

# Buletini i Institutit të Shëndetit Publik



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 4 - 2014

## **BORDI I BULETINIT**

**Kryetar:**

**Arjan Bregu**

**Anëtarë:**

**Genc Burazeri, Eduard Kakarriqi, Silva Bino,  
Arben Luzati, Gentiana Qirjako.**

**Asistent shkencor:**

**Herion Muja**

**Redaktorë letrarë:**

**Glediona Tola, Kleopatra Sava**

**Design & Layout Genc Musa**

## PËRMBAJTJA

### BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 4 - 2014

<b>Teita Myrseli, Artan Simaku, Migena Baci, Silva Bino</b> Leishmanioza viscerale dhe kutane në Shqipëri. Analizë retrospektive për periudhën 2005-2013 .....	4
<b>Valbona Gjoni, Erjona Abazaj, Luljeta Alla</b> Hetim sero-epidemiologjik i Hidatidozës gjatë periudhës 2009-2013 .....	19
<b>Lila Shundi, Brunilda Vila, Silvia Bino</b> Gjenotipet e hepatitit C në Shqipëri .....	23
<b>Bukurie Gega, Bajram Dedja, Eduard Kakarriqi</b> Nivelet e vdekshmërisë foshnjore dhe femërore dhe raportit gjinor në lindje sipas strukturës, gjinisë dhe qarqeve për vitin 2013 .....	26
<b>Alban Ylli, Sonela Xinxo, Jeta Lakrori, Eduard Kakarriqi</b> Karakteristika të përdorimit të disa barnave psikotropë te të moshuarit e qytetit të Tiranës .....	32
<b>Roland Shuperka, Aulona Zotaj</b> Kontrolli bazë për përdorimin e alkoolit dhe duhanit. Testi i depistimit për përdorimin e alkoolit dhe duhanit .....	36
<b>Alba Merdani, Dorina Çanaku, Prof.Dr.Eduard Kakarriqi</b> Krahasimi i treguesve të aborteve për periudhën 2009-2013 .....	43

# Leishmanioza viscerale dhe kutane në Shqipëri

## Analizë retrospektive për periudhën 2005-2013

Teita Myrseli, Artan Simaku, Migena Baci, Silva Bino

Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

---

Leishmanioza është një sëmundje infektive e shkaktuar nga paraziti protozoar vektor-transmetues i gjinisë *Leishmania*. Është një zoonozë që prek njerëzit, ku qeni shërben si rezervuar.

Leishmaniozë është termi i përgjithshëm që përdoret për sëmundjet e shkaktuara nga të gjithë tipet e protozoarit të gjinisë *Leishmania*. Leishmanioza në njerëz shfaqet në disa forma të ndryshme të ndara në tre entitete: leishmanioza viscerale (LV), leishmanioza kutane (LK) dhe leishmanioza mukokutane (LMK). Në pellgun e mesdheut, ku bën pjesë edhe vendi ynë, gjenden dy tipe të formave klinike në njerëz:

- Leishmanioza viscerale zoonotike (LVZ- shkaktuar nga *L. infantum*)
- Leishmanioza kutane (LK – shkaktuar nga *L. infantum* dhe *L. tropica*)

Protozoari *Leishmania spp.* paraqitet në dy forma morfologjike: forma amastigote e cila gjendet në njerëz dhe bujtësit mamare, por dhe forma promastigote e cila gjendet në vektorët transmetues dhe kultura.

Paraqitja klinike varion nga format asimptomatike deri në ato me mortalitet të lartë. Më të rrezikuarit për të zhvilluar sëmundje janë fëmijët e keqshqyer, popullatat e zonave rurale dhe personat me gjendje imunodeficientë (rastet HIV/AIDS). Periudha e inkubacionit është e lartë, me një mesatare 3-8 muaj, por arrin në mbi 10 vjet në rastet e riaktivimit të infeksioneve latent. Vdekshmëria në rastet e trajtuara shkon nga 2-3%, por ka dhe vende që shkon deri në 17%. Në rritjen e vdekshmërisë ndërhyjnë shumë faktorë ndër të cilët janë: një diagnozë e vonuar, mjekimi joadekuat (toksicitet i barnave mjekuese dhe/ose shfaqja e formave rezistente). Për mjekimin e LV rekomandohet amfotericina B forma lipozomale (liposomal amphotericin B), por për shkak të kostos së lartë të saj, në shumë vende akoma përdoren preparatet e antimonit pesëvalent. Gjatë mjekimit në të rritur këto shkaktojnë overdozë/toksicitet, që përveç pankreatitit shkakton edhe probleme kardiake.

Përgjegjësit për transmetimin e Leishmaniave në vendin tonë janë *Phlebotomus spp.* LV që takohet në pellgun e mesdheut është një zoonozë me rezervuar kryesor qenin. Infeksioni nga *L. infantum* është regjistruar gjithashtu në mace, kuaj, derra dhe në kafshë të egra si dhëlpër, ujk, çakall, lakuriq nate, rodentë të ndryshëm etj. LVZ prek kryesisht fëmijët e vegjël deri në moshën 4 vjeç. Sipas një

studimi të kryer në Shqipëri, nga viti 1960-1994 janë regjistruar 2130 raste me LV, nga të cilët 2040 fëmijë dhe 90 të rritur. Ndërsa gjatë periudhës 1995-2000 pati 591 shtrime të reja, prej të cilëve 95 raste janë të rritur të mjekuar në QSUT (Qendra Spitalore Universitare, Tiranë).

Diagnoza është vendosur serologjikisht me metodat IFAT dhe ELISA. Serumi është veçuar nga gjaku intravenoz, dhe kapja e antitropave IgG anti-*Leishmania* është kryer në të gjitha serumet. është përdorur test komercial dhe antigen i përfutur në laborator për IFAT, duke përdorur promastigote të *L. infantum* sipas protokollit të rekomantuar nga OIE dhe laboratorët referencë të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (ISS-Romë dhe Kretë). Gjithashtu, është përdorur metoda e izolimit të parazitit në kulturë. Materiali nga palca e kockave të pacientëve është vendosur për izolim në terren Novy MacNeal Nicolle (NNN) dhe Evans' Modified Tobie (EMTM). Kulturat janë ekzaminuar periodikisht për rritjen e promastigotëve.

Më poshtë po raportojmë paraqitjen e situatës epidemiologjike të LVZ dhe LK gjatë periudhës 2005-2013 në Shqipëri, si dhe problemet që lidhen me raportimin e rasteve të kësaj nozologjie pranë Institutit të Shëndetit Publik, në pasqyrën mujore 14Sh.

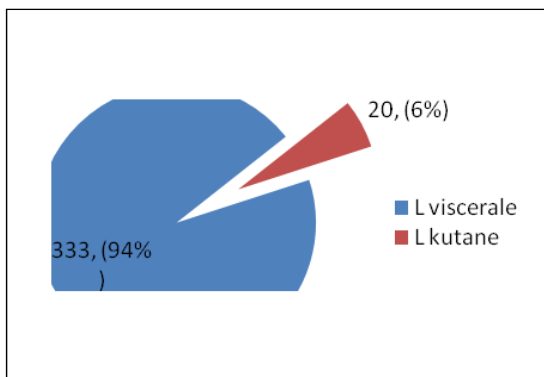
### Përhapja e Leishmaniozës në Shqipëri në vitet 2005-2013

**Tabela 1. Rastet dhe incidenca e Leishmaniozës në Shqipëri për vitet 2005 -2013**

	Numri rasteve	Incidenca raste/100000 banorë
LVZ	333	10.9
LK	20	0.7
Total	353	11.5

Nga tabela e mësipërme shihet se LVZ mbizotëron në krahasim me atë kutane. Po kështu incidenca kumulative për vitet 2005-2013 vërehet e lartë, por e krahasueshme me vendet e tjera të rajonit përpara epidemisë së HIV.

**Grafiku 1. Frekuenca e LVZ dhe LK në vitet 2005-2013**



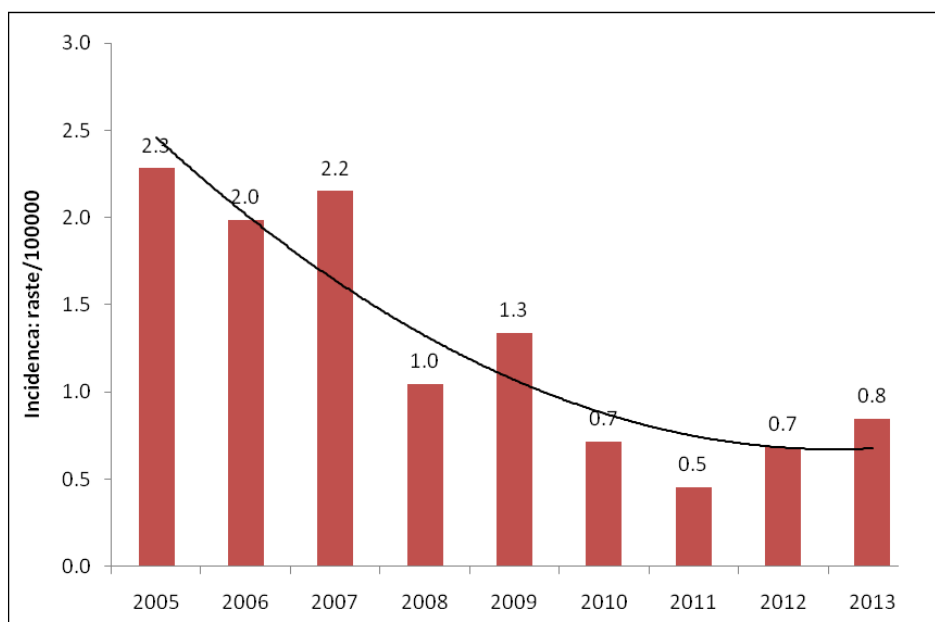
Po kështu edhe frekuenca e LVZ paraqitet e lartë në krahasim me LK.

Në total, gjatë periudhës 2005-2013 janë raportuar 353 raste me Leishmanie, nga të cilat 20 raste ose 6% nga totalit janë LK, dhe 333 raste ose 94% e tyre janë LV ( $p < 0.05$ ).

Incidenca e LVZ është 10.9 raste/100000 banorë, ndërsa incidenca e LK është 0.2 raste/100000 banorë. Incidenca e LV dhe LK së bashku është 11.5 raste/100000 banorë.

**Tabela 2. Numri rastevet LV dhe LK 2005-2013**

Vitet	L. viscerale	L. kutane	Total
2005	67	3	70
2006	58	3	61
2007	59	7	66
2008	30	2	32
2009	40	1	41
2010	21	1	22
2011	13	1	14
2012	21		21
2013	24	2	26

**Grafiku 2. Incidenca e LV dhe LK në vitet 2005-2013 në Shqipëri**

Incidenca e Leishmaniazës paraqet një trend të dukshëm në rënie gjatë periudhës së studimit (F-ratio=16.8  $p < 0.01$ ). Incidenca paraqet ulje të theksuar, nga 2.3 raste/100000 banorë në vitin 2005 në 0.5 raste/100000 banorë në vitin 2011. Por vërehet një tendencë në rritje për vitet 2012 dhe 2013, me 0.7 dhe 0.8 raste/100.000 banorë.

**Tabela 3. Shpërndarja e rasteve të LV sipas rretheve, 2005-2013**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Berat	1	1	10	3	1	3	2	3	2	26
Bulqizë	2	5	1	2	1		2			13
Delvinë			1						1	2
Devoll										
Dibër	1			2	1					4
Durrës	1				1	1			2	5
Elbasan	9	4	5	1	1		2	1		23
Fier	1	1		2	1			1	2	8
Gramsh	1		1		1	1				4
Gjirokastër			2	2						4
Has										
Kavajë			1							1
Kolonjë										
Korçë										
Krujë										
Kuçovë		1			1	1			1	4
Kukës	2	2			2		1			7
Laç	2	2	1	2				1		8
Lezhë	2	2	5	1	5	3		3	3	24
Librazhd	5	1			2		1	2		11
Lushnjë										
M.Madhe										
Mallakastër						1		1		2
Mat	3	1			1	1	1		2	9
Mirditë	1			1	1	1				4
Peqin								1		1
Përmet		2			1	1				4
Pogradec									1	1
Pukë		2								2
Sarandë			1			1	2	3		7
Skrapar			1	1	1					3
Shkodër	24	22	16	6	5	3			1	77
Tepelenë	2	1		3				1		7
Tiranë	10	10	10	4	13	4	2	3	7	63
Tropojë									2	2
Vlorë		1	4		1			1		7

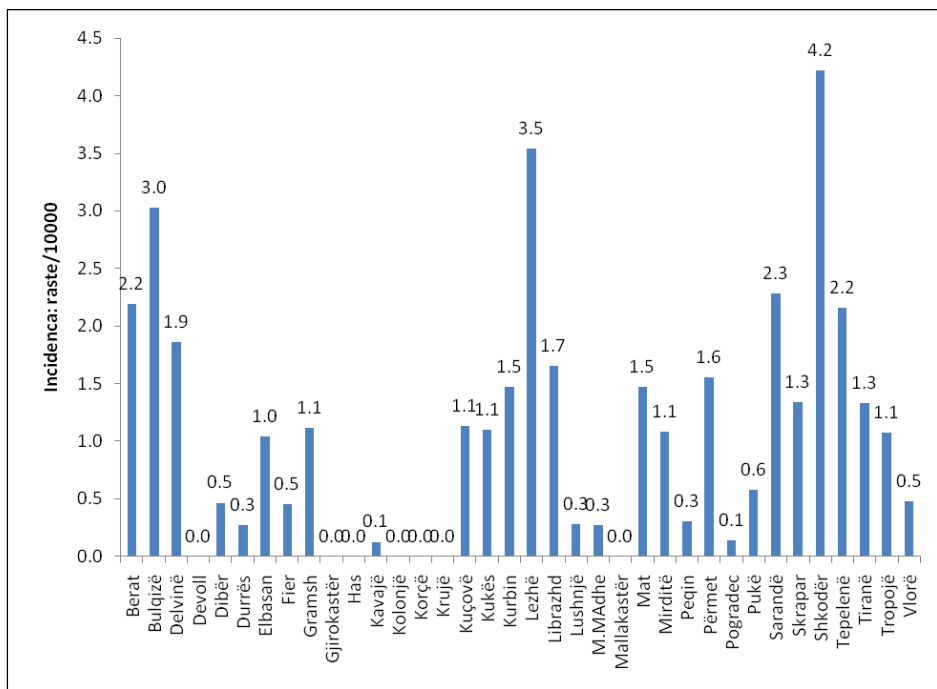
Tabela 4. Numri i rasteve me LK sipas rretheve, 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Berat							1		1	2
Bulqizë										
Delvinë										
Devoll										
Dibër										
Durrës										
Elbasan										
Fier			1							1
Gramsh										
Gjirokastër					1					
Has										
Kavajë										
Kolonjë										
Korçë										
Krujë										
Kuçovë										
Kukës										
Laç										
Lezhë										
Librazhd		1								1
Lushnjë	2			1					1	4
M.Madhe			1							1
Mallakastër										
Mat										
Mirditë										
Peqin										
Përmet										
Pogradec										
Pukë										
Sarandë						1				1
Skrapar	1									1
Shkodër		1								1
Tepelenë										
Tiranë			5		1					6
Tropojë		1								1
Vlorë										



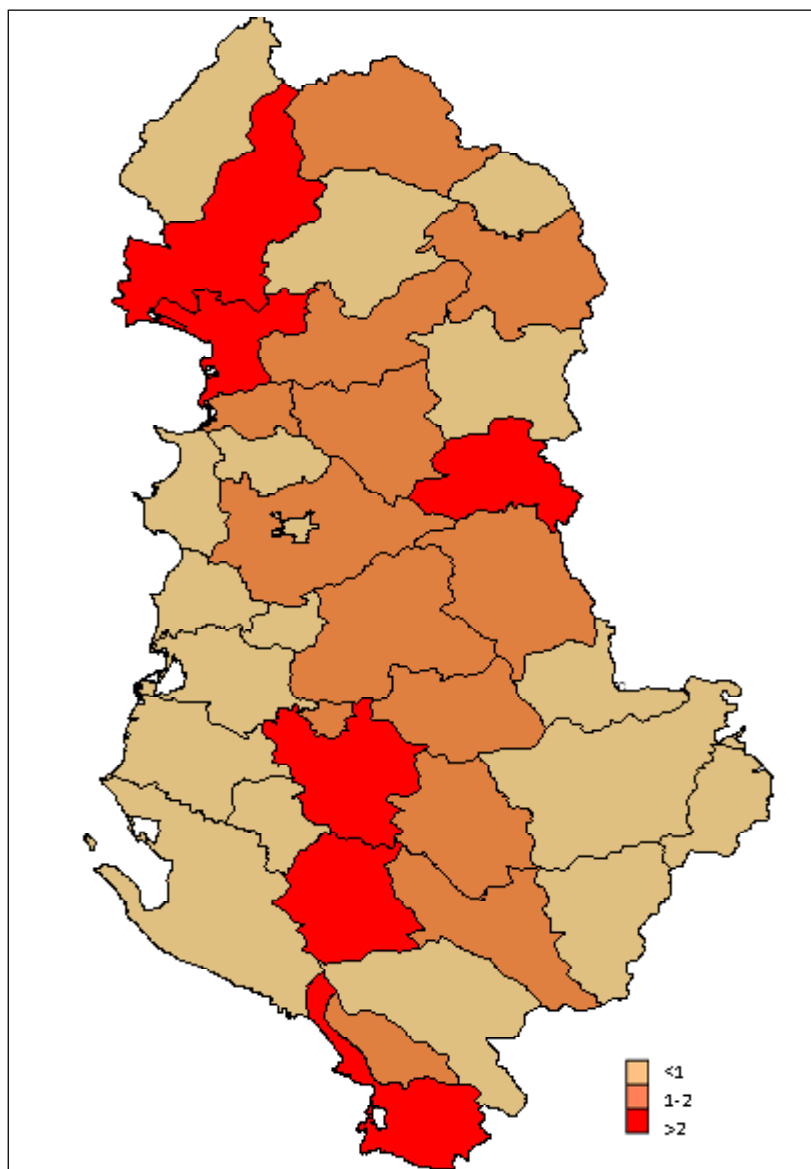
Tabela 5. Numri i rasteve me LV dhe LK sipas rretheve, 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Berat	1	1	10	3	1	3	3	3	3	<b>28</b>
Bulqizë	2	5	1	2	1		2			<b>13</b>
Delvinë			1						1	<b>2</b>
Devoll										
Dibër	1			2	1					<b>4</b>
Durrës	1				1	1			2	<b>5</b>
Elbasan	9	4	5	1	1		2	1		<b>23</b>
Fier	1	1	1	2	1			1	2	<b>9</b>
Gramsh	1		1		1	1				<b>4</b>
Gjirokastrë			2	2	1					
Has										
Kavajë			1							<b>1</b>
Kolonjë										
Korçë										
Krujë										
Kuçovë		1			1	1			1	<b>4</b>
Kukës	2	2			2		1			<b>7</b>
Laç	2	2	1	2				1		<b>8</b>
Lezhë	2	2	5	1	5	3		3	3	<b>24</b>
Librazhd	5	2			2		1	2		<b>12</b>
Lushnjë	2			1					1	<b>4</b>
M.Madhe			1							<b>1</b>
Mallakastër						1		1		
Mat	3	1			1	1	1		2	<b>9</b>
Mirditë	1			1	1	1				<b>4</b>
Peqin								1		<b>1</b>
Përmet		2			1	1				<b>4</b>
Pogradec									1	<b>1</b>
Pukë		2								<b>2</b>
Sarandë			1			2	2	3		<b>8</b>
Skrapar	1		1	1	1					<b>4</b>
Shkodër	24	23	16	6	5	3			1	<b>78</b>
Tepelenë	2	1		3				1		<b>7</b>
Tiranë	10	10	15	4	14	4	2	3	7	<b>69</b>
Tropojë		1							2	<b>3</b>
Vlorë		1	4		1			1		<b>7</b>

**Grafiku 3. Incidenca e LV dhe LK sipas rretheve gjatë periudhës, 2005-2013 (raste/10 000 banorë)**

Incidenca më e lartë e Leishmaniazës është në rrethet: Bulqizë (3 raste/10000 banorë), Lezhë (3 raste/10000 banorë), Shkodër (4.2 raste/10000 banorë). Po ashtu incidencë të lartë paraqesin rrethet e Sarandës, Tepelenës, Beratit dhe Delvinës.

Harta 1. Indicenca e LV dhe LK sipas rretheve (raste/10000 banorë)



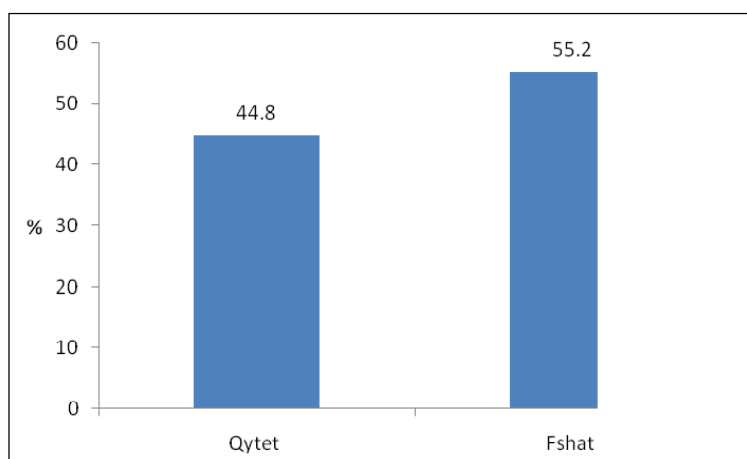
Vërehet që incidenca e leishmaniazës është më pak se 1 rast/10000 banorë në rrethet: Malësi e Madhe, Has, Pukë, Dibër, Durrës, Krujë, Kavajë, Peqin, Lushnjë, Fier, Vlorë, Mallakastër, Gjirokastër, Kolonjë, Korçë, Devoll, Pogradec.

Në rrethet Tropojë, Kukës, Mirditë, Kurbin, Mat, Tiranë, Elbasan, Librazhd, Gramsh, Skrapar, Përmet e Delvinë, incidenca është mbi 1-2 raste/10000 banorë.

Në rrethet Shkodër, Lezhë, Bulqizë, Berat, Tepelenë e Sarandë, incidenca është mbi 2 raste/10000 banorë.

**Tabela 6. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit**

	Qytet (nr,%)	Fshat (nr,%)	Total
LVZ	149 (44.7)	184 (55.3)	333
LK	9 (45.0)	11 (55.0)	20
Total	158 (44.8)	195 (55.2)	353

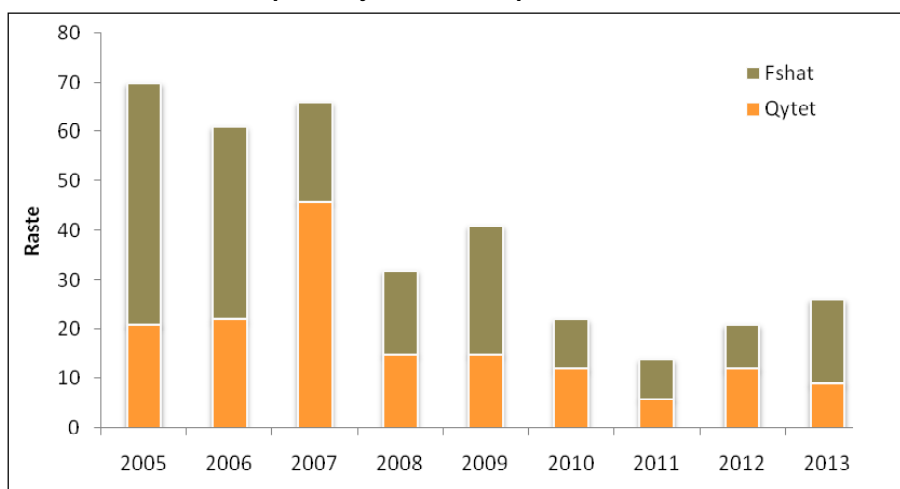
**Grafiku 4. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit**

Shumica e pacientëve, 195 (55.2%) janë me banim në fshat/zonë rurale krahasuar me 158 (44.8%) pacientë me banim në qytet/zonë urbane, por pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $p>0.05$ ).

**Tabela 7. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit në vite**

Vite	Qytet	Fshat
2005	21	49
2006	22	39
2007	46	20
2008	15	17
2009	15	26
2010	12	10
2011	6	8
2012	12	9
2013	9	17

**Grafiku 5. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit në vite**

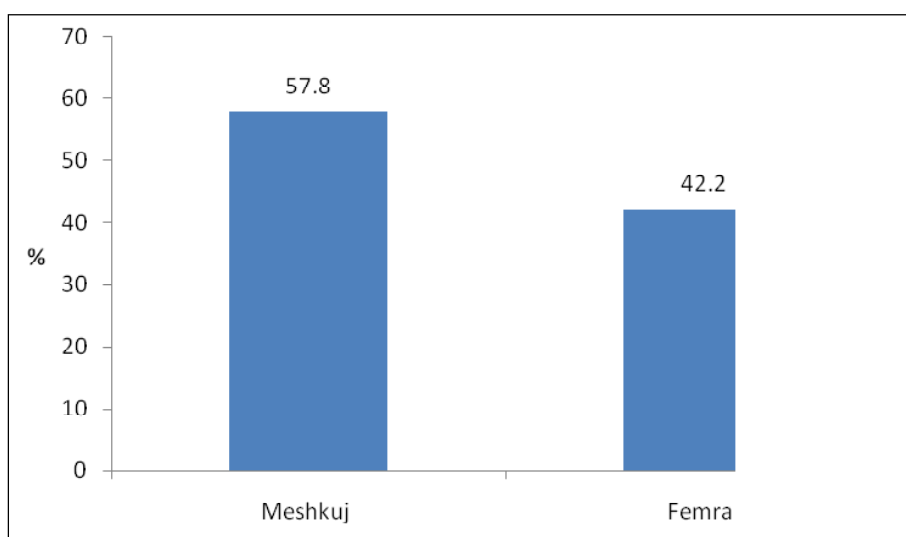


Vërehet që në vitin 2005 dhe 2006, leishmaniaza mbizotëron në fshat/zonë rurale me ndryshim sinjifikant me qytetin/zonë urbane, në vitin 2007 sëmundja mbizotëron në zonat urbane, ndërsa prej vitit 2008 deri në vitin 2013 nuk vërehet ndryshim ndërmjet fshatit dhe qytetit ( $p < 0.01$ ).

**Tabela 8. Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë**

	Meshkuj (nr,%)	Femra (nr,%)	Total
LVZ	194 (58.3)	139 (41.7)	333
LK	10 (50.0)	10 (50.0)	20
Total	204 (57.8)	149 (42.2)	353

**Grafiku 6. Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë**

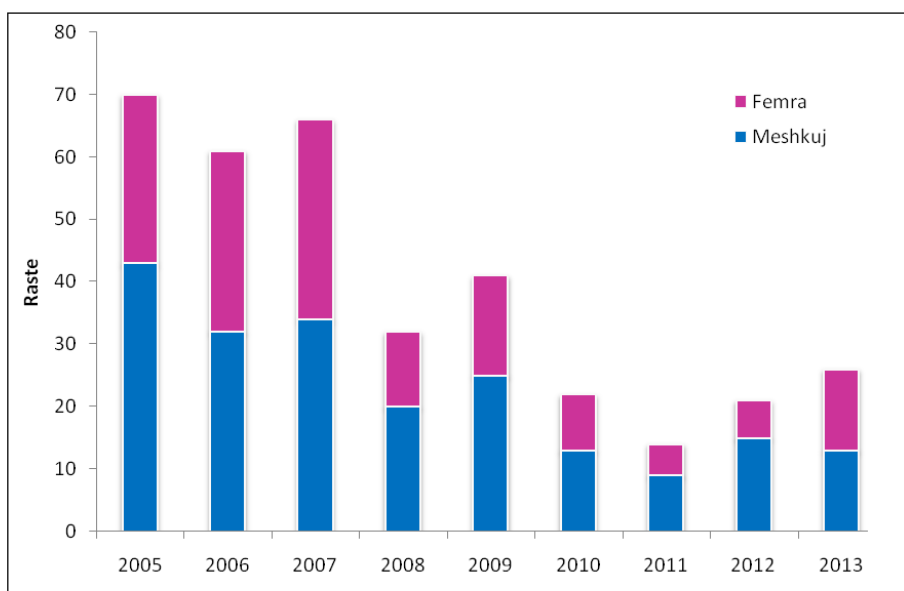


Shumica e pacientëve, 204 (57.8%) janë meshkuj krahasuar me 149 (42.2%) paciente femra me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $p>0.05$ ).

**Tabela 9. Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë në vite**

	Meshkuj	Femra
2005	43	27
2006	32	29
2007	34	32
2008	20	12
2009	25	16
2010	13	9
2011	9	5
2012	15	6
2013	13	13

**Grafiku 7. Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë dhe viteve**

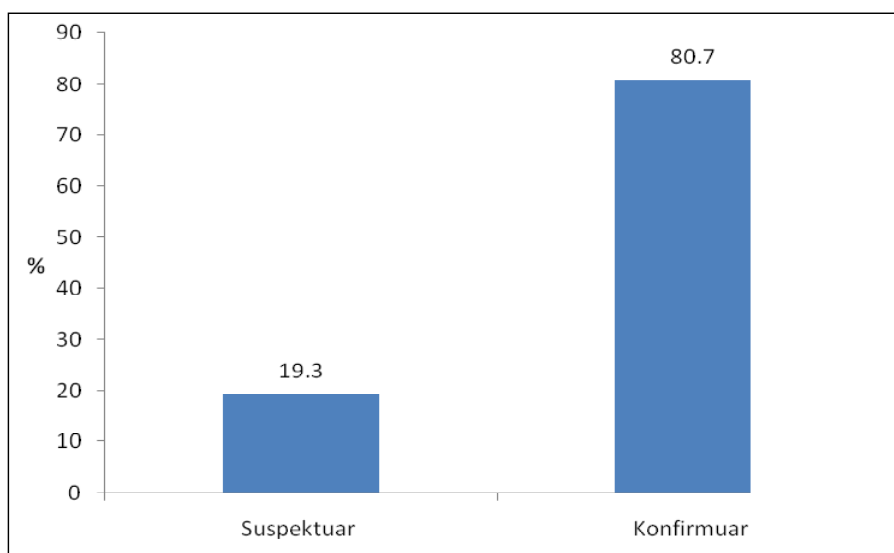


Në shpërndarjen e rasteve sipas gjinisë dhe viteve nuk vërehet ndryshim sinjifikant ndërmjet meshkujve dhe femrave ( $p=0.7$ ).

**Tabela 10. Shpërndarja e rasteve sipas rezultatit të ekzaminimit**

	Suspektuar (nr, %)	Konfirmuar (nr, %)	Total
L viscerale	63 (18.9)	270 (81.1)	333
L kutane	5 (25.0)	15 (75.0)	20
Total	68 (19.3)	285 (80.7)	353

**Grafiku 8. Shpërndarja e rasteve sipas rezultatit të ekzaminimit**



Shumica e rasteve të sëmundjes, 285 (80.7%) janë të konfirmuara krahasuar me 68 (19.3%) raste të dyshuara me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre,  $p > 0.05$ .

**Tabela 11. Rezultati i ekzaminimit sipas viteve**

Vite	Suspektuar	Konfirmuar
2005	8	62
2006	5	56
2007	10	56
2008	13	19
2009	13	28
2010	4	18
2011	5	9
2012	5	16
2013	5	21

Grafiku 9. Shpërndarja e rasteve sipas statusit të ekzaminimit

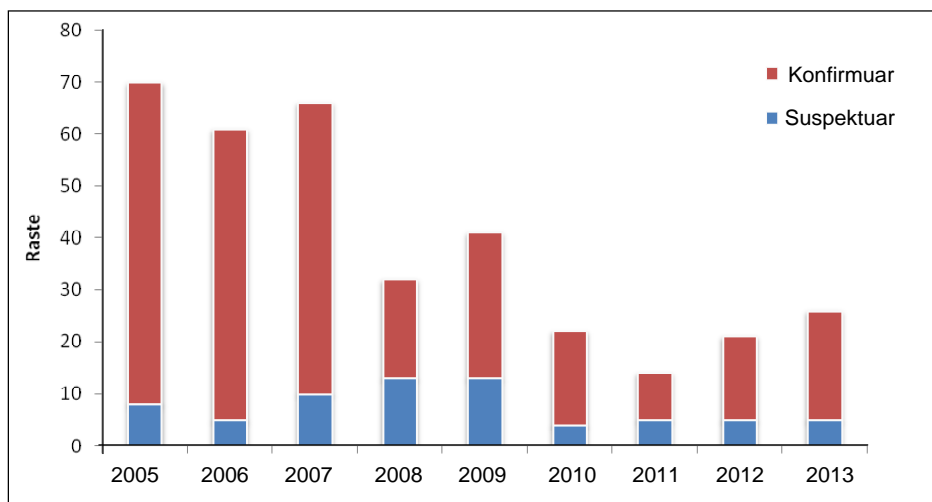


Tabela12. Shpërndarja e Leishmaniozës viscerale sipas grupmoshës, 2005-2013

Viti	<1vjeç	1-4 vjeç	5-14 vjeç	15-44 vjeç	45-59 vjeç	60+ vjeç	Total
2005	6	37	16	5	1	2	67
2006	7	37	8	4	1		57
2007	11	30	13	4		1	59
2008	3	15	7	4		1	30
2009	4	17	8	9	1	1	40
2010	4	13	1	1	2		21
2011		7	4	1		1	13
2012	3	10	6	1		1	21
2013	7	10	4	2	1		24
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>176</b>	<b>67</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>332</b>

Tabela 13. Shpërndarja e Leishmaniozës kutane sipas grupmoshës, 2005-2013

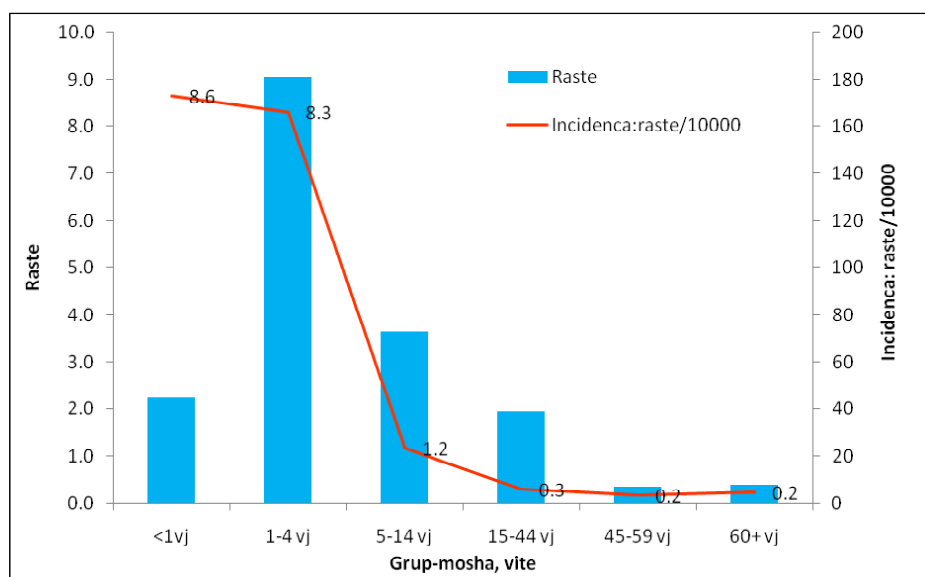
Viti	<1vjeç	1-4 vjeç	5-14 vjeç	15-44 vjeç	45-59 vjeç	60+ vjeç	Total
2005			1	2			3
2006		2		1	1		4
2007		1	2	3			6
2008			1			1	2
2009		1					1
2010		1					1
2011			1				1
2012							
2013				2			2
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>20</b>



**Tabela 14. Shpërndarja e LV dhe LK sipas grupmoshës, 2005-2013**

Viti	<1 vjeç	1-4 vjeç	5-14 vjeç	15-44 vjeç	45-59 vjeç	60+ vjeç	Total
2005	6	37	17	7	1	2	<b>70</b>
2006	7	39	8	5	2		<b>61</b>
2007	11	31	16	7		1	<b>66</b>
2008	3	15	8	4		2	<b>32</b>
2009	4	18	8	9	1	1	<b>41</b>
2010	4	14	1	1	2		<b>22</b>
2011		7	5	1		1	<b>14</b>
2012	3	10	6	1		1	<b>21</b>
2013	7	10	4	4	1		<b>26</b>
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>181</b>	<b>73</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>353</b>

**Grafiku10. Numri i rasteve dhe incidencia sipas grupmoshës të LV dhe LK**



Vërehet që incidencia më e lartë është në moshën <1 vjeç me 8.6 raste/10000 banorë, ndjekur nga grupmosha 1-4 vjeç me 8.3 raste/10000 banorë, dhe grupmosha 5-14 vjeç me 1.2 raste/10000 banorë.

**Tabela 15. Frekuenca e hospitalizimit dhe vdekjeve**

	Numri rasteve	Përqindje ndaj totalit (n=353)
Hospitalizim	311	88.1 %
Vdekje	2	0.6%

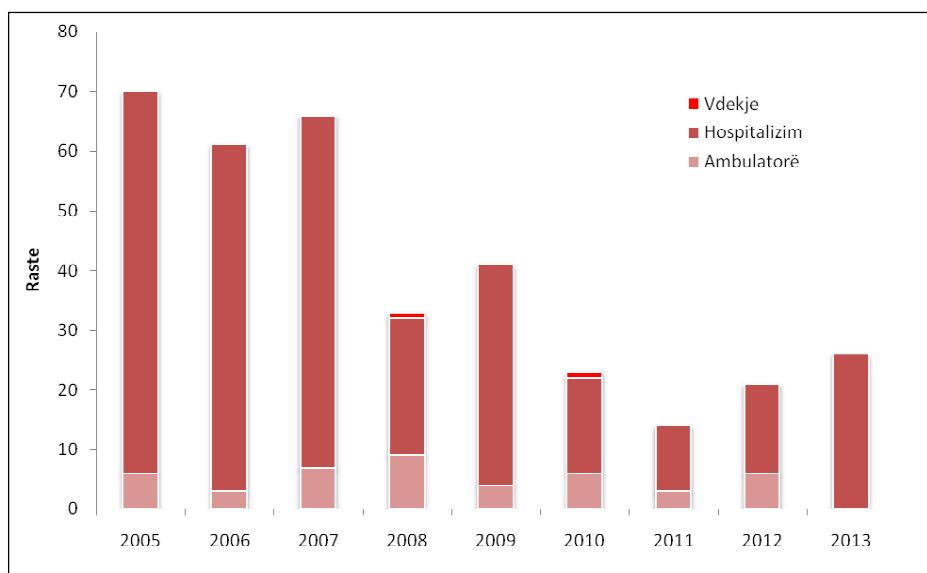
Vërehet që 311 ose 88.1% e pacientëve janë hospitalizuar.

Dy pacientë ose 0.6% e tyre kanë përfunduar në vdekje 95%CI (0.2 – 2.1).

**Tabela 16. Frekuenca e hospitalizimit dhe vdekjeve sipas viteve**

Vitet	Hospitalizim, (nr, %)	Vdekje
2005	64 (91.4)	
2006	58 (95.1)	
2007	59 (89.4)	
2008	24 (75.0)	1
2009	37 (90.2)	
2010	17 (77.3)	1
2011	11 (78.6)	
2012	15 (71.4)	
2013	26 (100)	

**Grafiku 11. Përqindja e hospitalizimit sipas viteve**



Vërehet që çdo vit janë hospitalizuar mbi 71% e pacientëve. Një vdekje ka ndodhur në vitin 2008 dhe një në vitin 2010.

Si përfundim, është shumë i rëndësishëm një diagnostikim i hershëm dhe i shpejtë për konfirmimin e sëmundjes, i cili çon në trajtim dhe mjekim më të shpejtë, si dhe kontrollin e rezervuarit, që në rastin e vendit tonë është qeni, me anë të hartimit të një Plani Kombëtar Monitorimi, i cili do të çojë në reduktimin e ngarkesës së sëmundjes në popullatë. Gjithashtu, në reduktimin e kësaj ngarkese, një faktor i rëndësishëm është përforsimi i survejancës së sëmundjes në të gjitha rrethet e vendit.

## Hetim sero-epidemiologjik i Hidatidozës gjatë periudhës 2009-2013

Valbona Gjoni, Erjona Abazaj, Luljeta Alla

Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

---

Ekinokokoza apo sëmundja Hidatike, është sëmundje zoonotike kozmopolitane me karakter problematik, e shkaktuar nga parazitët e gjinisë *Echinococcus*. Dy format më të rëndësishme të sëmundjes në njerëz janë Ekinokokoza kistike (Hidatidoza) dhe Ekinokokoza alveolare. Njerëzit infektohen nëpërmjet gëlltitjes së vezëve të parazitit nga ushqimet e kontaminuara, ujit, ose nëpërmjet kontaktit të drejtpërdrejtë me bujtësit definitivë. Periudha e inkubacionit zgjat nga disa muaj deri në disa vjet. Nga manifestimet klinike të shfaqura tek pacientët raportohet se, deri në 70 % të rasteve preket lobi i djathtë i mëlçisë i cili shoqërohet me dhimbje rënduese, dhe në 15 % të rasteve preket lobi inferior i pulmonit të djathtë i shoqëruar me dhimbje gjoksi, kollë, temperaturë deri edhe shfaqje të shokut anafilaktik. Në 15% të rasteve të tjera me Hidatidozë, lokalizimi i kisteve vërehet në organe të tjera si veshka, shpretka, truri, kocka etj.

Ekinokokoza është shpesh e kushtueshme dhe e komplikuar për t'u trajtuar dhe mund të kërkojë trajtim kirurgjik dhe/ose terapi medikamentoze të zgjatur. Sëmundja nuk ka imunoprofilaksi specifike dhe nuk ekziston as ndonjë kimioprofilaksi. Programet e parandalimit të përhapjes së ekinokokozës përfshijnë dehelminitizimin e qenve, përmirësimin e higjienës nëpër thertore dhe fushatat e edukimit publik. Më shumë se një milion njerëz preken nga Ekinokokoza më shumë se një herë në jetë. OBSH-ja (Organizata Botërore e Shëndetësisë) ka si objektivi që deri në vitin 2018 të kryejë vlerësimin efektiv të strategjive për kontrollin e Ekinokokozës kistike.

Ky raport sjell për profesionistët e sistemit shëndetësor vlerësimin e rezultateve dhe përfundimin e të dhënave reale të Hidatidozës në Shqipëri për periudhën 2009-2013, faktorët e riskut, si dhe incidencën dhe prevalencën e sëmundjes.

Të dhënat epidemiologjike janë mbledhur për periudhën 2009-2013 nga skedat individuale të raportimit të rasteve për kontrollin endemik të zoonozave, duke iu referuar triadës person-vend-kohë. Pacientët e diagnostikuar paraprakisht me metoda imazherike apo me trajtim kirurgjik u ekzaminuan me metodën imunoenzimike ELISA IgG, duke zbatuar me përpikmëri mënyrën e marrjes së gjakut, ruajtjes dhe përpunimit në kohë. Pacientët me rezultat diagnozë të dyshimtë iu nënshtruan një kontrolli të dytë me serum të ri, dy javë pas kontrollit të parë. Për rastet recidivë pas periudhës

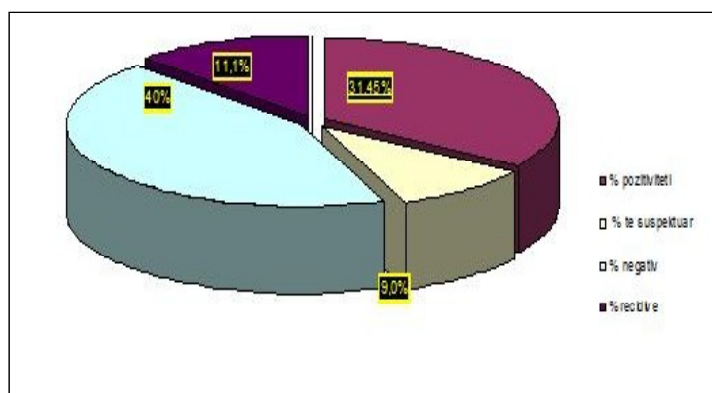
tranzitore 4-6 javë, u krye rikontroll i pacientit duke e serodiagnostikuar sërish dhe duke krahasuar të dhënat respektive.

Në këtë mënyrë është mundësuar diferencimi i rasteve, ku trajtimi kirurgjik apo kimioterapia kanë patur efektin e tyre në frenimin e sëmundjes në organizëm. Përlllogaritja dhe vlerësimi i rezultateve u krye duke u mbështetur në të dhënat bazë të protokolleve të kiteve diagnostike në përdorim. Rezultatet e analizave u përpunuan me programin Exel dhe Health Mapper. Kjo na mundësoi të dizenjojmë hartën seroepidemiologjike, të orientuar në kohë dhe hapësirë gjeografike për vendin tonë.

Si rezultat, gjatë pesë viteve 2009-2013, pranë Laboratorit të Parazitologjisë në Institutin e Shëndetit Publik u ekzaminuan 658 serume pacientësh të suspektuar.

Pozitiviteti i rasteve rezultoi në shkallën 31.4%, dhe 11.1% e rasteve të analizuara ishin recidivë.

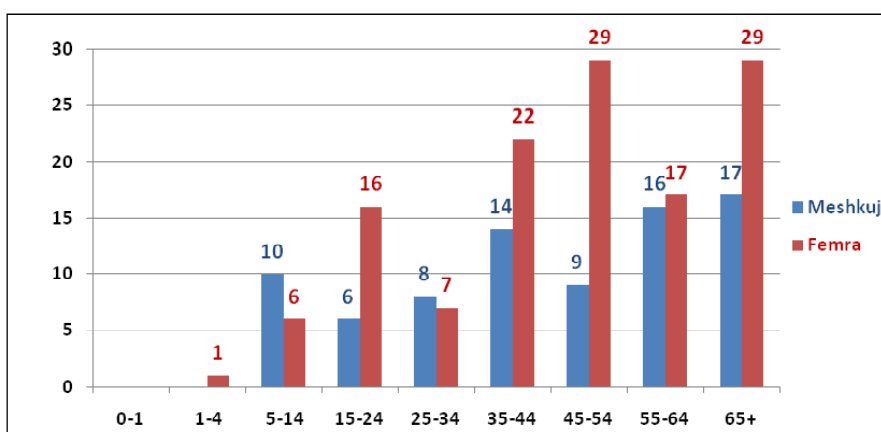
**Totali i rasteve të analizuar të shprehur në %(2009-2013)**



Incidenca relative e rasteve referuar kësaj periudhe (2009-2013) ishte nga 4.1% (2009) në 4.7% (2013); (raste/100000 banorë).

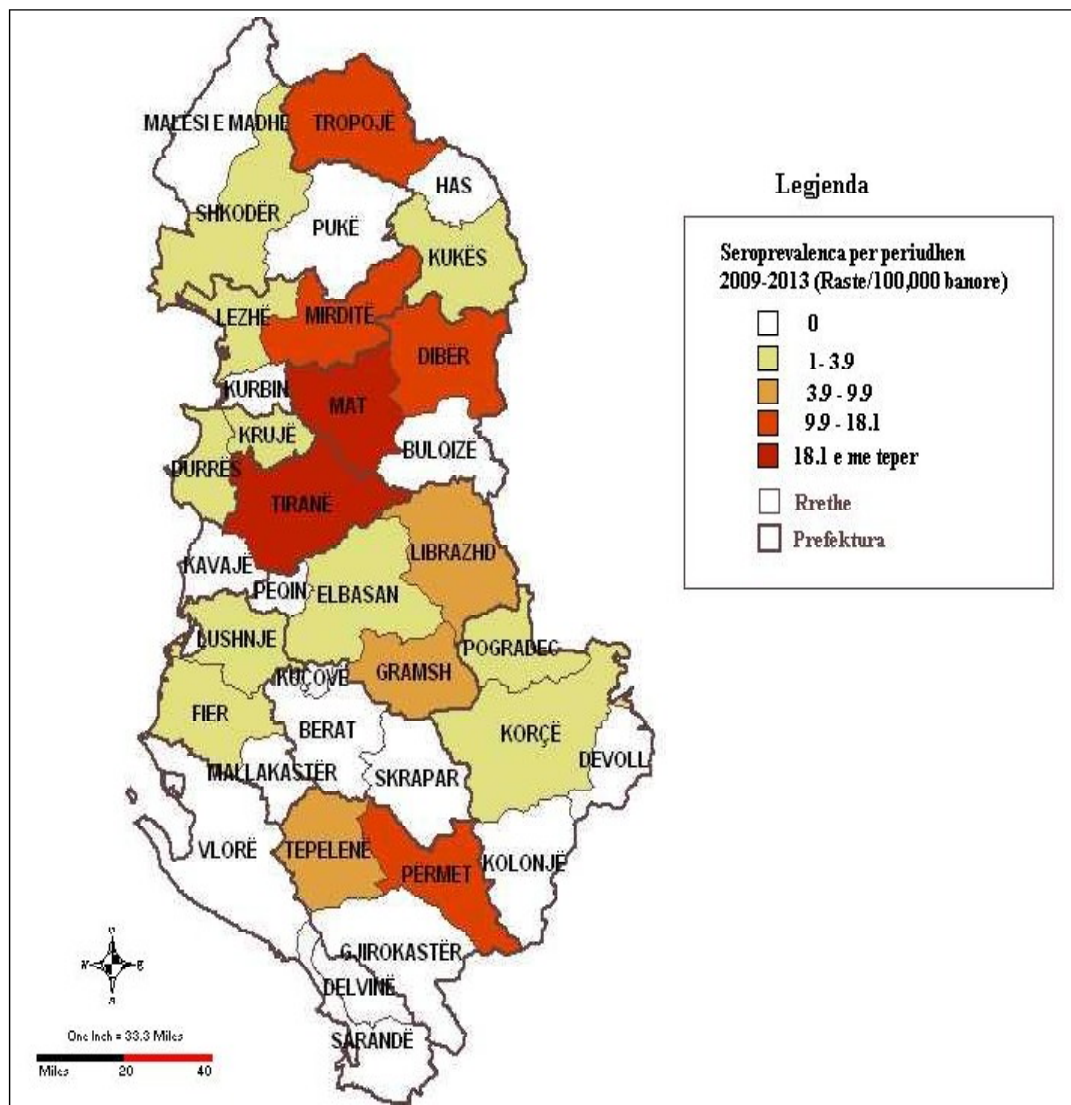
Shkalla maksimale e infestimit raporton se grupmoshat më të prekura janë femrat 45-54 vjeç dhe 65+ vjeç, si dhe meshkujt 65+ vjeç .

**Seropozitiviteti sipas grupmoshës dhe gjinisë (2009-2013)**



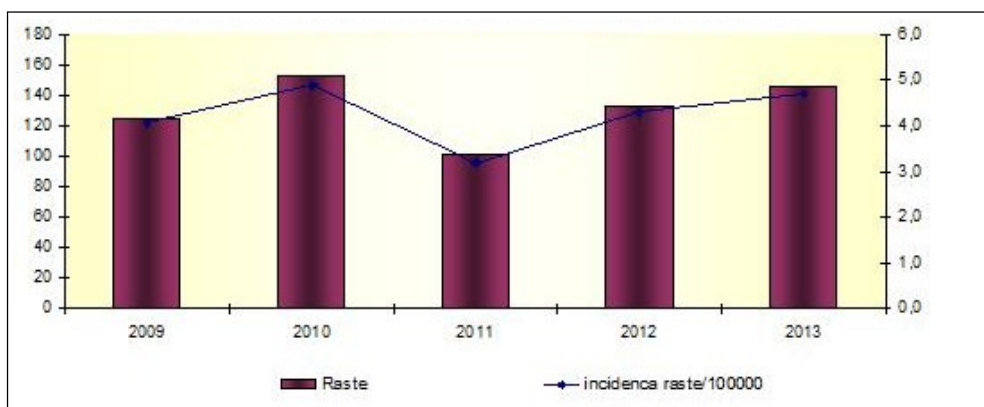
Në përfundim mund të themi se, Hidatidoza është e shpërndarë në rajone të ndryshme të Shqipërisë, por rrethet më të infektuara mbeten veçanërisht Tirana, Mati, Mirdita, Tropoja dhe Përmeti.

**Shpërndarja gjeografike dhe seroprevalenca e Hidatidozës për periudhën 2009-2013**



Seroprevalenca më e lartë paraqitet në vitin 2011(44.5%).  
 Vetëm një rast pozitiv paraqitet në grupmoshën 1-4 vjeç.  
 Femrat rezultojnë më të prekura sesa meshkujt (61.35%).  
 Niveli më i lartë i incidencës është vërejtur në vitet 2010 dhe 2013.

**Frekuenca e hasjes së Hidatidozës incidenca raste/100 000 banorë për periudhën 2009-2013**



Duke iu referuar kësaj periudhe (2009-2013), numri i rasteve të reja është rritur në  $\pm 22$  pacientë, krahasuar kjo me periudhën e studimit deri në vitin 2006, ku numri i rasteve të reja shkonte  $\pm 14$ . Organet më të prekura rezultojnë të jenë hepari 41.54 % dhe pulmonet 21.7 %. Rreth 85% e pacientëve i është nënshtruar trajtimit. Rastet e suspektuara me Hidatidozë nga ana klinike apo radiologjike dhe që janë konfirmuar paraprakisht me testin *ELISA*, kanë rezultuar plotësisht si të tilla (100%) edhe nga ana kirurgjike.

Deri më sot nuk ekziston asnjë studim apo raportim për përhapjen e Hidatidozës në nivel kombëtar. Një studim i tillë kompleks do të ishte i pamundur nga një specialist i vetëm. Duhet theksuar se është shumë i rëndësishëm bashkëpunimi i autoriteteve humane e veterinarë për kontrollin e sëmundjeve zoonotike (dhe në veçanti Hidatidozës si një sëmundje veçanërisht e neglizhuar).

Në mënyrë të veçantë rekomandohet që të kryhet rritimi i pacientëve pas trajtimeve të rekomanduara nga mjekët pasi teknikat serologjike, shoqëruar me mikroskopinë e likidit hidatik dhe anatomo-patologjinë, kanë avantazhin të sigurojnë elemente diagnostike në një numër të madh rastesh. Seronegativiteti në pacientët recidivë rekomandohet të vëzhgohet për 3-7 vjet pas trajtimit. 4-6 javë pas periudhës tranzitore postoperative dhe kimioterapisë së pacientëve me Hidatidozë, me funksionim të terapisë, vërehet rritje e antitropave IgG dhe më pas ulja e ngadaltë e tyre për 12-18 muajt në vijim. Nëse rritja e vlerave serologjike pas kësaj periudhe vazhdon, kjo duhet të na orientojë drejt rigjenerimit të sëmundjes. Dendësia e lartë e rasteve të vërejtura në rrethin e Tiranës, duhet të ketë lidhje me migrimin e madh të popullatës për gjatë këtyre viteve, dhe presupozohet se, infestimi mund të ketë ndodhur që në vendbanimet e hershme të tyre. Raportimet e fundit nga OBSH-ja, nënvizojnë rëndësinë që i duhet dhënë kontrollit për një sistem efektiv aktiv survejance kombëtare për të zbuluar ndryshimet në incidencën e sëmundjes, me qëllim drejtimin e strategjive adekuate për kontrollin dhe parandalimin e saj.

## Gjenotipet e hepatitit C në Shqipëri

Lila Shundi, Brunilda Vila, Silvia Bino

Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive dhe i Epidemiologjisë

---

Hepatiti C është problem madhor i shëndetit publik në mbarë botën. Në Shqipëri, prevalenca e infeksionit me HCV në popullatë, varion nga 0.9 – 1% , ndërsa në grupet e riskut varion nga 28 – 33%. Deri ne vitin 2005, diagnoza dhe studimet për HCV në Shqipëri, bazoheshin në metodat imunologjike ekzaminuese, të tilla si *Enzyme Immunoassay* (EIA), *Enzyme-linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Recombinant Immunoblot Assay* (RIBA), etj., të pamjaftueshme për të plotësuar algoritmin laboratorik dhe studimet epidemiologjike mbi hepatitin C.

Në vitin 2006 vihet në funksion në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP), Laboratori i Biologjisë Molekulare (LBM), i cili ndër synimet kryesore të tij ka pasur edhe zhvillimin e metodologjive molekulare të kërkimit, diagnostikimit dhe ato të epidemiologjisë molekulare, në lidhje me HCV, me qëllim rritjen e cilësisë së aktivitetit monitorues dhe të kontrollit të këtij infeksioni.

Ne periudhën 2008-2010, LBM ndërmer studimin e parë epidemiologjik molekular në Shqipëri për identifikimin e gjenotipeve HCV qarkulluese në vend si dhe për vlerësimin e frekuencave relative dhe ndryshimet në shpërndarjen e gjenotipeve HCV në varësi të mënyrës së transmetimit, moshës dhe korrelacionet me tiparet klinike, në disa nga grupet e riskut duke plotësuar kështu boshllëkun në informacion në lidhje me këtë fushë.

Gjenotipet HCV janë shënjes të rëndësishëm epidemiologjikë, dhe mund të ndikojnë në ndjeshmërinë dhe specificitetin e metodave diagnostike për detektimin e HCV-së. Për shkak të grumbullimeve gjeografike të gjenotipeve të caktuar, gjenotipi mund të shërbeje si mjet i dobishëm për të zbuluar burimin e një shpërthimi epidemik me HCV në një popullatë të caktuar. Gjenotipi HCV i kombinuar me shënjes të tjerë, të tillë si vlerësimi sasior i ARN-së së HCV, mund të jetë i dobishëm në menaxhimin e hepatitit C në përzgjedhjen e kandidatëve për terapinë me antiviralë.

Kështu, gjenotipi përbën boshtin kryesor në përcaktimin e terapisë. Fillimisht ka rëndësi prognostike në parashikimin e shanseve për një përgjigje të suksesshme të pacientit ndaj një terapie të caktuar (pacientët me gjenotip 2 dhe 3 i përgjigjen më mirë terapisë me antiviralë sesa ata me gjenotip 1), më pas së bashku me vlerat e ngarkesës virale, kthehet në një faktor të rëndësishëm për përcaktimin e kohëzgjatjes së trajtimit.

Metodat molekulare që përdoren në ISHP për gjenotipizimin e HCV-së janë: *HCV Genotype Assay* (LiPA, Bayer) dhe *HCV Linear Array* (Roche).

Në Shqipëri janë identifikuar katër gjenotipe kryesore (1, 2, 3, 4) dhe nëntipat e tyre (1a, 1b, 2a/c, 3a, 4a, 4c, 4e).

Karakteristikat demografike, virologjike dhe gjenotipet e të gjitha grupeve të studiuara janë paraqitur në Tabelën 1.

**Tabela 1: Karakteristikat demografike, virologjike dhe gjenotipi i populates se studiuar.**

Variabli	Pacientët me probleme hepatologjike	Pacientët me Beta-talasemi major	Pacientët me Dializë
<b>Nr.</b>	160	22	33
Raporti burra /gra	1:1	1:1	2:1
Mosha mesatare (vjeç)	45	18	46
Grup-mosha (vjeç)	16-73	5-27	22-68
Niveli mesatar i ARN e HCV (IU/ml)	936,000	1,265,000	531,000
<b>Gjenotipet (%)</b>			
1 (1a, 1b, 1a/1b)	57	77	97
2 (2a, 2a/2c)	35	4.5	-
3 (3a)	4	-	-
4 (4a, 4c, 4e)	4	18.5	3

Gjenotipi 1 (nëntipi 1b) është mbizotërues në Shqipëri (65.6 %), ndërmjet gjithë grupeve dhe pacientëve që e kanë marrë infeksionin me HCV nëpërmjet transfuzionit të gjakut apo ekspozimeve të tjera parenterale.

Gjenotipi 2 (nëntipi 2a/2c), i dyti për nga prevalenca (26%), është më i zakonshëm në popullatën e përgjithshme dhe grupin e pacientëve me probleme hepatologjike.

Vitet e fundit është identifikuar në Shqipëri, sikurse në vendet fqinje me të, gjenotipi 4 (5.6%) i cili zakonisht qarkullon në Egjipt dhe Afrikën Qëndrore.

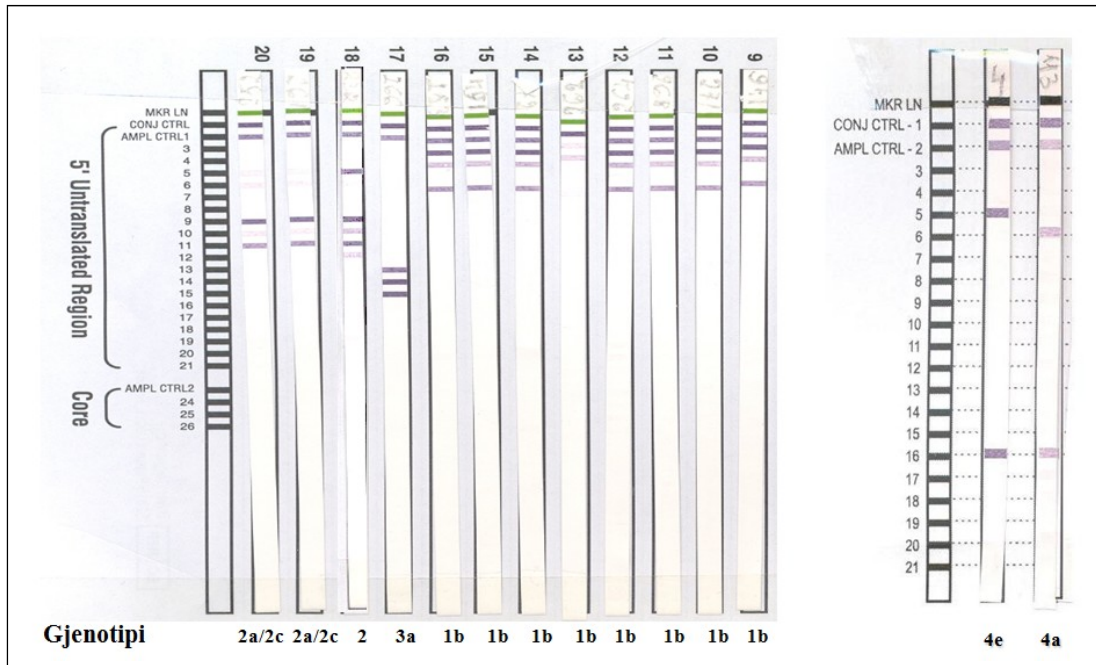
Gjenotipi 3 (2.8 %) mbizotëron te përdoruesit e drogave.

Përsa i përket pacientëve që i janë nënshtruar terapisë me antiviralë, ata me gjenotip 2 kanë një përgjigje më të mirë (95%) ndaj terapisë me interferon, sesa pacientët me gjenotip 1 (44%).

Nga studimet e kryera nga LBM, rezulton se përhapja e infeksionit me HCV në popullatën shqiptare, bëhet kryesisht në rrugë nosokomiale dhe nëpërmjet transfuzionit të gjakut dhe nënprodukteve të tij. Objektivi i rëndësishëm studimi në lidhje me hepatitin C në Shqipëri, mbetet identifikimi i tipeve qarkulluese në qendrat e dializës, si dhe lidhjet epidemiologjike ndërmjet tyre.



Figura 1: Modelet e tipizimit të HCV në Shqipëri.



## Nivelet e vdekshmërisë foshnjore dhe fëminore dhe raportit gjinor në lindje sipas strukturës, gjinisë dhe qarqeve për vitin 2013

**Bukurie Gega, Bajram Dedja, Eduard Kakarriqi**

Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

---

Niveli i vdekshmërisë foshnjore në Shqipëri për vitin 2013 është 7.2/1000 lindje të gjalla. Ministria e Shëndetësisë dhe INSTAT paraqesin treguesit duke u bazuar në të dhënat spitalore dhe ato të gjendjes civile. Një bashkëpunim më i mirë ndërmjet tyre do të jepte një nivel më të mirë të raportimit të këtij treguesi.

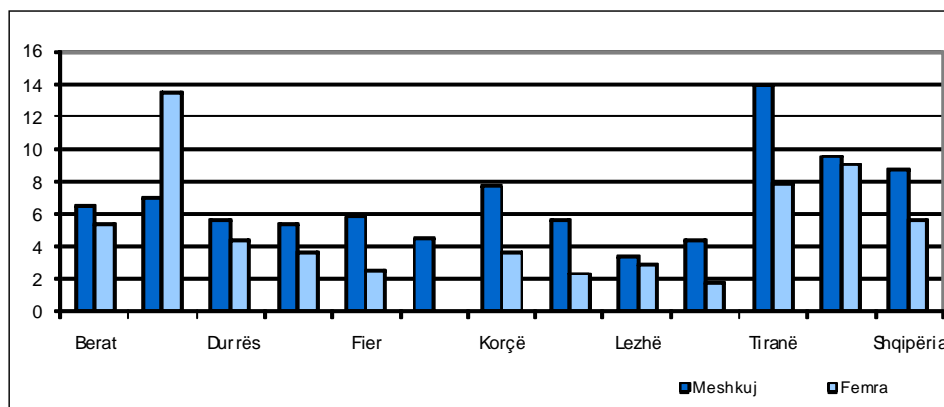
**Tabela 1. Vdekshmëria 0-1 vjeç dhe 1-4 vjeç sipas qarqeve të vendit për vitin 2013**

Qarqet	Vdekje 0-1 vjeç		Vdekje 1-4 vjeç	
	Meshkuj	Femra	Meshkuj	Femra
Berat	6.5	5.4	1.6	3.6
Dibër	7.0	13.5	2.8	3.0
Durrës	5.6	4.4	0.6	0.0
Elbasan	5.4	3.6	0.6	0.6
Fier	5.8	2.5	1.7	2.5
Gjirokastrë	4.5	0.0	0.0	0.0
Korçë	7.7	3.7	1.0	0.0
Kukës	5.6	2.3	0.0	4.5
Lezhë	3.4	2.8	0.0	0.0
Shkodër	4.3	1.8	1.7	0.9
Tiranë	14.0	7.9	1.8	0.5
Vlorë	9.6	9.0	2.1	1.1
Shqipëria	8.8	5.6	1.4	1.0

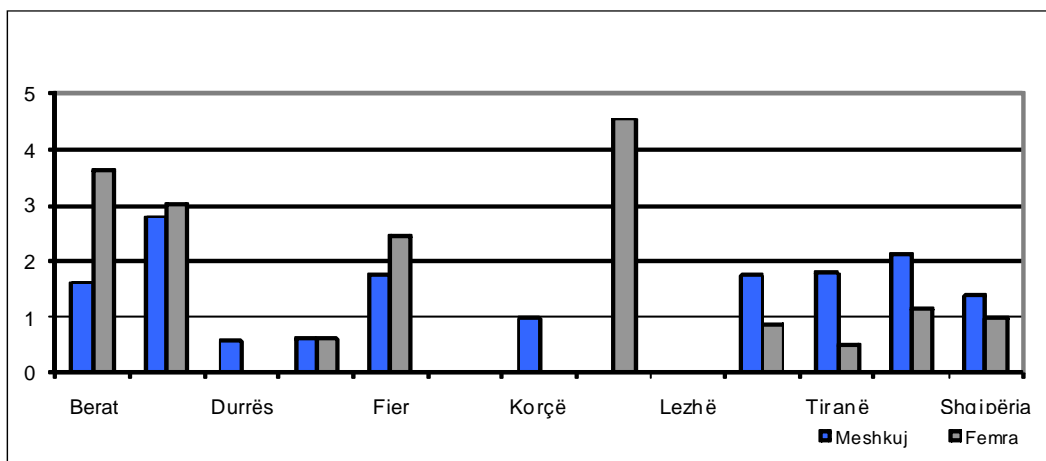
Nga tabela më lart vihet re se Dibra, Tirana dhe Vlora janë qarqet që kanë nivele më të larta të vdekshmërisë foshnjore, kurse lidhur me gjininë meshkujt paraqesin vdekshmëri më të lartë.

Të dhënat e tabelës janë paraqitur të veçuara në grafikët e mëposhtëm, sipas gjinisë për vdekshmërinë foshnjore dhe për vdekshmërinë femërore, për 12 qarqet e vendit për vitin 2013.

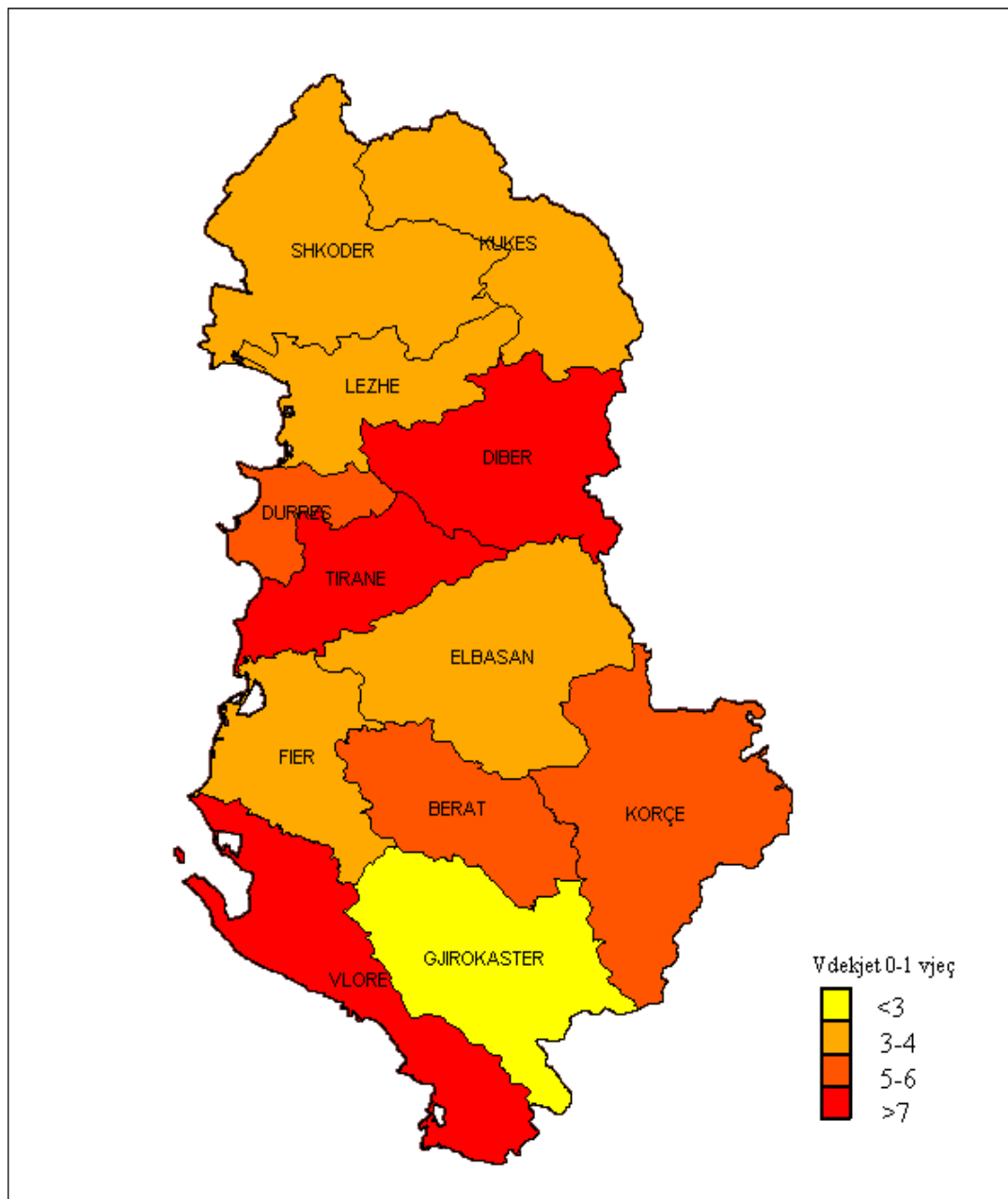
**Grafiku 1. Vdekshmëria foshnjore sipas gjinisë për vitin 2013**



**Grafiku 2. Vdekshmëria femërore sipas gjinisë për vitin 2013**



**Harta 1. Shpërndarja gjeografike e nivelit të vdekshmërisë foshnjore sipas qarqeve për vitin 2013**



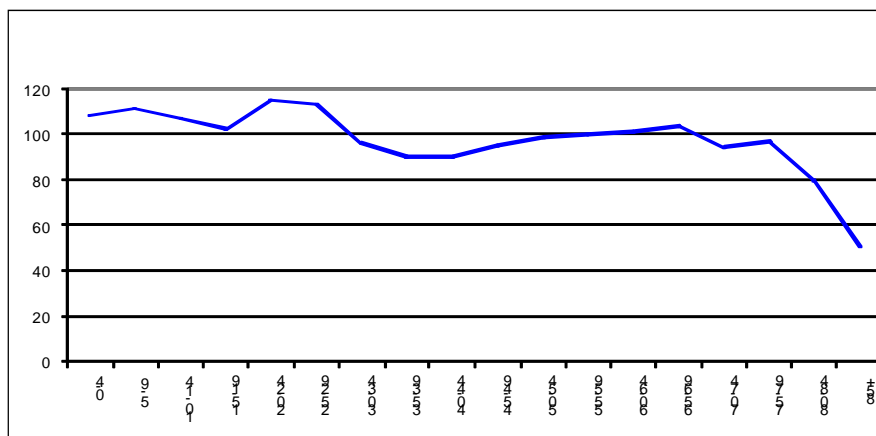
Raporti gjinor në lindje është 106 dhe sipas grupmoshave 101.1. Ky tregues vjen në rënie pas moshës 70 vjeç. Shpjegimi vihet re qartazi në tabelën e mëposhtme.

**Tabela 2. Raporti gjinor në lindje (m/f)**

<b>Qarqet</b>	<b>Raporti gjinor (m/f)</b>
Berat	112.1
Dibër	107.8
Durrës	110.6
Elbasan	100.7
Fier	105.9
Gjirokastrë	103.7
Korçë	95.4
Kukës	120.9
Lezhë	126.9
Shkodër	101.1
Tiranë	106.3
Vlorë	106.0
<b>Shqipëria</b>	<b>106.5</b>

**Tabela 3. Raporti gjinor i popullsisë sipas grupmoshave për vitin 2013**

<b>Grupmoshat</b>	<b>Raporti gjinor</b>
0-4 vjeç	108.7
5 - 9	111.6
10 - 14	107.1
15-19	102.5
20-24	115.5
25-29	113.6
30-34	96.2
35-39	90.1
40-44	90.0
45-49	95.0
50-54	98.7
55-59	99.7
60-64	101.1
65-69	103.3
70-74	94.3
75-79	96.6
80-84	79.8
85+	50.9
<b>Shqipëria</b>	<b>101.1</b>

**Grafiku 3. Raporti gjinor i popullsisë sipas grupmoshave për vitin 2013**

Raporti i popullsisë nën 15 vjeç ndaj popullsisë totale është në rënie dhe më i lartë tek meshkujt se tek femrat, por raporti i grupmoshës 65 vjeç e lart ndaj popullsisë totale është më i lartë tek femrat sesa tek meshkujt.

Kjo sepse vdekshmëria tek meshkujt në këtë grupmoshë është më e madhe, por në publikimet e INSTAT për vitin 2013 ne mund të gjejmë të dhëna vetëm për vdekshmërinë totale.

**Tabela 4. Nivelet në përqindje të grupmoshave specifike për popullsinë, viti 2013**

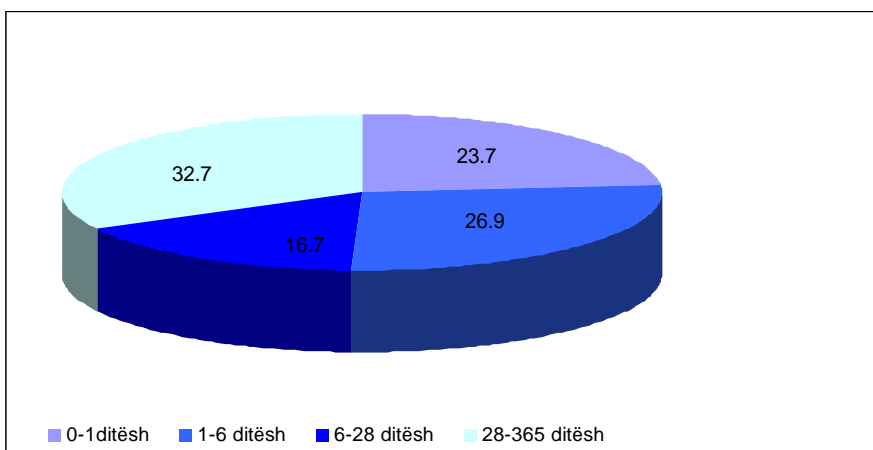
Grupmosha	Meshkuj	Femra
0-14 vjeç	20.6	19.1
65+	11.1	12.2
15-64	68.3	68.7
0-14 / 15-64	30.2	27.9
65+ / 15-64	16.2	17.8

**Tabela 5. Niveli i vdekshmërisë neonatale sipas qarqeve për vitin 2013**

Qarqet	Vdekshmëria neonatale
Berat	5.1
Dibër	2.2
Durrës	5.4
Elbasan	3.0
Fier	3.9
Gjirokastër	2.3
Korçë	3.2
Kukës	2.8
Lezhë	0.6
Shkodër	2.6
Tiranë	7.0
Vlorë	7.4
Totali	4.9

Vdekshmëria neonatale zë 67.3% të vdekshmërisë foshnjore, prandaj kujdesi shëndetësor gjatë kësaj kohe duhet të jetë më i madh dhe i vazhdueshëm. Për të bërë krahasimet sipas gjinisë do të na duheshin të dhënat meshkuj femra.

**Grafiku 4. Pësja specifike e vdekshmërisë foshnjore sipas grupmoshës**



## Karakteristika të përdorimit të disa barnave psikotropë te të moshuarit e qytetit të Tiranës

Alban Ylli<sup>1</sup>, Sonela Xinxo<sup>1</sup>, Jeta Lakrori<sup>2</sup>, Eduard Kakarriqi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore;

<sup>2</sup>Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor.

---

Një bar psikotrop është një substancë natyrale apo sintetike, e cila duke arritur në sistemin nervor qendror shkakton ndryshime cilësore dhe sasiore të funksionit të tij. Gjatë përthithjes në organizëm, psikotropët japin efekt jo vetëm në sistemin nervor, por dhe në organe të tjera, ndaj ata mund të kenë efekte si në tru, ashtu dhe në nivelin periferik.

Psikotropët janë barnat më të përdorura dhe në mënyrë të papërshtatshme nga të moshuarit. Pasojat që sjell përdorimi i papërshtatshëm i barnave psikotropë te të moshuarit, konsiderohet sot një çështje e shëndetit publik.

Ky studim jep informacion mbi nivelin dhe karakteristikat e përdorimit të psikotropëve te të moshuarit 65-74 vjeç të qytetit të Tiranës, duke e krahasuar me katër popullata të ndryshme të përfshira në studimin ndërkombëtar të mobilitetit te të moshuarit (International Mobility in Aging Study – IMIAS). Të dhënat janë marrë nga faza e parë e studimit të IMIAS (International Mobility in Aging Study) në pesë qytete, i kryer gjatë periudhës Shtator-Dhjetor 2012. Në studim janë përfshirë individë të moshës 65-74 vjeç që jetojnë në komunitet, me vendbanim në Kingston (Ontario, Kanada), Saint-Hyacinthe (Kebek, Kanada), Tiranë (Shqipëri), Manizales (Kolumbi) dhe Natal (Brazil). Në pesë qytetet ku u zhvillua studimi, janë përdorur procedura dhe mjete identike të matjes. IMIAS ka marrë aprovimin nga bordet e etikës të secilit vend, dhe ka respektuar rregullat etike në përfshirjen e personave në studim. Nga studimi janë përjashtuar personat të cilët bënin 4 ose më shumë gabime në pyetësinë paraprak të orientimit (Leganes Cognitive Test - LCT), një test i vlerësimit të demencës për popullatat me arsimim të ulët.

### Kampionët e përfshirë në studim:

- a) Tirana me rreth 750.000 banorë. Në Tiranë, studimi IMIAS përfshiu 394 persona (188 burra dhe 206 gra), të përzgjedhur rastësisht dhe të ftuar përmes regjistrave të qendrave shëndetësore.
- b) Kingston është një qytet me 110.000 banorë në Kanada. Pjesëmarrësit (398 total, 186 burra dhe 212 gra) u përfshinë në studim duke iu përgjigjur një letre të dërguar nga mjeku i tyre i familjes.



c) Saint-Hyacinthe është një qytet i vogël frankofon në Kanada me 50000 banorë. Rekrutimi i 401 personave (191 burra dhe 210 gra) u krye si në Kingston.

d) Manizales është një qytet në Kolumbi me afërsisht 450000 banorë. Në total 400 persona (198 burra dhe 202 gra) u përfshinë në studim në mënyrë të rastësishme nga qendrat shëndetësore publike.

e) Natal, qytet në Brazil, në total 402 persona të moshuar (192 burra dhe 210 gra) u përzgjedhën rastësisht dhe u përfshinë në studim nga 5 qendra shëndetësore, në 5 lagje të qytetit.

### **Ndryshorët e marrë në studim:**

Përdorimi i psikotropëve nga burrat dhe gratë e moshës 65-74 vjeç

Të anketuarit u pyetën nëse merrnin aktualisht ndonjë bar. Nëse po, ata u ftuan për të treguar emrat e barnave të përdorura, si dhe u verifikuan kutitë e barnave. Për qëllimet e studimit tonë, janë marrë në konsideratë vetëm barnat psikotropë. Këto barna u klasifikuan në analgjezikë/anti-epileptikë/anti-Parkinson (N02, N03, N04), në anksiolitikë dhe qetësues/hipnotikë (N05B, N05C), si dhe kundër depresionit (N06A). Të anketuarit janë pyetur mbi barna të cilat janë marrë me/pa recetë nga mjeku.

### **Depresioni**

Në studim është përdorur Shkalla e Depresionit të Qendrës për Studime Epidemiologjike me 20 pika (CES-D) me qëllim vlerësimin e simptomave të depresionit gjatë javës së kaluar. Rezultatet maten me pikë (score) dhe rezultati i mundshëm luhet në rangun 0-60 pikë. Në këtë studim, depresionin e kemi përkufizuar si një rezultat në CES-D të barabartë ose më të madh se 16, çka është tregues i një diagnoze të mundshme depresioni, ose i riskut të lartë për depresion.

Për përpunimin e të dhënave është përdorur analiza deskriptive për të treguar përqindjen e përdorimit të psikotropëve (sipas klasave, gjinisë dhe mënyrës së marrjes së barnave psikotropë) si dhe përqindjen e pranisë së riskut për depresion sipas gjinisë dhe qyteteve.

Rezultatet

Sipas tabelës 1, niveli i përdorimit të psikotropëve në qytetin e Tiranës është i njëjtë si për burrat dhe për gratë (respektivisht 29.8 dhe 30.1). E krahasuar me qytetet e tjera të përfshirë në studim, burrat në qytetin e Tiranës kanë një nivel përdorimi më të lartë në krahasim me qytetet e tjera. Ndërsa niveli i përdorimit të gratë në Tiranë është më i ulët se në Quebec, por i njëjtë me Ontario dhe Manizales.

Tabela 1 . Përdorimi i psikotropëve sipas popullatave dhe gjinisë

Lloji i psikotropit përdorur	i të		Anksiolitik/ sedativ/ hipnotik	Antidepresiv	Analgjektiv	Të një psikotrop
	m	n				
Natal (Brazil)	m	n=192	1.6	0.5	2.6	3.6
	f	n=210	3.3	4.8	8.6	14.8
Manizales (Kolumb)	m	n=198	1.0	7.1	11.6	19.2
	f	n=202	0.0	6.4	24.3	29.1
Tirana (Shqipëri)	m	n=188	5.3	1.6	23.9	29.8
	f	n=206	7.8	0.5	24.3	30.1
St. Hyacin. Quebec Kanada	m	n=191	8.4	4.7	12	22.5
	f	n=210	12.4	15.7	21.0	38.1
Kingston (Ontaria Kanada)	m	n=186	5.4	13.4	9.7	23.7
	f	n=212	6.6	17.0	12.3	30.2

Analgjektivët zënë pjesën më të madhe të psikotropëve të përdorur në Shqipëri si tek burrat dhe te gratë, e krahasueshme me vendet e Amerikës Latine, ndërkohë që në Kingston ndër psikotropët më të përdorur janë antidepresivët.

Në Tiranë, gratë raportojnë një përqindje të lartë të përdorimit të anksiolitikëve me 7.8% në krahasim me burrat, por edhe me gratë e vendeve të tjera, me përjashtim të St. Hyacinthe në Kanada me 12.4 %. E kundërta ndodh me përdorimin e antidepresivëve, ku burrat dhe gratë e grupmoshës 65-74 vjeç që jetojnë në Tiranë, raportojnë nivelet më të ulëta të përdorimit të tyre (me përjashtim të burrave që jetojnë në Natal të Brazilit).

Tabela 2. Nivelet e depresionit sipas qyteteve të përfshira në studim (në %).

Qytetet përfshira studim	e në	Natal (Brazil)		Manizales (Kolumbia)		Tirana (Shqipëri)		St Hyacinthe (Quebec )		Kingston (Ontario)	
		m	f	m	f	m	f	m	f	m	f
Depresion (CES-D pikë) >16		6.8	37	20.2	31.7	29.8	47.6	38.7	37.6	8.1	12.3

Në tabelën 2 më sipër, paraqiten përqindjet e riskut për depresion sipas popullatave. Në qytetin e Tiranës, risku më i lartë për depresion është te gratë. Po të krahasojmë qytetet vihet re, që përqindja

më e lartë e riskut për depresion të gratë është në popullatën shqiptare me 47.6 %, ndërsa të meshkujt përqindja është më e lartë në St. Hyacinthe në Kanada (me 38.7 %).

Në tabelën 3 paraqitet mënyra e marrjes së barnave psikotropë, me recetë dhe pa recetë, sipas popullatave të marra në studim në %.

**Tabela 3. Niveli i përdorimit të psikotropëve (në %) sipas qyteteve dhe mënyrës së blerjes së tyre ( me recetë/pa recetë)**

Lloji psikotropëve		anksiolitik/ sedativ/ hipnotik	antidepresiv	analgjektiv	të paktën një psikotrop
Qytet	receta				
<b>Natal</b>	<i>me</i>	2.2	2.7	5.2	9
<b>(Brazil)</b>	<i>pa</i>	0.2	0	0.5	0.7
<b>Manizales</b>	<i>me</i>	0.5	6.8	17.5	23.8
<b>(Kolumbia)</b>	<i>pa</i>	0	0	1.3	1.8
<b>Tirana</b>	<i>me</i>	3.8	0.8	1.5	6.9
<b>(Shqipëri)</b>	<i>pa</i>	2.8	0.3	23.1	25.1
<b>St Hyacinthe</b>	<i>me</i>	10.2	10.5	14	28.9
<b>(Quebek Kanada)</b>	<i>pa</i>	0.2	0.2	3.7	4.2
<b>Kingston</b>	<i>me</i>	6	15.3	10.1	26.4
<b>(Ontario Kanada)</b>	<i>pa</i>	0	0	1.5	1.5

Në përfundim mund të themi se, në mënyrë konstante të burrat dhe gratë e moshës 65-74 vjeç, përqindja e barnave psikotropë të marrë pa recetë është më e madhe në popullatën e Tiranës në krahasim me popullatën e qyteteve të tjera të përfshirë në studim, dhe kjo më e theksuar për barnat analgjektivë. Pothuajse gjithmonë analgjektivët merren pa recetë, dhe rreth gjysma e anksiolitikëve gjithashtu merren pa recetë. Edhe në rastin e antidepresivëve që merren shumë rrallë, të të moshuarit shqiptarë, rreth 25% e rasteve i marrin pa recetë.

Si përfundim, në Tiranë vihet re një përqindje më e lartë e përdorimit të psikotropëve në krahasim me qytetet e Amerikës Latine, si dhe e krahasueshme me përdorimin në qytetet e Kanadasë. Në pjesën më të madhe psikotropët e përdorur janë analgjektivë dhe më pak antidepresivë.

Në krahasim me qytetet e tjera, në qytetin e Tiranës praktikisht në të gjitha rastet barnat analgjektivë, në pothuajse gjysmën e rasteve anksiolitikët, dhe në përqindje të konsiderueshme edhe antidepresantët janë përdorur pa recetë nga mjeku i përgjithshëm apo specialist. Një arsye e ndryshimit të mënyrës së marrjes së psikotropëve mund të jetë mënyra e ndryshme e organizimit të tregëtimit, apo dhe e metodës së rimbursimit të barnave në vendet e përfshira në studim.

Pavarësisht faktit të një përqindjeje të lartë të depresionit në këtë gruppopullatë në krahasim me vendet e tjera, niveli i përdorimit të antidepresantëve (si me recetë dhe pa recetë) në Tiranë është shumë i ulët krahasuar me këtë nivel përdorimi në vendet e tjera të Amerikës Latine apo Kanada. Për të gjetur arsyen e nivelit të ulët të përdorimit të antidepresantëve në popullatën e grupmoshës 65-74 vjeç nevojitet një analizim më i detajuar i situatës.

# Kontrulli bazë për përdorimin e alkoolit dhe duhanit

## Testi i depistimit për përdorimin e alkoolit dhe duhanit

**Roland Shuperka, Aulona Zotaj**

Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor,  
Sektori i Abuzimit me Substancat Duhan-Alkool.

---

Qëllimi i testit është të identifikojë individët që përdorin alkool dhe duhan, dhe të sigurohet ndërhyrja efektive e nevojshme.

Ky test është projektuar për t'u përdorur në kujdesin shëndetësor parësor, ku dëmtimet dhe pasojat e përdorimit të alkoolit dhe duhanit mund të kalojnë pa u dalluar.

Testi i depistimit (vlerësimi i riskut për alkool dhe duhan) është një pyetësor me 7 pyetje për alkoolin dhe 6 pyetje për duhanin, i cili duhet administruar nga një punonjës shëndeti në një kohë prej 5-7 minutash. Nëpërmjet pyetësorit merret informacion në lidhje me alkoolin dhe duhanin, si dhe përcaktohet shkalla e rrezikut nga përdorimi. Më pas diskutohet me individin rreth përdorimit të tij. Pikët kategorizohen me rrezik “të ulët”, “të moderuar” ose “të lartë”. Duke iu referuar pikëve të testit përcaktohet nëse nuk ka nevojë për trajtim, jepen ndërhyrje të shkurtra, ose i referohet një specialisti për trajtim.

Testi mund të identifikojë një sërë problemesh lidhur me përdorimin e alkoolit dhe duhanit përfshirë intoksikimin akut nga alkooli, përdorimin e rregullt dhe varësinë ndaj tij.

Testi jep nivelin e rrezikut që lidhet me përdorimin e alkoolit dhe duhanit nga ana e individit, si dhe dhënie informacioni nëse përdorimi është i dëmshëm apo do të shkaktojë dëme në të ardhmen, në qoftë se ato vazhdojnë të përdoren në të njëjtën mënyrë.

Llogaritja e pikëve bëhet duke mbledhur pikët e të gjitha përgjigjeve që ka dhënë individi.

### **1. Zhvillimi i testit dhe lidhja me ndërhyrjet e shkurtra**

Për hartimin e pyetësorit janë përdorur shumë instrumenta dhe teknika si: një test më i shpejtë për t'u administruar në krahasim me testet ekzistuese për diagnostikimin e përdorimit të substancave; një test që dallon përdorimin e alkoolit dhe duhanit; një test që përdoret në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor; një test që mund të interpretohet lehtë dhe të përcaktohet ndërhyrja e nevojshme.

Ndërhyrjet e shkurtra kanë provuar se janë efektive, si dhe janë më se të vlefshme në menaxhimin e personave me probleme me alkoolin, duke plotësuar boshllëkun midis përpjekjeve të ndërhyrjes parandaluese dhe trajtimit më intensiv të personave me çrregullime serioze për shkak të abuzimit me alkoolin. Ndërhyrjet e shkurtra janë gjithashtu të vlefshme për të lehtësuar rastet e rënda të varësisë nga alkooli për trajtim të specializuar.

Ndërhyrja e shkurtër shërben për të përmirësuar shëndetin e popullsisë dhe grupeve të pacientëve, si dhe të individëve. Kur fillon një program sistematik testimi, përqsja e sistemit të ndërhyrjes së shkurtër tregon sesi punonjësit shëndetësor mund të përdorin ndërhyrje të shkurtra për t'iu përgjigjur tre niveleve të rrezikut: alkool pirje e rrezikshme, alkool pirje e dëmshme dhe varësi ndaj alkoolit dhe duhanit.

Ndërhyrjet e shkurtra nuk janë bërë për të trajtuar personat me varësi ndaj alkoolit, të cilët në përgjithësi kërkojnë ekspertizë më të madhe dhe menaxhim klinik më intensiv.

Punonjësit shëndetësorë mund të përdorin sistemin e ndërhyrjeve të shkurtra si një metodë efikase të promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve në komunitet.

Shumë duhanpirës mund të ndryshojnë sjelljen e tyre ndaj duhanit nëpërmjet këshillave të shkurtra nga profesionistë të shëndetit parësor. Të tjerë kanë nevojë për mbështetje të jashtme që mund të ofrohet nga klinika të specializuara për lënien e duhanit.

## **2. Arsyet për depistim për përdorimin e alkoolit dhe duhanit**

Përdorimi i alkoolit dhe duhanit është një barrë e rëndë për shëndetin publik në të gjithë botën. Përdorimi i tyre dhe rreziqet që i shoqërojnë në vazhdimësi çojnë në rritjen e nivelit të riskut, duke filluar nga niveli me risk të ulët (me raste ose përdorim joproblematik), në risk të moderuar (përdorim më i rregullt) deri në risk të lartë (përdorim të shpeshtë me risk të lartë). Përdoruesit me risk të lartë ose me varësi janë më lehtësisht të identifikueshëm nga mjekët. Është e qartë se përdorimi i alkoolit dhe duhanit që krijon varësi është i lidhur me një barrë të konsiderueshme të sëmundjes. Gjithashtu, edhe përdoruesit që nuk krijojnë varësi janë një barrë e rëndë për sistemin shëndetësor, pasi dëmet mund të jenë më të mëdha sesa ato të përdoruesve që kanë krijuar varësi. Prandaj pyetëtori është projektuar posaçërisht për të identifikuar dhe ndërhyrë në ata persona, të cilët janë duke përdorur substanca në një mënyrë të rrezikshme që mund të jetë fillimi i dëmtimit, duke përfshirë rrezikun e avancimit të varësisë.

Depistimi ka për qëllim të zbulojë probleme shëndetësore ose faktorë me risk të lartë në një stad të hershëm, para se të jenë shfaqur sëmundje serioze ose probleme të tjera. Ky pyetësor duhet të jetë pjesë e praktikës në mjediset e kujdesit shëndetësor për mirëmbajtjen e aktiviteteve parandaluese.

### **Kriteret për depistim:**

- Të ketë ndikim të rëndësishëm në shëndetin dhe mirëqenien e individëve dhe komunitetit.
- Depistimet dhe ndërhyrjet janë të pranueshme për personat që janë pozitiv në këtë test.
- Identifikimi i hershëm i shoqëruar me ndërhyrje, çon në rezultate më të mira sesa trajtimi i vonuar.
- Është një test i përshtatshëm në dispozicion të individëve i cili është i pranueshëm nga ana e tyre.

### 3. Kush mund ta përdorë testin?

Testi është përgatitur për t'u përdorur nga punonjës të kujdesit shëndetësor parësor.

Ata, veçanërisht, kanë mundësinë e identifikimit të stilit të përgjithshëm të jetesës së pacientëve si një pjesë rutinë e shërbimit të kujdesit shëndetësor, dhe janë një burim informacioni i besueshëm.

### 4. Cilët persona duhen depistuar?

Testi mund të përdoret në shumë mënyra për të vlerësuar përdorimin e alkoolit dhe duhanit nga individët. Në një botë ideale, të gjithë pacientët e kujdesit shëndetësor parësor duhet të depistohen çdo vit për përdorimin e substancave si pjesë e programeve të promovimit të shëndetit. Në qoftë se punonjësi shëndetësor depiston vetëm ata persona që ai mendon se kanë probleme me përdorimin e substancave, ai mund të humbasë persona të tjerë me dëme të shkaktuara nga përdorimi i këtyre substancave.

### 5. Problemet në lidhje me përdorimin e substancave

Ky është testi i parë i identifikimit duke përfshirë alkoolin dhe duhanin, si dhe mund të ofrojë ndihmë për punonjësit e kujdesit shëndetësor në identifikimin e nivelit të riskut nga përdorimi i tyre për një pacient. Është e rëndësishme të theksohet se, dëmet që vijnë nga përdorimi i alkoolit dhe duhanit shkaktojnë probleme të rënda shëndetësore dhe sociale për familjen, miqtë, ligjin, punën, shkollën apo financat e individit.

#### 1. Probleme shëndetësore specifike

Punonjësit e shëndetit që administrojnë pyetëtorin dhe japin ndërhyrje të shkurtra, duhet të jenë të ndërgjegjshëm për pasojat më të shpeshta që jep përdorimi i alkoolit dhe duhanit.

Konsumi i alkoolit dhe duhanit është një faktor riskues për një numër të madh problemesh shëndetësore dhe shkakton shumë sëmundje, paaftësi dhe vdekje. Problemet sociale janë gjithashtu të lidhura me varësinë nga alkooli dhe përfshijnë prishjen e marrëdhënieve me familjen dhe miqtë, si dhe vështirësi në procesin e studimit apo në punë. Për disa persona (meshkuj mbi 45 vjeç dhe gra pasi kanë kaluar menopauzën), konsumi i alkoolit në doza të vogla ka rezultuar (në studime të kryera në vende me të ardhura të larta) me ndikime pozitive në shëndet, konkretisht në reduktimin e sëmundjeve të zemrës. Kur thuhet doza të ulëta të alkoolit, nënkuptohet konsumi i një mesatareje 10g alkool në ditë për meshkujt dhe më pak se 10g alkool në ditë për femrat (një gotë birrë përmban 13g alkool, 100 ml verë ka afërsisht 9,5g alkool, 35 ml pije e fortë alkoolike me 40% alkool përmban 11 g alkool).

Gratë që konsumojnë alkool gjatë shtatzënisë janë të riskuara për të patur bebe me defekte në lindje, fëmijë me vështirësi në të mësuar dhe në sjellje të tjera, si dhe fëmijë me vonesa mendore. Si rezultat i konsumit të rregullt të alkoolit dhe duhanit zhvillohet toleranca dhe varësia ndaj tyre. Përdoruesit e alkoolit që kanë krijuar varësi mund të vuajnë simptomat e varësisë në qoftë se reduktojnë ose ndalojnë konsumin e alkoolit. Simptomat e varësisë përfshijnë dridhje, djersitje, ankth, të përziera, të vjella, diare, pagjumësi, dhimbje koke, hipertension, haluçinacione dhe konvulsione.

Risku në lidhje me problemet e alkoolit mbi normat e lejuara përfshin:

- Dehje, sjellje agresive dhe të dhunshme, aksidente dhe dëmtime, të përziera dhe të vjella.
- Reduktim të performancës seksuale dhe plakje para kohe.

- Probleme të tretjes, ulcera, inflamacione të pankreasit dhe presion të lartë të gjakut.
- Ankth dhe depresion, vështirësi në marrëdhëniet sociale, probleme financiare dhe në punë.
- Vështirësi me kujtesën dhe zgjidhjen e problemeve.
- Defekte në lindje dhe dëmtime të trurit të foshnjave të lindura nga gra shtatzëna që konsumojnë alkool.
- Dëmtime të përkohshme të trurit që çojnë në humbjen e kujtesës, deficite kognitive dhe probleme orientimi.
- Insult cerebral, dëmtim muskujsh dhe nervash.
- Sëmundje të mëlçisë dhe pankreasit.
- Kancer të gojës, fytit dhe gjoksit.
- Vetëvrasje.

### **Produktet e duhanit**

Përdorimi i produkteve të duhanit është një problem shqetësues i shëndetit publik dhe një ndër shkaktarët e shumë vdekjeve në botë. Përdorimi i produkteve të duhanit është një faktor riskues për një numër të madh problemesh shëndetësore, dhe rrit rrezikun e komplikacioneve për probleme të tjera shëndetësore siç është presioni i lartë i gjakut, diabeti dhe astma. Fëmijët e ekspozuar ndaj tymit të cigareve kanë një risk të lartë për të patur probleme shëndetësore si infeksione respiratore, alergji dhe astmë. Gratë shtatzëna që pijnë duhan janë shumë të riskuara për të abortuar, për të lindur bebe prematur, apo për të lindur bebe me peshë të vogël trupore. Gjithashtu, ekspozimi ndaj tymit të duhanit rrit riskun për probleme shëndetësore edhe tek njerëzit që nuk e pijnë duhanin.

Risqet që lidhen me përdorimin e produkteve të duhanit përfshijnë:

- Plakje të parakohshme dhe rrudhosje të lëkurës.
- Aftësi të reduktuara fizike dhe më shumë kohë që trupi të rigjenerohet pas një të ftohti ose pas një gripi.
- Infeksione respiratore ose astmë.
- Presion të lartë të gjakut dhe diabet.
- Abort, bebe prematur, dhe bebe me peshë të vogël.
- Sëmundje të veshkave, sëmundje kronike të mushkërive, sëmundje zemre, insult cerebral dhe sëmundje vaskulare.
- Kancer të ezofagut, gojës, fytit, mushkërive dhe gjirit.

Pyetëtori mund të administrohet vetëm ose i kombinuar me pyetësorë të tjerë si pjesë e një interviste shëndetësore, e një pyetëtori të stilit të jetesës ose si pjesë e një historie mjekësore.

Individët reagojnë mirë dhe japin përgjigje korrekte në lidhje me përdorimin e alkoolit dhe duhanit kur punonjësi i shëndetit: u tregon atyre se është duke i dëgjuar me vëmendje; është miqësor dhe nuk paragjykon apo gjykon përgjigjet; tregon ndjeshmëri dhe empati përballë tyre; jep informacion rreth qëllimit të realizimit të pyetësit; shpjegon me kujdes arsyet pse po pyet për përdorimin e alkoolit; u shpjegon se përgjigjet e tyre do ta ruajnë konfidencialitetin.

### **Interpretimi i pikëve të pyetësit**

Pyetëtori përcakton pikët e rrezikshmërisë për çdo substancë të përdorur, për të filluar një diskutim (ndërhyrje e shkurtër) me individët rreth përdorimit të substancave. Përgjigjet për çdo substancë

mund të jenë të kategorisë së riskut “të ulët”, “të moderuar” ose “të lartë”. Këto kategori rreziku përcaktojnë ndërhyrjen e nevojshme (pa trajtim, ndërhyrje të shkurtër ose referim te specialisti për trajtim).

### **Risku i ulët**

Personat me pikët “tre ose më pak” për duhanin dhe “10 ose më pak” për alkoolin, në pyetësor janë me risk të ulët për probleme në lidhje me përdorimin e substancave. Edhe pse ata përdorin substanca me raste, nuk përjetojnë ende probleme në lidhje me përdorimin e substancave dhe janë me risk të ulët për të zhvilluar probleme në të ardhmen, në qoftë se vazhdojnë me këto doza përdorimi.

### **Risku i moderuar**

Personat me pikë “midis 4 dhe 26” për duhanin dhe “11 dhe 26” për alkoolin janë me risk të moderuar për shëndetin dhe probleme të tjera. Disa probleme ata mund të jenë duke i përjetuar aktualisht. Vazhdimi i përdorimit të substancës në këto doza mund të bëjë që në të ardhmen të kenë probleme shëndetësore dhe probleme të tjera, përfshirë edhe mundësinë për të krijuar varësi. Risku rritet për ata që, në të kaluarën, kanë patur histori me probleme dhe varësi nga substancat.

### **Risku i lartë**

Grumbullimi i pikëve “27 ose më shumë” për individin për çfarëdo substancë (duhan dhe alkool) e vë atë në një risk shumë të lartë për varësi nga kjo substancë, dhe ka shumë mundësi që ai të përjetojë probleme shëndetësore, sociale, financiare, ligjore dhe probleme në marrëdhënie me të tjerët.

## **2. Zgjedhja e trajtimit duke u mbështetur në pikët e testit**

Karta e raportit përfundimtar plotësohet në fund të intervistës dhe plotësimit të pyetësorit. Ajo përdoret për t'i dhënë përfundimet individit rreth nivelit të riskut për përdorimin e substancave.

### **Risku i ulët**

Personat me risk të ulët duhet të marrin trajtim si zakonisht, dhe përfundimet e testit dhe pikët mund të diskutohen në qoftë se ka kohë në dispozicion. Personat me risk të ulët, ose që abstenojnë në përdorimin e substancave, duhet të inkurajohen për të vazhduar sjelljen e tyre në këtë mënyrë.

### **Risku i moderuar**

Personat me risk të moderuar e kanë të nevojshme marrjen e një ndërhyrjeje të shkurtër për 3-15 minuta. Ndërhyrja e shkurtër iu jep këtyre personave përfundimet e testit duke përdorur kartën e raportit të përfundimeve me teknika të thjeshta motivimi. Ndërhyrjet e shkurtra kanë treguar se janë efektive veçanërisht në reduktimin e sasisë së përdorimit të substancave prej individëve

### **Risku i lartë**

Ndërhyrje të shkurtra gjithashtu duhet t'u jepen edhe personave me risk të lartë. Një ndërhyrje e shkurtër nuk është e realizueshme si një trajtim më vete për përdoruesit me risk të lartë. Ndërhyrja e shkurtër mund të përdoret në këtë kontekst për të inkurajuar individët që të kontaktojnë me një specialist, për të marrë ndihmën e duhur në lidhje me përdorimin e substancës. Kjo ndihmë mund të



jepet nga një specialist i përfshirë në institucionin e kujdesit shëndetësor parësor ose për trajtim të specializuar në QSUT (për alkoolin).

Implementimi i programit të depistimit dhe i ndërhyrjeve të shkurtra kërkon një menaxhim efektiv të stafit dhe përfshin katër aspekte kryesore: planifikim, trajnim, monitorim, përfundime.

Më poshtë, po paraqesim edhe pyetëtorin e përdorur për vlerësimin e përdorimit të duhanit dhe alkoolit në komunitet.

PYETJA 1   Gjatë jetës tuaj, cilën nga këto substanca keni përdorur?		
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përlypje, etj)	Jo	Po
b) Pije alkoolike (birrë, verë, pije alkoolike, etj)	Jo	Po
Nëse të gjitha përgjigjet janë negative: “Nuk keni provuar edhe kur ishit në shkollë?” Në qoftë se “Jo” të gjitha pyetjeve, ndaloni intervistën. Në qoftë se “Po” ndonjë nga përgjigjet, pyetni P2 për çdo substancë të përdorur ndonjëherë.		

### Prezantim

**(ju lutemi, lexojani individëve ose përshtateni sipas kulturës së komunitetit tuaj)**

Pyetjet e mëposhtme ju kërkojnë informacion rreth eksperiencës së përdorimit të alkoolit, produkteve të duhanit gjatë jetës tuaj dhe në tre muajt e fundit. Këto substanca mund të tymosen, të gëlltiten, të thithen (tregoni kartën e përgjigjeve). Të jeni të sigurtë se ky informacion është konfidencial. Para se ta pyetni individin, jepini kartën e përgjigjeve të pyetësorit

Rrethi \_\_\_\_\_

Numri i individit ose Emri \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Gjinia M – F, Vjeç

Pikët e grumbulluara	
----------------------	--

PYETJA 2   Në tre muajt e kaluar sa shpesh keni përdorur substancat e përmendura.	Kurrë	Një herë ose dy herë	Çdo muaj	Çdo javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përlypje, etj)	0	2	3	4	6
b) Pije alkoolike (birrë, verë, pije alkoolike, etj)	0	2	3	4	6
Në qoftë se të gjitha përgjigjet për P2 janë “asnjëherë”, kaloni në pyetjen 6. Nëse ndonjë substancë është përdorur në tre muajt e fundit, vazhdoni me pyetjet 3,4 për çdo substancë të përdorur dhe pyetjen 5 për alkoolin.					

PYETJA 3   Gjatë tre muajve të fundit sa shpesh keni patur një dëshirë të fortë për të përdorur ?	Kurrë	Një herë ose dy herë	Çdo muaj	Çdo javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përlypje, etj)	0	3	4	5	6
b) Pije alkoolike (birra, verë, pije alkoolike, etj)	0	3	4	5	6

PYETJA 4  Gjatë tre muajve të fundit sa shpesh përdorimi i substancës ju ka çuar në probleme shëndetësore, sociale, ligjore ose financiare?	Kurrë	Një herë ose dy herë	Çdo muaj	Çdo javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përtypje, etj)	0	4	5	6	7
b) Pije alkoolike (birra, verë, pije alkoolike, etj)	0	4	5	6	7

PYETJA 5  Gjatë tre muajve të fundit sa shpesh keni dështuar në bërjen e atyre aktiviteteve që normalisht duhet t'i bënit për shkak të përdorimit të alkoolit?	Kurrë	Një herë ose dy herë	Çdo muaj	Çdo javë	Çdo ditë ose pothuaj çdo ditë
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përtypje, etj)					
b) Pije alkoolike (birra, verë, pije alkoolike, etj)	0	5	6	7	8

PYETJA 6  A ka shprehur shqetësim ndonjëherë, ndonjë i afërm ose miku juaj për përdorimin tuaj të duhanit dhe alkoolit?	Jo, Kurrë	Po, në tre muajt e fundit	Po, por jo në tre muajt e fundit
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përtypje, etj)	0	6	3
b) Pije alkoolike (birra, verë, pije alkoolike, etj)	0	6	3

PYETJA 7  A keni provuar ndonjëherë të reduktoni sasinë ose të ndaloni përdorimin e substancave por keni dështuar?	Jo, Kurrë	Po, në tre muajt e fundit	Po, por jo në tre muajt e fundit
a) Produkte duhani (cigare, duhan me përtypje, etj)	0	6	3
b) Pije alkoolike (birra, verë, pije alkoolike, etj)	0	6	3

## Krahasimi i treguesve të aborteve për periudhën 2009-2013

Alba Merdani<sup>1</sup>, Dorina Çanaku<sup>1</sup>, Prof.Dr.Eduard Kakarriqi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

<sup>2</sup>Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Në vitin 2013 janë raportuar në total 6638 aborte, 1208 raste më pak se në vitin 2012. Numri i skedave të ardhura në ISHP nga të gjithë qendrat raportuese është 4447, duke përfaqësuar 67% raportim të aborteve me skedën e abortit. Paraqitje më e detajuar e lindjeve dhe aborteve në Shqipëri, jepet në tabelën më poshtë:

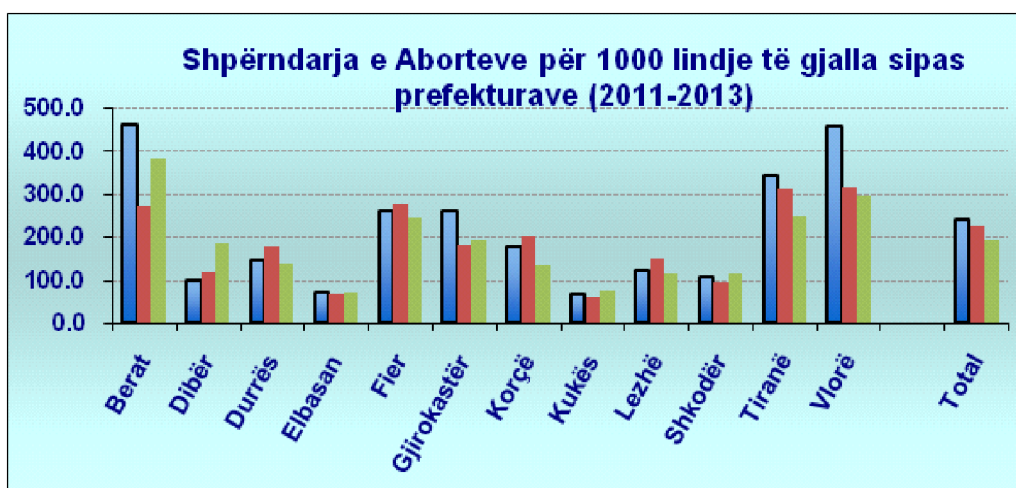
**Tabela 1 - Lindjet dhe abortet në Shqipëri (2009-2013)**

Emërtimi	Viti				
	2009	2010	2011	2012	2013
Lindje	34.044	33.856	34.297	34.974	33.994
Aborte (numër)	9.200	8085	8307	7846	6638
Aborte					
–për 1000 lindje të gjalla	270,2	238,8	242,2	224,3	195,3
Raporti:					
Lindje / Abort	3,7 : 1	4,2 : 1	4,1 : 1	4,5 : 1	5,1 : 1

*Shënim: Të dhënat mbi numrin total të lindjeve janë marrë nga MSH*

Siç shihet në tabelën e mësipërme, nga viti në vit njëkohësisht me uljen e numrit të lindjeve kemi rënie të numrit të aborteve totale. Raporti lindje/abort ka arritur në 5,1:1, që nënkupton se në vendin tonë afërsisht në 5 lindje kryhet 1 abort.

Grafiku 1. Aborte për 1000 lindje të gjalla sipas prefekturave për periudhën 2011 - 2013



Proporcioni i abortit (aborte për 1000 lindje të gjalla) në shkallë vendi ka pësuar ulje, duke shkuar në 195,3 për vitin 2013 krahasuar me 242,2 që ka qenë në vitin 2011. Ndër qarqet me proporcionin më të lartë të abortit për vitin 2013 përmendim Beratin (385,1), Vlorën (296,8) më pas Tiranën (248,6) e Fierin (244,6), pavarësisht se si numër rastesh më lart qëndron qarku i Tiranës me 2908 aborte të kryera.

Tabela 2. Përqindja e aborteve të kryera sipas llojit të abortit

Lloji i abortit (në përqindje)	v.2009	v.2010	v.2011	v.2012	v.2013
Ndërprerje	51,9	40	36,5	34,4	32,8
Abort spontan	48,1	60	63,5	65,6	67,2

Tabela 3. Përqindja e aborteve sipas grup-moshës së gruas

Gr-mosha	v.2009	v.2010	v.2011	v.2012	v.2013
14 – 19 vjeç	4,7	5,1	5,1	4,1	6,1
20- 34 vjeç	65,5	65,2	65,8	66,7	69,1
Mbi 35 vjeç	29,1	25,1	29,1	28,2	24,8
Pa deklaruar	0,6	4,6	0	1,0	0

Tabela 4. Përqindja e aborteve sipas vendbanimit të gruas

Vendbanimi	v.2009	v.2010	v.2011	v.2012	v.2013
Urban	67,9	68,6	64,9	65,1	61,2
Rural	32,1	31,4	35,03	34,9	38,8

Tabela 5. Përqindja e aborteve sipas shkallës arsimore të gruas

Niveli arsimor i gruas	v.2009	v.2010	v.2011	v.2012	v.2013
Fillor	2,6	2,3	2,3	2,8	3,2
8- vjeçar	45,5	43,7	47,4	45,9	50,1
I mesëm	36,3	36,8	35,8	34,9	31,7
I lartë	14,8	15,6	13,5	14,8	13,7
Pa deklaruar	0,8	1,6	1,0	1,6	1,3

**Tabela 6. Përqindja e aborteve sipas punësimit të gruas**

<b>Punësimi i gruas</b>	<b>v.2009</b>	<b>v.2010</b>	<b>v.2011</b>	<b>v.2012</b>	<b>v.2013</b>
<b>E punësuar</b>	21,6	22,2	18,0	19,0	16,3
<b>E papunë</b>	78,1	77,4	81,2	80,8	83,1

**Tabela 7. Përqindja e aborteve sipas sigurimeve shëndetësore të gruas**

<b>Sigurimet shëndetësore të gruas</b>	<b>v.2009</b>	<b>v.2010</b>	<b>v.2011</b>	<b>v.2012</b>	<b>v.2013</b>
<b>E siguruar</b>	19,5	20,1	16,5	19,8	21,2
<b>E pasiguruar</b>	80,3	79,4	83,0	80,1	78,4

**Tabela 8. Përqindja e aborteve sipas statusit martesor të gruas**

<b>Vitet</b>	<b>Statusi martesor i gruas</b>				
	<b>Beqare</b>	<b>E martuar</b>	<b>E ndarë</b>	<b>E Ve</b>	<b>Mungon</b>
<b>v.2009</b>	6,2	92,5	0,8	0,0	0,4
<b>v.2010</b>	7,0	92,0	0,8	0,0	0,2
<b>v.2011</b>	4,7	93,8	0,7	0,1	0,7
<b>v.2012</b>	6,2	93,0	0,8	0,1	0,0
<b>v.2013</b>	6,3	92,8	0,6	0,1	0,2

Midis grave që kanë kryer abort në vitin 2013, 28,4% e tyre nuk kanë patur lindje të gjalla më parë; 23,8% kanë patur një lindje të gjallë dhe 32,7% e tyre kanë patur 2 lindje të gjalla.

Midis grave që kanë kryer abort në vitin 2013, 28,4% e tyre nuk kanë aktualisht fëmijë, 23,7% e tyre kanë nga 1 fëmijë, 32,8% kanë 2 fëmijë dhe 3,5% kanë 4 fëmijë apo më tepër.

Në 2013, 84,1% e aborteve janë nga gra të cilat nuk kishin kryer ndërprerje më parë (aborte me kërkesë), 8,5% janë nga gra që kanë kryer 1 ndërprerje të mëparshme dhe 3,7% janë nga gra me 2 ndërprerje të mëparshme.

Në 2013, 90,6% e aborteve janë kryer nga gra të cilat nuk kishin patur aborte spontane më parë, 5,6% janë kryer nga gra që kanë patur 1 abort spontan të mëparshëm dhe 1,4% janë kryer nga gra të cilat kanë patur 2 aborte spontane të mëparshme.

Ndër arsyet e ndërprerjes së shtatzënisë, rreth 31,3% deklarohen me kërkesë të gruas dhe 51,6% për arsye shëndetësore të gruas.

Rreth 80% e aborteve kryhen brenda tremestrit të parë të shtatzënisë (më pak se 12 javë). Në vitin 2013, 8% e aborteve kryhen në 12-14 javë shtatzënie dhe 9,7% mbi moshën 15 javëshe të shtatzënisë. Ndërkohë që për shtatzënitë mbi 22 javë abortet e kryera zënë një shifër prej 2,6%.

Teknika kryesore për kryerjen e abortit në vitin 2013, në 49,4% të rasteve është dilatacion dhe kyretazh dhe në 36,2% të rasteve dilatacion dhe aspirim.

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK:  
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPËRI  
E-mail: [ishp@shendetesia.gov.al](mailto:ishp@shendetesia.gov.al)  
Tel: 04 23 74 756  
Fax: 04 23 70 058