesit

Sipas të dhënave të paraqitura në grafik në mënyrë specifike rezulton se 5.4% e kampionit të përbërë nga mësues konsiderojnë shumë të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 14.7% e konsiderojnë mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 42.7% e konsiderojnë mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 8.2% e konsiderojnë aspak të rëndësishme të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

4.5.1.2 Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethe të gjelbra tek studentët

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun 25 raportojnë të dhënat në lidhje me konsumimin e ushqimeve me bazë drithërat, perimet, dhe ato me gjethe të gjelbra tek studentët.



Grafiku 25. Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethe të gjelbra tek studentët

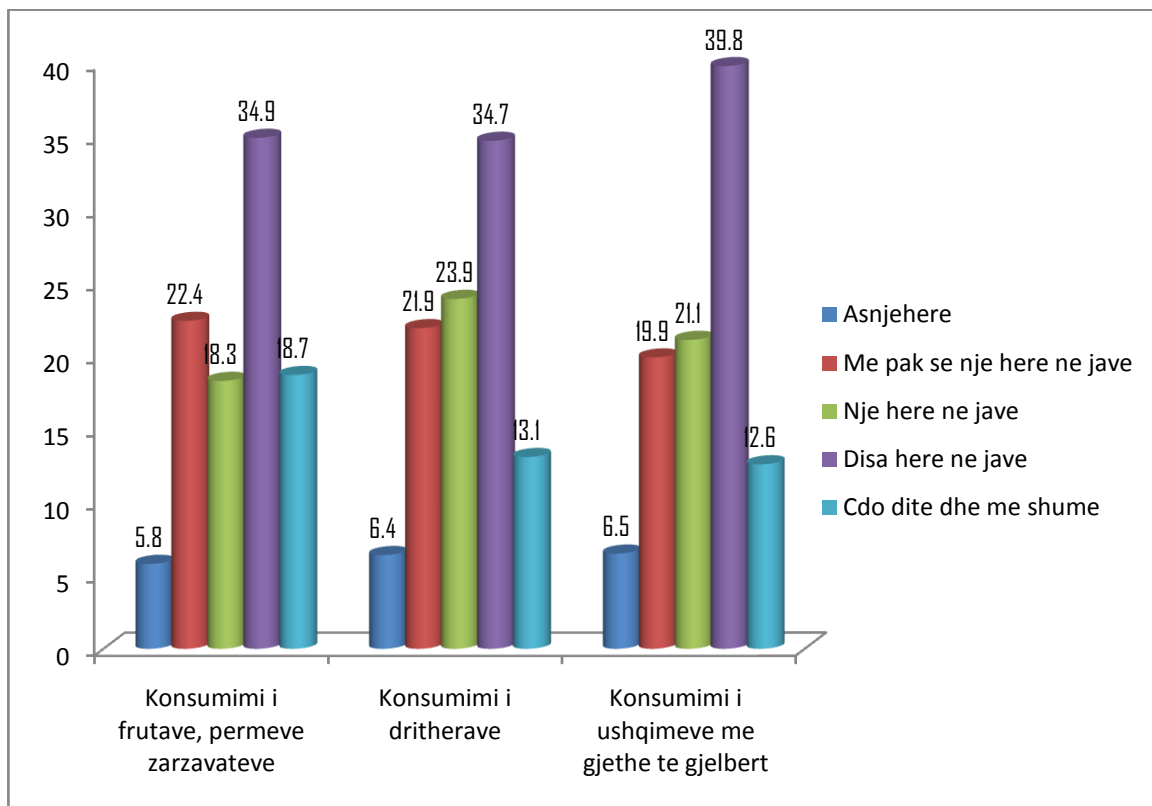
Të dhënat e paraqitura në grafik raportojnë se 0.6% e studentëve nuk konsumojnë asnjëherë fruta, perime, zarzavate, 3.8% konsumojnë më pak se një herë në javë fruta, perime, zarzavate, 9% konsumojnë një herë në javë fruta, perime, zarzavate, 62.6% konsumojnë disa herë në javë fruta, perime, zarzavate, 24.1% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë fruta, perime, zarzavate.

Në lidhje me konsumimin e drithërave rezulton se 6.4% e studentëve nuk konsumojnë asnjëherë drithëra, 6.6% konsumojnë më pak se një herë në javë drithëra, 46.5% konsumojnë një herë në javë drithëra, 35.8% konsumojnë disa herë në javë drithëra, 4.6% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë drithëra.

Në lidhje me konsumimin e ushqimeve me gjethe të gjelbra rezulton se 7.2% e studentëve nuk konsumojnë asnjëherë ushqime me gjethe të gjelbra, 13.9% konsumojnë më pak se një herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 28% konsumojnë një herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 39% konsumojnë disa herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 11.8% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë ushqime me gjethe të gjelbra.

4.5.1.3 Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethë të gjelbra tek mësuesit

Të dhënat statistikore të paraqitura në grafikun 26 raportojnë në lidhje me konsumimin e ushqimeve me bazë drithërat, perimet, dhe ato me gjethë të gjelbra tek mësuesit.



Grafiku 26. Niveli i manifestimit të të ngrënit të perimeve, drithërave, ushqimeve me gjethë të gjelbra tek mësuesit

Të dhënat e paraqitura në grafik raportojnë se 5.8% e mësuesve nuk konsumojnë asnjëherë fruta, perime zarzavate, 22.4% e mësuesve konsumojnë më pak se një herë në javë fruta, perime zarzavate, 18.3% konsumojnë një herë në javë fruta, perime zarzavate, 34.9% konsumojnë disa herë në javë fruta, perime zarzavate, 18.7% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë fruta, perime zarzavate.

Në lidhje me konsumimin e drithërave rezulton se 6.4% e mësuesve nuk konsumojnë asnjëherë drithëra, 21.9% konsumojnë më pak se një herë në javë drithëra, 23.9%

konsumojnë një herë në javë drithëra, 34.7% konsumojnë disa herë në javë drithëra, 13.1% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë drithëra.

Në lidhje me konsumimin e ushqimeve me gjethe të gjelbra rezulton se 6.5% e mësuesve nuk konsumojnë asnjëherë ushqime me gjethe të gjelbra, 19.9% konsumojnë më pak se një herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 21.1% konsumojnë një herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 39.8% konsumojnë disa herë në javë ushqime me gjethe të gjelbra, 12.6% konsumojnë çdo ditë dhe më shumë ushqime me gjethe të gjelbra.

4.6 Besimet shëndetësore dhe dimensionet përkatëse në lidhje me sjelljet shëndetësore

Në këtë seksion pasqyrohen rezultatet korrelacionale në lidhje me besimet shëndetësore dhe sjelljet shëndetësore. Analiza që bëhet është në qëllim të përmbushjes së pyetjeve kërkimore:

1. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Fillimisht përpara se të realizohej analiza korrelacionale u studiua shpërndarja e besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore nëpërmjet testit të normalitetit Kolmogorov-Smirinov. Përmes këtij testi u zbulua se besimet shëndetësore dhe sjelljet shëndetësore kanë një shpërndarje normale të të dhënave ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$), shih tabelën nr 12.

BESIMET SHËNDETËSORE	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Vleresimi i shëndetit	.225	137	.000	.868	37	.000
Përceptimi i ndjeshmërisë	.359	137	.000	.713	37	.000
Përceptimi i ashpërsisë	.242	137	.000	.773	37	.000
Përceptimi i përfitimeve	.194	137	.000	.908	37	.000
a. Lilliefors Significance Correction						

Tabela 12 . Testi i normalitetit mbi besimet shëndetësore

Në funksion të pyetjeve kërkimore 1 dhe 2 janë ngritur dhe këto hipoteza:

1. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Për t'iu përgjigjur pyetjeve kërkimore është përdorur analiza korrelacionale bivariate sipas vlerës Pearson.

4.6.1 Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët në Shqipëri

Në këtë seksion pasqyrohen rezultatet korrelacionale në lidhje me besimet shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët. Analiza që bëhet, është edhe në qëllim të përmbushjes së pyetjeve kërkimore si:

1. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Per rezultatet korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore shiko tabelen nr. 13.

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngrenit
Vlerësimi i shëndetit	.113	-.006	.228**	-.137**
Përceptimi i ndjeshmërisë	-.525	-.065	.041	.004
Përceptimi i ashpërsisë	-.220	.020	.054	-.113**
Përceptimi i përfitimeve	-.611**	.051	-.037	.053
Përceptimi i barrierrave	.058	-.024	-.037	-.005
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592**	1.000**	-.080
Stili i jetës		1	-.108	.004
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.008
Stili i te ngrenit				1

Tabela 13. Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.01$ (**)]

Nga shqyrtimi i korrelacionit (vlera e Pearson r) rezulton se:

Dimensioni vlerësimi i shëndetit $r = .228$; $p = .003$, $N = 164$, ka një efekt fortësie të moderuar me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me sjelljet jo të shëndetshme. Ho bie poshtë $0.003 < 0.01$. Studentët me nivelin e lartë të vlerësimit të shëndetit janë më të predispozuar të kenë një nivel më të lartë kujdesi në lidhje me manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme.

Dimensioni vlerësimi i shëndetit $r = -.137$; $p = .002$, $N = 325$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.003 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të vlerësimit të shëndetit janë të predispozuar t'i kushtojnë më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

Perceptimi i ashpërsisë $r = -.113$; $p = .008$, $N = 330$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.008 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të perceptimit të ashpërsisë janë të predispozuar t'i kushtojnë më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

Perceptimi i përfitimeve $r = -.611$; $p = .007$, $N = 118$ ka një efekt të fortë me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Ho bie poshtë $0.007 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve janë më të predispozuar të kenë një nivel të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor.

4.6.2 Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri

Në këtë seksion pasqyrohen rezultatet korrelacionale në lidhje me besimet shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit. (shih tebalen nr 14)

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngrënit
Vlerësimi i shëndetit	.113	.013	.051	.118*
Përceptimi i ndjeshmërisë	-.525	-.067	.164	-.076
Përceptimi i ashpërsisë	-.220	.018	-.067	.086
Përceptimi i përfitimeve	-.611**	.045	-.080	.071
Përceptimi i barrierrave	.058	-.039	-.033	.048
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592**	1.000**	-.080
Stili i jetës		1	-.012	.002
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.209*
Stili i te ngrënit				1

Tabela 14. Analiza korrelacionale mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.05$ (*)]

Nga shqyrtimi i korrelacionit (vlera e Pearson r) rezulton se:

Dimensioni vlerësimi i shëndetit $r = .118$; $p = .046$, $N = 239$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.046 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të vlerësimit të shëndetit janë të predispozuar t'i kushtojnë më shumë rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

Perceptimi i përfitimeve $r = -.611$; $p = .007$, $N = 118$ ka një efekt të fortë me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me kontrollin e përgjithshëm shëndetësor. Ho bie poshtë $0.020 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve janë më të predispozuar të kenë një nivel më të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor.

4.6.3 Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore

Në vijim është realizuar edhe analiza e regresionit të shumëfishtë standard mbi modelet e besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore. Kjo analizë u realizua për të parashikuar nëse besimet shëndetësore janë parashikues për sjelljet shëndetësore (sipas dimensioneve përkatëse).

4.6.3.1 Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard për besimet shëndetësore dhe dimensionet e sjelljeve shëndetësore tek studentët rezultoi një model sinjifikativ vetëm për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme ku $F = (5.128) = 2.890, p < .017, R^2 = .101$, ku modeli përshkruan $\approx$ vetëm 10% të variancës për variablin e varur, sjelljet jo të shëndetshme. Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr. 15 ku vërehet kontributi që jep dimensionin perceptimi i barrierave ($\beta = .274, p = .018$).

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	RSquare
(Constant)	2.009	.483		4.159	.000	.101
Vlerësimi i shëndetit	.065	.095	.086	.688	.493	
Përceptimi i ndjeshmërisë	-.089	.108	-.081	-.826	.411	
Përceptimi i ashpërsisë	-.095	.111	-.075	-.853	.395	
Përceptimi i përfitimeve	-.009	.047	-.016	-.184	.854	
Përceptimi i barrierave	.666	.278	.274	2.393	.018	

Tabela 15. Regresioni i shumëfishtë standard për besimet shëndetësore dhe sjelljet shëndetësore tek studentët

4.6.3.2 Regresioni i shumëfisht standart mes modelit të bësimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard për besimet shëndetësore tek sjelljet shëndetësore të mësuesve rezultoi një model sinjifikativ vetëm për dimensionin stili i të ngrënit ku $F(4,163) = 3.609$, $p < .008$, $R^2 = .285$. Modeli përshkruan vetëm 28.5% të variancës për variablin e varur stili i të ngrënit. Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr. 15 ku në të vërehet kontributi që jep dimensionin perceptimi i ndjeshmërisë ($\beta = .179$, $p = .032$) dhe perceptimi i barrierave ($\beta = .112$, $p = .000$), shih tabelen nr 16.

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	RSquare
(Constant)	8.888	1.806		4.920	.000	.285
Vlerësimi i shëndetit	-.380	.224	-.140	-1.699	.091	
Perceptimi i ndjeshmërisë	-.460	.213	.179	-2.157	.032	
Perceptimi i ashpërsisë	.464	.311	.115	1.493	.138	
Perceptimi i përfitimeve	.005	.098	.004	.049	.961	
Perceptimi i barrierave	8.888	1.806	.112	4.920	.000	

Tabela 16. Regresioni i shumëfisht standart për besimet shëndetësore dhe sjelljet shëndetësore tek mësuesit

4.7 Tiparet e personalitetit dhe dimensionet përkatëse në lidhje me sjelljet shëndetësore

Në këtë seksion pasqyrohen rezultatet korrelacionale në lidhje me tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore. Analiza që bëhet është dhe në qëllim të përmbushjes së pyetjeve kërkimore si:

1. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Fillimisht përpara se të realizohej analiza korrelacionale u studiua shpërndarja e normalitetit nëpërmjet testit të Lolmogorov-Smirinov. Përmes këtij testi u zbulua se tiparet

e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore kanë një shpërndarje normale të të dhënave ($p=0.000 < \alpha=0.05$), shih tabelën nr. 17.

Tiparet e personalitetit	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
(E) Ekstravert	.215	37	.000	.829	37	.000
(A) Përsona që përshtaten	.436	37	.000	.629	37	.000
(C) Të përgjegjshëm	.427	37	.000	.568	37	.000
(N) Neurotik	.492	37	.000	.752	37	.000
(O) I hapur ndaj eksperiencave	.352	37	.000	.540	37	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 17. Testi i normalitetit për tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore

Në funksion të pyetjeve kërkimore 1 dhe 2 janë ngritur dhe këto hipoteza:

1. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Për t'iu përgjigjur pyetjeve kërkimore është përdorur analiza korrelacionale bivariate sipas vlerës Pearson.

4.7.1 Analiza korrelacionale mes tipareve të përsonalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësor	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngenit
Ekstravert	-.030	-.179**	.245**	-.084
Përsona që përshtaten	-.232	.054	-.047	.195**
Të përgjegjshëm	-.356	-.035	.022	.193**
Neurotik	.413	.123*	-.026	-.004
I hapur ndaj eksperiencave	.015	-.220**	.081	.118*
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592	1.000	-.080
Stili i jetës		1	-.108	.004
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.482
Stili i jetës				1

Tabela 18 . Analiza korrelacionale për pesë tiparet e përsonalitetit dhe sjelljet shendetesore tek studentet
[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p<0.05(*)$ dhe $p<0.01(**)$]

Nga shqyrtimi i korrelacionit (vlera e Pearson r) rezulton se:

Tiparet e personalitetit ekstravert $r = -.179$; $p = .001$, $N = 320$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e jetes. Ho bie poshtë $0.001 < 0.01$. Studentet me nivelin e ulët të tiparit të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët.

Tiparet e personalitetit ekstravert $r = .245$; $p = .006$, $N = 225$, ka një efekt fortësie të moderuar me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me sjelljet jo të shëndetshme. Ho bie poshtë $0.006 < 0.01$. Studentet me nivelin e lartë të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të përfshihen në manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme.

Tiparet e personalitetit personat që përshtaten $r = .195$; $p = .000$, $N = 325$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentet me nivelin e lartë të personalitetit që përshtaten janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm.

Tiparet e personalitetit të përgjegjshëm $r = .193$; $p = .000$, $N = 322$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stili i të ngrënit. Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentet me nivelin e lartë të personalitetit të përgjegjshëm janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm.

Tiparet e personalitetit neurotik $r = .123$; $p = .021$, $N = 227$ ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.021 < 0.05$. Studentet me nivelin e lartë të personalitetit neurotik janë më të predispozuar të manifestojnë një stil jete të lartë.

Tiparet e personalitetit i hapur ndaj eksperiencave $r = -.220$; $p = .000$, $N = 326$ ka një efekt fortësie të moderuar me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentet me nivelin e ulët të personalitetit i hapur ndaj eksperiencave janë më të predispozuar të manifestojnë një stil jete të ulët.

Tiparet e personalitetit i hapur ndaj eksperiencave $r = .118$; $p = .000$, $N = 320$ ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie

poshtë $0.019 < 0.05$. Studentet me nivelin e lartë të personalitetit i hapur ndaj eksperiencave janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm.

4.7.2 Analiza korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngenit
Ekstravert	-.030	-.135*	.179	-.081
Përsona që përshtaten	-.232	.072	.089	.117*
Të përgjegjshëm	-.356	-.063	.114	.132*
Neurotik	.413	.115	-.022	.023
I hapur ndaj eksperiencave	.015	-.205**	.101	.035
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592**	1.000**	-.080
Stili i jetës		1	-.012	.002
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.209*
Stili i te ngenit				1

Tabela 19 . Analiza korrelacionale për pesë tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore tek mësuesit
[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.05$ (*) dhe $p < 0.01$ (**)]

Tiparet e personalitetit ekstravert $r = -.135$; $p = .031$, $N = 254$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.031 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të tiparit të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët.

Tiparet e personalitetit personat që përshtaten $r = .117$; $p = .000$, $N = 235$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.000 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të personalitetit që përshtaten janë më të predispozuar ti kushtojnë më shumë rëndësi të ngrënit më të shëndetshëm.

Tiparet e personalitetit të përgjegjshëm $r = .132$; $p = .026$, $N = 259$, ka një efekt fortësie të vogël me drejtim pozitiv në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e të ngrënit. Ho bie poshtë $0.026 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të personalitetit të përgjegjshëm janë më të predispozuar ti kushtojnë më shumë rëndësi të ngrënit më të shëndetshëm.

Tiparet e përsonalitetit i hapur ndaj eksperiencave $r=-.205$; $p=.001$ ka një efekt fortësie të moderuar me drejtim negativ në marrëdhënien mes dy variablave me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.019 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të përsonalitetit i hapur ndaj eksperiencave janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët.

4.7.3 Regresioni i shumefisht standart mes tipareve të përsonalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumefisht standart mes tipareve të përsonalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët rezultoi një model sinjifikativ për dimensionin stili i jetës $F=(6.305)= 5.609$, $p<.000$, $R^2= .315$. ku modeli përshkruan 31.5 % të variancës për variablin e varur stili i i jetës, kontribut në këtë dimension jep tipari i përsonalitetit ekstravert ($\beta = -.165$, $p = .004$), tipari i përsonalitetit neurotik ($\beta = .130$, $p = .021$) dhe i hapur ndaj eksperiencave ($\beta = -.173$, $p = .003$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme $F=(6.109)=2.342$, $p<.036$, $R^2= .338$, ku modeli përshkruan 33.8% të variancës për variablin e varur sjelljet jo të shëndetshme. Kontribut në këtë dimension jep tipari i përsonalitetit ekstravert ($\beta = .227$, $p = .021$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ dhe për dimensionin stili i të ngrënit $F=(6.342)=2.292$, $p<.000$, $R^2=.265$. ku modeli përshkruan 26.5 % të variancës. Kontribut në këtë dimension jep tipari i përsonalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .169$, $p = .006$). Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr 20.

Dimensioni stili i jetes						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	4.167	.847		4.917	.000	.315
Ekstravert	-.046	.016	-.165	-2.929	.004	
Përsona që përshtaten	.026	.015	.104	1.698	.091	
Të përgjegjshëm	-.014	.013	-.065	-1.022	.308	
Neurotik	.031	.013	.130	2.322	.021	
I hapur ndaj eksperiencave	-.033	.011	-.173	-3.028	.003	

<i>Sjelljet jo te shendetshme</i>						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	-.707	1.332		-.531	.597	.338
Ekstravert	.057	.024	.227	2.346	.021	
Përsona që përshtaten	.003	.022	.015	.149	.882	
Të përgjegjshëm	.005	.022	.023	.227	.821	
Neurotik	.009	.024	.037	.380	.704	
I hapur ndaj eksperiencave	.019	.021	.088	.892	.374	
<i>Stili i te ngrënit</i>						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	5.359	1.446		3.707	.000	.265
Ekstravert	-.016	.028	-.032	-.591	.555	
Përsona që përshtaten	.027	.025	.064	1.090	.277	
Të përgjegjshëm	.065	.023	.169	2.769	.006	
Neurotik	.008	.023	.017	.325	.745	
I hapur ndaj eksperiencave	.006	.020	.016	.287	.774	

Tabela 20. Regresioni i shumëfishtë standart për tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore tek studentët

4.7.4 Regresioni i shumëfishtë standart mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standart mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët rezultoi një model sinjifikativ $F=(5.59)= 3.024$, $p<.017$, $R^2= .452$. ku modeli përshkruan 45.2% të variancës për variablin e varur stili i jetës. Kontribut në këtë dimension jep tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = -.330$, $p = .009$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ për dimensionin stili i të ngrënit $F=(5.343)= 3.512$, $p<.004$, $R^2= .221$. Ky model përshkruan 22.1% të variancës për variablin e varur stili i jetës, ku kontribut në këtë dimension jep tipari i personalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .146$, $p = .018$). Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr.21.

<i>Dimensioni stili i jetes</i>						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	6.209	1.701		3.651	.001	.452
Ekstravert	-.089	.033	-.330	-2.711	.009	
Përsona që përshtaten	.020	.039	.086	.513	.610	
Të përgjegjshëm	-.006	.035	-.031	-.167	.868	
Neurotik	.032	.033	.118	.968	.337	
I hapur ndaj eksperiencave	-.047	.027	-.227	-1.714	.092	

<i>Stili i të ngrënit</i>						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	4.214	1.400		3.009	.003	.221
Ekstravert	-.029	.028	-.055	-1.030	.304	
Përsona që përshtaten	.035	.025	.082	1.387	.166	
Të përgjegjshëm	.056	.024	.146	2.388	.018	
Neurotik	.013	.024	.030	.551	.582	
I hapur ndaj eksperiencave	.015	.020	.042	.764	.446	

Tabela 21. Regresioni i shumëfishtë standart për tiparet e personalitetit dhe sjelljet shëndetësore tek mësuesit

4.8 Lokusi i kontrollit në lidhje me sjelljet shëndetësore

Në këtë seksion pasqyrohen rezultatet korrelacionale në lidhje me lokusin e kontrollit dhe sjelljet shëndetësore. Analiza që bëhet është dhe në qëllim të përmbushjes së pyetjeve kërkimore si:

1. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?
2. Si ndikojnë modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?

Fillimisht përpara se të realizohej analiza korrelacionale u studiua shpërndarja e normalitetit nëpërmjet testit të Lolmogorov-Smirinov. Përmes këtij testi u zbulua se

dimensionet e lokusit të kontrollit dhe sjelljet shëndetësore kishin një shpërndarje normale të të dhënave ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$). Shih tabelën nr. 22.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Lokusi i brëndshëm	.513	8	.000	.676	8	.000
Lokusi rastësia	.311	8	.000	.736	8	.000
Lokusi të tjerët e fuqishëm	.396	8	.000	.657	8	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 22. Testi i normalitetit mbi lokusin e kontrollit dhe dimensionet e tij

4.8.1 Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

Për të kuptuar nëse ka një marrëdhënie fortësie mes dimensioneve të lokusit të kontrollit që në këtë studim janë trajtuar si variabla të pavarur dhe sjelljeve shëndetësore që u është dhënë trajta e variablave të varur është realizuar dhe analiza korrelacionale sipas koeficientit *Pearson (r)*. Analizat korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe sjelljet shëndetësore tek studentët paraqiten në tabelën nr 22.

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngenit
Lokusi i brëndshëm	-.164	-.059	-.216**	-.045
Lokusi rastësia	-.276	-.050	.236**	-.118
Lokusi të tjerët e fuqishëm	-.272	-.074	-.023	.005
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592**	1.000**	-.080
Stili i jetës		1	-.108	.004
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.008
Stili i te ngenit				1

Tabela 22. Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.01$ (**)]

Nga shqyrtimi i korrelacionit (vlera e *Pearson r*) rezulton se:

Dimensioni lokusi i brendshëm $r = -.216$; $p = .005$, $N = 169$, ka një efekt të moderuar me drejtim negativ në fortësinë e marrëdhënies mes dy variablave në lidhje me sjelljet jo të shëndetshme. Ho bie poshtë $0.005 < 0.01$. Sipas këtij rezultati rezulton se studentët me nivelin e ulët të lokusit të kontrollit të brendshëm janë më të predispozuar për të pasur një nivel më të ulët të kontrollit mbi sjelljet jo të shëndetshme.

Dimensioni lokusi i rastësisë $r = .236$; $p = .002$, $N = 166$, ka një efekt të moderuar me drejtim pozitiv në fortësinë e marrëdhënies mes dy variablave në lidhje me sjelljet jo të shëndetshme. Ho bie poshtë $0.002 < 0.01$. Sipas këtij rezultati studentët me nivelin e lartë të lokusit të kontrollit të rastësisë janë më të predispozuar të angazhohen në manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme.

4.8.2 Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Për të kuptuar nëse ka një marrëdhënie fortësie mes dimensioneve të lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit është realizuar analiza korrelacionale sipas koeficientit *Pearson (r)*. Të dhënat e dala nga kjo analizë paraqiten në tabelën nr 23.

	Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	Stili i jetës	Sjelljet jo të shëndetshme	Stili i te ngenit
Lokusi i brendshëm	-.164	-.123*	-.179	-.038
Lokusi rastësia	-.276	-.025	.106	.011
Lokusi të tjerët e fuqishëm	-.272	-.104	-.029	.034
Kontrolli i përgjithshëm shëndetësore	1	.592**	1.000**	-.080
Stili i jetës		1	-.012	.002
Sjelljet jo të shëndetshme			1	.209*
Stili i te ngenit				1

Tabela 23. Lidhja korrelacionale mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

[*Shënim korrelacioni është sinjifikant në nivelin $p < 0.05$ (*)]

Dimensioni lokusi i brendshëm $r = -.123$; ; $p = .039$, $N = 245$, ka një efekt të vogël me drejtim negativ në fortësinë e marrëdhënies mes dy variablove në lidhje me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.039 < 0.05$. Sipas këtij rezultati rezulton se mësuesit me nivelin e ulët të lokusit të kontrollit të brendshëm janë më të predispozuar për të pasur një nivel më të ulët të stilit të jetës.

Dimensioni lokusi i brendshëm $r = -.123$; ; $p = .039$, $N = 245$, ka një efekt të vogël me drejtim negativ në fortësinë e marrëdhënies mes dy variablove në lidhje me stilin e jetës. Ho bie poshtë $0.039 < 0.05$. Sipas këtij rezultati rezulton se mësuesit me nivelin e ulët të lokusit të kontrollit të brendshëm janë më të predispozuar për të pasur një nivel më të ulët të stilit të jetës.

4.8.3 Regresioni i shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentet rezultoi një model sinjifikativ për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme $F(3.151) = 6.481$, $p < .000$, $R^2 = .338$. Ky model përshkruan vetëm 33.8% të variancës për variablin e varur sjelljet jo të shëndetshme. Kontribut në këtë dimension japin lokusi kontrolli i brendshëm ($\beta = -.276$, $p = .003$), lokusi kontrolli i rastësisë ($\beta = .218$, $p = .006$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ dhe për dimensionin stili i të ngrënit $F(3.507) = 4.010$, $p < .008$, $R^2 = .152$. ku modeli përshkruan vetëm 15.2% të variancës. Kontribut në këtë dimension jep lokusi kontrolli i rastësisë ($\beta = -.144$, $p = .002$). Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr 24.

Dimensioni sjelljet jo të shëndetshme

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	2.621	.473		5.543	.000	.338
Lokusi i brendshëm	-.048	.016	-.276	-3.009	.003	
Lokusi rastësia	.043	.015	.218	2.815	.006	
Lokusi të tjerët e fuqishëm	.017	.019	.084	.914	.362	

<i>Dimensioni stili i të ngrënit</i>						
Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	8.451	.610		13.857	.000	.152
Lokusi i brëndshëm	-.037	.022	-.086	-1.661	.097	
Lokusi rastësia	-.065	.021	-.144	-3.155	.002	
Lokusi të tjerët e fuqishëm	.044	.025	.094	1.770	.077	

Tabela 24. Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe sjelljet shëndetësore tek studentet

4.8.4 Regresioni i shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Analizimi i modelit nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard mes lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit nuk rezultoi një model sinjifikativ për asnjë nga dimensionet - sjelljet shëndetësore $F=(3.507)=4.010, p > .836, R^2=.175$.

Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr 25.

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	18.88	6.060		3.117	.004	.175
Lokusi i brëndshëm	.148	.171	.228	.869	.393	
Lokusi rastësia	.035	.143	.060	.249	.805	
Lokusi të tjerët e fuqishëm	-.037	.153	-.056	-.240	.812	

Tabela 25. Analiza korrelacionale për lokusin e kontrollit dhe sjelljet shëndetësore tek mësuesit

4.8.5 Regresioni i shumëfishtë standard mes besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Në këtë seksion paraqiten në mënyrë të përmbledhur rezultatet regresionale në lidhje me tre modelet për dimensionet e sjelljeve shëndetësore tek studentët. Analizimi i modeleve nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard për besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

nuk rezultuan modele sinjifikative për asnjë nga dimensionet e sjelljeve shëndetësore $F=(1.338)=1.381, p > .213, R^2=.566$. Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr 26.

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	6.075	2.856		2.127	.040	.566
Vlersimi i shendetit	.231	.212	.216	1.085	.285	
Përceptimi i ndjeshmërisë	-.004	.007	-.099	-.628	.534	
Përceptimi i ashpërsisë	.104	.294	.070	.352	.727	
Përceptimi i përfitimeve	-.092	.217	-.067	-.424	.674	
Përceptimi i barrierrave	-.086	.136	-.098	-.628	.534	
Ekstravert	-.067	.044	-.227	-1.526	.135	
Përsona që përshtaten	.049	.052	.199	.942	.352	
Të përgjegjshëm	-.051	.047	-.242	-1.096	.280	
Neurotik	.041	.038	.179	1.080	.287	
I hapur ndaj eksperiencave	-.034	.024	-.215	-1.433	.160	
Lokusi i brëndshëm	-.005	.038	-.026	-.141	.889	
Lokusi rastësia	.003	.053	.012	.063	.950	
Lokusi të tjerët e fuqishëm	-.050	.053	-.194	-.932	.357	.

Tabela 26. Analiza korrelacionale mbi besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

4.8.5.1 Regresioni i shumëfishtë standard mes besimeve shëndetësore, tipareve të personalitetit, lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Në këtë seksion paraqiten në mënyrë të përmblëdhur rezultatet regresionale në lidhje me tre modelet për dimensionet e sjelljeve shëndetësore tek mësuesit. Analizimi i modeleve nëpërmjet regresionit të shumëfishtë standard për besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit nuk rezultuan modele sinjifikative për asnjë nga dimensionet e sjelljeve shëndetësore $F=(1.351)=.711, p > .715, R^2=.806$. Koeficientët e Betës janë prezantuar në tabelën nr 27.

Modeli	B	Gabimi standart	Beta	t	Sig.	Rsquare
(Constant)	10.107	23.815		.424	.689	.806
Vlersimi i shendetit	1.141	1.552	.387	.735	.495	
Përceptimi i ndjeshmërisë	.080	.079	.739	1.013	.357	
Përceptimi i ashpërsisë	1.444	2.688	.471	.537	.614	
Përceptimi i përfitimeve	.303	1.434	.093	.211	.841	
Përceptimi i barrierrave	-1.505	1.044	-.840	-1.442	.209	
Ekstravert	.187	.308	.285	.606	.571	
Përsona që përshtaten	-.005	.379	-.009	-.013	.990	
Të përgjegjshëm	.308	.395	.691	.778	.472	
Neurotik	.185	.301	.356	.616	.565	
I hapur ndaj eksperiencave	-.359	.321	-.715	-1.120	.314	
Lokusi i brëndshëm	-.133	.495	-.216	-.269	.799	
Lokusi rastësia	-.597	.622	-.872	-.959	.382	
Lokusi të tjerët e fuqishëm	-.204	.328	-.392	-.623	.561	.

Tabela 27. Analiza korrelacionale mbi besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Përmbledhje

Në këtë kapitull u trajtuan dhe u analizuan në mënyrë të zgjeruar rezultatet e dala nga analizat statistikore, u krijua një panoramë e gjerë në lidhje me profilin demografik të pjesëmarrësve, duke vazhduar më pas analizën përshkruese korrelacionale, regresionale. Në kapitullin V do të bëhet një analizë e zgjeruar e rezultateve të dala gjatë studimit të mbështetura në të dhënat e studimeve të ngjashme të fushës.

KAPITULLI V: DISKUTIMI I REZULTATEVE

Formimi i sjelljeve të shëndetshme, përcaktimi i qëllimeve në parandalimin e sjelljeve jo të shëndetshme, inkurajimi për modele jete sa më të shëndetshme, rezulton të jetë dhe një ndër objektivat kryesorë të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO, 2015). Rritja e problemeve shëndetësore të lidhura me mënyrën e jetesës me stilin e të ngrënit dhe manifestimin e sjelljeve shëndetësore në përgjithësi ka motivuar dhe ka nxitur shumë studiues në realizimin e studimeve të cilat kanë si objekt parësor gjenerimin e të dhënave me qëllim parandalimin e sjelljeve jo të shëndetshme dhe promovimin e sjelljeve pozitive për shëndetin e për një cilësi jete më të mirë. Njohja me rolin që kanë besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit në manifestimin e sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri, ishte edhe një objektiv i rëndësishëm i studimit, të cilat në këtë kapitull do të diskutohen duke i koordinuar dhe me hulumtimet e mëparshme të kësaj fushe, diskutimi do të paraqitet në të njëjtën linjë me objektivat, pyetjet kërkimore dhe rezultatet e dala prej tyre.

5.1 Gjetjet statistikore mbi sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri

Studentëve dhe mësuesve iu kërkua të jepnin mendimin e tyre në lidhje me sjelljet shëndetësore që ato manifestonin si p.sh.: në lidhje me kontrollet e përgjithshme shëndetësore, stili i jetës që bënin, niveli i duhanit dhe alkoolit, ushqimeve që konsumonin. Synimi ishte të kuptohej niveli i manifestimit të sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit, dhe nëse faktorët e tillë si besimet, tiparet e personalitetit dhe lokusi i kontrollit mund t'i shpjegojnë këto sjellje shëndetësore.

Gjetjet e këtij studimi treguan se në përgjithësi studentët pjesëmarrës në studim në dimensionin kontrolli i përgjithshëm shëndetësor kishin një nivel të lartë të kontrollit shëndetësorë brenda periudhës 1-vjeçare ku rreth 57.6% e tyre ishin femra dhe 43.9% ishin meshkuj. Niveli i lartë i kontrollit të përgjithshëm shëndetësor rezultoi të jetë i lartë dhe tek mësuesit ku 58.7% ishin femra dhe 55.9% ishin meshkuj të cilët e kishin realizuar brenda një viti kontrollin e përgjithshëm shëndetësor.

Gjithashtu rezultatet treguan se niveli i kontrollit tek studentët në lidhje me kontrollin e hipertensionit rezultoi që ishte 17.5% tek femrat dhe 17.9% tek meshkujt, tek mësuesit rezultoi se niveli i kontrollit të hipertensionit tek femrat të ishte 42.6%.

Rezultatet treguan se në këtë seksion niveli i kontrollit ishte relativisht shumë i ulët. Niveli i ulët i kontrollit të Hipertensionit në një farë mënyre mund të lidhet dhe me rritjen e mundësive për ta parandaluar në kohë shfaqjen e kësaj sëmundjeje. Sipas ISHP (2014) Hipertensioni arterial në Shqipëri konsiderohet si faktori i dytë rrezikues, shkaktar për pjesën më të madhe të shumë sëmundjeve gjatë vitit 2010. Po sipas ISHP në një studim të realizuar gjatë vitit 2008-2009 u konstatua se 20% e femrave dhe 28% e meshkujve të grupmoshës 15-49 vjeç kishin rezultuar me një nivel të lartë hipertensionit. Në kontekstin shqiptar përgjithësisht përkujdesja shëndetësore rezulton të jetë e ulët, studime të mirëfillta që mund të mbështesin në mënyrë objektive këtë fenomen nuk rezulton të ketë, por media vizive dhe ato të shkruara vazhdimisht e kanë raportuar këtë problematikë duke e lidhur shumë ngushtë me rritjen e personave të prekur nga niveli i lartë i presionit të gjakut. Shtimi i individëve që preken nga këto forma sëmundjesh në një farë mënyre mund dhe të lidhet me këtë nivel të ulët përkujdesjeje shëndetësore. Aktivitetet promovuese, sensibilizuese që realizohen nga Instituti i Shëndetit Publik (p.sh. 17 maj - Dita Botërore e Hipertensionit) objekt të punës së tyre kanë nxitjen e popullatës në realizimin e kontrolleve periodike mbi hipertensionin. Rëndësia që i jepet realizimit apo monitorimit të këtij kontrolli niset dhe nga fakti që kjo sëmundje fillesat e saj i ka që në moshë të re. Moskapja në kohë e sëmundjeve të lidhura me Hipertensionin mund të shoqërohet me vështirësi fizike, psikologjike dhe ekonomike për individin e prekur por dhe për familjarët e individit. Rezultate të ngjashme paraqiten dhe me nivelin e kontrollit të kolesterolit ku vetëm 0.8% e studenteve femra e kanë realizuar kontrollin mbi nivelin e kolesterolit.

Në lidhje me realizimin e këtij kontrolli nga ana e mësuesve rezulton se 39.6% ishin mësuese femra ndërsa 37.8% ishin mësues meshkuj që e kishin realizuar këtë kontroll.

Niveli i realizimit të këtij kontrolli në mesin e studentëve rezulton që është shumë i ulët, nga ku mundësia e prekjes nga sëmundjet që lidhen me rritjen e nivelit të kolesterolit në gjak mund të jetë më e lartë. Niveli i lartë i kolesterolit në gjak në vetvete nuk është domosdoshmërisht një problem por duke u bashkuar me shumë faktorë të tjerë rreziku

mund të jetë problematik për shëndetin e individit. Ajo që është më e rëndësishme dhe mbi të cilën lind dhe nevoja për të punuar lidhet me faktin se sëmundje të tilla duhen mbajtur në nivele të shëndetshme përpara se të ndodhi problemi. Sipas OBSH-së (2011) në Shqipëri në vitin 2008 prevalenca e nivelit të lartë të kolesterolit rezulton të jetë 46.1% ku numri i të prekurve nga niveli i lartë i kolesterolit u shoqërua dhe me një rritje të qëndrueshme të nivelit të vdekshmërisë, sidomos nga viti 1995 në 2005, pasuar nga një stabilizim gjatë viteve 2005-2010 (ISHP, 2014).

Rezultatet në lidhje me realizimin e kontrolleve mbi Hiv/Aids në mesin e studentëve rezultoi të ishte vetëm 5.4% ndërsa tek mësuesit rezultoi të ishte 11.7%. Tek të dy grupet e kampionit rezulton që është një nivel shumë i ulët kontrolli. Sipas të dhënave të marra nga ISHP (2013) rezulton se në Shqipëri në total janë të prekur me HIV/Aids 870 persona, ku 613 janë meshkuj dhe 257 janë femra, ku të rritur rezulton të jenë 752 persona, pjesa tjetër rezulton të jenë poshtë moshës 15-vjeçare. Numri i personave që kanë rezultuar HIV pozitiv për vitin 2015 rezulton të jetë 87 persona, ku midis tyre është një fëmijë, ndërsa numri total i fëmijëve të infektuar shkon në 40 (ISHP, 2015). Po sipas ISHP (2015) pavarësisht nga vlerësimi që i është dhënë HIV/AIDS-it në këto dy dekada, stigma vazhdon të jetë një barrierë ndaj testimit për HIV. Niveli i ulët i testimit mbi Hiv/Aids i gjeneruar në këtë studim mund të lidhet në një farë mënyre dhe me ekzistencën e paragjytimeve dhe frikës se informacioni mund të bëhet publik. Niveli i ulët i realizimit të këtij testi gjithashtu mund të lidhet dhe me nivelin e lartë të besimit ndaj partnerit ekzistues, mund të lidhet me nivelin e ulët të vlerësimit të shëndetit, me nivelin e ulët të vlerësimit të pasojave fizike, psikologjike, socio-ekonomike që sjell sëmundja.

Në lidhje me realizimin e mamogramës rezultoi se vetëm 0.6% e studenteve femra e kanë realizuar këtë kontroll, ndërsa në lidhje me kampionin e mësueseve femra rezulton se 27.4% e mësueseve femra e kanë realizuar mamogramën. Të dhënat e dala nga studimi raportojnë një nivel të ulët të realizimit të këtij kontrolli, megjithëse rezultati i dalë për kampionin e studentëve mund dhe të jetë i pranueshëm duke u nisur nga fakti se mamografia duhet të realizohet tek femrat e moshës 35-40 e lart, por që pavarësisht nga mosha ky test mund të bëhet dhe në mosha më të reja. Në lidhje me kampionin e mësueseve femra realizimi i këtij kontrolli mund të konsiderohet i ulët.

Në Shqipëri kanceri i gjirit rezulton të jetë sëmundja kancerogjene më e përhapur kryesisht tek moshat mbi 50-vjeç. Çdo vit në QSUT rezulton që diagnostifikohen rreth 350 raste të reja, ku sipas specialistëve vihet re një tendencë rritjeje dhe shfaqjeje që në moshën të reja. Mungesa e kontrollit në lidhje me faktorët e modifikueshëm mund të konsiderohet dhe si një shkak i rëndësishëm për mosparandalimin në kohë të agravimit të sëmundjes (ISHP, 2015). Shpesh arsyet e një niveli të ulët të realizimit të këtij kontrolli në një farë mënyre mund të lidhen shumë ngushtë me faktorët psikosocial me mungesën e informacionit, me nivelin e ulët të njohurive të pasojave që sjell një sëmundje e tillë në jetën e një femre, ku vetë sëmundja nuk prek vetëm personin e sëmurë por shkakton pasoja të rënda ekonomike dhe psikologjike dhe tek personat e afërm (tek familjarët). Sipas një studimi Demografik mbi Shëndetin 2008-2009, rezulton që niveli i njohurive mbi realizimin e mamogramës është më i lartë në mesin e femrave të cilat jetojnë në zonat urbane se sa ato që jetojnë në zonat rurale. 80% e femrave që jetojnë në zonat urbane kanë dëgjuar në lidhje me rëndësinë e realizimit të mamogramës, ndërsa rezultojnë që janë vetëm 68% e femrave nga zonat rurale që kanë dëgjuar në lidhje me këtë test. Po sipas këtij studimi rezulton që niveli i informacionit lidhet pozitivisht me rritjen e nivelit arsimor dhe lidhet negativisht me moshën e re. Diagnoza e hershme për kapjen sa më në kohë mbetet akoma një strategji e rëndësishme për Shqipërinë ku mungesa e informacionit, sensibilizimit, e përkujdesjes vazhdon të jetë në nivele të ulëta pavarësisht punës së vazhdueshme promociionale që bën Instituti i Shëndetit Publik në Shqipëri.

Rezultatet në lidhje me realizimin e Pap-testit në mesin e femrave studente rezulton të jetë 0.2% dhe afërsisht 27% tek mësueset femra. Të dhënat e dalë nga analizat statistikore raportojnë një nivel shumë të ulët të realizimit të këtij kontrolli në mesin e studenteve dhe të ulët në mesin e mësueseve. Ashtu si dhe për shumë sëmundje të tjera, shkak kryesor i mosparandalimit në kohë të kësaj sëmundjeje lidhet përgjithësisht me mungesën e kontrolleve që në moshat e reja. Sipas OBSH të gjitha femrat e moshës nga 21-60 vjeç është e rekomandueshme të realizojnë Pap-testin, ku femrat e moshave 21-49 vjeç duhet ta kryejnë çdo vit këtë test, femrat e moshave 50-64 duhet ta kryejnë Pap-testin 3-5 vjet, ndërsa në moshë 65-vjeç ky test nuk është e nevojshme të realizohet nëse është realizuar rregullisht nga moshën 50-vjeç e lart. Shpesh niveli i ulët i realizimit të këtij kontrolli

shëndetësor mund të lidhet me nivelin e ulët socio-ekonomik, me mungesën e informacionit. Sipas Agjencisë Ndërkombëtare të Studimeve për Kancerin (IARC, 2013) rreth 500.000 gra sëmuren dhe rreth 280.000 të tjera vdesin çdo vit në botë nga ky lloj kanceri. Pjesa më e madhe e rasteve identifikohen në vendet ku rezulton një nivel shumë i ulët ekonomik, ku kultura shëndetësore dhe vetëkujdesi është gjithashtu në nivele mjaft të ulëta. Në vendet ku kultura shëndetësore është e lartë dhe femrat realizojnë rregullisht kontrollet gjinekologjike, domethënë realizojnë Pap-testet e nevojshme numri i vdekjeve nga kjo formë e kancerit është shumë më i vogël.

Në lidhje me realizimin e Psa-test rezultatat treguan se vetëm 15.4% e studentëve meshkuj dhe 41% e mësuesve meshkuj e kishin realizuar këtë test. Rezultatet e dala në këtë analizë raportojnë se kemi një nivel deri diku mesatar në lidhje me realizimin e këtij testi. Rezultati i ulët tek studentët deri diku mund dhe të jetë i pranueshëm duke qenë se ky lloj testi realizohet në mosha të rritura, kryesisht tek ato meshkuj të cilët shfaqin simptoma të mundshme. Realizimi i Psa-test ashtu si dhe testet që realizohen tek gjinia femërore, sipas specialistëve, gjithashtu konsiderohet një test mjaft i rëndësishëm, kjo për faktin se ky lloj testi është mjaft efektiv në evidentimin në kohë të zhvillimit të tumoreve të prostatës (Andriole dhe Di Paola, 1998, Schweiz, 2010). Sipas një studimi 10-vjeçar të realizuar nga një grup mjekësh urologë pranë Qendrës Universitare Tiranë (QSUT) nga 299 raste të diagnostifikuara me kancer të prostatës 12% i përkisnin grupmoshës 50-60 vjeç, 48% i përkisnin grupmoshës 60-70 vjeç (Gjokutaj, Hoxhaj, Isufi, Beqiri).

Në analizën e bërë për dimensionin stili i jetës rezultatat treguan se në lidhje me aktivitetin fizik 56.7% e studentëve realizonin aktivitet fizik, por gjithashtu dhe në lidhje me kampionin e mësuesve rezultatat treguan se 61% e mësuesve realizonin aktivitet fizik. Sipas këtyre rezultateve demonstrojnë se një pjesë e konsiderueshme e kampionit të përbërë nga studentë dhe mësues realizojnë aktivitet fizik (ose kanë realizuar aktivitet fizik brenda 30-ditëve të fundit). Në studim është e vështirë për t'u përcaktuar nëse të anketuarit realizojnë rregullisht aktivitet fizik, apo kishin realizuar aktivitet fizik vetëm gjatë 30 ditëve të fundit (koha kur është realizuar pyetësi). Në këtë pikë lindin dhe pyetje të tjera të rëndësishme të cilat lënë hapësira për studime të mëtejshme. *Çfarë konsiderojnë aktivitet fizik studentët dhe mësuesit në Shqipëri? Sa të rëndësishme e konsiderojnë realizimin e*

aktiviteti fizik në lidhje me shëndetin? Aktiviteti fizik që realizohet a është në përputhje me kushtet shëndetësore? A ekziston mundësia që pjesë e aktivitetit fizik të konsiderohet puna (që paguhet), punimi i tokës etj.? Edhe sipas Raportit të Shëndetit Publik në Shqipëri rezulton se deri më sot nuk ekzistojnë studime të cilat vlerësojnë nivelin e aktivitetit fizik në shkallë kombëtare dhe rëndësinë që ka ai për cilësinë e shëndetit, por sipas këtij raporti niveli i vdekshmërisë për shkak të mungesës së aktivitetit fizik rezulton të jetë 52 dhe 56 për 100.000 banorë në vitin 2005-2010, nga ku 8% e vdekshmërisë i atribuohet mungesës së aktivitetit fizik vetëm për vitin 2010.

Kujdesi fizik vitet e fundit në Shqipëri është kthyer në një trend ku shpesh dhe realizimi i aktivitetit fizik mund të lidhet me dëshirën nevojën për të qenë sa më afër këtij trendi, të pasurit një trup perfekt, me forma me muskuj. Rritja e kërkesave shoqërore për të qenë i pranueshëm dhe sa më afër pritshmërive të rrethit ku bën pjesë individi, ka çuar dhe në rritjen e nivelit të angazhimit në aktivitet fizik si p.sh. ecje në biçikletë, realizimi i vrapit në mjedise natyrore, angazhimi në palestër, realizimi i *yogës*, forma këto që në një farë mënyre mund të kenë ndikuar në rritjen e aktivitetit fizik si tek moshat e reja po ashtu dhe tek mosha e tretë, ku tek e cila, tashmë ka filluar të shikohet si domosdoshmëri për të qenë sa më i shëndetshëm. Në lidhje me stilin e gjumit rezultoi se 47.6% e studentëve flinin mesatarisht 5-7 orë, 49.5% e studentëve flinin 8-10 orë, 2% e studentëve flinin 11-13 orë, 0.3% e studentëve flinin më shumë se 14 orë. Rezultate statistikore gjithashtu demonstruan se 47.5% e mësuesve flinin mesatarisht 5-7 orë, 48.9% flinin rreth 8-10 orë, 2,3% e mësuesve flinin rreth 11-13 orë dhe 1.4% flinin më shumë se 14 orë.

Sipas këtyre rezultateve mund të thuhet që një përqindje e lartë e studentëve (49.5%) dhe një përqindje e lartë e mësuesve (48.9%) përgjithësisht realizojnë një stil gjumi të mirë (të mjaftueshëm). Realizimi i një gjumi të mjaftueshëm sipas studiuesve mund të ndikojë pozitivisht në mbrojtjen e shëndetit mendor, fizik dhe në cilësinë e jetës (Imaki, Hatanaka, Ogawa, Yoshida, Tanada, 2002). Gjatë hulumtimeve të kujdesshme dhe shumë të thelluara të bëra, rezulton që në Shqipëri nuk janë bërë studime të mirëfillta mbi rëndësinë e stilit të gjumit. Përgjithësisht informacioni që qarkullon është më shumë në formë sensibilizimi i cili bëhet kryesisht nga mediet vizive dhe të shkruara. Informacioni i përcjellë përgjithësisht është i kuptueshëm dhe deri diku shumë sipërfaqësor. Realizimi i një gjumi

përgjithësisht të mjaftueshëm, për shoqërinë shqiptare në një farë mënyre mund të jetë e lidhur dhe me mungesën e një jete nate aktive (duke përjashtuar fundjavat), gjithashtu mund të jetë e lidhur dhe me ngarkesën e aktivitetit ditor, ku në rastin e studentëve lidhet me të qenit student që kërkon një angazhim psikofizik, ndërsa tek mësuesit lidhet si me angazhimin psikofizik por në të njëjtën kohë dhe me performancën. Ngarkesa ditore në një farë mënyre mund të jetë e lidhur me nevojën për të pushuar dhe për t'u përgatitur përsëri për një ditë tjetër impeniative. Niveli i mjaftueshëm i gjumit mund të jetë i lidhur dhe me kulturën shqiptare, ku përgjithësisht familjet shqiptare vazhdojnë të ruajnë traditën e një familjeje të rregullt, ku respektohen disa rregulla (të pashkruara), si respektimi i orarit për të qenë prezent në shtëpi. Dimensionin stili i jetës ku u kategorizuan dy procese mjaft të rëndësishme rezultuan të ishin pozitive, nga ku të pasurit e një niveli të lartë të aktivitetit fizik, realizimi i një stili gjumi të rregullt dhe të mjaftueshëm lidhet mjaft pozitivisht me cilësinë e shëndetit të një individi.

Në lidhje me dimensionin sjelljet jo të shëndetshme rezultatet treguan se rreth 37% e kampionit të përbërë nga studentët konsumonin duhan, ku rreth 36% konsumonin çdo ditë duhan, dhe rreth 32% konsumonin minimalisht 1-5 cigare në ditë. Rritja e duhanpirësve të rinj në Shqipëri është rritur në mënyrë të ndjeshme. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), tek individët e moshës 15-vjeç e lart në Shqipëri, niveli i duhanpirjes në vitin 2012, rezulton të ketë qenë 39%. Në një studim të realizuar në Shqipëri ku target grup ishin studentët infermierë rezultoi se duhanpirës të rregullt ishin 19% ku nga këto 46.4% janë meshkuj dhe 12.7% janë femra (Vakefliu, Bala, Pirushi, Vakefliu, Bushati, Melani, 2013). Në kontekstin shqiptar sjelljet e tilla si konsumimi i duhanit dhe alkoolit rezultojnë të jenë shpesh të lidhura dhe me normat subjektive, por shpesh mund të jenë dhe kushtet socio-ekonomike që nxisin individin në angazhimin në sjellje të tilla. Sipas Raportit të Shëndetit Publik (2015) tendenca e të rinjve për ta filluar duhanin rritet 25%. Sipas një studimi të ngjashëm realizuar në një kampion studentësh të moshës 18-30 vjeç gjithashtu u konstatua se rreth 38.9% e kampionin ishin duhanpirës. Rritja e nivelit të konsumimit të duhanit tek të rinjtë mund të lidhet me nevojën sociale për të qenë i pëlqyeshëm dhe për të qenë pjesë e një grupi social (Tajfel, 1979), gjithashtu mund të lidhet dhe me nivelin e stresit. Vetë procesi i studimit është impeniativ ku shpesh shumë të rinj e kanë të vështirë ta

përballojnë atë duke rënë më pas pre e sjelljeve kompromentuese siç është duhani, alkooli. Mungesa e identitetit gjithashtu mund të shoqërohet me manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme, siç është pra, konsumimi i duhanit (Melonashi, Sinaj, 2013).

Në lidhje me dimensionin sjelljet jo të shëndetshme për kampionin mësues rezultoi 33.7% e kampionit konsumonin duhan, 52.1% e konsumonin çdo ditë atë nga ku 33.3% konsumonin rreth gjysëm pakete në ditë. Rezultatet tregojnë që niveli i konsumimit të duhanit në kampionin e përbërë nga mësues është në mënyrë të konsiderueshme i lartë. Në kontekstin shqiptar sjelljet e tilla si konsumimi i duhanit dhe alkoolit rezultojnë të jenë shpesh të lidhura me normat subjektive dhe me kushtet socio-ekonomike që nxisin individin për t'u angazhuar në sjellje të tilla. Sipas Raportit Shëndetësor në Shqipëri (2015) tek meshkujt konsumimi i duhanit mund të lidhet pozitivisht me moshën. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë rreth 90-95% e tumoreve të mushkërive shkaktohen nga pirja e duhanit (WHO, 2015), ndërsa sipas RSHP (2015) vdekshmëria që i atribuohet duhanpirjes u rrit nga 18% në 22% më 2010.

Në lidhje me konsumin e alkoolit rezultatet treguan se rreth 42.4% e studentëve nuk konsumonin asnjëherë alkool, 28.9% konsumonin më pak se një herë në javë alkool, 23.1% konsumonin një herë në javë alkool, 4.4% konsumonin disa herë në javë alkool, 1.2% konsumonin çdo ditë dhe më shumë alkool. Rezultate statistikore në lidhje me konsumimin e alkoolit tek mësuesit rezultoi se 23.1% e mësuesve nuk konsumonin asnjëherë alkool, 29.5% konsumonin më pak se një herë në javë alkool, 19.9% konsumonin një herë në javë alkool, 27.6% konsumonin disa herë në javë alkool. Niveli i konsumimit të alkoolit sipas studimeve të bazuara në popullatën shqiptare raportojnë se niveli i konsumimit të alkoolit është më i lartë tek meshkujt (31%) dhe më i ulët tek femrat (6%) (Burazeri G, dhe bp., 2010). Sipas raportit të Shëndetit Publik në vitin 2015 ka pasur një rritje të vdekshmërisë nga 2.6% në vitin 1990 në 4.5% në vitin 2010. Gjithashtu sipas një punimi *Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri* (2008-2009), rezultoi se individët me statusin arsimor më të ulët mund të jenë më të predispozuar të konsumojnë alkool.

Rezultatet në lidhje me rëndësinë që ka për studentët të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme treguan se: 63.9% e kampionit e konsideronin shumë të rëndësishme të ngrënies në mënyrë të shëndetshme, 8.9% e konsideronin mjaftueshëm të rëndësishme të

ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 25.2% e konsideronin mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 1.7% e konsideronin aspak të rëndësishme të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme. Rezultatet në lidhje me rëndësinë që ka të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme tek mësuesit rezulton se 5.4% e mësuesve e konsideronin shumë të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 14.7% e konsideronin mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 42.7% e konsideronin mjaftueshëm të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme, 8.2% e konsideronin aspak të rëndësishme të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme. Sipas këtyre rezultateve del se përgjithësisht studentët dhe mësuesit e konsiderojnë të rëndësishme të ngrënit në mënyrë të shëndetshme. Rritja e dëshirës për t'u ushqyer në mënyrë të shëndetshme mund të ndikojë në mënyrë pozitive në lidhje me cilësinë e shëndetit. Sipas OBSH zbatimi i praktikave të rekomanduara të ushqyerjes në mënyrë të shëndetshme duhet të zgjasë gjithë jetën, kjo duke u nisur dhe nga fakti për rëndësinë jetike që ka të ushqyerit. Të ushqyerit në mënyrë të ekuilibruar e kombinuar me një stil jetese të lartë, janë dhe gurët e themelit për një shëndet të mirë për parandalimin e shumë sëmundjeve por dhe shpesh dhe për trajtimin e tyre. Në lidhje me produktet që studentët dhe mësuesit konsumojnë gjatë javës rezulton që si studentët ashtu dhe mësuesit konsumojnë disa herë brenda javës ushqimet me përmbajtje të drithërave, ushqime me gjethe të gjelbra, prime dhe zarzavate.

5.2.1 Gjetjet korrelacionale mes modeleve të besimit të shëndetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

U hipotezua se besimet shëndetësore ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?*

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r rezultoi se në dimensionin vlerësimi i shëndetit kishte një korrelacion me drejtim pozitiv në lidhje me sjelljet jo të shëndetshme ku $r = .228$; $p = .003$, $N = 164$. Ho bie poshtë $0.003 < 0.01$. Studentët me nivelin e lartë të vlerësimit të shëndetit janë më të predispozuar të kenë një nivel më të lartë kujdesi në lidhje

me manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme. Në këtë dimension kemi një konfirmim të hipotezës. Gjetjet e studimit janë të ngjashme dhe me studimin e Bielska dhe kolegëve të tij, të cilët raportuan se studentët të cilët kishin një nivel të ulët të vlerësimit të shëndetit dhe njohuri sipërfaqësore në lidhje me efektet negative shëndetësore që shkakton abuzimi i alkoolit dhe duhanit, ishin më të predispozuar të konsumonin duhan dhe alkool, nga ku 26% e kampionit e përbërë nga studente femra dhe 12% e kampionit e përbërë nga studentë meshkuj pinin duhan rregullisht, 50% e femrave dhe 61.1% e meshkujve konsumonin rregullisht alkool (Bielska, Kurpas, Marcinowicz, Owłasiuk, Litwiejko, Wojtal, 2012).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r rezultoi se në dimensionin vlerësimi i shëndetit gjithashtu ekzistonte një lidhje korrelacionale negative në lidhje me stilin e të ngrënit ku $r = -.137$; $p=.002$, $N=325$, Ho bie poshtë $0.003<0.01$. Studentët me nivelin e ulët të vlerësimit të shëndetit janë të predispozuar t'i kushtojnë më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme. Studime të ngjashme të fushës raportojnë se niveli i lartë i informacionit që ka individ ndikon në formimin e përgjithshëm të besimeve që ai ka. Sa më i lartë të jetë ky informacion, individ është më i predispozuar të monitorojë sjelljet shëndetësore dhe të angazhohet në manifestimin e sjelljeve pozitive shëndetësore (Hsu, Chiang, Yang, 2014). Gjithashtu analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r rezultoi se në dimensionin vlerësimi i shëndetit korrelonte në mënyrë negative me stilin e të ngrënit ku $r = -.137$; $p=.002$, $N=325$. Ho bie poshtë $0.003<0.01$. Sipas këtij rezultati, rezulton se studentët me nivelin e ulët të vlerësimit të shëndetit janë më të predispozuar t'i kushtojnë më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme. Rezultatet e dala në këtë analizë përputhen dhe me studime të ngjashme të cilat raportojnë se studentët nuk i kushtojnë shumë rëndësi stilit të të ngrënit. Në studimin e Shimizu dhe kolegëve të tij rezultoi se studentët në dietat e tyre ushqimore nuk përfshinin zarzavatet, drithërat dhe ushqime me gjethe të gjelbra (Shimizu, Hagihara, Nobutono, 2006; NOO, 2011).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r rezultoi se në dimensionin perceptimi i ashpërsisë korrelonte në mënyrë negative me stilin e të ngrënit $r = -.113$; $p=.008$, $N= 330$. Ho bie poshtë $0.008<0.01$. Studentët me nivelin e ulët të perceptimit të ashpërsisë janë të predispozuar t'i kushtojnë më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme.

Perceptimi i ashpërsisë në shumë studime përdoret për të motivuar rritjen e motivimit në manifestimin e sjellje të veçanta p.sh. në rritjen e përdorimit të masave mbrojtëse, realizimin e kontroleve shëndetësore (Brewer et al., 2007; Albarracin et al., 2005). Studiuesi Brewer argumenton se dimensionin perceptimi i ashpërsisë mund të ekzaminojnë në mënyrë direkte lidhjet asociuese mes qëllimit dhe sjelljes por nuk mund të vlerësojë se si ashpërsia mund të ndërveprojë me format e tjera të besimit. Në studimin e realizuar nga Zangmo (2015) rezultoi se niveli i lartë i perceptimit të ashpërsisë shoqërohej me 67% probabilitet që femrat të ndërpresin konsumin e alkoolit gjatë shtatzënisë në raport me femrat që nuk kishin një nivel të lartë të perceptimit të ashpërsisë. Një shqyrtim të ngjashëm të realizuar në Vietnam (Hang, 2011) mbi impaktin që kishin perceptimi i ashpërsisë në lidhje me konsumimin e tepërt të alkoolit rezultatet treguan se kishte një lidhje asosacionale negative mes perceptimit të ashpërsisë dhe konsumimit të alkoolit

($r = -.24$, $p < .01$) nga ku argumentohet se sa më i ulët që ishte niveli i perceptimit të ashpërsisë (p.sh. pasojat negative që sjell konsumimi i duhanit dhe alkoolit) tek të kampionuarit aq më shumë ulej mundësia që ato të merrnin masa për ta lënë duhanin dhe alkoolin. Sa më i lartë pra, që të jetë niveli i perceptimit të ashpërsisë tek studentët në raport me një sjellje të caktuar p.sh. në lidhje me stilin e të ngrënit, aq më i lartë do të jetë dhe niveli i kujdesit për të ndjekur dieta të rregullta, për të ngrënë vakte të shëndetshme ku në përbërje të tyre janë kryesisht, drithërat, perimet, frutat zarzavatet etj.

Analiza korrelacionale sipas vlerës Pearson's r rezultoi se në dimensionin perceptimi i përfitimeve kishte një marrëdhënie korrelacionale me drejtim negativ në lidhje me kontrollin e përgjithshëm shëndetësor tek studentët nga ku $r = -.611$; $p = .007$, $N = 118$. Ho bie poshtë $0.007 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve janë më të predispozuar të kenë një nivel të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor. Studimet tregojnë se niveli i perceptimit të përfitimeve në lidhje me sjelljen lidhen dhe me fillimin e realizimit të sjelljes (Seigers, Terry, 2011). Në studimin e realizuar nga Seigers dhe Terry rezultatet treguan se adoleshentët dhe të rinjtë që kishin nivelin e perceptimit të përfitimeve të lartë ishin më të predispozuar për të mos e filluar duhanin në raport me ato që nivelin e përfitimit të perceptimeve e kishin të ulët. Studime të tjera të kësaj tematike gjithashtu raportojnë se niveli i lartë i perceptimit të përfitimeve lidhet pozitivisht me motivimin për të

mos miratuar manifestimin e një sjelljeje jo të shëndetshme (p.sh. në lidhje me konsumin e duhanit) (Curry et al., 1997). Niveli i ulët në këtë dimension lidhet dhe me nivelin e ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor në mesin e studentëve në Shqipëri.

5.2.1.1 Gjetjet korrelacionale mes modeleve të besimit të shëndetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

U hipotezua se besimet shëndetësore ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?*

Analiza korrelacionale e realizuar në funksion të pyetjes kërkimore dhe hipotezës raportoi se ekzistonte një lidhje korrelacionale pozitive mes dimensionit vlerësimi i shëndetit dhe stilit të të ngrënit tek mësuesit ku $r = .118$; $p = .046$, $N = 239$. Ho bie poshtë $0.046 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të vlerësimit të shëndetit janë të predispozuar t'i kushtojnë më shumë rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme. Niveli i lartë i vlerësimit të shëndetit mund të shoqërohet me një stil të ngrëni të shëndetshëm. Në studimin e Pirzadeh dhe kolegëve raportohet se mësuesit që kishin një nivel të lartë të vlerësimit të shëndetit raportonin që kishin një stil të ushqyeri më të shëndetshëm dhe një stil jete më të lartë (Pirzadeh, Sharifirad, Kamran, 2012). Gjithashtu në një studim të bërë nga Mortensen, Mumford (2012) në Universitetin Wisconsin Eau Claire ku morën pjesë 441 pjesëmarrës ku 67% ishin studentë dhe 22% pedagogë. Studiuesit si objekt studimi në këtë punim kishin monitorimin e stilit të të ngrënit tek studentët dhe pedagogët.

Një shumicë e studentëve dhe pedagogëve raportonin se për ta ishte shumë e rëndësishme që të ushqeheshin në mënyrë të shëndetshme, por që pedagogët e vlerësonin më shumë të ngrënit në mënyrë të shëndetshme. Pedagogët raportonin se konsumonin gjatë ditës dy herë më shumë fruta dhe perime se sa studentët, 13% e studentëve raportonin se ata nuk konsumonin disa ushqime të shëndetshme si mish pule, peshk, apo vezë, 18% nuk konsumonin sallatë jeshile, 30% nuk konsumonin arra dhe bishtajore, 19% nuk konsumonin qumësht me nivel të ulët yndyre (Mortensen, Mumford; 2012).

Analiza korrelacionale raportoi se ekzistonte një lidhje korrelacionale negative mes dimensionit të perceptimit të përfitimeve dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësor ku $r = -.611$; $p = .007$, $N = 118$. Ho bie poshtë $0.020 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve janë më të predispozuar të kenë një nivel më të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor (Joseph, Burke, Tuason, Barker, Pasick, 2009).

5.2.2 Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analiza e regresionit të shumëfishtë u realizua për të parashikuar nëse modeli i besimeve shëndetësore mund të ishte parashikues për sjelljet shëndetësore sipas dimensioneve përkatëse për kampionin e studentëve. Pas realizimit të analizës rezultoi se modeli i besimeve shëndetësore mund të ishte parashikues vetëm për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme ku $F = (5.128) = 2.890$, $p < .017$, $R^2 = .101$, ku modeli përshkruante vetëm 10% të variancës. Rezultatet e studimit janë të përafërta dhe me studime të ngjashme të cilat raportojnë se modeli i besimeve shëndetësore nuk konsiderohen shumë premtues për të bërë parashikime afatgjata në lidhje me sjelljet shëndetësore dhe në mënyrë specifike për ato jo të shëndetshme (Carpenter, 2010; Lin, Simoni, Zemon, 2005). Ndërsa në një meta-analizë të bërë për 18 studime (2,702 subjekte) qëllimi kryesor ishte për të kuptuar nëse modeli i besimeve shëndetësore mund të parashikonte sjelljet shëndetësore. Në këtë meta-analizë rezultoi se modeli mund të ishte parashikues shumë i fortë në dimensionet perceptimi i përfitimeve dhe i barrierave (Carpenter, 2010).

5.2.2.1 Regresioni i shumëfishtë standard mes modelit të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Analiza e regresionit të shumëfishtë u realizua për të parashikuar nëse modeli i besimeve shëndetësore mund të ishte parashikues për sjelljet shëndetësore sipas dimensioneve përkatëse për kampionin e mësuesve. Pas realizimit të analizës rezultoi se modeli i besimeve shëndetësore në dimensionet perceptimi i ndjeshmërisë dhe perceptimi i barrierave mund të ishte parashikues vetëm për dimensionin stili i të ngrënit ku $F = (4.163) = 3.609$, $p < .008$, $R^2 = .285$. ku modeli përshkruan vetëm 28.5% të variancës.

Rezultatet e studimit janë të përafërta dhe me studime të ngjashme ku rezulton se dimensionet e besimeve shëndetësore mund të jenë parashikuese në lidhje me stilin e të ngrënit dhe aktivitetin fizik tek mësuesit (Orji, Vassilevand, Mandryk, 2012).

5.3 Gjetjet korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

U hipotezua se tiparet e personalitetit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?*

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit ekstravert korrelojnë në mënyrë negative me stilin e jetës ku $r = -.179$; $p = .001$, $N = 320$. Ho bie poshtë $0.001 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të tiparit të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët. Studimet të cilat përpiqen të argumentojnë lidhjen mes tipareve të personalitetit dhe stilit të jetës argumentojnë se tiparet e personalitetit janë të lidhura në mënyrë të konsiderueshme me stilin e jetës. Sipas dy studimeve të rëndësishme longitudinale të realizuara mbi ndikimin e tipareve të personalitetit në aktivitetin fizik ku target grup ishin të rriturit dhe moshë e vjetër. Në këto studime rezultoi se disa nga dimensionet e tipareve të personalitetit ishin të lidhura pozitivisht me aktivitetin fizik (Stephan, Angelina, Sutin, Terracciano, 2014), ku në to vërehet lidhja mes tipareve të personalitetit ekstravert me aktivitetin fizik (Rhodes dhe Smith, 2006). Studimet në lidhje me ndikimin e tipareve të personalitetit me stilin e gjumit raportojnë se tiparet e personalitetit janë të lidhura ngushtë gjithashtu dhe me stilin e gjumit. Sipas studimit të Kim dhe kolegëve gjithashtu rezultoi se dimensionet ekstravert korrelojnë pozitivisht me cilësinë e gjumit (Na Kim, Cho, Chang, Ryu, Shin, Kim, 2015 a). Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit ekstravert korrelojnë në mënyrë pozitive me sjelljet jo të shëndetshme ku $r = .245$; $p = .006$, $N = 225$. Ho bie poshtë $0.006 < 0.01$. Studentët me nivelin e lartë të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të përfshihen në manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme. Gjetjet e studimit për këto dimensione janë të përafërta dhe me gjetjet e studimit të Shadel dhe

kolegëve të tij të cilët raportojnë se tiparet e personalitetit ekstravert janë të lidhura pozitivisht me sjelljet jo të shëndetshme (Shadel, Niasura, Goldstein dhe Abrams, 2000; Kubickishin, Matejcek, Dytrych, Roth, 2001). Gjetjet e studimit gjithashtu përputhen me rezultatet e studimit të Hong dhe Paunonen (2009) ku morën pjesë 1151 pjesëmarrës. Në këtë studim rezultoi që dimensionin ekstravert ishte i lidhur pozitivisht me manifestimin e disa prej sjelljeve jo të shëndetshme që ishte konsumimi i alkoolit dhe duhanit tek të rriturit. Gjithashtu në studimin e Raynor dhe Levine ku morën pjesë 2.000 studentë, rezultoi se studentët me tipare të personalitetit ekstravert ishin më të predispozuar për të manifestuar sjellje jo të shëndetshme.

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit me personat që përshtaten korrelonte në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit. $r = .195$; $p = .000$, $N=325$, Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentët me nivelin e lartë të personalitetit që përshtaten janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm. Studiuesit Keller dhe Siegrist (2014) në studimin e tyre ku përfshinë rreth 951 pjesëmarrës synuan të kuptonin nëse tiparet e personalitetit ndikonin në zgjedhjen e stilit të të ngrënit. Sipas këtij studimi rezultoi se dimensionin personat që përshtaten shoqërohej pozitivisht me konsumin e ulët të mishit. Në një studim të realizuar në popullsinë estoniane ku morën pjesë 1691 individë rezultoi se dimensionin neurotik lidhej negativisht me stilin e të ngrënit ndërsa dimensionin personat që përshtaten dhe dimensionin të përgjegjshëm lidhej në mënyrë të moderuar me të ngrënit në mënyrë të kontrolluar (René, Anu, Jüri, Ian, Tõnu, Andres, 2012).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit të përgjegjshëm korrelonte në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit, $r = .193$; $p = .000$, $N=322$. Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentët me nivelin e lartë të personalitetit të përgjegjshëm janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm. Gjetjet e studimit për këtë dimension janë të përafërta dhe me gjetjet e studimit të Mõttus dhe kolegëve të tij të cilët raportojnë se tiparet e personalitetit të përgjegjshëm janë të lidhura pozitivisht me stilin e të ngrënit (Mõttus, Realo, Allik, Deary, Esko, Metspalu, 2012 a). Gjithashtu në një studim të vitit 2009 të publikuar në një gazetë shëndetësore studentore amerikane, studiuesit gjetën se studentët me tipare të personalitetit të përgjegjshëm

konsumonin më shumë fruta dhe perime në raport me studentët me tipare të personalitetit neurotik (Raynor, Levine, 2009).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason' r raportoi se tiparet e personalitetit neurotik korrelojnë në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit, $r = .123$; $p = .021$, $N=227$. Ho bie poshtë $0.021 < 0.05$. Studentët me nivelin e lartë të personalitetit neurotik janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm. Punimet që përpiqen të studiojnë lidhjen mes tipareve të personalitetit dhe stilit të të ngrënit raportojnë se personat neurotik mund të kontrollojnë ushqimet e tyre, por shpesh janë faktorët emocionalë të cilët i bëjnë neurotikët të konsumojnë ushqime në nivel të lartë për shkak se nëpërmjet të ngrënit ato shkarkojnë emocionet e tyre negative (Keller, Siegrist, 2015).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason' r raportoi se tiparet e personalitetit, i hapur ndaj eksperiencave, korrelojnë në mënyrë negative me stilin e jetës, $r = -.220$; $p = .326$. Ho bie poshtë $0.000 < 0.01$. Studentët me nivelin e ulët të personalitetit, i hapur ndaj eksperiencave, janë më të predispozuar të manifestojnë një stil jete të ulët. Individët me tipare të personalitetit të hapur ndaj eksperiencave janë njerëz të cilët u pëlqen të njohin gjëra të reja, janë shumë krijues, u pëlqejnë të jenë aktiv, spontan. Niveli i ulët i këtij tipari mund të shoqërohet me të kundërtat e cilësive të cituara më lart.

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason' r raportoi se tiparet, personalitetit i hapur ndaj eksperiencave, korrelojnë në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit, $r = .118$; $p = .320$. Ho bie poshtë $0.019 < 0.05$. Studentët me nivelin e lartë, të personalitetit i hapur ndaj eksperiencave, janë më të predispozuar të manifestojnë një stil të ngrëni më të shëndetshëm. Sipas studimit Keller dhe Siegrist (2015) raportohet se individët me tiparet, e personalitetit të hapur ndaj eksperiencave, janë më të predispozuar të ushqehen në mënyrë të shëndetshme, ata janë më të predispozuar të konsumojnë fruta, sallata dhe perime, nivele të ulëta të këtyre tipareve mund të ndikojnë në stilin e të ngrënit, që është një stil me mungesë drithërash, perimesh, frutash, vakte të parregullta.

5.3.1 Gjetjet korrelacionale mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

U hipotezua se tiparet e personalitetit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?*

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit ekstravert korrelojnë në mënyrë negative me stilin e jetës, $r = -.135$; $p = .031$, $N = 254$, Ho bie poshtë $0.031 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të tiparit të personalitetit ekstravert janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët. Studime të ngjashme raportojnë se individët të cilët janë të karakterizuar nga një nivel i ulët i tipareve ekstraverte janë më të predispozuar të kenë shqetësime me gjumin (Sharma, Kaveri, Amrita, 2010).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit personat që përshtaten korrelojnë në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit, $r = .117$; $p = .000$, $N = 235$. Ho bie poshtë $0.000 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të personaliteti personat që përshtaten janë më të predispozuar t'i kushtojnë më shumë rëndësi të ngrënit në mënyrë të shëndetshme. Në studimin Lunn dhe kolegëve të tij edhe pse nuk rezultoi që ekzistonin lidhje të drejtpërdrejta mes tipareve të personalitetit dhe respektimit të këshillave për të mbajtur një dietë të shëndetshme, rezultatet e studimit ndër të tjera treguan se niveli i lartë i dimensionit, personat që përshtaten shoqërohej me nivel më të ulët të shëndoshjes nga ushqimet, nga ku hipoteza e ngritur prej tyre që niveli i lartë i përshtatjes dhe i ndërgjegjshmërisë është parashikues për miratimin e rekomandimeve të dietave të shëndetshme mund të pranohej (Lunn, Nowson, Worsley, Torres, 2014).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason'r raportoi se tiparet e personalitetit të përgjegjshëm korrelojnë në mënyrë pozitive me stilin e të ngrënit tek mësuesit, $r = .132$; $p = .026$, $N = 259$. Ho bie poshtë $0.026 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e lartë të personalitetit të përgjegjshëm janë më të predispozuar t'i kushtojnë më shumë rëndësi të ngrënit në mënyrë të shëndetshme. Sipas Möttus (2013) në një studim të realizuar mbi lidhjet asosacionale mes tipareve të personalitetit dhe indeksit të masës trupore tek njerëzit e moshuar ku morën pjesë 1091 pjesëmarrës, rezultoi që niveli i lartë në dimensionin i përgjegjshëm, shoqërohej

me nivelin e lartë të kontrollimit të stilit të të ngrënit (p.sh. në mbajtjen e një diete të rregullt ushqimore), (Möttus, McNeill, Jia, Craig, Starr, Deary, 2013,b).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Pearson' r raportoi se tiparet e personalitetit i hapur ndaj eksperiencave korreloonte në mënyrë negative në lidhje me stilin e jetës, $r = -.205$; $p = .001$. Ho bie poshtë $0.019 < 0.05$. Mësuesit me nivelin e ulët të personalitetit i hapur ndaj eksperiencave janë më të predispozuar të zhvillojnë një stil jete të ulët. Studimet e ngjashme nuk raportojnë rezultate të rëndësishme në lidhje me tiparin e personalitetit të hapur ndaj eksperiencave dhe stilit të jetës (Gray dhe Watson, 2002; Martikainen, 2010).

5.3.2 Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analiza e regresionit të shumëfishtë u realizua për të parashikuar nëse tiparet e personalitetit janë parashikues për sjelljet shëndetësore sipas dimensioneve përkatëse për kampionin e studentëve. Pas realizimit të analizës rezultoi se tiparet e personalitetit ishin parashikues për dimensionin stili i jetës ku modeli përshkruante 31.5% të variancës, ku kontribut në këtë dimension jepnin tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = -.165$, $p = .004$), tipari i personalitetit neurotik ($\beta = .130$, $p = .021$) dhe i hapur ndaj eksperiencave ($\beta = .173$, $p = .003$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ dhe për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme, ku modeli përshkruante 33.8% të variancës. Kontribut në këtë dimension jepte tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = .227$, $p = .021$). Modeli gjithashtu rezultoi sinjifikativ dhe për dimensionin stili i të ngrënit ku modeli përshkruante 26.5% të variancës. Kontribut në këtë dimension jepte tipari i personalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .169$, $p = .006$). Tiparet e personalitetit vitet e fundit konsiderohen si modele parashikuese mjaft të rëndësishme në lidhje me rezultatet shëndetësore (Hampson dhe Friedman, 2008). Sipas Wilson dhe kolegëve të tij niveli i lartë i tiparit të personalitetit të përgjegjshëm shoqërohet me nivelin e ulët të vdekshmërisë tek të rriturit (Wilson, Leon, Bienias, Evans, Bennett, 2004), niveli i ulët i tiparit të personalitetit të përgjegjshëm (p.sh., personat të cilët kishin tendencë të jenë të çorganizuar, të papërgjegjshëm të padisiplinuar) janë të predispozuar për të manifestuar më pak sjellje të shëndetshme pozitive (Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, Goldberg, 2007). Nga pesë tiparet e mëdha të personalitetit, nivelet e larta të

përgjegjshmërisë në përgjithësi parashikojnë rezultate më të mira shëndetësore (Turiano, Pitzer, Armour, Kishinrlamangla, Ryff dhe Mroczek, 2012). Rezultatet meta-analitike të bazuara në 194 studime demonstrojnë se niveli i lartë i tiparit të personalitetit të përgjegjshëm mund të lidhet jo vetëm me reduktimin e sjelljeve jo të shëndetshme, por gjithashtu mund të ndikojë dhe në rritjen e nivelit të manifestimit të sjelljeve parandaluese të cilat kishin të ngjarë të ndikojnë në përmirësimin dhe monitorimin e shëndetit nëpërmjet realizimit të aktivitetit fizik dhe të ngrënit në mënyrë të shëndetshme (Bogg dhe Roberts, 2004). Dimensioni i tiparit të personalitetit neurotik lidhet në mënyrë të ngushtë me cilësinë e jetës (Roberts, Smith, Jackson dhe Edmonds, 2009). Tipari i personalitetit neurotik ishte një parashikues mjaft i rëndësishëm ndoshta jo për të gjitha sjelljet shëndetësore por një parashikues i rëndësishëm për stilin e jetës (Walton dhe Roberts, 2004). Tipari i personalitetit ekstravert ishte një parashikues i rëndësishëm për sjelljet jo të shëndetshme (Steptoe, Wardle, Vinck, Tuomisto, Holte dhe Wichstrom, 2007).

5.3.2.1 Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të personalitetit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

Analiza e regresionit të shumëfishtë u realizua për të parashikuar nëse tiparet e personalitetit janë parashikues për sjelljet shëndetësore sipas dimensioneve përkatëse për kampionin e mësuesve. Pas realizimit të analizës rezultoi se tiparet e personalitetit ishin parashikues për dimensionin stili e jetës ku modeli përshkruan 45.2% të variancës ku kontribut në këtë dimension jepnin tipari i personalitetit ekstravert ($\beta = -.330, p = .009$). Gjithashtu modeli është parashikues dhe për stilin e të ngrënit, ku modeli përshkruan 22.1% të variancës, kontribut në këtë dimension jepnin tipari i personalitetit të përgjegjshëm ($\beta = .146, p = .018$). Tiparet e personalitetit konsiderohen si modele parashikuese mjaft të rëndësishme në lidhje me rezultatet shëndetësore nga ku parashikuesi më i fortë rezulton që është tipari i personalitetit ekstravert. Studime të ngjashme raportojnë se tiparet e personalitetit në përgjithësi konsiderohen si parashikues të rëndësishëm por që tipari ekstravert ka një forcë më të madhe në lidhje me marrjen e vendimeve në lidhje me stilin e jetës (Narooi, 2015). Gjithashtu dimensionin tiparet e personalitetit të përgjegjshëm konsiderohen parashikues të rëndësishëm në lidhje me sjelljet shëndetësore dhe në mënyrë

specifike me stilin e të ngrënit. Studimet raportojnë se individët të cilët karakterizohen nga këto tipare të personalitetit janë më të predispozuar të ndjekin e të respektojnë këshillat, janë më të vëmendshëm në bërjen e zgjedhjeve pozitive personale (Chang dhe Lee, 2006).

5.4 Gjetjet korrelacionale mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek studentët

U hipotezua se tiparet e lokusit të kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek studentët në Shqipëri?*

Niveli i besimit dhe ndjenjat e vetëkontrollit janë të rëndësishme për zhvillimin dhe mirëmbajtjen e shëndetit fizik, mendor dhe për një cilësi jete të lartë (Baltes 1986; Bandura, 1989; Fiske dhe Taylor, 1991; Thompson dhe Spacapan, 1991). Besimi dhe kontrolli personal ose kontrolli dhe zotërimi i besimeve personale, pasqyrojnë besimet e individit në lidhje me shkallën në të cilën ai është në gjendje për të kontrolluar ose për të ndikuar në rezultate. Teoricienët e kanë theksuar vazhdimisht rëndësinë e lokusit të kontrollit dhe kanë sugjeruar se dëshira për të kontrolluar botën përreth (d.m.th., dëshira për paparashikuar sjelljet-ngjarjet) është pikërisht një karakteristikë themelore e qenieve njerëzore (Schultz et al, 1994; Haidt & Rodin, 1995, Skinner, 1996).

Analiza korrelacionale sipas vlerës Pearson's r raportoi se tiparet e lokusit të kontrollit të brendshëm korrelojnë në mënyrë negative me sjelljet jo të shëndetshme, $r = -.216$; $p = .005$, $N = 169$, H_0 bie poshtë $0.005 < 0.01$. Sipas këtij rezultati del se studentët me nivelin e ulët të lokusit të kontrollit të brendshëm janë më të predispozuar për të pasur një nivel më të ulët të kontrollit mbi sjelljet jo të shëndetshme. Sipas studimit të Steptoean dhe Wardle (2010) të realizuar në një popullatë prej 4358 personash të rinj të rritur në 18 vende të ndryshme të Europës rezultatet treguan se individët me një nivel të lartë të lokusit të kontrollit të brendshëm kishin rreth 40% më shumë shanse për të manifestuar sjellje pozitive shëndetësore. Gjithashtu sipas studimit të Helmer dhe kolegëve të tij rezultoi se studentët me nivelin e lartë të lokusit të brendshëm manifestonin një nivel më të lartë të aktivitetit fizik (Helmer, Krämer, Mikolajczyk, 2012). Studiuesit argumentojnë se korrelacionet mes

kontrollit të brendshëm dhe sjelljeve shëndetësore, janë indikatorë që tregojnë se studentët të cilët e konsiderojnë veten përgjegjës për shëndetin e tyre janë të predispozuar të manifestojnë sjellje më të mira shëndetësore. Në një studim me një mostër përfaqësuese prej 11.632 njerëzish tek të cilët u aplikua MHLOC në lidhje me një numër sjelljesh shëndetësore, rezultatet treguan se lokusi i kontrollit të brendshëm lidhej pozitivisht me rezultatet shëndetësore, ndërsa lokusi fuqia e të tjerëve lidhej negativisht me rezultatet shëndetësore (Norman, Bennett, Smith, Murphy, 1998)

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason' r raportoi se tiparet e lokusit të kontrollit të rastësisë korrelojnë pozitivisht me sjelljet jo të shëndetshme, $r = .236$; $p = .002$, $N = 166$, H_o bie poshtë $0.002 < 0.01$. Sipas këtij rezultati studentët me nivelin e lartë të lokusit të kontrollit të rastësisë janë më të predispozuar të angazhohen në manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme. Individët me lokusin e kontrollit të rastësisë kishin më shumë shanse për të manifestuar një stil jete jo të shëndetshëm dhe sjellje jo të shëndetshme (Bennett, Norman, Moore, Murphy, Smith, 1997; Steptoe dhe Wardle, 2001). Rezultatet janë të ngjashme dhe me studimin e El-Eisa dhe Al-Sobayel (2012) ku gjithashtu argumentohet që niveli i lartë në dimensionin lokusi i kontrollit të rastësisë lidhet pozitivisht me mungesën e aktivitetit fizik dhe me një stil jetese jo pozitiv gjithashtu dhe me konsumimin e alkoolit, duhanit (Helmer, Krämer, Mikolajczyk, 2012).

5.4.1 Gjetjet korrelacionale mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore tek mësuesit

U hipotezua se tiparet e lokusit të kontrollit ndikojnë në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri. Kjo lloj analize gjithashtu ishte në funksion të realizimit të pyetjes kërkimore numër 1: *Modelet e besimit shëndetësor, tiparet e personalitetit, lokusi i kontrollit në sjelljet shëndetësore tek mësuesit në Shqipëri?*

Analiza korrelacionale sipas vlerës Perason' r raportoi se tiparet e lokusit të kontrollit të brendshëm korrelojnë në mënyrë negative me stilin e jetës tek mësuesit. Bazuar në teorinë e lokusit të kontrollit rezulton se individët me lokusin e kontrollit të brendshëm (ILOC) janë të predispozuar të manifestojnë më shumë sjellje të shëndetshme, të kenë një kontroll të lartë mbi veprimet dhe vendimet që marrin, kjo duke u nisur nga fakti se këta individë janë

në gjendje të kontrollojnë dhe të menaxhojnë në mënyrë të kujdesshme sjelljet e tyre, (Norman, Bennett, 1996). Niveli i ulët i këtij lokusi tek mësuesit mund të ndikojë deri diku dhe në lidhje me stilin e ulët të jetës që ato mund të manifestojnë. Duke qenë se lidhja korrelacionale është e vogël, rezultati mund të mos transmetojë ndonjë informacion të rëndësishëm i cili deri diku dhe mund të konsiderohet i rastësishëm.

5.4.2 Regresioni i shumëfishtë standard mes tipareve të lokusit të kontrollit dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore tek studentët

Analiza e regresionit të shumëfishtë u realizua për të parashikuar nëse tiparet e personalitetit janë parashikues për sjelljet shëndetësore sipas dimensioneve përkatëse për kampionin e studentëve. Pas realizimit të analizës rezultoi se tiparet e lokusit të kontrollit ishin parashikues për dimensionin sjelljet jo të shëndetshme ku modeli përshkruante 33.8%. Kontribut në këtë dimension jepnin lokusi i kontrollit të brendshëm ($\beta = -.276, p = .003$), lokusi i kontrollit i rastësisë ($\beta = .218, p = .006$). Gjithashtu modeli rezultoi sinjifikativ dhe për dimensionin stili i të ngrënit ku modeli përshkruante 15.2% të variancës. Kontribut në këtë dimension jepte lokusi i kontrollit të rastësisë ($\beta = -.144, p = .002$).

Në përgjithësi, rezultatet e dala nga analiza janë në përputhje me studimet e mëparshme në këtë fushë, megjithëse interpretimet mund të jenë të ndryshme. Studiuesi Calnan argumenton që modeli HLOC sugjeron se sjelljet shëndetësore mund të mos jenë të lidhura drejtpërdrejt me kontrollet shëndetësore, por më tepër këto mund të jenë të lidhura me shqetësimet konkrete që shkaktojnë sjelljet jo të shëndetshme (konsumi i duhanit dhe alkoolit), (Calnan, 1989). Sipas teorisë së Steptoe dhe Wardle tiparet e lokusit të kontrollit të brendshëm mund të ndikojnë në mënyrë të fuqishme në rritjen e përkujdesit shëndetësor (p.sh. të ushqyerit të shëndetshëm) më shumë se sa në rritjen e nivelit të manifestimit të sjelljeve jo të shëndetshme (konsumi i duhanit dhe i alkoolit) (Steptoe dhe Wardle, 2001).

Në këtë kapitull u analizuan gjetjet statistikore kryesore të studimit. Në kapitullin VI do të paraqiten përfundimet, rekomandimet, kufizimet, sugjerimet e studimit për kërkimet e mëtejshme, impliket për teorinë dhe praktikën dhe në fund bëhet dhënia e rekomandimeve dhe konkluzioneve të studimit.

KAPITULLI VI: PËRFUNDIMET DHE REKOMANDIMET

Ky kapitull diskuton implikimet e gjetjeve të studimit për teorinë dhe praktikën. Gjithashtu prezanton disa rekomandime në përputhje me objektivat e studimit. Kapitulli gjithashtu prezanton kufizimet e studimit ku ndër të tjera identifikon dhe mundësitë për kërkimet në të ardhmen. Kapitulli mbyllet duke paraqitur dhe një panoramë, konkluzion të përgjithshëm për të gjithë studimin.

6.1 Kontributet e studimit

Ky studim mund të cilësohet si i pari i këtij lloji që studion modelet e besimit tek shëndeti, tiparet e personalitetit të lokusit të kontrollit si faktorë shpjegues të sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Studimi rezulton të jetë një tematikë jo e trajtuar gjerësisht. Në këtë studim qëllimi kryesor ishte njohja me rolin që kanë besimet shëndetësore, tiparet e personalitetit, lokusit të kontrollit në manifestimin e sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Kampioni i përzgjedhur në këtë studim ishte i ndarë në dy grupe, i cili përbëhej nga studentë dhe mësues.

Fillimisht përpara planifikimit të punës empirike të studimit u hulumtua gjerësisht literatura e huaj dhe ajo vendase, e cila do të merrej në konsideratë gjatë analizës së rezultateve, duke qenë se dhe vetë teknika e përdorur në këtë studim është ajo deduktive. Kjo lloj analize krijon mundësinë që teoria e marrë më pas të përdoret dhe gjatë analizës së rezultateve statistikore. Pasi u përcaktuan modelet kryesore teorike që ishin: Modelet e besimit tek shëndeti, teoria e pesë tipareve të personalitetit dhe ajo e lokusit të kontrollit të shëndetit u bë dhe përcaktimi i punës empirike, e cila gjithashtu ndoqi disa hapa të cilat udhëhiqeshin nga objektivi dhe qëllimi i punimit. Në Kapitullin III bëhet një paraqitje e thelluar e metodologjisë së studimit ku paraqiten të gjitha hapat që ka ndjekur studimi. Në Kapitullin IV paraqiten analizat statistikore të bëra gjatë studimit dhe rezultatet e dala nga këto lloj analizash. Në Kapitullin V që është dhe kapitulli ku diskutohen rezultatet e dala gjatë analizës paraqiten rezultatet kryesore të studimit të cilat diskutohen dhe koordinohen në përputhje me analizën e literaturës. Në këtë studim është synuar që interpretimi i rezultateve të ndjekë një rend sipas objektivit, qëllimit dhe pyetjeve kërkimore të studimit, ku çdo analizë bëhet e ndarë sipas kampionit pjesëmarrës, student - mësues. Analiza bëhet e

ndarë duke qenë se janë dy grupe të ndryshme kampioni dhe se qëllimi i studimit në vetvete nuk ka qenë krahasimi mes këtyre dy kategorive.

Gjatë analizës në këtë studim u morën në konsideratë disa të dhëna demografike të cilat u trajtuan dhe gjatë analizës përshkruese në lidhje me sjelljet shëndetësore për studentët dhe mësuesit.

Në këtë studim dolën disa të dhëna të rëndësishme në lidhje me sjelljet shëndetësore ku përgjithësisht rezulton një nivel i ulët kontrolli të përgjithshëm shëndetësor si tek kampioni i përbërë nga studentë dhe tek ai i përbërë nga mësues, në lidhje me stilin e jetës, rezultatet përgjithësisht ishin të kënaqshme. Në lidhje me sjelljet jo të shëndetshme që ishin konsumimi i duhanit dhe alkoolit u konstatua se kishte një tendencë në rritje për angazhimin e studentëve në këto sjellje. Në lidhje me stilin e të ngrënit përgjithësisht u konstatua, që të ngrënit në mënyrë të shëndetshme ishte i rëndësishëm për të dy grupet e kampionit. Përmes këtyre analizave statistikore përshkruese u evidentuan disa elementë të rëndësishëm, të cilat e nxjerrin në pah dhe rëndësinë që ka studimi i sjelljeve shëndetësore të një shoqërie, me qëllim parandalimin e atyre të cilat janë në proces zhvillimi por që shkaktojnë pasoja negative në shëndet dhe promovimin e nxitjen e atyre sjelljeve pozitive për shëndetin.

Kontributi i rëndësishëm i studimit lidhet dhe me analizimin e modelit të besimeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri, që mund të rezultojë si hera e parë e përdorur në studimet shqiptare. Modeli është studiuar si faktor shpjegues i sjelljeve shëndetësore për studentët dhe mësuesit i cili në vetvete përbën një risi për studimet shqiptare. Gjithashtu konstatimi i marrëdhënieve korrelacionale mes dimensioneve të besimeve shëndetësore dhe dimensioneve të sjelljeve shëndetësore, është një kontribut shkencor për studimin. Marrëdhëniet variojnë nga të lehta deri në të moderuar. Këto marrëdhënie gjithashtu tregojnë rëndësinë që kanë modelet e besimit në lidhje me sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit. Duke u nisur nga rëndësia që ka modeli (pavarësisht kufizimeve të modelit të cilat do të listohen në fund) përdorimi i tij në këtë studim tregoi që nga mënyra më e lehtë deri në atë të moderuar ai mund të shërbejë si model për ndihmuar studentët dhe mësuesit për orientimin e tyre drejt zgjedhjeve pozitive për shëndetin. Duke qenë se pika e fortë e modelit lidhet më shumë me parashikimin se sa

me veprimin konkret (sjelljet), kontributi i studimit lidhet dhe me faktin se këto sjellje mund të reduktohen apo të zbuten në përputhje me nevojat individuale.

Kontribut i rëndësishëm është gjithashtu marrja në konsideratë e faktorëve individualë psikologjik në lidhje me sjelljet shëndetësore. Dhe në këtë studim (në ngjashmëri me studimet botërore) u confirmua dhe një herë roli i faktorëve psikologjikë tek sjellja. Studimet e gjëra të fushës së psikologjisë së shëndetit argumentojnë se, që të kuptojmë sa më mirë sjelljen e një individi duhet që faktorët socialë dhe ato individualë të merren parasysh së bashku, duke qenë se në shumicën e rasteve, sjellja e individit është produkt bashkëveprimi mes këtyre dy faktorëve (Sancho, Miguel, Aldás, 2011; Newton, 2013). Marrja në konsideratë e këtyre faktorëve individualë siç janë tiparet e personalitetit dhe lokusit të kontrollit treguan që mund të ishin parashikues të rëndësishëm në lidhje me sjelljet shëndetësore. Në mënyrë më specifike u konstatua se tiparet personalitetit në dimensione të veçanta mund të parashikonin deri në 31.5% sjelljet shëndetësore për studentët dhe deri në 45.2% tek mësuesit, ndërsa lokusi i kontrollit mund të parashikonte deri në 33.8% në dimensione specifike, sjelljet tek studentët. Rëndësia e faktorëve individualë për parashikimin e sjelljeve shëndetësore sugjeron marrjen në konsideratë të këtyre elementëve për ndërtimin e strategjive përballuese, modifikuese apo promovuese shëndetësore.

Në këtë studim është përdorur metoda sasiore e cila rrit mundësinë e përgjithësimit të rezultateve dhe në një popullatë më të gjerë studentësh dhe mësuesish.

Kontribut i rëndësishëm i studimit është dhe përdorimi i disa instrumenteve matës të cilët rezultojnë që janë të papërdorur në studimet shqiptare. Këto pyetësorë mund të përdoren nga studiues të tjerë për tematika të ngjashme, duke qenë se: BRFSS, HBM dhe MHLOC janë tre instrumente që përdoren gjerësisht në fushën e psikologjisë së shëndetit dhe rezultatet kanë qenë të besueshme dhe të qëndrueshme.

6.2 Kufizimet e studimit

1. Kufizimet e studimit fillimisht lidhen me mënyrën e mbledhjes së rezultateve ku rreth 35% e pyetësorëve nuk ka qenë e mundur të administroheshin nga vetë studiuesi për arsye se drejtoritë përkatëse të shkollave nuk kishin të drejtën të lejonin hyrjen e personave të huaj (që nuk punon në institucion). Kështu mosprezenca e vetë studiuesit gjatë plotësimit të pyetësorëve mund të ketë ndikuar dhe në dhënien e përgjigjeve nga ana e subjekteve të përfshirë në studim, duke zvogëluar deri diku vlefshmërinë e konkluzioneve.
2. Kufizimi tjetër i studimit lidhet me përzgjedhjen e mostrës. Në këtë studim u përzgjedhën si mostër studentët dhe mësuesit. Qëllimi fillestar nuk ka qenë përzgjedhja e kësaj mostre, por duke u nisur nga fakti që në Shqipëri është e vështirë të kesh akses në shumë institucione, mundësia më e volitshme për këtë studim ishin pikërisht institucionet arsimore. Në të ardhmen është e rëndësishme që kampioni të shtrihet në një popullatë më të gjerë.
3. Kufizimi tjetër lidhet me përhapjen gjeografike. Me gjithë përpjekjen që studimi të kishte një shtrirje sa më të gjerë gjeografike, aksesimi e bëri të vështirë një mundësi të tillë.
4. Në këtë studim janë përdorur instrumente vetë-raportues. Instrumentet vetë-raportues mbartin në vetvete rrezikun në lidhje me raportimin e të dhënave. Shpesh ndodh që çështjet nuk kuptohen, shpesh ndodh që disa çështje të kalohen pa u plotësuar gjë që çon dhe në dhënien e një informacioni të mangët. Instrumentet vetë-raportues janë mjaft efikas në grumbullimin sasior të informacionit por rrezikshmëria e përdorimit të tyre pothuajse gjithmonë ekziston.
5. Kufizimi tjetër i këtij studimi konsiston dhe në përdorimin e disa pyetësorëve: Sistemi i monitorimit të faktorëve të sjelljeve të rrezikshme (BRFSS, 2012); Modeli i besimeve shëndetësore (Norman, Fitter, 1991; Weissfeld et al.1987); Shkallët shumëdimensionale të Lokusit të Kontrollit mbi Shëndetin (MHCL scales) të Kenneth A. Wallston 2007; Inventari i pesë tipareve të mëdha (BFI), 1999 (Oliver P. John dhe Sanjay Srivastava). Përdorimi i disa instrumenteve matës ka ndikuar në rritjen e volumit të pyetësorit. Në

një fare mënyre kjo gjë mund të ketë ndikuar në lodhjen e pjesëmarrësve gjatë plotësimit të pyetësorit.

6. Kufizim tjetër i këtij studimi konsiston në përdorimin e pyetësorëve akoma të pastandardizuara për Shqipërinë. Me studentët është vënë re vështirësia në plotësimin e pyetësorit *Inventari i pesë tipareve të mëdha*. Ata gjithashtu kishin vazhdimisht nevojë që t'u përsëritej, se si duhet të përgjigjeshin dhe se cili ishte funksioni i këtij pyetësori. Gjithashtu me dimensionet *Sistemi i monitorimit i faktorëve të sjelljeve të rrezikshme* është konstatuar se të anketuarit nuk kishin informacion shumë të lartë për disa lloj testesh shëndetësore. Në lidhje me *Shkallët shumëdimensionale të lokusit të kontrollit mbi shëndetin* përsëri ka lindur nevoja që të informoheshin në lidhje me pyetje të caktuara. Të gjitha këto që u cituan, në një farë mënyre mund të kenë ndikuar në rezultatet.
7. Ka qenë e vështirë koordinimi i rezultateve të studimit me ato të studimeve të ngjashme duke qenë se studimet e hulumtuara nuk rezultonin të ishin për popullatën specifike student-mësues. Studimet shqiptare rezultonin shumë të pakta. Duke qenë se ballafaqimi i gjetjeve të studimeve të ngjashme është një ndër pikat thelbësore për çdo studim shkencor, studiuesit i ka lindur nevoja që si bazë krahasuese për gjetjet e gjeneruara nga studimi i tij të përdorë studime të ngjashme për kampione popullate të ndryshme.

6.3 Sugjerime për kërkime të mëtejshme

Gjatë realizimit dhe nxjerrjes së rezultateve të studimit, parashtrihen dhe disa nevoja për kërkime të mëtejshme. Rekomandimet për hulumtimet në të ardhmen përfshijnë zgjerimin e njohurive në lidhje me marrëdhëniet mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve specifike shëndetësore. Zgjerimi i njohurive është i domosdoshëm për të rritur nivelin e zhvillimit të mënyrave efektive dhe për të inkurajuar një stil jetese më të shëndetshëm.

Efikase gjithashtu do të ishte nëse studimi do të kishte një shtrirje më të gjerë gjeografike dhe një pjesëmarrje më të lartë kampioni, dhe më pas të bëheshin krahasime, për të kuptuar se mbi cilin grup popullate mund të lindë nevoja të hartohen programe të posaçme parandaluese.

Rishikimi i studimeve të mëparshme ka zbuluar se ekziston një mungesë e gjerë studimesh në fushën e psikologjisë së shëndetit në Shqipëri. Janë konstatuar studime të veçanta të kryera mbi sjelljet shëndetësore tek studentët, mbi sjelljet e rrezikshme tek të sëmuret me hipertension etj., por që janë shumë të pakta në numër për të ngritur plane promovuese apo sensibilizuese për rolin e sjelljeve shëndetësore në përgjithësi. Kështu që sugjerohet të bëhen sa më shumë studime në një rang më të gjerë ku dhe mundësia e përfshirjes së popullatës të jetë më e gjerë.

Tiparet e personalitetit dhe lokusit të kontrollit megjithëse konsiderohen si faktorë të brendshëm individual supozohet të kenë një impakt mbi sjelljet shëndetësore. Në përgjithësi rezultojnë studime ku faktorët e brendshëm individual trajtohen të ndara nga ato të jashtëm social. Duke qenë se sjellja është një proces i lidhur shumë ngushtë si me faktorët e brendshëm individual ashtu dhe me ato të jashtëm social, sugjerohet që këtyre faktorëve t'u jepet trajta e variablave të pavarur për të parë se si faktorët e brendshëm individual përkundrejt atyre të jashtëm social, ndikojnë në sjelljet shëndetësore.

Duke analizuar gjetjet e këtij studimi dhe gjetjet e studimeve të tjera të kësaj fushe, lind nevoja që të realizohen studime më të gjata në kohë me qëllim gjenerimin e të dhënave statistikore të herëpashershme në lidhje me sjelljet shëndetësore.

Ky studim mund të rezultojë fillestar në këtë fushë, por gjithsesi lind nevoja që të bëhen studime më të thelluara dhe më specifike, duke iu dhënë trajta e një studimi cilësor për të gjetur dhe shkaqet specifike nëse është e mundur.

Në këtë studim u konstatua se studentët mund të ishin kategoria më e rrezikuar për t'u orientuar drejt sjelljeve jo të shëndetshme, nga ku dhe mund të lind nevoja e realizimit të studimeve të vazhdueshme për të zbuluar nivelet e manifestimit dhe faktorët nxitës drejt këtyre sjelljeve.

6.4 Implikimet për teorinë dhe praktikën

Studimi sugjeron mbështetje për disa dimensionet të modelit të besimeve shëndetësore tek studentët, ku studentët me një vlerësim të lartë të shëndetit ishin më të predispozuar të kishin një nivel më të lartë kujdesi në lidhje me manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme, ato me nivelin e ulët të vlerësimit të shëndetit ishin më të predispozuar t'i kushtonin më pak

rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme, ato me nivelin e ulët të perceptimit të ashpërsisë ishin më të predispozuar t'i kushtonin më pak rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme, ato me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve gjithashtu ishin më të predispozuar të kishin një nivel më të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor. Gjithashtu studimi sugjeron mbështetje për disa nga dimensionet e modelit të besimeve shëndetësore tek mësuesit, ku mësuesit me një nivel vlerësimi pozitiv të shëndetit ishin më të predispozuar t'i kushtonin më shumë rëndësi të ushqyerit në mënyrë të shëndetshme, gjithashtu mësuesit me nivelin e ulët të perceptimit të përfitimeve ishin më të predispozuar të kishin një nivel më të ulët të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor.

Inkuadrimi *“ndërhyrjet në një përfitim të menjëhershëm individual”* mund të ndikojë pozitivisht në drejtim të rritjes së motivimit për t'u kujdesur për shëndetin individual. Programimi i *“efekteve”* që nxjerr në pah pozitivitetin e të ngrënit në mënyrë të shëndetshme dhe të manifestimit të sjelljeve pozitive për shëndetin (siç është mos konsumimi i duhanit dhe alkoolit), lidhet me të pasurit e një rendimenti të lartë në punë e studime, të pasurit një nivel të mirë humori, të një pamje të këndshme që gjithashtu ndikon pozitivisht dhe me ndërtimin e marrëdhënieve sociale.

Inkurajimi i sjelljeve pozitive si realizimi i aktivitetit fizik, realizimi i një stili gjumi të mirë, realizimi i kontroleve periodike shëndetësore, i manifestimit të një stili të ngrëni të shëndetshëm, i shmangies së sjelljeve jo të shëndetshme do të rriste në mënyrë të konsideruar nivelin e besimit të përgjithshëm shëndetësor si tek studentët ashtu dhe tek mësuesit.

Efektiviteti i rritjes së nivelit të besimeve shëndetësore përkundrejt disa sjelljeve të caktuara do të vihej më shumë në dukje nëse politikat shëndetësore do të implementonin në planin e tyre të politikave promovuese disa elementë të modeleve të besimeve shëndetësore. Dimensionet perceptimi i ashpërsisë, vlerësimi i shëndetit, perceptimi i përfitimeve siç u citua dhe më lart, rezultuan se sugjeronin mbështetje për disa nga dimensionet e sjelljeve shëndetësore. Rritja e nivelit të perceptimit të ashpërsisë p.sh. nëpërmjet forcimit të ligjit antiduhan në të gjitha qytetet, paraqitja e kostove ekonomike, sociale, fizike, psikologjike që sjell konsumimi i duhanit, alkoolit dhe të ngrënit në mënyrë jo të shëndetshme etj., do të

ndikonin në uljen e mundësive për t'u angazhuar në sjellje jo të shëndetshme tek studentët dhe tek mësuesit.

Rritja e nivelit të vlerësimit të shëndetit (nëpërmjet programeve promovuese) do të ndikonin në rritjen e nivelit të ndërgjegjësimit për rëndësinë e kontrolleve shëndetësore me qëllim parandalimin e sëmundjeve të rrezikshme.

Ulja e nivelit të barrierave dhe rritja e nivelit të përfitimeve në lidhje me stilin e të ngrënit për studentët (sigurimin e kushteve për të gatuar, servirjen e ushqimeve të shëndetshme në mensat e universiteteve) do të ndikonin në rritjen e mundësive për t'u ushqyer në mënyrë të shëndetshme.

Rritja e nivelit të ashpërsisë (p.sh. që mungesa e aktivitetit fizik ndikon negativisht në zhvillimin e sëmundjeve, mungesa e aktivitetit fizik rrit mundësinë e shtimit në peshë etj.), rritja e nivelit të përfitimeve në lidhje me aktivitetin fizik për studentët dhe mësuesit (p.sh. siguri i kushteve mjedisore për realizimin e aktivitetit fizik) do të ishin elementë mjaft të rëndësishëm për të rritur predispozitat për të pasur një stil jete të lartë dhe një shëndet më të mirë. Mundësitë për t'u angazhuar më shumë në aktivitet fizik inkurajohen duke siguruar kohën dhe lehtësira për gjetjen e vendeve të përshtatshme për të realizuar aktivitetin fizik.

Studimi gjithashtu raporton disa gjetje në lidhje me sjelljet shëndetësore dhe tiparet e personalitetit. Ky studim tregoi se dimensionet e sjelljeve shëndetësore. Edhe pse konsiderohet që tiparet e personalitetit janë të lindura ekzistojnë "*preferencat*" që përbëjnë "*llojet*" të cilat mund të përdoren për të bërë modifikimet e mundshme në lidhje me sjellje të caktuara. Sipas Myers (2003) për të krahasuar preferencat "majtas" ose "djathtas" (p.sh. individ që shkruan me dorën e djathtë e ka të pamundur të shkruaj me dorën e majtë), individit i jepen praktikatat e duhura për të mësuar dhe për të përdorur këto preferenca për t'u orientuar drejt manifestimit të sjelljeve që janë në favor të shëndetit të tij.

Individët me tipare të personalitetit të përgjegjshëm (sipas teorisë së pesë tipareve të mëdha të personalitetit) janë të predispozuar të jenë të saktë dhe me një nivel më të lartë ndërgjegjeje. Individët me këto tipare personaliteti gjithashtu janë shumë analitikë dhe punojnë në mënyrë sistematike për të marrë vendime të kujdesshme. Ata nëpërmjet hulumtimeve të vazhdueshme nxjerrin informacione që arrijnë të mbështesin vendimin që

duan të marrin. Individët të cilët karakterizohen nga këto tipare të personalitetit ju lind nevoja të motivohen dhe të nxiten më tepër për të rritur nivelin e vlerësimit për shëndetin e tyre nëpërmjet manifestimit të sjelljeve të shëndetshme. Rritja e motivimit tek këto individë me cilësi të tilla të personalitetit është më e lehtë dhe më premtuese për rezultate efektive individuale duke qenë se vetë këta individë e kanë dhe më lehtë për të punuar me veten e tyre. Programimi i modeleve edukative promovuese se si duhet të ushqehen, stili i jetës që duhet të bëjnë, shmangia e sjelljeve që dëmtojnë shëndetin etj., mund të ndihmojnë studentët dhe mësuesit me këto tipare të personalitetit në zgjerimin e informacionit për përkujdesjen individuale shëndetësore.

Tiparet e personalitetit ekstravert, neurotik, të hapur ndaj eksperiencave mund të jenë faktorët parashikuesit më të fortë për disa nga dimensionet e sjelljeve shëndetësore. Individët me tipare të personalitetit ekstravert marrin shumë energji gjatë përfshirjes së tyre në aktivitetet sociale. Atyre u pëlqen të lëvizin, të jenë aktivë, u pëlqen të thonë gjërat me zë të lartë dhe të dëgjojnë me kujdes atë që u thuhet. Të qenit i pajisur me cilësi të tilla individuale e bën më të lehtë në orientimin e kësaj energjie dhe në miratimin e sjelljeve të shëndetshme (megjithëse predispozitat janë që kjo kategori të angazhohet më lehtë në manifestimin e sjelljeve jo të shëndetshme). Promovimi i modeleve edukative në lidhje me preferencat e personalitetit do t'i ndihmonte studentët dhe mësuesit në zhvillimin e njohurive dhe orientimin e tyre për të marrë vendime dhe për të bërë selektime në lidhje me llojet e sjelljeve pozitive që mund të manifestojnë në të mirën e shëndetit të tyre. Këto individë mund të angazhoheshin më lehtë në manifestimin e aktivitetit fizik të vazhdueshëm.

Gjithashtu realizimi i programeve promovuese sensibilizuese (psikoedukative) në përputhje me cilësitë e tipareve të personalitetit kur orientohen individët që të përdorin aftësitë e tyre për të qenë sa më produktiv për të marrë vendime sa më të përshtatshme dhe sa më pozitive për shëndetin e tyre.

Individët me tipare të personalitetit neurotik (sipas teorisë së pesë tipareve të mëdha të personalitetit) kanë tendencë të jenë të shqetësuar, pesimist, vazhdimisht të mërzitur, të frikësuar, dhe emocionalisht të paqëndrueshëm. Individët me këto tipare janë të predispozuar të kenë një stil jete më të varfër. Përfshirja në aktivitete të shumta sociale

(vullnetarizmi, sporti) do t'i ndihmonte këto individë në rritjen e nivelit të një stili jetese më të lartë. Puna më e madhe do të konsistonte në “nxjerrjen” e këtyre individëve nga “guaska” e tyre me qëllim të pasurit e një jete sa më aktive dhe një shëndet sa më të mirë.

Individët me tipare të personalitetit të hapur ndaj eksperiencave (sipas teorisë së pesë tipareve të mëdha të personalitetit) janë ata individë të cilët janë të prirur të jenë krijues, liberal, me mendje të hapur. Ka shumë gjasa të jenë artistë dhe shkencëtarë, por nga ana tjetër këta individë mund të tentojnë të mbyllen, dhe shpesh e kanë të vështirë të pranojnë ndryshimin. Nxitja për t'u përfshirë në aktivitete ku ato janë të predispozuar të shkëlqejnë do të ndikonte në rritjen e mirëqenies dhe të pasurit e një jete aktive. Stimulimi i vazhdueshëm për arritjen e rezultateve të mira shëndetësore do të ndikonte në ndryshimin e atyre karakteristikave negative të brendësuar tek këta individë. Një nga pesë supozimet kryesore të Myers, et al. (1998) është se: *një preferencë, nuk është superiore ndaj një tjetre*. Çdo preferencë sipas personalitetit ka karakteristikat pozitive dhe negative, nga ku lind nevoja që të përdoren karakteristikat pozitive për të reduktuar ato negativet, pasi reduktimi i karakteristikave negative ndikon pozitivisht në rritjen e cilësisë shëndetësore.

Studimi gjithashtu raportoi disa gjetje dhe në lidhje me sjelljet shëndetësore dhe tiparet e lokusit të kontrollit. Individët me lokus kontrolli të brendshëm rezulton të kenë një kontroll më të lartë në lidhje me manifestimin sjellje jo të shëndetshme. Individët me lokus kontrolli të brendshëm kanë tendencë për të kontrolluar peshën e tyre, t'i përmbahen regjimeve mjekësore, të vendosin rripin e sigurimit, të mos konsumojnë duhan dhe alkool, gjithashtu individët me këto cilësi janë më të predispozuar të marrin informacion shtesë në lidhje me përkujdesjen efektive për shëndetin. Ato përjetojnë nivele më të ulëta të ankthit etj. Tek individët me lokus kontrolli të brendshëm do të ishte më e lehtë puna edukative shëndetësore duke qenë se ata besojnë shumë fort që rezultatet lidhen shumë ngushtë me veprimet e tyre.

Individët me lokusin e kontrollit të rastësisë janë më të predispozuar për të manifestuar sjellje jo të shëndetshme dhe për t'u ushqyer në mënyrë jo të shëndetshme. Individët me nivel të lartë të këtij lokusi besojnë se përforcimi pas një veprimi nuk është plotësisht i kushtëzuar nga veprimi i tyre, por nga fati, shansi, ose forca të tjera jashtë kontrollit të tyre.

Megjithëse puna për të ndryshuar besimet e kësaj kategorie është e vështirë nuk duhet hequr dorë plotësisht.

Është e rëndësishme të promovohen potencialet pozitive dhe negative që zotëron një individ. Promovimi i tyre do të ndikonte në rritjen e motivimit për të përdorur më shumë potencialet pozitive. Nëse studentët dhe mësuesit do të informoheshin që i zotërojnë këto dy potenciale, dhe se këto potenciale mund të përdoren për të rregulluar veprimet e tyre fizike, psikologjike, sociale që ndërmarrin, niveli i motivimit do të rritej edhe më tepër dhe rezultatet do të ishin më të dukshme. Rritja e nivelit të vetëvlerësimit mund të ndikonte dhe në rritjen e rezultateve pozitive për shëndetin.

6.5 Rekomandimet

Studentët dhe mësuesit përfaqësojnë një numër të rëndësishëm të popullatës në Shqipëri. Promovimi i modeleve për sjellje të shëndetshme tek kjo kategori mund të ndikojë në uljen e mundësive për t'u prekur nga sëmundje që kryesisht lidhen me sjelljet shëndetësore.

Rritja e madhe e barrës së përgjithshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri, të lidhura deri diku me sjelljet shëndetësore, lind nevoja të jepen disa rekomandime, të cilat përgjithësisht bazohen në gjetjet e studimit dhe nga rishikimi i literaturës.

1. Ndërtimi i qasjeve të integruara (psikosociale-fizike) për të promovuar, parandaluar, për të rritur nivelin e ndërgjegjësimit në lidhje me manifestimin e sjelljeve shëndetësore.
2. Planifikim dhe përmirësim i kujdesit shëndetësor si një mënyrë efikase për përballimin e sëmundjeve të rrezikshme për jetën, që lidhen kryesisht me sjelljet jo të shëndetshme.
3. Paraqitje në mënyrë të vazhdueshme e kostove që lidhen me nënvlerësimin shëndetësor. Dhënia e informacionit sensibilizues në lidhje me rrezikun që shkakton manifestimi i sjelljeve jo të shëndetshme (mungesa e kontrollit shëndetësor të vazhdueshëm duhet të shoqërohet dhe me koston shëndetësore dhe ekonomike që ka). Sipas modelit të besimeve shëndetësore analizimi i kostove mund të ndikojë në rritjen e vendimmarrjes së një personi për t'u kujdesur për veten e tij.
4. Niveli i perceptimit dhe i përfitimeve duhet të peshojnë më shumë se perceptimi i barrierave për veprim në mesin e studentëve dhe mësuesve.

5. Ndryshimi i sjelljeve shëndetësore është edhe si rezultat i marrëdhënieve reciproke mes mjedisit, faktorëve personalë, dhe attributeve të vetë sjelljes. Prandaj rritja e nivelit të vetë-efikasitetit mund të ishte e rëndësishme në përcaktimin e ndryshimit të sjelljes.
6. Mbështetja sociale, informative, emocionale mund të rezultojë një proces ndihmues për të përforcuar një sjellje të shëndetshme.
7. Shëndeti publik mund të ndihmojë komunitetin në identifikimin e problemeve shëndetësore dhe në planifikimin e strategjive përbaluese për adresimin e problemeve. Lind nevoja për të pasur një pjesëmarrje më aktive mes këtij institucioni dhe komunitetit.
8. Ndërhyrjet efektive duhen planifikuar në nivele të shumëfishta, kjo për faktin se sjelljet shëndetësore ndikohen nga shumë nënsisteme të makro-mjedisit, si komuniteti, vendi i punës, tradita, kultura, ekonomia, familja.

Përveç rekomandimeve të lartpërmendura është e rëndësishme të bëhen dhe disa rekomandime në lidhje me fushat problematike.

1. Replikimi dhe përsëritja e studimit duke përdorur një mostër më të madhe me një popullatë më përfaqësuese dhe me nivel arsimor të ndryshëm duke përfshirë ato me arsim të ulët të mesëm.
2. Përsëritje e studimit duke përdorur variabla të tjerë demografik dhe dimensione më të gjera të besimeve shëndetësore në mënyrë specifike me sjelljet shëndetësore.
3. Interpretimi i rezultateve të studimit duhet bërë me shumë kujdes duke marrë parasysh dhe llojin e studimit. Duke qenë se gjetjet e këtij studimi nuk janë subjekt i marrëdhënieve shkakore, lind nevoja që të ndërmerren studime (prospektive) për të raportuar praninë ose jo të marrëdhënieve shkakore mes variablave të pavarur dhe atyre të varur.
4. Lind nevoja për standardizimin e pyetësorit që mat nivelin e manifestimit të sjelljeve shëndetësore sipas kontekstit shqiptar.

6.6 Konkluzionet

Konkluzionet nga rishikimi i literaturës teorike

Modeli besimet shëndetësore (HBM) është një nga teoritë e para të zhvilluara vetëm për të kuptuar lidhjet me sjelljet shëndetësore (Sharma dhe Romwve, 2012). Edhe pse ajo njihet si një "model" HBM i plotëson të gjitha kriteret për një teori të sjelljes. Modeli besimet shëndetësore është një nga modelet më të njohura që bën të mundur dhënien e udhëzimeve specifike për planifikimin si pjesë e “ndërhyrjes”. Modeli besimet shëndetësore është një model i cili është përdorur gjerësisht nga institucionet e shëndetit publik në shumë vende të botës. Modeli besimet shëndetësore p.sh. është zbatuar për të ndihmuar në rritjen e normave vullnetare verifikuese për kancerin e qafës së mitrës (Psa-test) (Hay et al., 2003), kancerin e gjirit (realizimi i mamografisë), (Simon dhe Das, 1984), dhe për ndërprerjen e duhanit (Li et al., 2003). Aftësia e modelit për të shpjeguar dhe parashikuar ndryshimin e sjelljeve shëndetësore është vërtetuar në fusha të ndryshme dhe për popullata të ndryshme (Carpenter, 2010).

Me gjithë miratimin e gjerë që ka pasur modeli i besimeve shëndetësore, në këtë studim nuk arriti të sigurojë prova të qëndrueshme në lidhje me sjelljet shëndetësore. Për këtë arsye, variablat e modelit të besimeve shëndetësore janë të kufizuara në drejtimin e hartimit të ndërhyrjeve specifike mbi sjelljet shëndetësore. Kjo edhe për arsyen se kapaciteti parashikueshmërisë së modelit rezultoi i ulët për studentët dhe deri diku mesatar për mësuesit. Kufizimet janë një shkak tjetër (në një farë mase) që ulin mundësinë që ky model të sigurojë përmirësime të dukshme mbi sjelljet shëndetësore. Nga rishikimi i literaturës përkatëse teorike, në këtë studim modeli besimet shëndetësore u konceptua si faktor ndikues tek sjelljet shëndetësore tek studentët dhe tek mësuesit. Duke u nisur dhe nga ky këndvështrim u ndërtuan dhe pyetjet kërkimore të studimit. Por, për rëndësinë që kishte modeli në lidhje me sjelljet shëndetësore u pranua që ky model do të ndikonte tek sjelljet shëndetësore tek studentët dhe mësuesit. Edhe pse modeli nuk rezultoi parashikues në shumë dimensione, disa dimensione specifike janë padyshim përcaktues të rëndësishëm të sjelljeve shëndetësore.

Nga rishikimi i literaturës përkatëse teorike, në këtë studim tiparet e personalitetit dhe të lokusit të kontrollit u përdorën për të konstatuar ndikimin që kishin tek sjelljet shëndetësore. Aftësia e modeleve për të shpjeguar dhe për të parashikuar sjelljet shëndetësore është vërtetuar gjithashtu në fusha të tjera dhe për popullata të ndryshme. Parashikimi i inventarit të pesë tipareve të mëdha të personalitetit ishte në nivele deri diku të larta duke e rritur dhe vlerën që kanë tiparet e personalitetit për të parashikuar sjelljet shëndetësore.

Në lidhje me modelin shumëdimensional të lokusit të kontrollit mbi shëndetin, aftësia për të shpjeguar dhe për të parashikuar ndryshimin e sjelljeve shëndetësore rezultoi nga e ulët deri diku në të lartë për dimensione specifike. Megjithatë lidhjet asociuese mes lokusit të kontrollit të brendshëm dhe lokusit të kontrollit të rastësisë e mbështesin nevojën për t'i konsideruar këto dimensione si të rëndësishëm në lidhje me sjelljet shëndetësore, për ndërtimin e strategjive parandaluese në mesin e studentëve dhe mësuesve në Shqipëri.

Konkluzionet nga kërkimi empirik

Qëllimi i këtij studimi ishte të siguronte të dhëna empirike bazë në lidhje me manifestimin e sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Këto sjellje shëndetësore u hulumtuan si variabla të pavarur për të parë nëse faktorët e tillë si modelet e besimit, tiparet e personalitetit dhe të lokusit të kontrollit kishin impakt mbi to. Studentët dhe mësuesit raportuan se manifestonin një nivel të lartë të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor, por nivel të ulët kontrolli mbi hipertensionin, kolesterolin, Hiv/Aids, për mamogramën dhe Pap testin, Psa testin. Rezultatet në lidhje me stilin e jetës treguan se studentët dhe mësuesit përgjithësisht kishin një nivel të lartë stili jetese që shoqërohej me sasinë e gjumit të mjaftueshëm dhe me realizimin e aktivitetit fizik. Në lidhje me sjelljet shëndetësore rezultoi se një përqindje e lartë e kampionit konsumonin duhan ndërsa konsumimi i alkoolit ishte në nivel të moderuar. Në lidhje me stilin e të ngrënit studentët dhe mësuesit konsumonin deri diku në mënyrë të moderuar perime, zarzavate, drithëra etj.

Ky studim nxori në pah dhe marrëdhënie të rëndësishme korrelative mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore p.sh. mes vlerësimit të shëndetit dhe sjelljeve jo të shëndetshme dhe stilit të të ngrënit tek studentët, mes perceptimit të ashpërsisë dhe stilit të

të ngrënit, mes perceptimit të përfitimeve dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësor tek studentët. Gjithashtu marrëdhënie të rëndësishme korrelative mes besimeve shëndetësore dhe sjelljeve shëndetësore u konstatuan dhe për kampionin e përbërë nga mësues p.sh. mes vlerësimit të shëndetit dhe stilit të të ushqyerit, perceptimit të përfitimeve dhe kontrollit të përgjithshëm shëndetësor.

Në këtë studim u vunë re dhe marrëdhënie të rëndësishme statistikore mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore. Rezultatet treguan se ekzistonte një lidhje korrelacionale mes tipareve të personalitetit ekstravert stilit të jetës dhe sjelljeve jo të shëndetshme, mes tipareve të personalitetit të personave që përshtaten dhe stilit të të ngrënit, mes tipareve të personalitetit të përgjegjshëm dhe stilit të të ngrënit, mes tipareve të personalitetit neurotik dhe stilit të jetës, mes tipareve të personalitetit të hapur ndaj eksperiencave stilit të jetës dhe stilit të të ngrënit tek studentët.

Marrëdhënie të rëndësishme statistikore mes tipareve të personalitetit dhe sjelljeve shëndetësore u konstatuan dhe për kampionin e përbërë nga mësuesit. Rezultatet treguan se ekzistonte një lidhje korrelacionale mes tipareve të personalitetit ekstravert dhe stilit të jetës, mes tipareve të personalitetit të personave që përshtaten dhe stilit të të ngrënit, mes tipareve të personalitetit të përgjegjshëm dhe stilit të të ngrënit dhe mes tipareve të personalitetit të hapur ndaj eksperiencave stilit të jetës.

Në këtë studim gjithashtu u konstatuan dhe marrëdhënie të rëndësishme statistikore mes lokusit të kontrollit dhe sjelljeve shëndetësore. Për kampionin e përbërë nga studentë rezultuan lidhje korrelacionale mes lokusit të kontrollit të brendshëm dhe të rastësisë në lidhje me sjelljet jo të shëndetshme. Ndërsa për kampionin e mësuesve u konstatua marrëdhënie korrelacionale vetëm për lokusin e kontrollit të brendshëm në lidhje me stilin e jetës.

Studimi rezulton të jetë një tematikë jo e trajtuar gjerësisht, dhe mund të cilësohet si i pari i këtij lloji që studion modelet e besimit tek shëndeti, tiparet e personalitetit dhe të lokusit të kontrollit si faktorë shpjegues të sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri. Ky studim sugjeron dhe nevojën për studime të tjera për të përcaktuar shkaqet dhe arsyet që e nxisin individin në manifestimin e sjelljeve shëndetësore. Është mjaft e

rëndësishme realizimi i kërkimeve më të thelluara, ku fenomeni të trajtohet në mënyrë holistike duke e shikuar sipas pikëpamjeve të ndryshme ideologjike.

Rritja e nivelit të ndërgjegjësimit në lidhje me manifestimin e sjelljeve të shëndetshme, në lidhje me rritjen e nivelit të kontrollit të përgjithshëm shëndetësor, promovimin e një stili të ngrëni të shëndetshëm. Sjelljet shëndetësore nuk ndodhin si procese individuale, shpesh ato ndikohen edhe nga faktorë të tjerë të jashtëm dhe të brendshëm.

Politikat shëndetësore, socio-ekonomike duke përfshirë këtu dhe medien kanë një rol mjaft të rëndësishëm në rritjen e nivelit të ndërgjegjësimit të një shoqërie në lidhje me kujdesin shëndetësor të vazhdueshëm.

Referencat

1. Amanda Mortensen Dr. Karen Mumford, Campus Wide Healthy Eating Initiative, <https://www.uwec.edu/Watershed/research/upload/HealthyEatingPoster2012-2.pdf>
2. Andrea Bender,^{1,*} Hans Spada,¹ Annelie Rothe-Wulf,¹ Simone Traber,¹ and Karsten Rauss² *Front Psychol.* 2012; 3: 435. Published online Oct 25, 2012. 10.3389/fpsyg.2012.00435 PMCI
3. A. Broström, A. Strömberg, J. Mårtensson, M. Ulander, L. Harder, E. Svanborg, Association of Type D personality to perceived side effects and adherence in CPAP-treated patients with OSAS *J Sleep Res*, 16 (2007), pp. 439–447 View Record in Scopus Full Text via CrossRef Citing articles (48)
4. AA Schiffer, J. Denollet, J.W. Widdershoven, E.H. Hendriks, O.R. Smith Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type-D personality *Heart*, 93 (2007), pp. 814–818 View Record in Scopus Full Text via CrossRef Citing articles (78)
5. A.J.M. Pelle, A.A.J. Schiffer, O.R.F. Smith, J.W. Widdershoven, J. Denollet, “Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure *Int J Cardiol*, 142 (2010), pp. 65–71 Article PDF (240 K) View Record in Scopus Citing articles (28)
6. A. Broström, A. Strömberg, J. Mårtensson, M. Ulander, L. Harder, E. Svanborg Association of Type D personality to perceived side effects and adherence in CPAP-treated patients with OSAS *J Sleep Res*, 16 (2007), pp. 439–447 View Record in Scopus Full Text via CrossRef Citing articles (48)
7. Azpiaiz, Gonzá'lez, Kearney, Gibney, Martí'nez, 1998, *Health Promotion Perspectives*, 2013, 3(1), 11-22 doi: 10.5681/hpp.2013.002
8. Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (1986). *The psychology of control and aging*. Hillsdale, N J: Erlbaum.
9. Bharathi Purohit¹ Abhinav Singh¹ *Advances in Life Science and Technology* www.iiste.org ISSN 2224-7181 (Paper) ISSN 2225-062X (Online) Vol 3, 2012
10. Bennett P, Norman P, Murphy S, Moore L, Tudor-Smith C: Beliefs about alcohol, health locus of control, value for health and reported consumption in a representative population sample. *Health Educ Res* 1998, 13:25-32

11. Berkman, Lisa F., James Blumenthal, and Matthew Burg, et al., 2003, “Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial”, JAMA, 289, 3106-16.
12. Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D. & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology* 26, 136-145.
13. Brewer, N.T., Weinstein, N.D., Cuite, C.L., & Herrington, J.E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine* 27, 125-30.
14. Brady TJ, Murphy L, O'Colmain BJ, Beauchesne D, Daniels B, Greenberg M, House M, Chervin D. A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. Prev Chronic Dis. 2013;10:120112. doi: 10.5888/pcd10.120112.
15. Carolina Werle. The Determinants of Preventive Health Behavior: Literature Review and Research Perspectives. Working paper serie RMT (WPS 11-15) 14 p. 2011.
16. Cuelho, R., Hughes, A.M., Da Fonseca, F., & Bond, M.R.(1989). Essential hypertension: The relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *J. Psychosom. Res.*, 33, 187-196.
17. Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in =pPersonality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001;81:322–331.
18. Chong Do Lee, EdD; Aaron R. Folsom, MD; Steven N. Blair, PE, Physical Activity and Stroke Risk, A Meta-Analysis, Original Contributions, 66. Siobhan Gallanagh, 1 Terry J. Quinn, 2 Jen Alexander, 3 and Matthew R. Walters, Physical Activity in the Prevention and Treatment of Stroke, 2011,
19. Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M., & Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652–657

20. Chuan Liu, Shu Wang, Xue Shen, Mengyao Li, and Lie Wang, The association between organizational behavior factors and health-related quality of life among college teachers: a cross-sectional study *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13: 85.
Published online 2015 Jun 20. doi: [10.1186/s12955-015-0287-4](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0287-4)
21. Davis MA, Murphy SP, Neuhaus JM, Gee L, Quiroga SS. Living arrangements affect dietary quality for U.S. adults aged 50 years and older: NHANES III 1988-1994. *J Nutr*. 2000;130:2256–2264.
22. Douglas A. Raynor PhDa & Heidi Levine PhDb, Associations Between the Five-Factor Model of Personality and Health Behaviors Among College Students
10.3200/JACH.58.1.73-82
23. D.S. Neil Van Leeuwen The Center for Humanities, Tufts University
neilvl@gmail.com Self-Deception won't Make You Happy,
<http://philpapers.org/archive/VANSWM>
24. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health*.2012;12:723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723.
25. Erika Melonashi, Elsida Sinaj, Fleura Shkëmbi, Armonela Driza & Odeta Cacaj, Impakti i faktorëve psiko-socialë mbi duhanpirjen, konsumin e marijuanës dhe sjelljet seksuale të të rinjve shqiptarë: Rasti i Universitetit Europian të Tiranë, Tiranë, Shqipëri 2015, UET/ Press
26. Erika Melonashi, Elsida Sinaj, Identity Orientation and Substance Use Among Albanian Adolescents, *Educatio* Vol. 2, No.2/June 2013:
27. Ed Diener, Micaela Y. Chan, Happy People Live Longer: Subjective Well-Being, Contributes to Health and Longevityaphw_1045 1..43
28. Fabien Gilbert, Jean-Baptiste Richard, Pascale Lapie-Legouis, François Beck, and Marie-Noël Vercambre, Health Behaviors: Is There Any Distinction for Teachers? A Cross-Sectional Nationwide Study, *PLoS One*. 2015; 10(3): e0120040. Published online 2015 Mar 20. doi: [10.1371/journal.pone.0120040](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120040)
29. Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. New York: McGraw-Hill.

30. Friedman M, Rosenman R H. Overt behavior pattern in coronary disease. Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. JAMA 1960. 173:1320–1325.
31. F. Mols, S. Oerlemans, J. Denollet, J.A. Roukema, L.V. van de Poll-Franse Type D personality is associated with increased comorbidity burden and health care utilization among 3080 cancer survivors Gen Hosp Psychiatry, 34 (4) (Jul 2012), pp. 352–359
32. Feingold A, Gender differences in personality: a meta-analysis. Psychol Bull. 1994 Nov;116(3):429-56.
33. Glasgow, R. E., Vogt, T. M., and Boles, S. M. “Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework.” American Journal of Public Health, 1999, 89, 1322–1327.
34. Harrison, J. A., Mullen, P. D. & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. Health Education Research 7, 107- 116
35. Haidt J, Rodin J. (1995). *Control and Efficacy: An Integrative Review*. Report to John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Program on Mental Health and Human Development.
36. Hans-Joachim Franz Zunft¹ , Dietlinde Friebe¹ , Brigitte Seppelt¹ , Kurt Widhalm² , Anne-Marie Remaut de Winter³ , Maria Daniel Vaz de Almeida⁴ , John M Kearney⁵ and Michael Gibney⁵, Public Health Nutrition: 2(1a), 153–160
37. Hansen, W. B., Hahn, G. L., & Wolkenstein, B. H. (1990). Perceived personal immunity: Beliefs about susceptibility to AIDS. Journal of Sex Research, 27, 622-628
38. Hyun Ji Yim, Hyun Ah Park, Jae Heon Kang, Kyung-Woo Kim, Young Gyu Cho, Yang Im Hur and O Jin Ee Choi, Marital Status and Health Behavior in Middle-aged Korean Adults, Korean J Fam Med. 2012 Nov; 33(6): 390–397.
39. House J, Su J, Levy-Milne R. Definitions of healthy eating among university students. Can J Diet Pract Res. 2006 Spring;67(1):14-8.
40. Icek Ajzen “The Theory of Planned Behavior” Organizational behavior and human decision processes 50, 179-211 (1991)
41. J Denollet DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality Psychosom Med, 67 (2005), pp. 89–97

42. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model a decade later. *Health Educ Q* 1984; 11:1- 47
43. Jens Hoebel, Anne Starker, Susanne Jordan, Matthias Richter, and Thomas Lampert, Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study, *BMC Public Health*. 2014; 14: 913.
44. Krisela Steyn and Albertino Damasceno; Lifestyle and Related Risk Factors for Chronic Diseases, Chapter 18, Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. ISBN-10: 0-8213-6397-2 ISBN-13: 978-0-8213-6397-3
45. Kalichman, S. C., Hunter, T L., & Kelly, J. A. (1992). Perceptions of AIDS susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 725-732.
46. Klonoff E, Landrine H. Belief in healing powers of prayer: prevalence and health correlates for African-Americans. *West J Black Stud* 1996; 20(4): 207-10.
47. Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 63, 376 – 377.
48. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of health*. Hillsdale, NJ7 Erlbaum, 1984. pp. 219 – 52
49. Leventhal, H. and Diefenbach, M. (1991) The active side of illness cognition In J. A. Skelton and R. T. Croyle (Eds) *Mental Representation in Health and Illness*, pp.247-272. New York: Springer Verlag.
50. Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.J. (1984) Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, and S.E. Taylor and J.E. Singer (Eds) *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health*. pp. 219-252. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

51. Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191- 198.
52. Lora E Burke, Promoting prevention: skill sets and attributes of health care providers who deliver behavioral interventions. University of Pittsburgh, Pa 15261, USA. *The Journal of cardiovascular nursing* (Impact Factor: 1.47). 01/2003; 18(4):256-66. Source: PubMed
53. Marmot, MG et al. (1997). Contributions of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350:235-239.
54. Marmot, Michael and Richard G. Wilkinson. "Social determinants of health" (Oxford: Oxford University Press) 1999.
55. Marmot M (2004). The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy. London, Bloomsbury.
56. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16. 84.
57. M Myrtek. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology* 2001 79: 245-251.
58. Matthews, D., & Lloyd, H. (2005). Diabetes stories: Personal tales of diabetes through the decades Retrieved April 3, 2006
59. McKinney, Courtney E., "Assessment of Dietary Behaviors of College Students Participating in the Health Promotion Program BUCS: Live Well" (2013). Electronic Theses and Dissertations. Paper 1105. <http://dc.etsu.edu/etd/1105>
60. Myers, I. B. (2000). Introduction of Type. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press.
61. M. J. Schwerin; K. J. Corcoran The Health Beliefs Model in Shipboard U.S. Navy Men and Women. *Prev Med.* 2003 Aug;37(2):73-81.
62. Norman P, Bennett PSC: Health locus of control. In Predicting health behaviour. *Research and practice with social cognition models*. Edited by Conner M, Norman P. Buckingham: Open Univ. Press; 1996:62-94.

63. Perlman F¹, Bobak M, Steptoe A, Rose R, Marmot M. Do health control beliefs predict behaviour in Russians? Prev Med. 2003 Aug;37(2):73-81
64. Pervin, L. & John, O. (Eds.) (1999). Handbook of personality: theory and research. New York: Gilford
65. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr* 1974; 2:328-335
66. Rodin J, Langer EJ. (1977) Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *J Pers. Soc. Psych.* 35:897-902.
67. Rodin J. (1986) Aging and health: effects of the sense of control. *Science*, 233:1271-1276.
68. Rodin J, McAvay G. (1992) Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *J Gerontol: Psychol Sci*, 47:P373-P384.
69. Roh SJ¹, Kim HN¹, Shim U², Kim BH¹, Kim SJ¹, Chung HW³, Lee H⁴, Sung YA⁴, Kim HL¹. Association between blood lipid levels and personality traits in young Korean women. PLoS One. 2014 Sep 30;9(9):e108406. doi: 10.1371/journal.pone.0108406. eCollection 2014.
70. Roberts, B. W., & Wood, D. (2006). Personality development in the context of the neo-socioanalytic model of personality. In D. Mroczek & T. Little (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 11–39). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
71. The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative–Quantitative Approach *Journal of Cross-Cultural Psychology* May 2014 45: 628-645, first published on January 22, 2014
72. Silvia Lupi^I; Francesco Bagordo^{II}; Armando Stefanati^I; Tiziana Grassi^{II}; Lucia Piccinni^I; Mauro Bergamini^I; Antonella De Donno^{II}, *Ann. Ist. Super. Sanità* vol.51 n.2 Roma Apr./Jun. 2015
73. Seigers DK, Terry CP. Perceptions of risk among college smokers: relationships to smoking status. *Addic Res Theory*. 2011;19:504–9. doi: 10.3109/16066359.2010.545155.

74. Satterwhite CL, et al. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: Prevalence and incidence estimates, 2008. *Sexually Transmitted Diseases*, 2013; 40(3): pp. 187-193.
75. Simon Szreter, PhD The Population Health Approach in Historical Perspective <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.3.421>
76. Shimizu S, Hagihara A, Nobutomo K, Interpretation and related factors of healthy eating among young people in Japan, 2006 Jan;61(1):63-8.
77. Shadel, W. G., Niaura, R., Goldstein, M. G., & Abrams, D. B. (2000). Does the Five Factor Model of personality apply to smokers? A preliminary investigation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 114-120
78. Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
79. Vuori, I.: Physical inactivity is a cause and physical activity. *Kinesiology* 36(2004) 2:123-153 123 Physical inactivity is a cause Physical inactivity is a remedy for major public health problems, Ilkka Vuori UKK Institute for Health Promotion Research, University of Tampere, Finland
80. Wallston, B. S., & Wallston, K. A. Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 1978, 6, 107-117. Wallston, B. S., &
81. Will H. Courtenay, Donald R. McCreary, Joseph R. Merighi, Ethnic Differences in Health Beliefs and Behaviors, doi: 10.1177/1359105302007003216J *Health Psychol* May 2002 vol. 7 no. 3 219-231
82. Williams PG, Moroz TL. Personality vulnerability to stress-related sleep disruption: Pathways to adverse mental and physical health outcomes. *Pers Indiv Differ*. 2009;46(5-6):598-603. doi: 10.1016/j.paid.2008.12.017 pmid:WOS:000264255400006
83. Yannick Stephan a,† , Angelina R. Sutin b , Antonio Terracciano b, Physical activity and personality development across adulthood and old age: Evidence from two longitudinal studies *Journal of Research in Personality* 49 (2014) 1-7.
84. Zanjani Fak, Schaie W, Willis SL. Age group and health status effects on health behavior change. *Behavioral Medicine*. 2006;32:36-46

85. Open Data Albania, 2008 . Marr nga
<http://open.data.al/sq/lajme/lajm/id/976/Vdekshmeria-sipas-semundjeve-kancerogjene>,
Pare me 26.04.2015
86. Barra Globale e Sëmundjeve, 2010. Marr nga
http://www.ishp.gov.al/wp_content/uploads/2015/materiale/Raporti-shendetesor.pdf.
Pare me.18.04.2015
87. arjan bregu, 2013. Marr nga
<http://www.umed.edu.al/kerkimishkencor/doktoraturat/171-disertacion-i-arjan-bregu.html>, Pare me 17.04.2015
88. *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior*, Volume 12, 1966, II. Sick-
Role Behavior. Marre nga;
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039896.1966.10664421?journalCode=vzeh20> , Pare me 23.02.2016
89. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, *World Health Organization Geneva 2010*. Marre nga
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf Pare me
26.02.2016
- 90.

SHTOJCA A

INSTRUMENTI

Udhëzime: Ky pyetësor është për të kuptuar nivelin e besimit që ju keni në lidhje me shëndetin tuaj. Nëse nuk jeni të sigurt për përgjigjen, ju lutem zgjidhni alternativat që mund t'ju duken më të përshtatshme dhe më afër mendimit tuaj. Qëllimi i këtij pyetësori nuk është për të vlersuar nëse përgjigjia juaj është e drejtë apo e gabuar. Zgjidhni midis alternativave atë që përfaqëson më së miri opinionin tuaj.

1- Sa shpesh mendoni për shëndetin tuaj?

- ☐ Asnjehere
- ☐ Rralle here
- ☐ Here pas here
- ☐ Shpesh
- ☐ Shume shpesh

1.1 Sa të shqetësuar jeni ju për shëndetin tuaj?

- ☐ Aspak i shqetësuar
- ☐ Deri diku i shqetësuar
- ☐ I shqetësuar

1.2 Sa mundësi ka që në të mirë të shëndetit tënd, të bësh një punë më te mirë në të ardhmen?

- ☐ Asnjehere
- ☐ Rralle here
- ☐ Here pas here
- ☐ Shpesh
- ☐ Shume shpesh

2. Sa ka të ngjarë që ju të mendoni se mund të zhvilloni një sëmundje të rrezikshme për jetën tuaj?

- ☐ Asnjehere
- ☐ Rralle here

- ☐ Here pas here
- ☐ Shpesh
- ☐ Shume shpesh

3. Sa serioz mendoni se mund të jetë problemi shëndetësorë në se ju do ta zhvillonit atë?

- ☐ Aspak dakord
- ☐ Disi dakord
- ☐ Mesatarisht dakord
- ☐ Dakord
- ☐ Krejtesisht dakord

4. Sa efektive mendoni se do të ishte kontrolli shëndetësorë në uljen e mundësive për të zhvilluar një sëmundje serioze?

- ☐ Aspak dakord
- ☐ Disi dakord
- ☐ Mesatarisht dakord
- ☐ Dakord
- ☐ Krejtesisht dakord

5. A jeni te paisur me ndonje forme te mbulimit shëndetësorë, p.sh duke perfshirë sigurimin shendetesore, planet me parapagese (sigurimi privat), planet qeveritare të tilla si Medicare etj?

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt

[9] Refuzoj

6. Gjate ketyre 12-muajve a keni pasur nevojë per te shkuar tek mjeku por jeni penguar per shkak te kostove ekonomike?

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt

[9] Refuzoj

SHTOJCA A1

Udhëzime: Ky pyetësor është për të kuptuar nivelin e manifestimit të sjelljeve shëndetësore që ju manifestoni në lidhje me shëndetin tuaj. Nëse nuk jeni të sigurt për përgjigjen, ju lutem zgjidhni alternativat që mund t'ju duken më të përshtatshme dhe më afër mendimit tuaj. Qëllimi i këtij pyetësi nuk është për të vlersuar nëse përgjigjia juaj është e drejtë apo e gabuar, apo për t'ju paragjykuar në lidhje me sjelljet që ju manifestoni. Zgjidhni midis alternativave atë që përfaqëson më së miri opinionin tuaj.

1. Para sa kohësh keni qene per te bere nje vizite (kontroll) rutine tek mjeku juaj? (Një kontroll rutinë është një kontroll i përgjithshëm fizik, jo domosdoshmerisht nje vizite per nje semundje te caktuar).

- [1] Brenda vitit të kaluar
- [2] Brenda 2 viteve të fundit (1 vit, por me pak se 2 vite më parë)
- [3] Brenda 5 viteve të fundit (2 vite, por më pak se 5 vite më pare)
- [4] Me shume se 5 vite
- [7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt
- [8] Asnjëherë
- [9] Refuzoj

2. A keni qenë ndonjëherë tek një mjek, infermier, apo profesionist tjetër i shendetit per te matur nivelin e presionit te gjakut? Nëse "Po" dhe jeni femër, "Kete kontroll e keni bere vetem kur keni qene shtatzene?"

- [1] Po
- [2] Po, por vetëm gjatë shtatzënisë [Shko tek seksionin tjetër]
- [3] Jo [Shko tek seksionin tjetër]
- [7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt [Shko tek seksionin tjetër]
- [9] Refuzoj

3. A keni bere ndonjëherë ndonje kontroll te kolesterolit në gjak? (*Kolesterolit në gjak është një substancë yndyrore qe ndodhet në gjak*)

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek seksionin tjetër)

[9] Refuzoj (Shko tek seksionin tjetër)

4. A jeni testuar ndonjëherë për Hiv/Aids?

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek seksionin tjetër)

[9] Refuzoj (Shko tek seksionin tjetër)

SHENIM; Nëse jeni mashkull, shkoni në seksionin tjetër (pyetja 7). Pyetjet ne vijim janë për kancerin e gjirit dhe kancerin e qafës së mitrës.

5. A keni realizuar ndonjehere skanerin e mamogramës? (Mamografia është një skaner që realizohet për diagnostifikimin e kancerit te gjirit)?

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek pyetja 6)

[9] Refuzoj (Shko tek pyetja 6)

6. A keni realizuar ndonjehere nje Pap-test? (Pap-testi është një test qe realizohet per diagnostifikimin e kancerit të qafës së mitrës).

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 8)

[9] Refuzoj (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 8)

Shënim: Nëse jeni femër, shkoni në seksionin tjetër. Pyetja në vijim do te jene në lidhje me diagnostifikimin e kancerit të prostatës tek meshkujt.

7. A keni realizuar ndonjehere nje Psa-test? (PSa test, është një test i gjakut qe përdoret për të diagnostifikimin e kancerit të prostatës tek meshkujt.

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 8)

[9] Refuzoj (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 8)

8. Mesatarisht, sa orë gjume mund beni ne nate?

 Numri i orëve [24/01]

 8 Nuk e di / Nuk jam i sigurt

 9 Refuzoj

9. Gjatë muajit të kaluar, pervec punes tuaj të rregullt, a keni marrë pjesë në ndonjë aktivitet fizik, si ecje e gjate ne kembe, ushtrime të tilla si vrapimi, gjimnastike, keni luajtur futboll (forma te tjera sporti), keni punuar ne kopshtin e shtepise etj?

[1] Po

[2] Jo

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 10)

[9] Refuzoj (Shko tek seksionin tjetër, pyetja 10)

10. A konsumoni duhan?

[1] Po

[2] Jo (Nëse Jo, shkoni në seksionin tjetër, pyetja 11)

10.1 Sa shpesh konsumoni duhan?

[1] Cdo ditë

[2] Nganjehere

[7] Nuk e di / Nuk jam i sigurt

[9] Refuzoj (Shkoni në seksionin tjetër, pyetja 11)

10.2 Sa është sasia e duhanit që konsumoni në ditë?

Më pak se një cigare në ditë []

1-5 cigare në ditë []

Rreth gjysëm pakete në ditë []

Rreth një paketë në ditë []

Rreth dy paketa ose më shumë në ditë []

- 11.** Gjatë 30 ditëve të shkuara, sa ditë në javë apo në muaj keni pije të paktën një pije alkoolike si birrë, verë, apo forma të tjera të alkoolit?

Asnjëherë	[]
Më pak se një herë në javë	[]
Një herë në javë	[]
Disa herë në javë	[]
Çdo ditë dhe më shumë	[]

Shënim: Mendoni për të gjitha format e frutave, perimeve duke përfshirë ato të gatuar ose të papërpunuara, të freskëta, të ngrira apo të konservuara, të konsumuara në shtëpi dhe jashtë shtëpise.

- 12.** Sa e rëndësishme është për ju që të ushqeheni në mënyrë të shëndetshme?

Aspak e rëndësishme
Deri diku e rëndësishme
E rëndësishme
Mjaftueshëm e rëndësishme
Shumë e rëndësishme

- 12.1** Gjatë muajit të kaluar, sa herë keni konsumuar ushqime me bazë drithërat?

[] Asnjëherë
[] Më pak se një herë në javë
[] Një herë në javë
[] Disa herë në javë
[] Çdo ditë dhe më shumë

- 12.2** Gjatë muajit të kaluar, sa herë keni konsumuar ushqime me bazë perimet?

[] Asnjëherë
[] Më pak se një herë në javë
[] Një herë në javë
[] Disa herë në javë
[] Çdo ditë dhe më shumë

12.3 Gjatë muajit të kaluar, sa herë keni konsumuar ushqime me gjethe të gjelbërt?

(brokoli, rukola, zarzavate, spinaq etj)

- ☐ Asnjëherë
- ☐ Më pak se një herë në javë
- ☐ Një herë në javë
- ☐ Disa herë në javë
- ☐ Çdo ditë dhe më shumë

SHTOJCA A2

Udhëzime: Pyetjet e mëposhte kanë të bëjnë me nivelin tuaj të kontrollit në lidhje shëndetin tuaj. Nëse nuk jeni të sigurt për përgjigjen, ju lutem zgjidhni alternativat që mund t'ju duken më të përshtatshme dhe më afër mendimit tuaj. Qëllimi i këtij pyetësoi nuk është për të vlersuar nëse përgjigjia juaj është e drejtë apo e gabuar. Ju lutem zgjidhni vetëm një nga alternativat e mëposhtme.

	Aspak Dakord	Nuk pajtohem në mënyrë të moderuar	Pajtohem pjesërisht	Disi dakord	Mesatarisht dakord	Shumë dakord
1. Nëse unë do të bëhem i sëmurë, unë kam fuqinë për tu bërë përsëri mirë.	1	2	3	4	5	6
2. Shpesh ndjej se nuk ka rëndësi se çfarë bëj unë, nëse unë do të bëhem i sëmurë, do të bëhem.	1	2	3	4	5	6
3. Nëse unë takohem rregullisht me një mjek të specializuar, unë ka më pak të ngjarë të kem probleme shëndetësore.	1	2	3	4	5	6
4. Shpesh mendoj se shëndeti im është i ndikuar shumë nga ngjarjet aksidentale.	1	2	3	4	5	6
5. Unë mund të kontrolloj vetë shëndetin tim duke u konsultuar me profesionistët e shëndetit.	1	2	3	4	5	6
6. Unë jam direkt përgjegjës për shëndetin tim.	1	2	3	4	5	6
7. Njerëzit e tjerë luajnë një rol të madh në atë nëse unë do të qëndroj i shëndetshëm ose do të bëhem i sëmurë.	1	2	3	4	5	6
8. Çfarëdo që shkon keq në shëndetin tim është faji im.	1	2	3	4	5	6

9. Kur unë jam i sëmurë, unë vetëm duhet t'ia le në dorë natyrës të bëj punën e saj.	1	2	3	4	5	6
10. Profesionistët e shëndetit më mbrojnë mu që të jem i shëndetshëm.	1	2	3	4	5	6
11. Kur unë jam i shëndetshëm, unë jam thjesht me fat.	1	2	3	4	5	6
12. Mirëqënia emocionale-fizike është e varur nga mënyra se sa mirë unë kujdesem për veten time.	1	2	3	4	5	6
13. Kur unë ndjehem e sëmurë, unë e di se kjo është për shkak se unë nuk kam qenë duke u kujdesur siç duhet për veten time.	1	2	3	4	5	6
14. Lloji i kujdesit që unë marr nga njerëzit e tjerë është ajo që është edhe përgjegjëse për mënyrën se sa mirë unë shërohem nga një sëmundje.	1	2	3	4	5	6
15. Edhe kur unë kujdesem për veten time, është e lehtë për tu bërë i sëmurë.	1	2	3	4	5	6
16. Kur unë bëhem i sëmurë, kjo është çështje e fatit.	1	2	3	4	5	6
17. Unë mund të qëndroj shumë shumë mirë i shëndetshëm, duke u kujdesur mirë për veten time.	1	2	3	4	5	6
18. Duke ndjekur urdhërat e mjekut të shkruara në letër është mënyra më e mirë për mua për të qëndruar i shëndetshëm.	1	2	3	4	5	6

SHTOJCA A3

Ju lutem shkruani nje numer per çdo deklarate per te treguar shkallen me te cilen ju jeni dakord.

Nuk pajtohem aspak 1	Nuk pajtohem pak 2	As nuk pajtohem as pajtohem 3	Deri diku dakord 4	Shume dakord 5
----------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------

Une e shikoj veten si:

1. Fjale shume	23. Tendence per te qene dembel	
2. Me tendencen per te gjetur defektet tek te tjeret	24. Emocionalisht stabel, nuk merzitem lehte	
3. I /e perfundoj te gjitha punet plotesisht	25. Krijues	
4. I /e depresuar	26. Agresiv/e	
5. Original, me ide te reja	27. I /e ftohte dhe I /e permbajtur	
6. I /e rezervuar	28. Kembengul derisa arrij detyrat	
7. I /e dobishem dhe bujar me te tjeret	29. Mund te permiresoj lehte humorim tim	
8. Disi I /e pakujdesshem/e	30. Vlera artistike, dhe estetike	
9. I /e relaksuar, zgjidh ne menyre efikase 'situatat stresuese	31. Nganjehere I /e turpshem dhe I /e frenuar	
10. Kurioz/e per shume gjera te ndryshme	32. I /e vemendshem dhe i sjellshem pothuajse me te gjithë	
11. Plot energji	33. Efikasitet te larte ne berjen e detyrave	
12. Filloj gjithmone I /e pari/a grindjet me te tjeret	34. I /e afte te mbetem I /e qete edhe ne situata te tencionuara	
13. Nje punetor/e I /e besueshem	35. Preferoj te kryej pune rutine, te zakonshme	
14. Mund te tencionohem lehte	36. I /e hapur, I /e shoqerueshem	
15. I /e zgjuar, mendues I /e thelle	37. Ndonjehere i vrazhde me te tjeret	
16. Gjenerues/e dhe entuziast/e	38. Bej plane dhe i ndjek ato	
17. Natyre fales (nuk mbaj meri)	39. Behem lehte nervoz	
18. Tendence per te qene I /e c'organizuar	40. Pelqej te reflektoj te luaj me idete	
19. Shqetesohem shume	41. Kam shume ide artistike	
20. Me nje imagjinate aktive	42. Me pelqen te bashkpunoj me te tjeret	
21. Me tendence per te qene I /e qete	43. Hutohem lehte	
22. Njeri i besuar	44. Ide te sofistikuara per art, muzike, letersi	

SHTOJCA A4 VARIABLAT DEMOGRAFIK

Gjinia

1. Femër
2. Mashkull

Mosha_____

Gjendja civile

- 1- Beqar
- 2- I/E martuar
- 3- I/E divorcuar
- 4- I/E ve

Niveli arsimorë

- 1- Arsim profesional
- 2- Bachelor
- 3- Marster
- 4- Doktoraturë

Profesioni

- Student []
- Mësues []

Të ardhurat

- Të kënaqëshme []
- Të pakënaqëshme []

Vëndbanimi_____

SHTOJCA B

Drejtuar pjesëmarrësve në studim

Përhëndetje!

Unë quhem Elside Sinaj.

Në kuadër të mbrojtjes së gradës shkencore Doktor i Shkencave në Psikologji, po realizohet një studim ku si kampion studimi janë përzgjedhur studentët dhe mësuesit në Shqipëri.

Studimi monitorohet dhe kontrollohet nga Universiteti European i Tiranës, Fakulteti i Shkencave të Edukimit, Departamenti i Psikologjisë. Studimi realizohet nën drejtimin e Prof. As. Dr. Gëzim Dibra (udhëheqësi shkencor i këtij studimi), pedagog pranë Universitetit të Shkodrës Luigj Gurakuqi në Fakultetin e Shkencave të Edukimit. Studimi do mundohet të përfshijë disa qytete kryesore të Shqipërisë. Fokusi i këtij studimi janë opinionet që ju keni në lidhje me përkujdesjen e shëndetit tuaj, mënyra se si e vlerësoni atë, nismat që ndërmerrni për tu kujdesur për vehten dhe shëndetin tuaj për të pasur një cilësi jete sa më të mirë. Pjesëmarrja në studim është krejtësisht vullnetare dhe aspak e imponuar as nga institucioni ku ju punoni, studioni, as nga udhëheqësi juaj, apo pedagogu juaj. Në mëmomentin që pranoni të jeni pjesëmarrës vullnetare i studimit por më pas pendoheni, ju mund të tërhiqeni, askush nuk do të paragjykojë veprimin tuaj.

Më lejon t'ju paralajmëroj që pyetësi mund të marr pak kohë për tu plotësuar, prandaj do ju lutesha të keni durim dhe ta plotësoni deri në fund atë, pasi çdo pyetje ka rëndësi dhe vlerë për studimin. Në pyetësorë ju kërkohen disa të dhëna personale (por jo emri, ditëlindja apo ndonjë numër telefoni), pra pyetësi është krejtësisht anonim. Çdo e dhënë e mbledhur nga ky pyetësorë do të përdoren vetëm për qëllimet studimore. Rezultatet e studimit do të paraqiten në mënyrë sasiore, nga ku mundësia për tu identifikuar është apsolutisht e pamundur.

Për çdo informacion që keni dëshirë të merrni në lidhje me studimin ai do të jetë i aksesueshëm online për të gjithë studiuesit, por gjithashtu për informacione specifike mund të kontaktoni dhe adresën: elsida.sinaj@outlook.com

SHTOJCA C

Drejtuar Drejtorive Arsimore dhe Universiteteve të Shqipërisë

Përsëndetje!

Unë quhem Elsida Sinaj.

Në kuadër të mbrojtjes së gradës shkencore Doktor i Shkencave në Psikologji, po realizohet një studim ku si kampion studimi janë përzgjedhur studentët dhe mësuesit në Shqipëri.

Studimi monitorohet dhe kontrollohet nga Universiteti Europian i Tiranës, Fakulteti i Shkencave të Edukimit, Departamenti i Psikologjisë. Studimi realizohet nën drejtimin e Prof. As. Dr. Gëzim Dibra (udhëheqësi shkencor i këtij studimi), pedagog pranë Universitetit të Shkodrës Luigj Gurakuqi në Fakultetin e Shkencave të Edukimit. Studimi do mundohet të përfshijë disa qytete kryesore të Shqipërisë.

Qëllimi i këtij studimi është njohja me modelet e besimit tek shëndeti, tiparet e personalitetit të lokusit të kontrollit si faktorë shpjegues të sjelljeve shëndetësore tek studentët dhe mësuesit në Shqipëri.

Aprovimi juaj për të realizuar e studimin në mjediset e shkollave (ku përfshihen vetëm mësuesit) dhe Universiteteve (ku përfshihen vetëm studentët) do të ndihmonte realizimin e këtij studimi brenda objektivave të vendosura.

Bashkangjitur me kërkesën e studiuesit, vjen dhe kërkesa për leje studimi dhe nga Universiteti Europian i Tiranës.

Faleminderit!