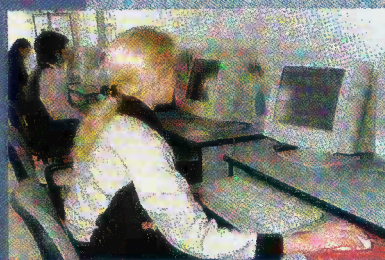




# BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK

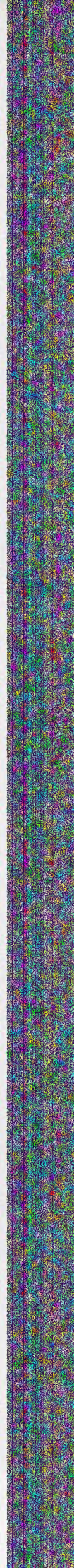
Institute of public health bulletin



2-2009

**BULETINI**  
**I INSTITUTIT**  
**TË SHËNDETIT PUBLIK**  
Institute of public health bulletin

**2-2009**



Alban YLLI  
Silva BINO  
Eduard KAKARRIQI

Drejtor  
Shefe e Dep.te semundjeve infektive  
Shef i Dep.Epidemiologjise se  
semundjeve kronike  
Shef i Dep.Mjedisit dhe shendetit  
Shefe e Dep. te botimeve  
Koordinator e buletinit

Arben LUZATI  
Besa BUDO  
Gledjona TOLA

Realizimi për botim dhe grafika Genc MUSA

Adresa : Instituti i Shëndetit Publik  
Rr. Aleksandër Moisiu Nr. 80  
Tiranë ALBANIA  
Tel / Fax. 00355 43 700 58  
Email: iphealth@sanx.net

Publikimi i Buletinit të I.SH.P.  
u sponsorizua nga :  
Instituti i Shëndetit Publik dhe Ministria e Shëndetësisë

## PËRMBAJTJA

### 1. STUDIMI DEMOGRAFIK DHE SHENDETESOR NE SHQIPERI (ADHS)

*ELIZANA PETRELA (ZAIMI), LANTONA SADO*

### 2. ASPEKTE EPIDEMIOLOGJIKE TE BRUCELOZES PER PERIUDHEN 1960-2006 NE RRETHET SARANDE-DELVINE

*LULJETA ALLA , DHIMITRAQ DHAME, EUGENA ERINDI,  
VALBONA GJONI, REDONA DUDUSHI*

### 3. NEGOCIMET ME FOKUS MESHKUJT ME SYNIM RRITJEN E KERKESES PER PERDORMIN E METODAVE TE PLANIFIKIMIT FAMILJARE

*BORIS MISKA*

### 4. SURVEJANCA E DEFEKTEVE TE LINDURA NE SHQIPERI

*DORINA ÇANAKU MD. MPH, ERVIN TOÇI MD. MPH,  
EDUARD KAKARRIQI MD, MSc, PhD, PROFESSOR,  
ALBA MERDANI MPH*

### 5. MATJA DHE TENDENCA E VARFERISE DHE TE PABARAZISE NE SHQIPERI, 2002-2005

*ROVENA CELIKU*

## STUDIMI DEMOGRAFIK DHE SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI (ADHS)

Elizana Petrela (ZAIMI), Lantona SADO

ADHS siguron informacion të pasur mbi popullsinë karakteristikat e ekonomive familjeve, migrimit, arsimit, të fertilitetit, planifikimit familjar, vdekshmërisë foshnjore dhe të fëmijëve, shëndetit riprodhues, shëndetit të fëmijëve, sjellja seksuale, HIV/AIDS dhe seksualisht sëmundje të transmetueshme, praktikat e ushqyerjes me gji, barazine gjinore gjinore dhe dhunën në familje.

Përmes këtij studimi:

- U sigurohet vendimarrësve shqiptare, informacion i nevojshem për hartimin e politikave
- Mblidhet informacion mbi popullatën, shëndetin, ushqyerjen, shkallën e Anemise (niveлин e Hb), vlerat e TA
- Maten diferencat e treguesve të fertilitetit në shkallë vendi dhe përdorimi i metodave të planifikimit familjar
- Sigurohet një database, e cila mund të përdoret nga studiuesit me të dhëna për popullatën, shëndetin dhe ushqyerjen
- Përmirësohet metodologjia e kerkimit në Shqipëri

Gjetjet:

Shkalla e përgjigjes

			%
o Familje të zgjedhura	8,993		
o Familje të kontaktuara	8,168	91%	
o Familje të intervistuar	7,999	98%	
o Gra të zgjedhura	7,733		
o Gra të intervistuar	7,584	98%	

**Të dhëna demografike**

Gra dhe burra të moshës 15-49 vjeç

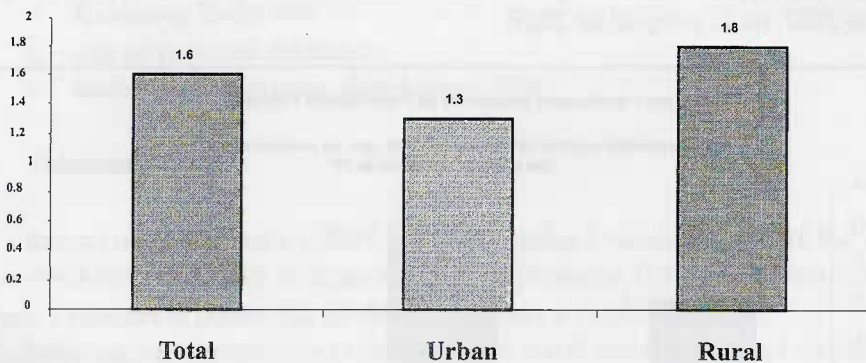
- o Coastal 28%
- o Qëndrore 46%
- o Malore 10%
- o Tirana urbane 16%
  
- o Popullatë Urbane 45%
- o Popullatë Rurale 55%
  
- o Të martuar 65%
- o Shqiptarë 98%

**Fertiliteti dhe Planifikimi Familjar**

- o Total fertility rate (TFR): 1.6
- o Preferencat në fertilitet lidhen ngushtësisht me numrin e fëmijëve që gruaja ka. Dëshira për të patur fëmijë bie dukshëm pas lindjes së parë. Përqindja e grave që nuk duan më fëmijë varion nga 22 % tek gratë që kanë një fëmijë, në 77% tek gratë me dy fëmijë dhe 90 % tek gratë me katër apo më shumë fëmijë.

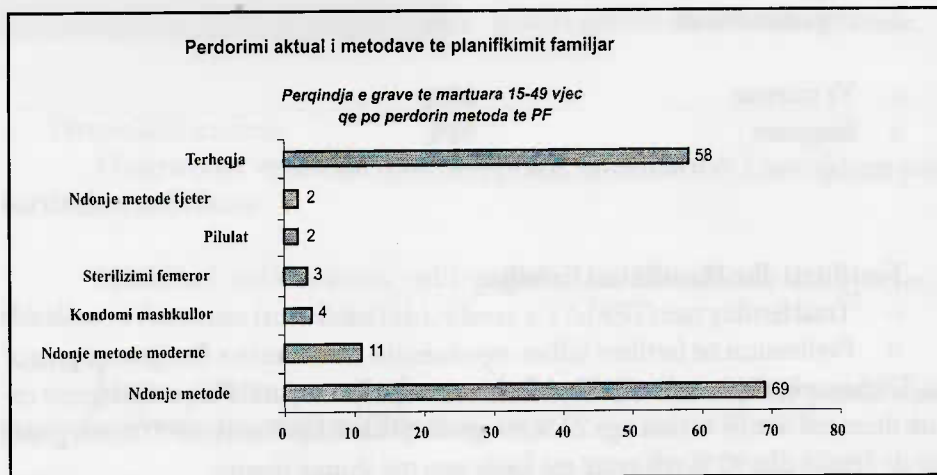
**Niveli Total i Fertilitetit**

*Numri i lindjeve/grua*



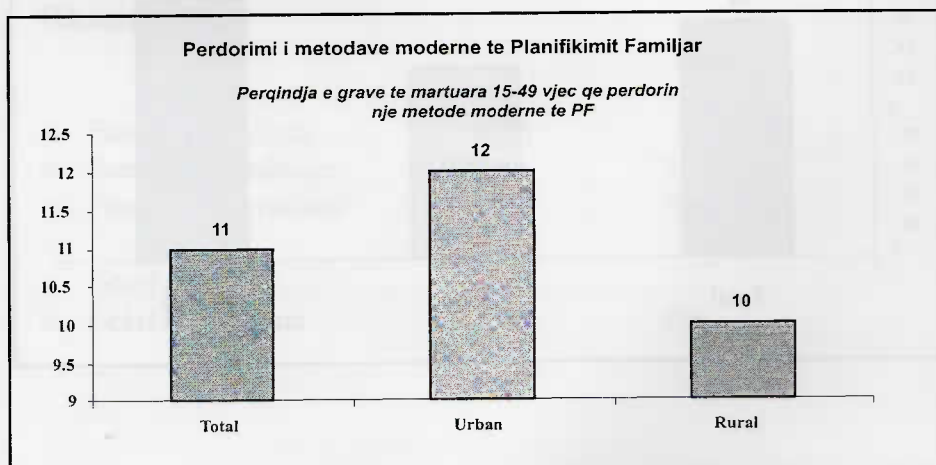
o **Përdorimi i metodave kontraceptive**

- o Moderne 10.6%
- o Sterilizimi femëror 3.0%
- o Condomi 4.0%
- o Tradicionale 58.7%
- o Tërheqja 57.9%
- o Metoda të tjera 69.3%



o Gratë në zonat urbane përdorim më shumë metoda kontraceptive sesa gratë në zona rurale (përkatësisht 12 dhe 10 përqind).

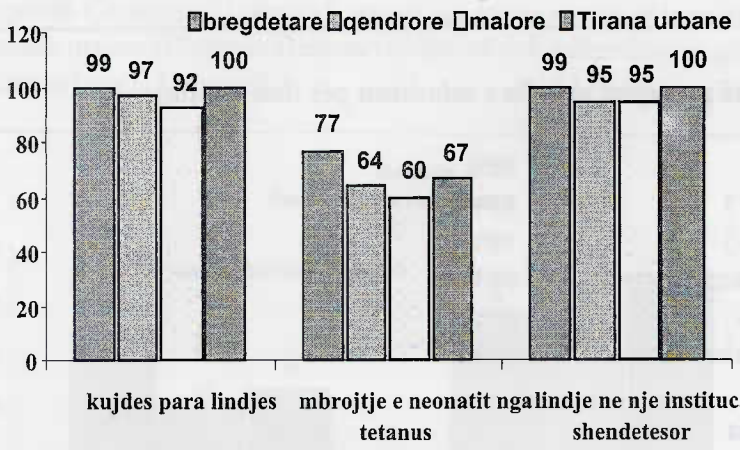
o Krahasuar me RHS (2002) përdorimi i kontraceptivëve ka rënë (75 % në 69% në DHS), por është rritur përdorimi i **metodave moderne** kontraceptive (nga 8% ne 2002, në 11 përqind në 2009)



### Kujdesi për nënën

Kujdesi shendetësor gjatë shtazanisë dhe gjatë lindjes është një faktor shumë i rëndësishëm si për shëndetin e nënës ashtu dhe atë të fëmijës.

**Kujdesi shendetësor i nenes sipas rajonit**  
*Perqindja e grave qe kane patur nje lindje gjalle ne 5 vitet e fundit (para studimit)*



- o Kujdesi Antenatal është ofruar në 97% të grave nga një personel shëndetësor të paktën një herë gjatë shtazanisë.
- o Mbrojtja Neonatale nga tetanus, i cili konsiderohet si një ndër shkaqet më madhore të vdekshmërisë së hershme infantile është siguruar në masën 67%
- o Kujdesi ne lindje 99%
- n nga një personel shëndetësor
- o lindja në një institucion shëndetësor: 97%

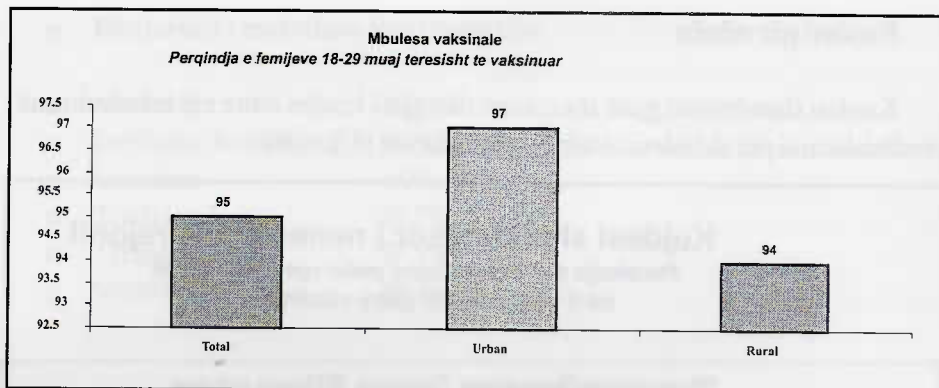
### Vaksinimi

Bazuar në udhëzimet e OBSH, një fëmijë quhet I vaksinuar atëherë kur ai ka marrë vaksinën e BCG-së, tri dozat e DPT-së (diphtheria), Pertussis dhe tetanozi, tri dozat e vaksinës së polios dhe një dozë të vaksinës së fruthit.

Informacioni për mbulesën vaksinale është marrë nën fëmijët nën 5 vjeç. 68% e fëmijëve kanë kartelë vaksinimi ose “Fletoren e fëmijës”

Bazuar në të dhënat e marra nga rregjistratë vaksinimit në institucionet shëndetësore, rezulton, në shkallë vendi një mbulesë vaksinale 96%, ç’ka flet për një program shuëm të mirë të imunizimit në Shqipëri.



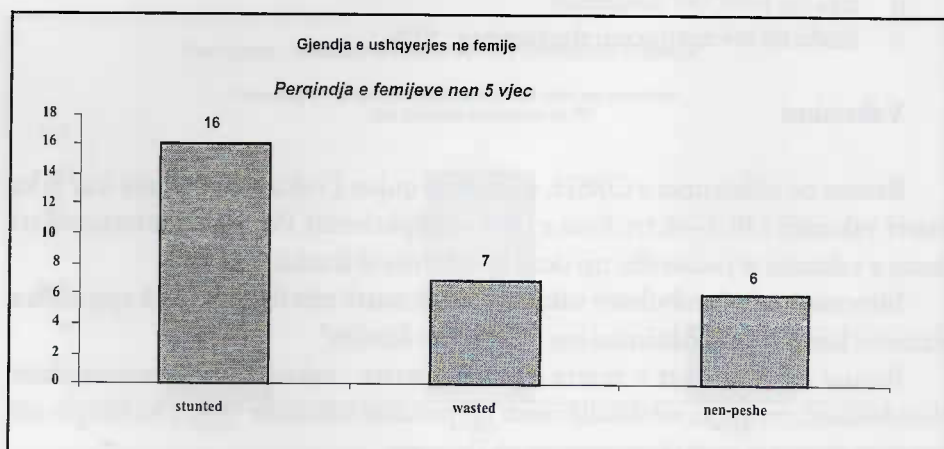


**Më poshtë paraqitet shkalla e mbulimit për disa vaksina:**

- o BCG 98%
- o DPT 3 98%
- o Polio 3 98%
- o Hepatiti B 3 98%
- o Fruthi 97%
- o Te gjitha vaksinat 95%

**Ushqyerja**

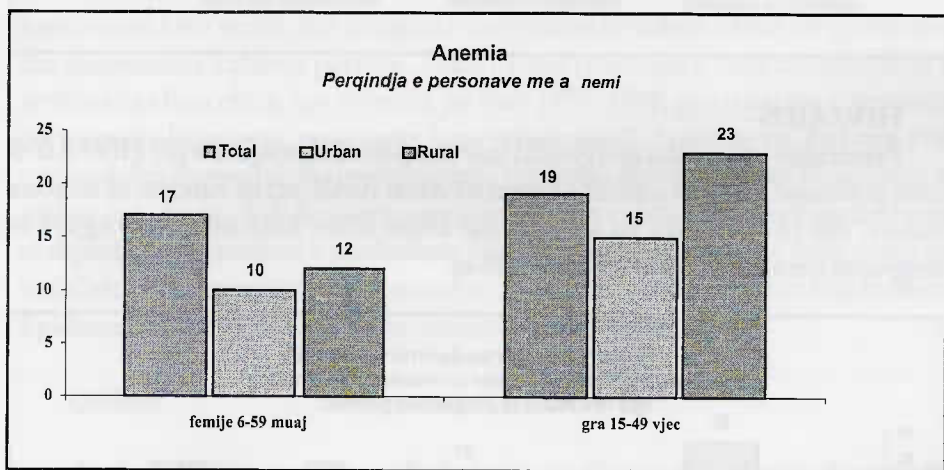
- o Ushqyerja eksluzive me gji (0-6muajsh) 39%
- o Antropometria
- o Stunting (prapambetje në gjatësi, te shkurter) 16%
- o Ëasting (prapambetje ne peshë/gjatësi) 7%
- o Nën peshë 6 %



### Anemia

- o fëmijë 6-59 muaj 17%
- o Gra 15-49 vjec 19%

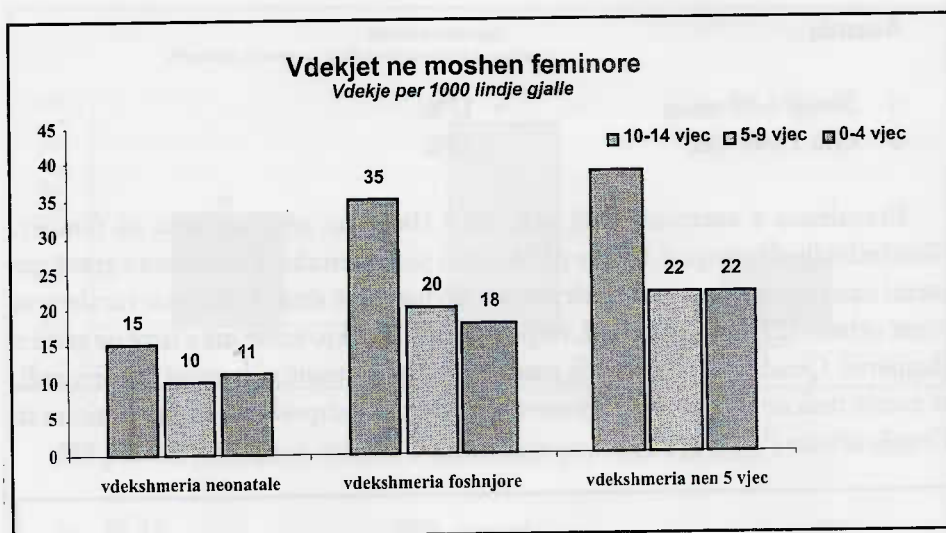
Prevalenca e anemisë është pak më e theksuar në gratë sesa në fëmijët. Nëntëmbëdhjetë përqind e grave në Shqipëri janë anemike. Prevalenca e grave me anemi sipas rajonit paraqitet e ndryshme: ajo haset më shumë në zonat rurale se sa zonat urbane (23 dhe 15 përqind, respektivisht), dhe kjo është më e lartë në gratë e Shqipërisë Qendrore (21 përqind), pasuar nga ato që jetojnë në bregdet (20 përqind), në zonën malore (17 përqind) rajoneve, dhe më pak e shprehur në gratë e rajonit të Tiranës urbane (12 përqind).



Sondazhet e Shëndetit të kryera në vendet e tjera tregojnë se anemia në Shqipëri, është më pak e zakonshme se në Azerbajxhan: 37 përqind tek fëmijët dhe 39 përqind tek gratë, përkatësisht, në vitin 2006 (SSC, MSH, dhe Macro International, 2008), Moldavia: 32 përqind tek fëmijët dhe 28 përqind tek gratë, në vitin 2005 (NCPM dhe ORC Makro, 2006), dhe Armenia: 37 dhe 25 përqind, respektivisht në fëmijë dhe gra, në vitin 2005 (NSS, MSH, dhe ORC Makro, 2006).

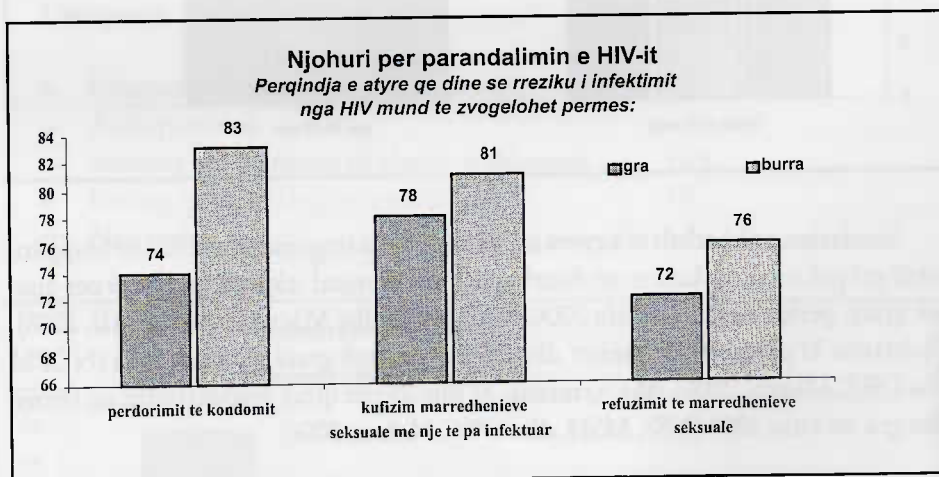
### Vdekshëmria foshnjore

ADHS 2008-09 tregon një rënie të vdekshmërisë foshnjore gjatë 15 viteve të fundit. Shkalla e vdekshmërisë foshnjore është përgjysmuar gjatë kësaj periudhe nga 35 deri në 18 vdekje për 1.000 lindje të gjalla, për 5 vitet e fundit para anketës.



### HIV/AIDS

Pavarësisht nga mosha apo gjendja martesore niveli i nonjurive për HIV/AIDS është pothuajse i njëjtë. Gratë dhe burrat në zonat rurale, ata që banojnë në zona malore, dhe të anketuarit pa arsimim ose arsim fillor, kanë më pak të ngjarë se nëngrupet tjera të kenë dëgjuar për AIDS-in.



Rreth tre të katërtat e grave në Shqipëri njohin tri metoda për parandalimin e transmetimit të HIV-it; niveli i njohurive është pak më e lartë në meshkuj.

## Hyrje

Rreth 75% e semundjeve te reja te cilat kane infektuar njerezit ne 10 vitet e fundit jane shkaktuar nga agjente patogjen me origjine nga kafshet dhe produktet e tyre te infektuara.

Pak vende ne bote jane deklaruar te pastra nga Bruceloza. Vendi yne renditet nje nder vendet me incidence te larte se

## ASPEKTE EPIDEMIOLOGJIKE TE BRUCELOZES PER PERIUDHEN 1960-2006 NE RRETHET SARANDE-DELVINE

Luljeta Alla , Dhimitraq Dhame, Eugena Erindi, Valbona Gjoni, Redona Dudushi.

bashku me vendet fqinjet e saj si Maqedoni, Greqi Mali i zi, Kosova. Nder shkaqet e shtimit te rasteve me bruceloze ne njerez, ne vendin tone jane tregetia e lire e bagetive me keto vende, dhe mungesa e survejances ne kafshe lidhur me gjurmimin, dhe eliminimin e kafsheve pozitive. Zonat e Jugut rezultojne si zona tradicionalisht te prekura nga Bruceloza, kjo zoonoze ne vitet 1973 - 1988, gati u harrua si semundje tek njerezit e kesaj treve, sepse rastet kane variuar nga 0 - 3 raste ne vit. Prej vitit 1989 e ne vazhdim interesimi dhe preokupimi i sherbimit shendetesor per Brucelozen ka ardhur nga viti ne vit duke u rritur sepse edhe rastet e shfaqura u bene perhere e me te shpeshta ne praktiken e perditshme klinike. Nisur nga kjo dhe duke patur nje boshllek te informacionit per semundjen ne vendosem te paraqesim disa te dhena Epidemiologjike te Brucelozes ne rrethet Sarande - Delvine.

## Qellimi

Studimi shtrihet ne nje periudhe kohore prej 45 vjetesh, i ndare ne dy periudha 1960-2000 dhe 2000-2006. Ky studim synon te jape nje informacion te domosdoshem mbi ecurine e Brucelozes ne kohe dhe shperndarjen territoriale ne grup-popullaten e Rretheve Sarande-Delvine per te bere te mundur vleresimin e situates Epidemiologjike te Brucelozes, sensibilizimin e popullates lidhur me masat per mbrojtjen dhe reduktimin e rasteve ne njerez, dhe percaktimin e nje strategjie te qarte nga ana e sherbimit veterinar per masat e kontrollit dhe parandalimit ne kafshe.

## Materiali dhe Metoda:

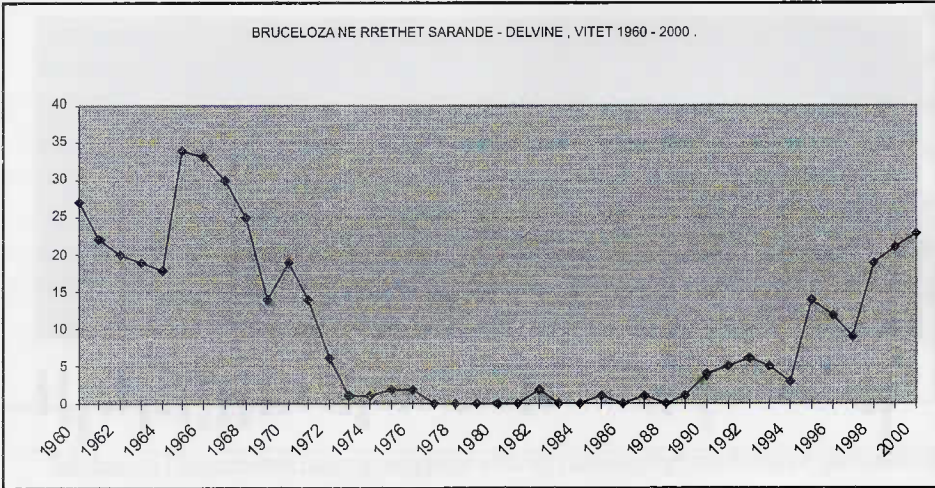
Studimi eshte bazuar ne te dhenat e grumbulluara nga Sherbimi Epidemiologjik i rrethit Sarande, Laboratori Bakteriologjik per vitet 1960-2000, si dhe kartelat klinike te Spitalit Sarande. Ku perfshihen rastet e trajtuara ne spital per bruceloze ne periudhen 1990-2000. Te dhenat ne kafshe jane siguruar nga sherbimi veterinar i rrethit. Te dhenat mbi popullaten jane siguruar nga statistika dhe gjendja civile e rrethit Sarande Nga viti

2000-2006 jane paraqitur te dhena te grumbulluar nga survejanca e kryer nga Institutin e Shendetit Publik ne rrethin e Sarandes dhe Delvines, si dhe te dhena bazuar ne pasqyra 14-Sh, skeda individuale 14-2(Z)-Sh. gjate kesaj periudhe.

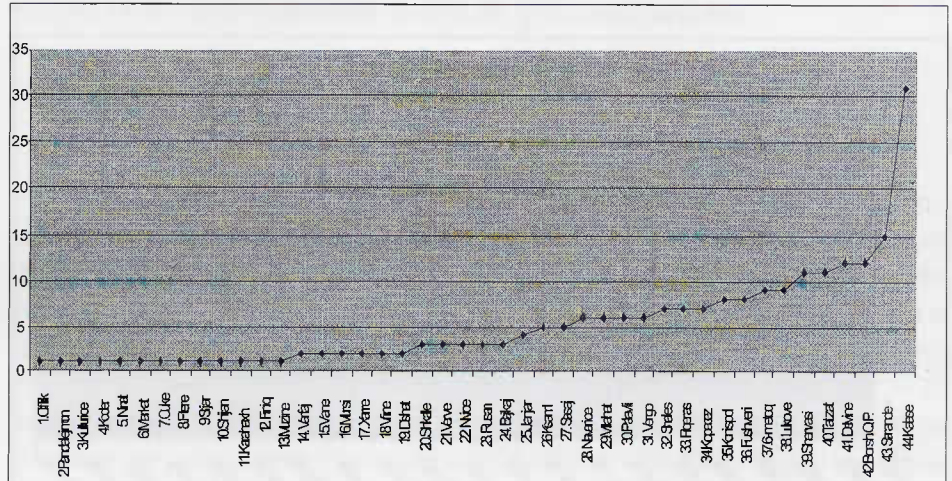
### Rezultati dhe Diskutimi

Studimi perfshin 893 raste me Bruceloze ne rrethet Sarande -Delvine nga viti 1960-2000, dhe 1034 raste 2000-2006 ne dy rrethet. Te dhenat jane paraqitur sipas triades Person-Vend -Kohe per cdo qender banimi dhe njesi administrative duke evidentuar tendencen ne rritje te faktoreve risk te cilet kane sjelle shtimin e numrit te rasteve me Bruceloze ne keto dy rrethe. Te dhenat ne kafshe jane paraqitur vetem per 3 vite 1997-2000. Incidenca e brucelozes ne vitin 2000 eshte pothuajse ~ 10 fishuar, kundrej vitit 1989, duke e renditur kete Zoonoze ne semundjet e dyte ne ushtrimet per prioritizimin e semundjeve infektive ne vitin 2006.. Numri i qendrave te prekura(3) me Bruceloze ne vitin 2000 ka qene 4 me i madh se ne vitin 1970. (1,5) Nga 100 qendra banimi veten 10 prej tyre paraqesin rastet 0 nga periudha 1991-2000.(4)mrin me te madh te rasteve e ze komuna e Ksamilit me rreth 83% e rasteve, 61% Vergo, Lukove32%, Markat. 21% dhe 8% komuna Aliko (3 raste ne 30 vjet kundrejt 57 raste periudhen 1960-1970), Nga te dhenat e paraqitura rezulton se nga viti 1974-1989 ka nje pakesim te vatrave me bruceloze deri ne nivelet 0 e lidhur kjo me masat e kontrollit ne kafshe, vaksininimin dhe gjurmimin masiv. Periudha 1990-2006 nuk paraqet te njenjten situate, infeksioni ka prirje gjithnje e ne rritje ku incidenca shenon vlerat nga 0.1/raste 10.000 banore ne vitin 1990 ne 18.7/raste 10.000 dhe 23.1 raste/10.000 banore ne vitin 2006 perkatesisht ne rrethet Delvine, Sarande(8). Nga analizimi i te dhena te raportuara ne ne Institutin e Shendetit Publik bazuar me skeda individuale dhe survejanca e kryer ne rrethet e mesiperme per periudhen 2004-2006 e ne vazhdim rezulton nje dyfishim i rasteve me bruceloze ne zonat : Sarande-delvine , Komunat : Dhiver, Livadhja, Konispol, Ninat, Gjashte, Piqeras Finiq, dhe Mesopotam Vergo. Rastet e konfirmuara me laborator zene 97.7% .Rreth 20.5% e rasteve i perket zonave periurbane te qytetit Me te prekur rezultojne blegtoret ne 67.7% te rasteve te raportuara Shqetesuese per sherbimin human paraqitet raportimi i rasteve ne femije rreth 6.6%.,mosha 11-13 vjec, rastet i perkasin zonave rurale.

Grafiku I  
 Qendrat e banimit te prekura me bruceloze Sarande-Delvine per periudhen 1960-2000(3)



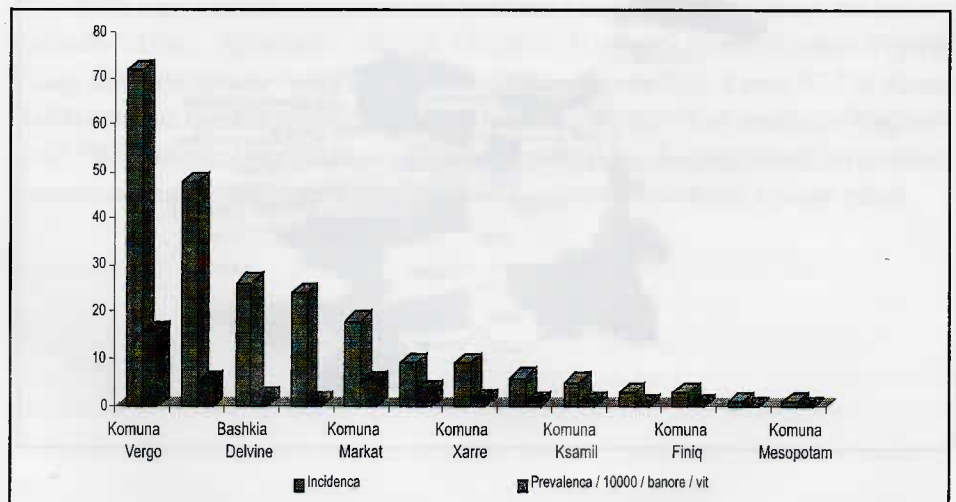
Grafiku II Zonat me te prekura me bruceloze ne vitet 1960-2006 (ne numer total rastesh)



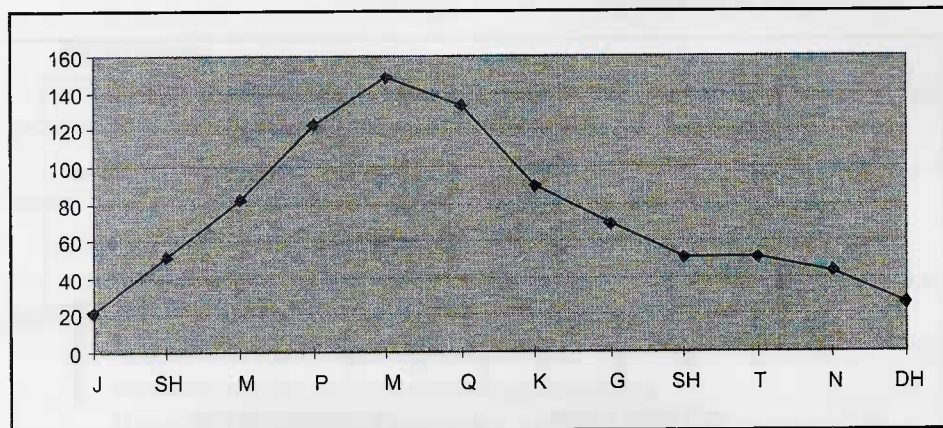
Komuna Ksamil e cila perfshin 7 fshatra njihet si nje nder zonat me te prekura me Bruceloze me rreth 83% te rasteve per periudhen 1991-2000.e pasuar nga komunat Vergo, Lukove,Markat perkatesisht 32%, 21% ,8%.Mbas vitit 2000 vihet re shtim I numrit te rasteve jo vetem ne keto zona por dhe ne zonat ku vite me pare shenonin nje incidence te ulet.Nje under shkaqet e shtimit te rasteve ne njerez eshte mosmarrja e masave nga sherbimi veterinar, lidhur me mangesi ne gjurmimin dhe eliminimin e kafsheve pozitive,me qellim kufizimin e vatrave te infeksionit ne kafshe.

Grafiku III

Komunat me te prekura Sarande-Delvine.Prevalenca (raste/10.000 banore)

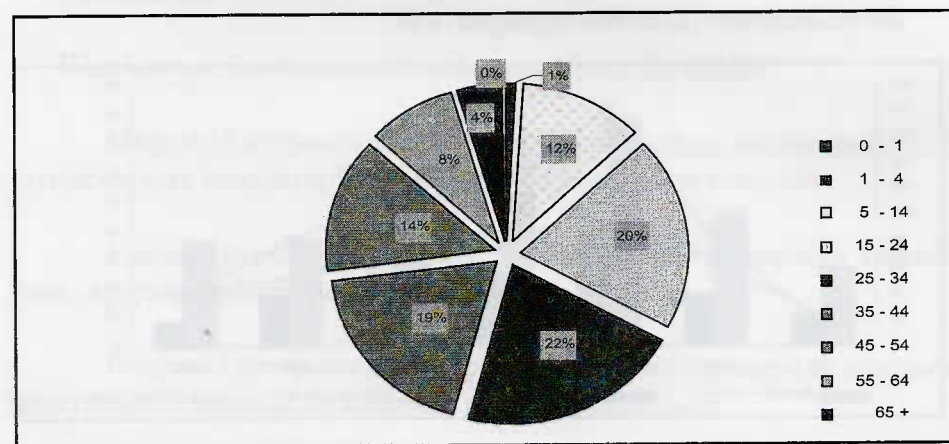


*Grafiku IV*  
*Frekuenca e shperndarjes se Brucelozes sipas muajve (numer total rastesb)(8)*



Infeksioni I Brucelozes haset gjate gjithë vitit kjo shpjegohet me faktin e qarkullimit te shkaktarit jo vetem net e imta (Dele,dhi) por dhe ne Gjedh. Stinet me te prekura rezultojne Pranvera dhe Vjeshta periudhe kjo e cila perkon me laktacionin e kafsheve

**Grafiku V**  
 Shperndarja ne % sipas grupmoshave

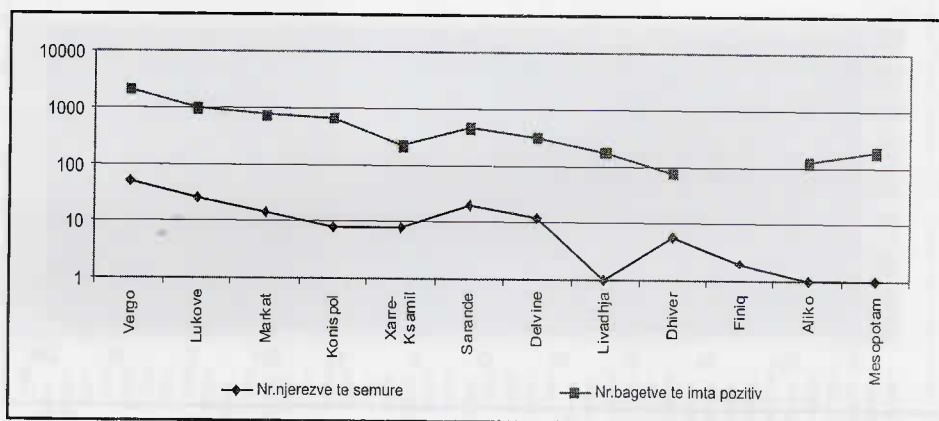


Grupmoshat me te prekura rezultojne 25-34 me 22% te rasteve (8)si dhe grupmoshat 15-24 vjec, 35-44 vjec perkatesisht me 20% dhe 19% te raste te raportuara.,keto jane grupmoshat te cilat manipulojne me shume me kafshet,kjo tregon karakterin okupacional te semundjes se Brucelozes, Mbas vitit vihen re raste sporadike dhe ne moshat pediatrike,vecanerisht ne zonat rurale.



Grafiku VI

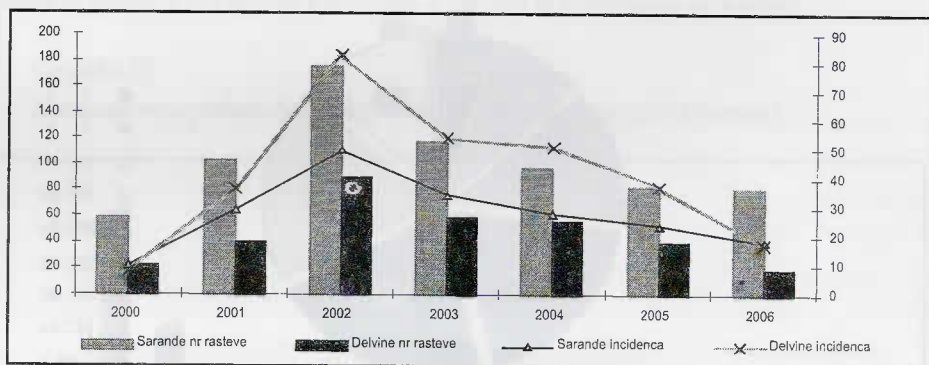
Frekuenca e shperndarjes se Brucelozes ne njezre dhe pozitiviteti ne kafshe ne zonat me te prekura (7)



Shihet nje lidhje e dukshme midis infeksionit ne kafshe dhe popullaten humane.. Ne zonen e Finiqit ka mangesi ne raportim lidhur me pozitivitetin ne kafshe ,pet vitin 1997-2000.

Grafiku VII

Ecuria e Brucelozes ne rrethet Sarande-Delvine per vitin 2000-2006 ne numer rastesh dhe incidence(raste/10.000banore) pasqyra 14-Sb.



Nga viti 1974-1990 Rethet Sarande-Delvine rezultojne pothuajse te pastra nga(8) Brucelozja,por nuk paraqitet e e njenjta situat mbas vitit 2000-2006,ku incidence dhe numri I rasteve jane ne vlera te dyfishuara ne 5 vitet e fundit. Saranda 9.4 raste/10.000 ne 18 raste/10.0000 ne vitin 2006,dhe Delvina 7.6 raste/10.000 ne 16.7 raste/10.000 banore..Shperndarja e rasteve eshte e qendrueshme nga viti ne vit por vihet re shtim i vatrave te reja me Brucelozje,kjo si pasoje e levizjes se lire dhe te

pakontrolluar te kafsheve,dhe mungese se strategjie te qarte nga sherbimit veterinar lidhur me masat e parandalimit dhe kontrollit te brucelozes ne kafshe .

### **Perfundime**

- Incidenca e brucelozes ne rrethet Sarande-Delvine ne vitin 2000-2006 eshte pothuajse 10-fishuar krahasuar me vitin 1960-2000
- Nga viti 1960 -2006 ne dy rrethet rezultojne te prekura me bruceloze 44 zona.
- Grup-mosha me e prekur rezulton 15-45 vjec
- Rruga me e shpeshte e marrjes se infeksionit rezulton nepermjet kontaktit, gjate manipulimit me kafshet e infektuara me 67.7% e rasteve
- Blegtoret zene rrethe te infeksionit 67.7%
- Meshkujt rezultojne me te prekur nga Bruceloza
- Mangesite e kontrollit te semundjes nga ana e sherbimit veterinar lidhur me gjurmimin eliminimin ne kohe te kafsheve pozitive kane si pasoje shtimin e rasteve dhe rritjen e incidences ne njerez
- Perqindjen me te larte te infeksionit e zene personat qe manipulojne me kafshet (nderhyrjet ne lindje, deshtime etj.) kjo per arsye te mos zbatimit te masave mbrojtese.
- Prova baze per zbulimin e infeksionit ne kafshe mbetet brucelinizimi

### **Rekomandime**

Pikat kyce per Survejancen e Brucelozes ne Njerez dhe kafshe

- Mbajtja e Survejances eshte element I domosdoshem per monitorimin e pranise ose jo te brucelozes dhe efekshmerine e programit te kontrollit .
- Faktori kyc per te bere efektive Survejancen eshte perkufizimi I sakte I rastit, raportimi,analizimi i te dhenave,informimi per veprim.
- Programi I survejances mund te percaktohet sipas programeve te adaptuara per strategjine e kontrollit,ne kafshe dhe parandalimin ne njerez.

## NEGOCIMET ME FOKUS MESHKUJT ME SYNIM RRITJEN E KERKESES PER PERDORIMIN E METODAVE TE PLANIFIKIMIT FAMILJARE

Boris Miska

Me synim e shtimit te kerkeses per perdorues te metodes se planifikimit familjar, prej dates 8 qeshor deri ne 15 korrik 2008 u kryen negocime me meshkuj ne shume komuna e fshtra te qarkut te Dibres.

Ky intervenim tek meshkujt me qellimin e siperpermendur ishte me se i justifikuar pasi:

Jane te dukshme diferencat mes meshkujve e femrave, ne qendrimin qe ato mbajne dhe sjelljen qe manifestojne

ndaj metodave moderne te kontracesionit. Kjo preket fare lehte ne shkalle te caktuara te negocimit, vecanerisht ne stadin e bisedes ne çift.

Grate paraqesin interes dhe e mirepresin ndikimin qe ne ushtrojme ndaj meshkujve.

Eshte e ndjeshme prania e nje informacioni me te detajuar qe ato kane mundur te terheqin ne nivele te caktuara te nderhyrjeve qe jane bere prej projektit.

Tek meshkujt informacioni qe ata kane per metodat e FP-se eshte i percipite dhe hera heres edhe i gabuar.

Jane paragjykues dhe dyshues dhe ne mjaft raste mbeten ne sjellen tradicionale duke qendruar barrier ne moslejimin e perdorimit te metodave te planifikimit familjare.

Negocimi duket i frytshem jo vetem per te rekrutuar perdorues te metodes, nje nga qellimet e intervenimit, por permes informim- edukimit behet i mundur edhe plotesimi i boshlleqeve qe manifestohen ne infrastrukturen e ngritur ne funksion te qellimit.

Pavaresisht se programi has veshtiresi prej pasojave te funksionimit jo te mire te sherbimit shendetesor ne nivel mjek -familje infermier -mami- komunitet, shtrirja deri ne nivelin e meshkujve duket e justifikuar.

### Disa konkluzione

Nga pervoja e negocimeve te kryera ne shume fshtra dalim me disa perfundime te cilat mendojme se do te vlejne per me tej.

Kujdes duhet bere qe te shmangen ne te ardhmen per:

Negocimet ne lokale, bare-kafe, ambjente jashte shtepise (kjo besojme se vlen edhe per QSh), jane te dyshimta. Edhe pse keto ruajne nje lloj kofidencialiteti ne rezultojne te percipita dhe nuk japin frytin e pritshem.

Te mos parapergatitet negocimi prej dikujte tjetër qofte ky edhe ofruës shërbimi (personel i QSh) sepse ka ndikim mbi personin e negocuar. Subjekti në shumë raste ulët i paragjykuar e ka paravendosur qëndrimin e tij është i tjetërsuar.

Sugjerojmë që të evitohet sa të jete e mundur përdorimi i unazorit, kjo në varesi të situatës sepse në mënjatë raste krijohet përshypja se negocuesi bën reklame për "ilacë", dhe për pasoje kemi spostim të vëmendjes nga qëllimi i FP-se.

Nuk duhet insistuar për të tërhequr një definicion prej të negocuarit, pasi kjo do ta ngushtonte rrezën e diskutimit në të adhemën, është spekulative pasi sjell vendim sipërfaqësorë dhe lehtësisht të ndryshueshem prej subjektit, shpesh edhe të rreme.

Kujdes duhet bërë në zgjedhjen e kohës së negocimit. Jo në orët "pik" të punëve të ditës, stinës në bujqësi apo blegetori, pasi negocimi nuk jep rezultatin e kërkuar. Praktika ka treguar se meshkujt e negocuar në këtë kohë kanë qenë të pavëmendshëm, duke pranuar të bisedojnë sa për të kaluar radhën apo për shkak të nderhyrjeve të bërë prej ofruësve të shërbimit.

Negocimi në këto raste ka rezultuar i dështuar. Personi e ka konsideruar "intervisten" të perfunduar, duke kërkuar të lihet në punën dhe hallin e vet.

Jo në çdo rast opinioni apo sugjerimi i ardhur prej ofruësve të shërbimit duhet marrë në konsideratë. Në jo pak negocime ka rezultuar tjetër gjendje, dhe i negocuari nuk ka qenë ai i paragjykuari apo tipi lehtësisht përdorues.

Negocuesi i rradhës do të jete mirë të jete spontanë dhe i paplanifikuar. Ndertimi i negocimit është më i mirë dhe rezultati më pozitiv.

Mos lejo që të prezantohesh si intervistues apo ngushtesisht i "planifikimit familjar", sepse kjo do ta demtojë negocimin. Prezantimin bëje vetë...

Subjekti të shikon si "mbushesin e formularve të rradhës" pa treguar interesin e kërkuar aq të nevojshëm për të marrë përfundimin për të cilin negocohet. Në këto raste nuk duhen nxjerrë Kartat historike, apo letra të tjera, pasi nuk do të clirojmë personin nga kontraktimi i rradhës.

Veshtiresohet largimi prej kësaj sjellje, dhe për pasoje mundet edhe të dështojë negocimi.

Rendisim disa nga faktorët që duhen konsideruar pengues në procesin e ritjes së numerit të përdoruesve të metodës së FP-se.

Tereni, shperndarja e shtepive.

Veshtiresite ne kontaktim per shkaqe objektive madhore si emigrim, levizje te shpeshta per arsye pune te dites apo profesionit etj.

Mentaliteti i ndeshur niveli kultror dhe i arsimimit, faktore te tradites, sjelljeve, menyra e jeteses ne familje me shume persona (model patriarkal), prinder, vjehrr, vjehrrre, burra, grua, femije nipa e mbesa, rrisin veshtiresine per te negocuar apo per te ndryshuara sjelljen penguese.

Ofrues sherbimi jo te kualifikuar, me raporte te dyshimta jo kofidenciale qe mbajne me komunitetin, shpesh paragjykues dhe me dije te siperfaqeshme me fushen e kerkuar.

Konceptim i gabuar prej ofruesve te sherbimit apo edhe persovelit me gjere, mjek, infermjere e mami, se FP-ja ka te beje ngushtesisht me kufizimin e lindjeve” vetem per te mos lindur femije”, veshtrimi i intervenimit si “program” qe s’ka te bej me shendetin ne teresi, si jo pune e perditeshme e tyre etj.

Pervoja negative qe kane ardhur si pasoje e keqperdorimit te metodes, marrja e metodes jashte sherbimit te FP-se, opinionet e perhapra per efektet negative, per gjoja ndikime serioze ne shendetin e gruas etj.

Intervenimet siperfaqesore, pa njohuri te qendrueshme, keq informimet, kane krijuar barriera te dukshme te cilat eshte veshtire te kalohen apo te tjtatersohen.

Jane jo pak faktore ndihmues ndaj te cilave duhet kapur me kujdes sepse te ndihmojne ne ecurine dhe rezultatin perfundimtar te negocimit.

Tradita e mikepritjes, negocimi le gjurme dhe nxjerr vlera kur behet ne ambiente familjare, dhe komuniteti kupton se eshte ne te mire te tij dhe shendetit te nenes e femijeve.

Puna e mire e ofruesve te sherbimit, keto gjurme e fasilizojne procesin e negocuesit dhe perfundimi vjen gjithnje me bindes dhe i qendrueshem.

Interesi i treguar per shendetin e tere pjestareve te familjes pa perjashtim i inkuadron ata dhe i kthen aktive per te marre vendime per shendetin e tyre apo dhe te mos jene barrjere e hapave qe kane deshire te bejne pjestaret e moshes riprodhuese.

Kapja pas eksperiencave pozitive, rastet kur dikush ka perdorur me efektivitet metoden duke e marre ate edhe jashte sherbimit tone.

Konfirmimi se eshte ne rruge te mbare dhe s'ka pse ta kerkoje diku tjeter duke e patur ate fare prane ( ne qendren shendetesore ) dhe pa pagese.

Disa opinione rreth eksperiencave te negocimit.

**Mashkulli jo pengues**, s'ka pse te pritet negocimi i rradhes. Rezultative ka treguar se eshte kalimi i natyrshem ne biseden cift, definicioni ka qene i qendrueshem dhe bindes.

**Shfrytezimi i bisedes ne grup** ( breza mosh, koncepte, paragjykime, sjllje, debate, informime, kundershiti, mbeshitetje, inkurajime, adoleshnet ) etj e fasilizon negocimin e radhes. Kalimi ne biseda kofidenciale mashkull, e me pas edhe cift ka qene me i natyrshem dhe i besueshem. Premtimi mbetet i stabilizuar dhe rezultati konkret.

**Terheqja e informacionit per historikun e shendetit ne cift**, mardheniet seksuale etj ku i negocuari tregon per jeten e vet, eshte moment i volitshem pas te cilit duhet kapur me kujdes.

Raste aborti, semundje me ndikime serioze ne shendetin e nenes, probleme te shendetit seksual, mbeten argumente te forta ndaj te cilave negocuesi mbeshitetet per te krijuar bindjen ne domodsdoshmerine e perdorimit te metodave te planifikimit familjare.

Nga negocimet e bera do te veconim keto raste.

- **Ne Fushe -Alie** ne negocimin e dyte me Afrim Canin na rezulton se personi eshte paraqitu i pasinqerte, nuk ka terguar se ka bere martese te dyte dhe ka 4 femije me gruan e pare, dhe asnje me tjetren.

- Nuk kundershton perdorimin e metodes, e njeh dhe ka infrmacion per FP, tregon se bashkeshortja (nuk dime e para apo e dyta) ka perdorur DEPO por nuk eshte ndjere mire per shkak te efekteve anesore. Ka hequr dore dhe pas informimit per metodat e tjera tregohet me i interesuar per PVP pasi nuk ka ndikime te padeshuruara.

- Eshte rast specifik dhe delikat pasi nga infermjeria mesojme se gruaja e dyte eshte e re 28 vjece dhe kerkon te kete femijen e vet

- Eshte paraqitur i ndryshem ne te dy negocimet duke mos qene i sinqerte ne asnjeren .Ne te dyja rastet negocimet bien poshte. Shkak per kete eshte edhe mos informimi i bere nga QSh si rast i veshtire me historine e subjektit etj.

- Kjo tregon edhe per mosbesim te ndersjellte mes komunitetit dhe personelit te QSh.

- Kerkesa jone per te patur te pranishme edhe infermieren ne negocimin e dyte u refuzua prej tij, cka i shton me shume dyshimet per raporte jo kofidenciale qe mungojne apo edhe per mosbesim te ndersjllte.

- **Ne shume raste** ne negocime ndeshemi me mendimin se perdorimi i metodave te FP-se ka efekte serioze ne fertilitetit e grave.

- Kjo vjen si nga mungesa e informacionit ashtu edhe nga konceptimi i ceket i FP-se si vetem barriere per lindjen e femijeve. Me i theksuar ka qene ne negocimin e bere ne Fushe -Alie me Bilbil Sulin. Personi kerkon te kete femije tjeter por druhet te perdori metoden duke menduar se do ta demtoje baskeshorten.

- Pas informimit te bere nga ne per efektet e metodave te perdoruara duket se bindet te afrohet per te kerkuar sherbimin ne kohen e pershtateshme per te.

- **Nuk jane te pakta** rastet kur personi qe ke menduar se me pak pune do te kerkoje sherbimin e FP-se ne negocimin e dyte eshte treguat i tjetersuar, nuk ka pranuar te negocoje e quan te mbyllur biseden dhe ne raste te vecata edhe ka manifestuar arrogance.

- Kjo ka ndodhur mesaduket nga keqkuptime mes komuntetit, negocuesve dhe personelit te QSh.

- Prej tyre kjo bisede eshte konsideruar si interviste rutine e rradhes ku pyetet dhe ai pergjigjet pa pergjegjesi, puna konsiderohet e mbyllur dhe i tere negocimi eshte i deshtuar.

- Ne negocimet e mepasme kjo eshte shmangur prej nesh pasi kemi konstatuar se keto fenomene jane manifestuar ne ato raste kur infermijeret kane kontaktuar para nesh me klientet.

- **Ne Pocest ne nje negocim** me Behar Kurtullen i cili nuk ishte i veshitare por specific ne llojin e vet, bashkebiseduesi pretendonte se ishte perdorues i metodes se kondomit por qe partnerja nuk ishte e kenaqur me zgjedhjen e tij.

- Kjo sjellje ka nevojte te ndryshoje sepse zgjedhja nuk eshte bere e perbashket dhe njera pale ka pakenaqesi. Per pasoje metoda mund te na deshtoje.

- Kjo vjan per shkak te mentalitetit ku bashkeshorti si e rastin kur eshte vete perdorues ashtu edhe ne ate kur e pengon metoden per bashkeshorten manifeston qendrim dyshues dhe mentalitet pengues per veprimin e FP-se.

- Kur i spjegohen avantazhet e perdorimit te metodave prej grave, sic jane rritja e kenaqesose seksuale, ndikimi pozitiv i tyre ne rregullimin e periodave dhe dhenia e nje te drejte qe e kane edhe grate ne zgjedhjen e nje metode, i negocuari duket i lekundur dhe mund ta ndryshoje qendrimin e tije te ngurte dhe te afrohet per sherbim tjeter ne QSh.

- **Ndeshemi ne jo pak** negocime me mosha te reja me qendrimet refuzuese deri edhe agresive, ku nuk pranohet te bisedohet, personi e heq veten te informuar, pretendon se ka qene ne emigracion dhe ka pare e degjuar shume, por kur vjen puna per te marre pozicionin e duhur ndaj ofertes se bere prej nesh tregohet i pandrushueshem, kokeforte dhe i veshitire, dhe ne disa momente edhe kokforte.

- Tipik ka qene negociimi me Gazmend Hysenin, ne Pocest.  
- Por kur biseda u kanalizua ne sigurine e mardhenies seksuale dhe vecanerisht ne rritjen e kenaqises qe te sjelle perdorimi I metodave te FPse bashkebiseduesi tregoi interes dhe kerkoi me shume informacion.

- Nuk pranonte te fliste ne cift, cka fshinte ne vetvete nje mentalitet te barsur prej tije por qe ishte ne kontradiksion me moshen e re qe ai kishte.

- Edhe kjo ju vu ne dukje duke kerkuar te mendoje me ndryshe dhe ta konsideroje bashkeshorten, partnere me te cilen ai duhet te diskutoje cdo problem qofte edhe ato qe ai deri e tash i ka konsideruar tabu.

- Rast analog eshte ndeshur edhe ne Vojnik te Maqellares, ku nje i sapo martuar me nje femije, emigrant me te marre vesh se cfare do te trajtohej ne bisedene e kerkuar prej nesh u be nervoz, i beri me shenje bashkeshortes te futej brenda, mezi priste qe ne te mbyllnim negociimin. Edhe tek ky rast personi pretendonte se i dinte te gjitha dhe se nuk kishte nevojte se ndihej mire dhe i kenaqur me metoden tradicionale. Si ne pak raste nuk pranoi te informohej per FP-ne.

- **Terheqja ne negociim ne momentin e pershtatshem** edhe te bashkeshorteve ka rezultuar efektive, grate ne mjeftet raste jane bere mbeshtetese te negociuesit, jane imponuar ne nje fare menyre me sjelljen dhe qendrimin qe kane mbajtur.

- Kjo eshte ndeshur ne mjaft negocime, ne nje rast ne Pocest, ne Peic, ne Sohodoll etj. Ne kete te fundit gjate negociimit me Enver Rexhen, biseduesi tregohet bashkepunues dhe i hapur, del se partnerja ka qene perdoruese e metodes KOK, por per shkak te keqperdorimit ajo ka mbetur shtatezane dhe ka abortuar femijen. Per pasoje gjetem mosbesim ndaj perdorimit te metodes. Duke qene se metoda nuk ishte afruar nga ne si FP por ishte marre direkt ne farmaci pa ditur efektet dhe perdorimin e saj, gruaja kishte gabuar dhe ka marre pasoje jo pozitive. Sqarohet me durim prej nesh, i rekomandohet ta marri metoden dhe sherbimin ne QSh sepse ajo eshte e garantuar dhe e sigurte, e mbi te gjitha i kerkohet te kete me shume pergjegjesi gjate marrjes se kokrrave ne menyre qe te mos perseriten te njejtat pasoja. Gjejme mirekuptim, dhe bindet te vendosi raporte me infermjeren per te marre metoden e pershtateshme ndaj te ciles organizmi reagon me me efektivitet.

- Edhe ne nje rast ne Peic i negociuari tregohet i hapur duke na rrefyer per historine e mardhenjeve te tij seksuale. Pranon qe ka patur probleme me shendetin seksual, pasoje kjo mesaduket e streseve dhe e jetes intensive qe ka bere ne emigracion.



I rekomandohet te marri metode sepse eshte e domosdoshme per ta mbajtur ne eficience, kryerja e mardhenjeve te lira te cliruara nga frenime te demshme me siguri kane per ta ndihmuar edhe ne shqetesimet nervore te shfaqura me pare.

- Bashkeshortja ne rastin e permendur tregohet teper e interesuar dhe e gateshme te perdori metoden pasi kupton qe partneri i saj e ka te nevojeshme te ndihmohet, dhe me shume se ajo kete nuk mund ta bej tjetër kush, si nje lloj terapie me efektivitet me te larte se mjekimet qe ka bere me pare.

- **Duhet ta theksojme** qe nje pjese te gjetur perdorues te rregullt apo jo te metodes na rezulton ta kene marre sherbimin jashte FP-se. Per pasoje problemet jane shfaqur nga me te ndryshmet.

- Keqperdorimi i metodes me indicie serioze per besimin e komunitetit pasi ne jo pak raste eshte hequr dore per shkak te efekteve serioze ansore.

- Metoda eshte blere ne farmaci jo vetem per shkak te mungeses se informacionit per mundesine e perdorimit te saj falas ne QSh, por ndoshta edhe per arsye te mosbesimit ndaj efektivitetit te saj. Keto raste duhen vezhguar me kujdes pasi prapa neglizhimeve, keqinformimit mund te fshihen edhe raste abuzive me qellime fitimi material prej farmacisteve e ndoshta edhe infermiereve e mamive te QSh.

Negocime ne kushte te paparashikuara.

**Ne fshatin Piec** per shkak te rrethanave te krijuara, nga negociimi u kalua ne informim-edukim. Prania ne shtepine e kryeplakut, te nenes, motres se ardhur nga Tirana se bashku me te shoqin, tre vellezerir, Sali, Agim e Naim Saliu, bashkeshorteve te tyre si dhe pjesetare te rritur te familjes, nuk krijonte mundesine per te kaluar ne biseda kofidenciale.

Karakteristike eshte se ne kete lloj bashkebisedimi, negociuesi ndihet me komod, ne rastin konkret merr mbeshtetjen e pjeses me te madhe te familjes, informon per FP-ne si koncept ne pergjithesi dhe ne perdorimin e metodave te mbrojtjes prej shtatezanive te padeshiruara ne vecanesi.

Me percaktimin e nivelit te informacionit qe ata kane si dhe duke vezhguar secilin prej meshkujve ne sjelljen qe ata shfaqin, duke mos harruar edhe firot qe mund te kete kjo sjelle nga humbja e individualitetit prej bisedes ne grup, u percaktua qe ne negociimin e ardheshem te fokusohemi tek secili vecmas per te marre produkte me konkrete.

Ka rendesi ta shprehim se diskutimi dhe vezhgimi ne kete raport ku ka mosha e probleme nga me te larmishmet jep mundesine e perfundimeve me te specifikuara qe nuk te mundesohen ne negociime individuale, qofte edhe ne cift. Probleme te tradites e sjelljeve te ngurta jane pengese qe hasen nga nje negociim ne tjetrin prandaj

njohja e tyre te jep mundesine ta ndertosh intervisten duke qene me konkret dhe fryti padyshim eshte me i pjekur dhe real.

**Ne nje rast tjeter** ne shtepine e nje romi teper i veshtire ne negociim, rezisten dhe refuzues, i painformuar, "mbrojtes" i zellshem i metodet tradicionale nga e cila mendonte se nuk duhej te largohej, terheqja e bashkeshortes ne negociim, e permbysi raporin ne favor te perdorimit te metodet. Ketu rol mbeshtetes luajti edhe qendrimi i nenes se romit e cila pavaresisht se ne distance u be pale me nusen.

Perdorimi i rrethanave ne funksion te presionit te ushtruar per ta detyruar romi te luante prej pozicionit "statik" zakonor hapi rrugen per tu shtyre ne nivele qe i afrohet definicionit te kerkuar prej nesh.

Gruaja vendos, vjehrra i del ne krah, "burreria" e romit bie ne pak minuta.

Fituam nje perdorues.

Diber, qershor-korrik 2008.

## SURVEJANCA E DEFEKTEVE TE LINDURA NE SHQIPERI

Dorina ÇANAKU MD, MPH, Ervin TOÇI MD, MPH, Eduard KAKARRIQI MD, MSc, PhD, Professor, Alba MERDANI MPH.

Defektet e lindura perfaqesojne nje problem te studiuar mire dhe nje shqetesim ne rritje te shendetit publik ne bote. Sipas March of Dimes (MOD), "Raporti Global mbi Defektet e Lindura 2006", cdo vit lindin 7.9 milion femije me nje defekt te lindur serioz (apo madhor) me origjine gjenetike ose pjeserisht gjenetike, qe perfaqesojne 6% te lindjeve ne mbare boten. Defektet e lindura serioze mund te jene vdekjeprurese ose mund te shkaktojne

demtime mendore, fizike, auditive (te degjimit) dhe/ose vizuale (te shikimit). Ne mbare boten, te pakten 3.3 milion e femijeve te moshes 5 vjec e me pak vdesin cdo vit nga defektet e lindura dhe 3.2 milion te tjere jetojne me shkalle te ndryshme handikapi dhe paaftesie. Defektet e lindura madhore me te shpeshta ne te gjitha boten jane: defektet e sistemit kardiovaskular, defektet e sistemit nervor, crregullimet e hemoglobines (talasemia dhe drepanocitoza), Sindromi Down dhe defektet e shkaktuara nga mungesa e glukoze-6-fosfat dehidrogjenazes (G6PD).

Sipas raportit te MOD, Shqiperia nga 192 vendet e perfshira ne kete raport, renditet midis vendeve me nje prevalence te larte te defekteve te lindura (52.9 per 1000 lindje te gjalla). Ne vendin tone, Drejtorite e Shendetit Publik ne rrethe, midis te gjitha defekteve te lindura te diagnostikuara, raportonin ne Ministrine e Shendetesise vetem Spina Bifida (me prevalence 8.52/1000 lindje te gjalla, 2006) dhe Luksacionin kokso-femoral (me prevalence 1.23/1000 lindje te gjalla, 2006). Aftesite diagnostikuese te kufizuara, statistika te varfera shendetesore, mungesa e Survejances dhe e Regjistrit Kombetar te Defekteve te Lindura si dhe mbeshtetja vetem ne te dhenat spitalore dhe jo ne studime te bazuara ne popullate, kontribuon ne nje situatë nenvleresimi sistematik te niveleve te prevalences se defekteve te lindura ne Shqiperi. Si rrjedhoje lindi domosdoshmeria e ngritjes se Sistemit te Survejances te Defekteve te Lindura ne vendin tone. Ne 5 Mars te vitit 2009, doli Urdhri i Ministrise se Shendetesise Nr. 157 mbi raportimin e detyruar te defekteve te lindura qe identifikohen gjate shtatzenise, ne nderprerje shtatzenie, ne lindje, vdekjet fetale dhe deri ne moshen 2 vjec te femijes; ne sektorin publik dhe privat te vendit tone. Qendrat raportuese te sektorit publik dhe privat ne vendin tone jane te gjitha maternitetet, spitalet/pavionet pediatrike, poliklinikat e lagjeve dhe klinikat private qe ofrojne sherbime pediatrike dhe obstetrikogjinekologjike te licensuara nga Ministria e Shendetesise. Cdo defekt i lindur i diagnostikuar, raportohet me nje formular konfidencial zyretar (skeda individuale 4/1/ID-SH).

Ne vendin tone jane trajnuar te gjitha mjeket obsteter-gjinekologe, neonatologe dhe pediater mbi raportimin e defekteve te lindura, dhe te gjitha institucionet/qendrat shendetesore raportuese ne vend duke filluar qe ne fillim te vitit 2010 do te kene Regjistrin e Defekteve te Lindura. Te gjitha qendrat raportuese ne vend, dergojne cdo muaj ne Institutin e Shendetit Publik skedat individuale te defekteve te lindura. Institutin e Shendetit Publik eshte qendra finale ku do te grumbullohen skedat raportuese, analizohen dhe nxirren raporte dhe rekomandime. Implementimi i Sistemit te Survejances se Defekteve te Lindura eshte faza e pare qe do te udheheqe drejt kerkimit te metejshem te identifikimit te defekteve te lindura madhore dhe minore ne vendin tone, dhe identifikimit te faktoreve te mundshem risk si psh. faktoret gjenetike, mjedisore, ushqyes dhe faktore te tjere pergjegjes per shkaktimin e defekteve te lindura ne vendin tone.

## MATJA DHE TENDENCA E VARFERISE DHE TE PABARAZISE NE SHQIPERI, 2002-2005

Dr. Rovena ÇELIKU, ISHP

Sipas Sen “Varferia eshte pamundesia per te arritur nje standard minimal jetese”.

Pamundesia per te arritur standardin minimal te jeteses eshte mungesa e aftesise per te arritur standardet minimale te jeteses. Megjithate njerezit jane te ndryshem dhe kane nevoja, funksione dhe mundesi te ndryshme. Dy persona mund te kene nevoja te ndryshme. Nje person qe peshon 150 kg ka nevoja

ushqimore te ndryshme nga nje person qe peshon 60 kg. Dy persona mund te kene te njejtat nevoja dhe mundesi po mund te kene oportunitete te ndryshme per arsye te diskriminimit ose fatit.

Kjo gje funksionon kur oportuniteti permbush aftesite. Funksionaliteti eshte aftesia per te shfrytezuar rastet. Nje person i paafte dhe nje person i afte mund te kene funksionalitete te ndryshme perballe mundesise se perdorimit te transportit publik. Aftesite jane nje teresi funksionalitetesh qe zoteron nje person. Sa me shume te kesh aq me mire eshte edhe ndonese disa funksionalitete nuk perdoren.

Standardi minimal i jeteses: eshte nje koncept zakonisht i percaktuar nga vendet dhe i bazuar ne kriteret normative dhe pozitive.

Matja e mireqenies behet me ane dy metodave: te metodet se mireqenies dhe metodes e jo te mireqenies.

Metoda e mireqenies rrjedh nga teoria ortodokse e ekonomiksit dhe teoria e preferencave te shfaqura. Individet jane gjykatesit me te mire te nevojave te tyre dhe i shprehin nevojat e tyre nepermjet konsumit. Matja e konsumit dhe zgjedhjet per konsum nxjerrin ne pah preferencat individuale dhe dobishmerine.

Metoda e jo mireqenies: Ekzistojne dy metoda te pergatitura nga Sen si nje kritik i ekonomiksit ortodoks:

Nevojat ose funksionet baze. Individet duhet te arrijne nje minimum nevojash dhe funksionesh per tu konsideruar si jo te varfer.

Aftesite: individet duhet te kene kapacitetet per te arritur nje minimum funksionesh panvaresisht nese ata i perdorin keto funksione apo jo (liria e zgjedhjes).

**Mjetet per matjen e varferise jane:**

1. **Instrumenti i matjes se varferise**: eshte pyetesori i buxhetit te familjes i cili nga popullsia shkon te kampioni: popullsia, shtresa, grupi dhe kampioni. Dhe nga mostra te popullsia, pesha e popullsise.

2. **Matja e mireqenies:** behet duke marre informacion per te ardhurat, konsumin dhe shpenzimet. Sa te mira jane te ardhurat kjo varet nga stinet dhe cikli i jetes. Ekziston mundesia per nje raportim jo te mire per shkak te:

- aktiviteteteve te paligjshme
- te ardhurave informale (evazioni fiskal)
- frikes
- te ardhurat bruto kundrejt atyre neto
- paramendim

3. **Rregullimet e mireqenies:** cmimet, konsumi familjar dhe ekonomite e shkalles.

4. **Pragu i mireqenies:** linjat e varferise.

5. **Statistikat e mireqenies:** indekset e varferise dhe shperberja e tyre.

*Zhvillimi, varfëria dhe pabarazia ne Shqipëri*

Ritmet e larta të PBB-së janë shoqëruar me një ulje masive të varfërisë. Pjesa e popullsisë, konsumi mujor real për frymë i të cilës është nën 4.891 lekë (me çmimet e vitit 2002), u ul nga 25.4% në vitin 2002 në 18.5% në vitin 2005 (Figura 1 dhe Tabela A.1). Kjo do të thotë se afërsisht 235.000 nga rreth 800.000 individë të varfër, që ishin në vitin 2002, dolën nga varfëria. Popullsia e varfër ekstreme, ku përfshihen ata që kanë vështirësi për të përmbushur nevojat bazë për ushqimin, u zvogëlua nga rreth 5% në 3.5%.

Figura 1: Tendencat e varfërisë absolute

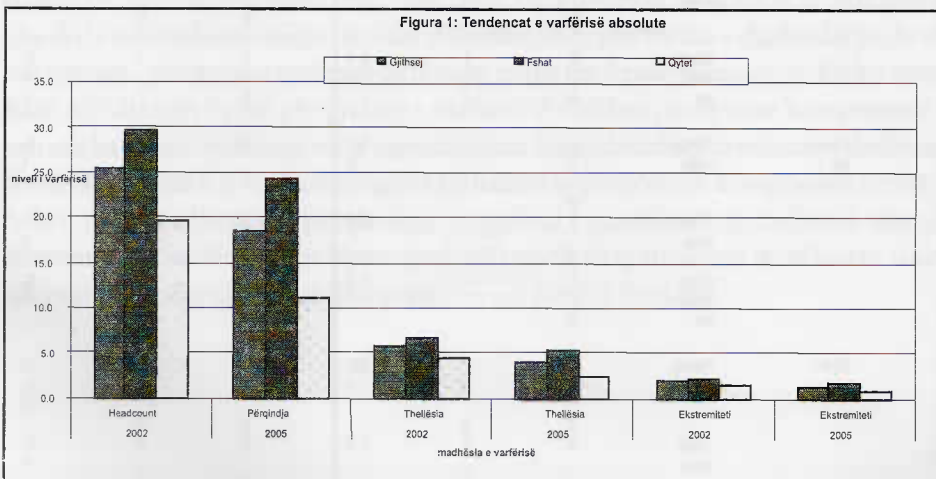


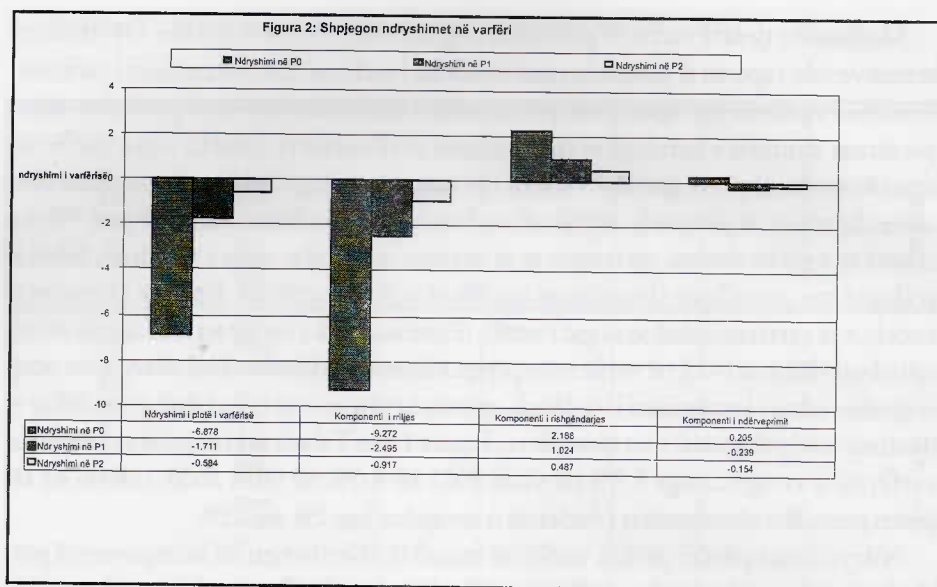
Tabela A1: Tendencat e varfërisë absolute, sipas shtresave: 2002-2005

Shtresa	Madhësia e varfërisë	2002		Gjithsej	2005		Gjithsej
		Qytet	Fshat		Qytet	Fshat	
Zona Bregdetare	Përqi ndja	20	20	20.6	11	19	15.2
		2	9		6	7	
		5	3	4.4	2	4	3.2
	Thellësia	4	6		0	1	
		2	1	1.5	0	1	1.0
		1	0		6	3	
Zona Qendrore	Përqi ndja	19	28	25.6	12	25	21.2
		3	5		5	9	
		3	6	5.7	3	6	5.0
	Thellësia	8	5		0	0	
		1	2	1.8	1	2	1.8
		2	1		2	1	
Zona Malore	Përqi ndja	24	49	44.5	7	27	25.6
		7	5		1	7	
		6	12	11.1	3	5	5.1
	Thellësia	5	3		6	5	
		2	4	4.1	1	1	1.5
		6	4		1	7	
Tiranë	Përqi ndja	17	17	17.8	8	11	8.1
		7	8		1	8	
		8	3	3.8	1	6	1.6
	Thellësia	8	1		6	0	
		1	3	1.3	0	5	0.5
		3			5		
Gjithsej	Përqi ndja	19	29	25.4	11	24	18.5
		6	8		2	2	
		4	6	5.7	2	5	4.0
	Thellësia	5	6		3	3	
		1	2	1.9	0	1	1.3
		6	1		8	8	

Madhësitë e tjera të varfërisë gjithashtu treguan rënie shumë të madhe. Dy madhësi alternative ndaj raportit të përqindjes janë hendeku i varfërisë dhe ekstremiteti i varfërisë. Hendeku i varfërisë (që nganjëherë përmendet si thellësia e varfërisë) përftohet duke e pjesëtuar shumën e hendeqeve të konsumit të të varfërve (dmth, vija e varfërisë minus konsumin) për të gjithë të varfërit me numrin e përgjithshëm të popullsisë dhe duke e shprehur në përqindje të vijës së varfërisë. Pra, hendeku i varfërisë prej 5% do të thotë se e gjithë shuma, që tregon se të varfërit janë ndën vijën e varfërisë, është e barabartë me popullsinë shumëzuar me 5% të vijës së varfërisë. Epërsia kryesore e hendekut të varfërisë është se sa më i varfër të jetë individ i varfër aq më i madh është kontributi i këtij individ në varfërinë e përgjithshme. Madhësia e dytë alternative ndaj përqindjes është ekstremiteti i varfërisë, epërsia kryesore e të cilës është se ajo është e ndjeshme ndaj pabarazisë mes të varfërve. Figura 1 dhe Tabela A1 tregojnë se hendeku i varfërisë u zvogëlua nga 5.7% në vitin 2002 në 4.0% në vitin 2005, ndërsa në të njëjtën periudhë ekstremiteti i varfërisë u zvogëlua nga 2% në 1.3%.

Ndryshimet përsa i përket varfërisë mund të zbërthehen në komponentë për shkak të rritjes, rishpërndarjes dhe tepricës. Për shembull, në qoftë se pabarazia e përqendron mbajtjen e të ardhurave të ulta në nivel të njëjtë, numri i të varfërve mund të rritet. Përkundrazi, në qoftë se pabarazia mbetet e njëjtë por të ardhurat e ultra për çdo nivel përqindjeje rriten—dmth, rritja në të ardhurat ndahet në mënyrë të përgjithshme—numri i të varfërve do të ulej. Figura 2 tregon në çfarë mase ulja e varfërisë shpjegohet nga komponentët e rritjes, rishpërndarjes (dmth, pabarazisë) dhe tepricës. Zbërthimi parashikon që komponenti i rritjes do ta kishte ulur përqindjen e varfërisë (P0) me 9 pikë përqindjeje (dmth, përqindja e të varfërve do të ishte ulur nga 25.4% në vitin 2002 në 16% në vitin 2005) në qoftë se forma e shpërndarjes së të ardhurave do të ishte e njëjtë si në vitin 2002. Përkundrazi, në qoftë se të ardhurat e ultra do të mbeteshin të njëjta në vitin 2002 dhe 2005, por forma e shpërndarjes do të ndryshonte, përqindja e varfërisë do të ishte rritur me 2 pikë përqindjeje. Efekti neto është një ulje prej 7 pikë përqindjeje e masës së të varfërve, meqenëse komponenti i tepricës ka luajtur vetëm një rol të papërfillshëm. Përgjithësisht, ndryshimet e thellësisë dhe të ekstremitetit të varfërisë tregojnë gjithashtu se mbizotëron komponenti i rritjes. Ashtu si në madhësinë e përqindjes, zvogëlimi i madhësive të thellësisë dhe të ekstremitetit të varfërisë do të kishte qenë më i madh në qoftë se nuk do të kishte asnjë ndryshim të pabarazisë që të kompensonte një pjesë të fitimeve.





Roli i rëndësishëm i zhvillimit dëshmohej nga rritja e konsumit real për frymë në periudhën 2002-2005. Përgjithësisht, konsumi real për frymë në vitin 2005 ishte ndjeshëm më i lartë se në vitin 2002 për çdo nivel përqindjeje të popullsisë, siç e tregojnë nivelet pozitive të rritjes në të gjithë shpërndarjen (Figura 3). Figura paraqet grafikisht nivelin e rritjes së konsumit real për frymë në çdo nivel përqindjeje të shpërndarjes. Ajo tregon se më e ulta në vitin 2005 ishte 17% më e lartë se më e ulta në vitin 2002, ndërsa mesatarja e vitit 2005 ishte 19% më e lartë se mesatarja e vitit 2002. Siç e tregon figura, për disa nivele përqindjeje rritja e konsumit real për frymë ishte më e lartë se për të tjerat, kështu që rritja mesatare për nivel përqindjeje (rritja e çdo niveli përqindjeje mesatarisht për të gjitha nivelet e përqindjes) ishte një 15% e qëndrueshme gjatë kësaj periudhe (Tabela 2, rreshti 3). Natyra pro të varfërve e përvojës së zhvillimit nënvizohet më tej nga fakti se konsumi real për frymë i nivelit të 25-të të përqindjes – dmth, të gjithë ata që në vitin 2002 do të konsideroheshin të varfër – u rrit me pothuajse 11% (Tabela 2, rreshti i fundit).

Figura 3: Kurba e pritsbmerisë së rritjes

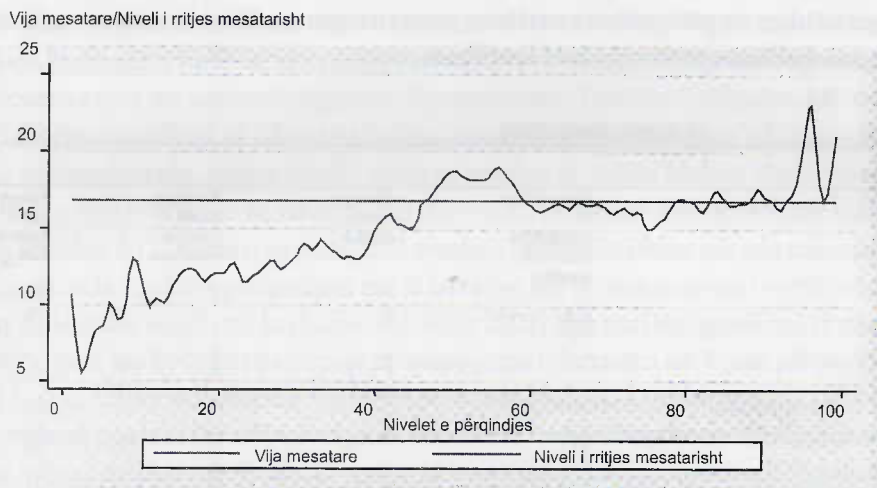


Tabela 2: Përmbledhje e nivelit të rritjes së konsumit

Veçoria e shpërndarjes	Nivelet e rritjes
E ulët	16.8
Mesatare	18.7
Niveli i ulët përqindjeje	14.9
Vija e varfërisë (lekë), me çmimet e vitit 2002	4891
Niveli korrespondues i nivelit të përqindjes pro të varfërve 25% e të varfërve në vitin 2002	10.7

Roli i rëndësishëm i zhvillimit në uljen e varfërisë së matur është i përgjithshëm, por në peisazhin gjeografik ka dallime të lehta (shih Tabelën 3). Si në pjesët Bregdetare ashtu edhe në pjesët Qendrore të vendit, përqindja e varfërisë u ul me rreth 4 pikë përqindjeje. Sidoqoftë, përqindja e varfërisë do të ishte ulur përkatësisht me 7 deri 8 pikë përqindjeje, në qoftë se rritja e pabarazisë mbi mesataren nuk do ta kishte rritur varfërinë përkatësisht me 3 deri 4 pikë përqindjeje. Përkundrazi, zona Malore kishte një dividend të dyfishtë. Rritja e parë e të ardhurave çoi në një ulje shumë të madhe të përqindjes së varfërisë, por edhe pabarazia u zvogëlua, kështuqë ulja e varfërisë ishte edhe më e lartë nga çka do të kishte qenë parashikuar vetëm nga zhvillimi. Në Tiranë, rritja e pabarazisë ishte afërsisht e njëjtë me mesataren në shkallë vendi, kështuqë përqindja neto e varfërisë u ul me 9.7 pikë përqindjeje dhe jo me 11.2. E njëjta gjë mund të thuhet për zona të tjera qytetëse, me përjashtim të Tiranës. Një vështrim i zonave fshatare tregon se në formën e shpërndarjes së të ardhurave në fshat nuk pati

gati asnjë ndryshim, kështuqë ulja neto e varfërisë në fshat është afër komponentit që shpjegohet vetëm nga zhvillimi. Roli i rëndësishëm i zhvillimit për të shpjeguar gati të gjithë uljen në përqindjen e varfërisë përsëritet për madhësi të tjera të varfërisë, siç është thellësia apo ekstremiteti i varfërisë.

1.1

(LSMS) 2002-2005

	Ndryshim i përgjiths hëm në varfëri	Kompo nenti i rritjes	Kompo nenti i rishpër ndarjes	Kompon enti i ndërvepri mit
	-	-	2	0.2
	6.8	9	.	05
	78	2	1	
		7	8	
		2	8	
Ndryshimi në P1	-	-	1	-
	1.7	2	.	0.2
	11	.	0	39
		4	2	
		9	4	
		5		
Ndryshimi në P2	-	-	0	-
	0.5	0	.	0.1
	84	9	4	54
		1	8	
		7	7	

Zbërthimi i ndryshimeve në varfëri, zona Bregdetare

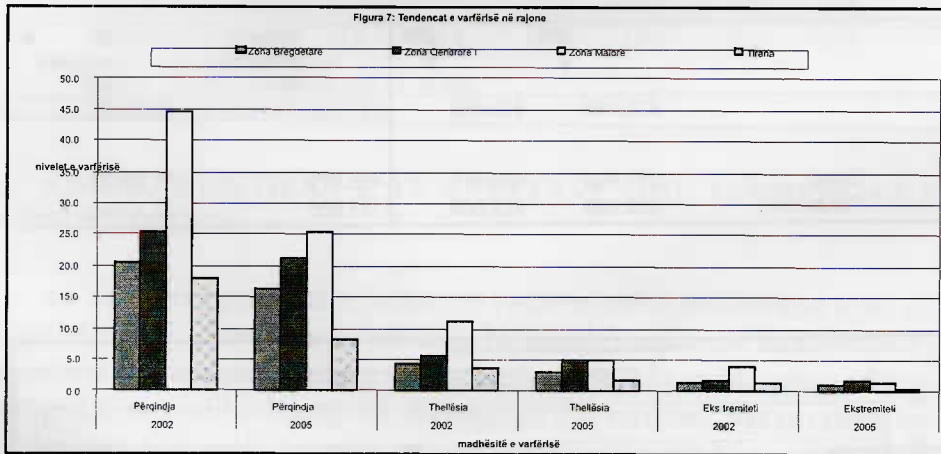
	Ndryshim i përgjiths hëm në varfëri	Kompo nenti i rritjes	Kompo nenti i rishpër ndarjes	Kompon enti i ndërvepri mit
Ndryshimi në P0	-	-	3	-
	4.3	7	.	0.2
	82	.	1	12
		2	2	
		9	1	
		1		
Ndryshimi në P1	-	-	0	-
	1.2	1	.	0.2
	41	.	7	96
		7	6	
		1	6	
		1		
Ndryshimi në P2	-	-	0	-
	0.5	0	.	0.1
	18	.	2	24
		5	0	
		9	5	
		9		

Zbërthimi i ndryshimeve në varfëri, zona Qendrore

	Ndryshim i përgjiths hëm në varfëri	Kompo nenti i rritjes	Kompo nenti i rishpër ndarjes	Kompon enti i ndërvepri mit
Ndryshimi në P0	-	-	3	-
	4.3	7	.	0.2
	24	.	6	59
		6	3	
		9		
		5		
Ndryshimi në P1	-	-	1	-
	0.7	2	.	0.2

Ulja masive e varfërisë është shoqëruar nga një përqendrim i ndjeshëm rajonal. Dallimet përta i përket niveleve të varfërisë në rajone, që kanë një përkufizim të gjerë<sup>1</sup>, janë ngushtuar ndjeshëm në krahasim me ato të vitit 2002. Për shembull, zonat Malore, ku nivelet e varfërisë ishin ndjeshëm më të larta në vitin 2002, e kanë ngushtuar diferencën e tyre me rajonet Bregdetare, Qendrore dhe Tiranën. Gjithashtu, në vitin 2005 nivelet e varfërisë në fshat në të gjitha rajonet janë më afër nga ç'ishin në vitin 2002. Më konkretisht, ndërsa niveli i varfërisë në fshat në zonën Malore ishte 67% më i lartë se niveli i varfërisë në fshat në shkallë vendi, tani është vetëm 14% më i lartë (shih Tabelën A1). Në fakt, në vitin 2005 nivelet e varfërisë në fshat për çdo rajon janë vetëm brenda 4 pikëve përqindjeje më të larta ose më të ulta se niveli i varfërisë në fshat në shkallë vendi, në krahasim me vitin 2002, kur pati një gamë më të gjerë luhatjeje (psh. ato lëviznin nga 20 pikë përqindjeje më të larta deri tek 8 pikë përqindjeje më të ulta). Ulja e ndjeshme e varfërisë në zonat Malore, kombinuar me një ulje relativisht të ngadaltë të varfërisë në pjesët fshatare të zonave Bregdetare dhe Qendrore, është një nga nxitësit me rëndësi kryesore në historinë e këtij përqendrimi. Analiza e vazhdueshme shqyrton faktorët që qëndrojnë në themel të dallimeve të matura përta i përket niveleve të uljes së varfërisë nëpër rajone, duke u përqendruar në faktorë të tillë si emigracioni dhe paratë e dërguara, të ardhurat nga veprimtaritë produktive në rajone të ndryshme dhe programet e asistencës sociale.

Figura 7: Tendencat e varfërisë në rajone

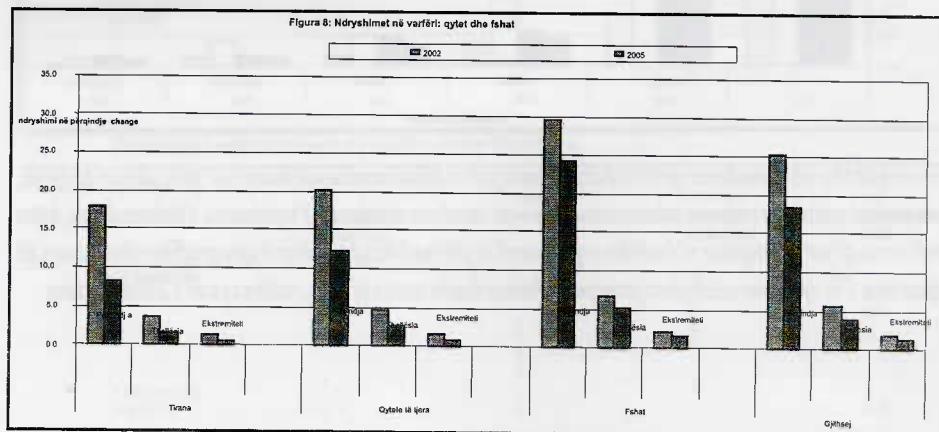


1- Është e rëndësishme që të mbahet parasysh se këto rajone, që kanë një përcaktim të gjerë, nuk janë të njëjta me rajonet administrative – që rëndom citohen si Prefektura. Përkundrazi, këto janë zona që janë grupuar së bashku sepse kanë të përbashkët fqinjësinë gjeografike dhe pasuri të ngjashme. Për qëllime vëzhgimi janë përcaktuar katër zona të tilla, ndërsa janë 12 Prefektura.

Ndonëse ka pasur një ulje të ndjeshme të varfërisë në përgjithësi, nivelet e varfërisë në qytet kanë pësuar një ulje më të shpejtë se sa nivelet e varfërisë në fshat. Tabela 4 tregon se, ndërsa varfëria në fshat u ul me rreth 24%, varfëria në qytet u ul me 41%, kështuqë madhësia e përqindjes së varfërisë në qytet u ul nga 19.5% në vitin 2002 në 11.2% në vitin 2005, ndërsa përqindja në fshat u ul nga 29.6% në 24.2%. Përveç kësaj, edhe brendapërbrenda zonave qytetëse, niveli i uljes së varfërisë është ndjeshëm më i lartë në Tiranë në krahasim me zonat e tjera qytetëse (Figura 8). Një pasojë e kësaj uljeje të diferencuar është përqendrimi më i madh i të varfërve në zonat fshatare. Në mënyrë të veçantë, ndërsa në vitin 2002 të varfërit në fshat përbënin 66% të numrit të përgjithshëm të të varfërve, në vitin 2005 ata përbëjnë 75% të numrit të përgjithshëm të të varfërve. Jo vetëm që nivelet e varfërisë në qytet janë më të ulta dhe po ulen më shpejt, por të dhënat tregojnë gjithashtu se varfëria në qytet është shumë më e cekët se sa varfëria në fshat. Në vitin 2005, madhësia e hendekut të varfërisë (thellësisë së varfërisë) në zonat qytetëse ishte vetëm 2.3%, në krahasim me 5.3% në zonat fshatare. Për zonat qytetëse, kjo ka qenë një ulje prej 49% nga niveli i vitit 2002, ndërsa për zonat fshatare ka qenë një ulje prej vetëm 20%.

Tabela 4: Nivelet e uljes së varfërisë në zonat qytetëse dhe fshatare

			Ndryshimi në varfëri	
	2002	2005	Numri i personave	% e ndryshimit
	813.196	575.659	-237.537	-29.2103
Qytet	257.690	151.811	-105.879	-41.08774
Fshat	555.506	423.848	-131.658	-23.70055



Gjatë gjithë periudhës ndryshimet në pabarazi mbetën modeste. Disa madhësi të pabarazisë tregojnë se ka pasur vetëm një rritje të vogël të pabarazisë (Tabela 5). Gjatë kësaj periudhe koeficienti Gini, që përdoret më rëndom, u rrit nga 28% në afro 30% gjithsej. Madhësitë e entropisë së Theil-it tregojnë gjithashtu rritje të papërfillshme. Hendeku mes atyre që janë në krye të shpërndarjes dhe atyre që janë në fund të shpërndarjes, që matet si raporti 90/10 i nivelit të përqindjes, u rrit me më pak se 1% (Tabela 5, rreshti i fundit). Modele të qëndrueshme të pabarazisë vërehen gjithashtu në zonat qytetëse dhe fshatare, si dhe në rajone, përveç rajonit Malor, ku pati një rënie të pabarazisë (shih gjithashtu Tabelën A14).

Tabela 5: Madhësitë e pabarazisë, në shkallë vendi, qytet dhe fshat, Vëzhgim i Matjes së Nivelit të Jetesës (LSMS) 2002-2005

	Fshat		Qytet			
	2002	2005	2002	2005		
	20.2	21.1	19.5	19.5	20.4	21.1
Koeficienti i luhatjes	55.9	62.3	53.0	53.8	56.9	63.4
Devijimi standard logaritmeve	50.0	52.7	47.7	48.8	51.6	53.3
Koeficienti Gini	28.2	29.6	27.1	27.3	28.5	29.7
Madhësia Mehran	38.4	40.2	37.0	37.5	39.0	40.3
Madhësia Piesch	23.1	24.3	22.2	22.2	23.3	24.4
Madhësia Kakwani	7.1	7.9	6.6	6.7	7.4	8.0
Madhësia e entropisë së Theil-it	13.2	15.1	12.1	12.4	13.7	15.4
Madhësia e devijimit të vogël të logaritmit të Theil-it	12.9	14.4	11.8	12.1	13.4	14.7
Raporti 90/10 i nivelit të l.155 përqindjes (në logaritme)		1.159				

## KARAKTERISTIKAT E TË VARFËRVE DHE TENDENCAT E ÇËNUESHMËRISË

1.1 Njohuritë për karakteristikat e të varfërve janë të rëndësishme sepse ato mund të ofrojnë informacion për politikën. Ne mund t'i analizojmë karakteristikat e të varfërve duke analizuar pritshmërinë e varfërisë – dmth, duke analizuar përqendrimin gjeografik ose profilin demografik dhe arsimor të të varfërve. Nga ana tjetër, ose përveç kësaj, ne mund të llogarisim mundësinë e të qenit i varfër duke pasur parasysh disa karakteristika, siç janë, vendndodhja gjeografike dhe profili demografik dhe arsimor i familjes. Ndonëse një mundësi tjetër është që të analizohet mangësia e konsumit tek familjet që ndajnë disa karakteristika të dukshme me njëra-tjetrën. Një vështrim i mangësisë së konsumit na tregon se, në qoftë se konsumi përdoret për të klasifikuar mirëqenien sociale të familjeve, dhe disa lloje familjesh vërehet se kanë konsum ndjeshëm më të ulët (ato kanë mangësi të madhe negative), atëherë kjo nënkupton se, mesatarisht, ato do të klasifikoheshin si më të ulta dhe kanë më shumë

gjasa për të qenë të varfra. Në parim, të gjitha këto metoda duhet të çojnë në përfundime të ngjashme. Në përqendrohemi te modeli i konsumit sepse luhata e konsumit tek familjet jep më shumë informacion se sa një model i dyfishtë (lidhet me varfërinë, duke përdorur një model të probabilitetit). Modelet analizojnë dallimet në konsum pasi verifikojnë demografinë e familjes (numrin e fëmijëve dhe gjininë e kryefamiljarit), kapitalin njerëzor (niveлин arsimor të kryefamiljarit), statusin e tregut të punës, izolimin, traumatizimet shëndetsore dhe, në zonat fshatare, madhësinë e tokës së disponueshme për kultivim. Lista e verifikimeve dhe modelet e vlerësuara jepen në Tabelat A15-A18.

**1.2 Në vitin 2005, individi mesatar kishte rreth 11% më shumë konsum real për frymë se në vitin 2002,** pas verifikimit të karakteristikave të demografisë dhe të kapitalit njerëzor, traumatizimeve shëndetsore dhe statusit të tregut të punës të familjeve (Tabela A15, kolona 2). Koeficienti mbetet i njëjtë edhe pasi shtohen efektet specifike të rajonit<sup>1</sup>.

**1.3 Familjet e mëdha dhe të reja kanë konsum më të ulët, sidomos në zonat qytetëse.** Një familje me tre fëmijë nën moshën pesëmbëdhjetëvjeçare ka mesatarisht 21% më pak konsum për frymë. Ky deficit ka mbetur gati i njëjtë, pavarësisht nëse shqyrtohet kampioni i përbashkët apo kompione të veçanta për çdo vit. Hendeku i konsumit për frymë është zvogëluar paksa në vitin 2005 (Tabela A15, kolona e fundit), por mbetet i madh. Kur i shqyrtojmë veçmas dallimet në konsumin për frymë tek popullsia qytetëse dhe fshatare, konstatohet se hendeku mbetet negativ dhe i madh. Mangësia është veçanërisht e madhe tek familjet qytetëse, ndonëse ajo ka pasur një ulje të konsiderueshme, nga një mangësi prej 28% në vitin 2002 në një mangësi prej 20% në vitin 2005. Përkundrazi, familjet me një numër më të madh të rriturish se sa personash në vartësi (që pasqyrohet nga ndryshorja "raport i ulët i vartësisë") kanë një konsum për frymë ndjeshëm të lartë. Çuditërisht, familjet me kryefamiljare femra kanë konsum për frymë më të lartë se sa familjet me kryefamiljarë meshkuj.

**1.4 Familjet me kryefamiljar të papunë kanë gjithashtu një konsum ndjeshëm më të ulët për frymë.** Mangësia është më e lartë në zonat qytetëse se sa në zonat fshatare, ndoshta sepse të papunët në zonat fshatare kanë lidhje më të forta me rrjetet e ndërsjellta të sigurisë se sa banorët në qytet. Hendeku, që luhetet nga 20% më pak në zonat qytetëse në 12% më pak në zonat fshatare, ka mbetur pothuajse i njëjtë nëpër vite. Duke bërë një krahasim, një ndryshim kaq i madh në konsumin për frymë nuk vërehet tek familjet kryefamiljari i të cilave është i paaktivizuar (dmth, ata që janë jashtë forcës së punës). Ndërsa tronditja nga papunësia shoqërohet me mangësi të tilla të mëdha të konsumit, ne nuk konstatohet ndonjë hendek që të shoqërojnë traumatizimet shëndetsore, që maten si numri i ditëve kur nuk punohet për shkak të sëmundjes.

**1.5 Banori mesatar në fshat ka pasur rreth 14% më pak konsum për frymë në krahasim me banorin mesatar në qytet.** Kjo është e vërtetë pas verifikimit të

efektve specifike të rajonit (Tabela A15). Ai është rreth 16% kur nuk llogariten efektet e rajonit. Sidoqoftë, është e rëndësishme që të mbahet parasysh se, me kalimin e kohës, ky hendek ka mbetur i njëjtë, gjë që tregon se banori mesatar në fshat ka fituar po aq nga zhvillimi ekonomik i kohëve të fundit sa edhe banori mesatar në qytet. Fakti që nivelet e varfërisë në fshat u zvogëluan më pak se nivelet e varfërisë në qytet duhet të nënkuptojë se banorët në fshat, që janë në shkallën më të ulët të shpërndarjes në fshat, duhet të kenë fituar më pak nga zhvillimi në krahasim me banorët në qytet, që ndodhen në shkallën më të ulët të shpërndarjes në qytet. Çuditërisht, banorët e fshatit që i kushtojnë më shumë tokë (metra katrorë) të lashtave ose pemëve duket se kanë një konsum për frymë më të ulët se sa banori mesatar në fshat, edhe pse hendeku është vërtet i vogël. Dhe gjithaq e çuditshme është se, të kesh më shumë ngastra të vaditura nuk duket se siguron ndonjë epërsi tek banorët e fshatit përsa i përket konsumit. Një pjesë e shpjegimit ka të bëjë me shpërndarjen hapsinore të rrjeteve të vaditjes. Shumica e tyre gjenden në zonat Malore, sepse disponueshmëria e ujit është më e lartë. Sidoqoftë, fermerëve në këto zona u mungojnë inputet plotësuese dhe mundësia për të hyrë në tregje për shkak të infrastrukturës së dobët. Për më tepër, numri i ngastrave të disponueshme për vaditje mund të tregojë diçka për disponueshmërinë, por nuk tregon asgjë për funksionimin dhe cilësinë e tyre, sidomos duke pasur parasysh që, pas vitit 1990, mirëmbajtja e shumicës së sistemeve të vaditjes pësoi rënie. Përveç kësaj, sistemet e vaditjes kërkojnë energji elektrike, që mungon disa orë në ditë (Gero Carletto, bisedë personale).

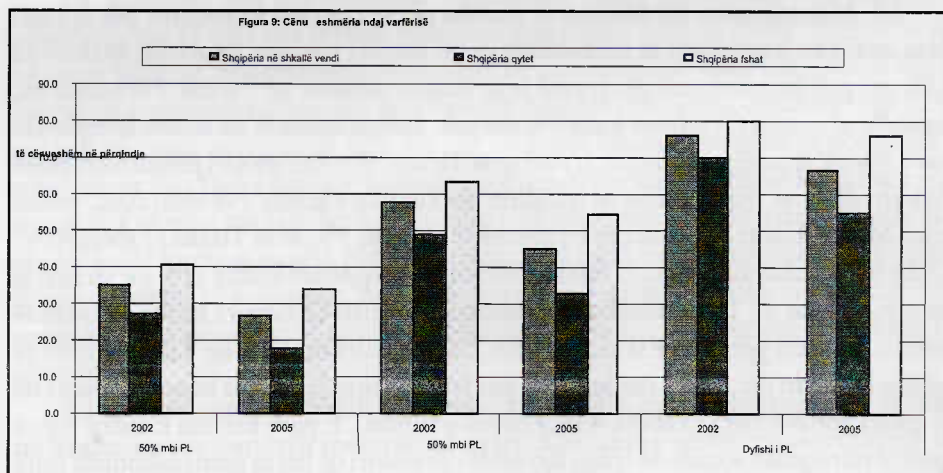
**1.6 Familjet e izoluar gjithashtu kanë konsum për frymë më të vogël, ndonëse ky disavantazh mund të jetë duke u zhdukur.** Përcaktimi i izolimit këtu u referohet familjeve që ndodhen larg shërbimeve shoqërore. Në mënyrë të veçantë, ne e masim atë me largësinë (në kilometra) nga shkolla më e afërt. Sipas kësaj matjeje, një rritje prej 1% në largësinë deri tek shkolla më e afërt nënkupton një mangësi prej 4% të konsumit për frymë. Ky hendek ishte 7% më pak në vitin 2002, por është zhdukur krejtësisht në vitin 2005.

**1.7 Mes rajoneve ka dallime të mëdha përsa i përket konsumit për frymë.** Nga analiza e kampionit të përbashkët del se banori mesatar në zonën Malore ka 12% më pak konsum real për frymë se sa banori mesatar në Tiranë. Përkundrazi, banorët në zonën Qendrore kanë 5% më pak, ndërsa banorët në zonën Bregdetare kanë 4% më shumë konsum për frymë se sa Tirana. Por kampioni i përbashkët fshih disa zhvillime të rëndësishme që ndodhin me kalimin e kohës. Në vitin 2002, vetëm zona Malore kishte konsum për frymë më të ulët, me 9%, se sa Tirana (Tabela A16). Duke bërë krahasimin, banori mesatar në zonën Bregdetare kishte 11% më shumë se banori mesatar në Tiranë dhe banori mesatar në zonën Qendrore kishte afërsisht të njëjtin konsum për frymë si ai. Në vitin 2005, banori mesatar në Tiranë kishte të njëjtin konsum për frymë ose konsum për frymë më të lartë se sa banori mesatar në të gjitha zonat e tjera (Tabela A16, kolona e fundit). E parë brenda kuadrit më të gjerë të mirëqenies sociale në rritje, kjo është një histori që flet sa jashtëzakonisht mirë



ka ecur Tirana dhe JO sa keq kanë ecur rajonet e tjera. Tabela A17 tregon se banori mesatar i fshatit në zonën Qendrore ka 17% dhe 34% më shumë konsum për frymë se sa banori mesatar i fshatit, përkatësisht, në zonën Qendrore dhe Malore.

**1.8 Së fundi, cënueshmëria nga varfëria, njëlloj si varfëria, po zvogëlohet.** Cënueshmëria është efekti neto i tronditjeve, i të ardhurave të familjes dhe i rrjeteve të tyre të përballimit. Matjet rigoroze të cënueshmërisë kërkojnë vëzhgimin e ndryshimeve të këtyre ndryshoreve me kalimin e kohës. Ndonëse nuk i vëzhgojmë tronditjet, ne mund të gjykojmë sa persona do të jenë të varfër në një situatë kur një tronditje i zvogëlon të ardhurat me një përqindje të caktuar. Figura 9 më poshtë jep një vlerësim të pjesës së popullsisë që do të bëhej e varfër në qoftë se një tronditje do t'i ulte të ardhurat me 50%. Nga ana tjetër, shifrat tregojnë cili segment i popullsisë do të binte nën vijën e varfërisë në qoftë se kjo e fundit do të rritej me 50% (nga 4.891 lekë në 7.337 lekë). Një situatë e tillë do të nënkuptonte një rritje të varfërisë absolute nga 18.5% në 45% në vitin 2005. Me vijën e varfërisë relative, cënueshmëria do të kishte qenë edhe më e lartë. Një alternativë është që të merret në shqyrtim cila do të kishte qenë një madhësi e arsyeshme e mangësisë së të ardhurave nga një tronditje jokatastrofike. Për shembull, në qoftë se shumica e njerëzve në një ekonomi janë punëtorë, ata përballen me rrezikun e papunësisë, që, në qoftë se realizohej, do t'i ulte rrogat dhe, për pasojë, të ardhurat, në të njëjtën masë. Pra, për traumatizimin nga papunësia mund të përcaktohet një prag i cënueshmërisë ndaj varfërisë. Në Shqipëri, mangësia në konsum e kryefamiljarit të papunë, siç u diskutua më lart (Tabelat A15-A18), luhet nga më e larta prej 22% në zonat qytetëse deri tek më e ulta prej 12% në zonat fshatare. Duke supozuar një mangësi mesatare prej 15%, konstatojmë se 8% e popullsisë është e cënueshme (varfëria rritet nga 18.5% në 26.7%). Çka është më e rëndësishme, Figura 9 tregon se në periudhën 2002-2005 cënueshmëria ka pësuar rënie, pavarësisht se çfarë vije varfërie është përdorur, duke treguar një dobi tjetër të zhvillimit.



## PËRFUNDIM

1.1 Ky koment analizon lidhjet mes zhvillimit, varfërisë dhe pabarazisë në Shqipëri. Ai vjen në katër përfundime kryesore. Së pari, ai konstaton se rritja mbresëlënëse vjetore e PBB-së reale të Shqipërisë prej 6% në periudhën 1998-2005 ka çuar në uljen masive të varfërisë. Të dhënat tregojnë se rritja, dhe jo rishpërndarja, shpjegon uljen e varfërisë, që është vëzhguar. Së dyti, ulja masive e varfërisë është shoqëruar me përqendrimin rajonal përsa i përket tendencave të varfërisë. Kjo ka ardhur si rezultat i uljes së shpejtë të varfërisë në rajonet më të varfra, zonat Malore, dhe uljes krahasimisht më të ngadaltë, por gjithsesi të rëndësishme, të varfërisë në zonat Bregdetare dhe Qendrore. Një hipotezë e mundshme e këtij përqendrimi është lëvizshmëria e brendshme, ku mërgimtarët e varfër largohen nga zonat Malore dhe vendosen në zonat Bregdetare dhe Qendrore. Së treti, edhe ndërsa po ndodh përqendrimi rajonal, tendencat e varfërisë në qytet dhe në fshat po ndryshojnë. Ndërsa varfëria në qytet dhe në fshat është ulur, nivelet e varfërisë në qytet kanë pësuar një rënie më të shpejtë se sa nivelet e varfërisë në fshat, kështuqë, më 2005, tre të katërtat e të gjithë të varfërve jetojnë në zonat fshatare, në krahasim me dy të tretat që jetonin në zonat fshatare në vitin 2002. Përfundimisht, ndryshimet në pabarazi kanë qenë modeste. Në mënyrë të veçantë, i gjithë koeficienti Gini ndryshoi nga rreth 28% në 30% në periudhën 2002-2005, ndërsa hendeku në konsumin real për frymë të grupit të nivelit të 90-të dhe të 10-të të përqindjes u rrit me më pak se 1%.

1.2 Përfundimet e këtij studimi konfirmojnë rolin e rëndësishëm të zhvillimit në uljen e varfërisë. Për ta ruajtur vrullin e uljes së varfërisë, është e nevojshme që të vazhdohet në rrugën e reformave, që ka çuar në një rritje të qëndrueshme ekonomike, përfshirë ruajtjen e një mjedisi të qëndrueshëm makro-ekonomik, përmirësimin e qeverisjes, klimën e investimeve për zhvillimin e sektorit privat, ofrimin e shërbimeve shoqërore publike (arsimi, shëndetsia dhe mbrojtja shoqërore) dhe zgjerimin e infrastrukturës. Përveç kësaj, zgjidhja e pengesave të veçanta me të cilat përballet popullsia në fshat do t'i përshpejtojë fitimet në të ardhmen për uljen e varfërisë.

**REFERENCA:**

- INSTAT, Shqipëria: Tendencat e verferise dhe pabarazise, 2002-2005.
- Paolo Verme, Poverty Measurement.
- Carletto, G. B. Davis dhe M. Stampini, 2005. "Familiar Faces, Familiar Places: The Role of Family Networks and Previous Experience for Albanian Migrants". Dokument pune ESA, nr. 05-03, FAO, Romë.
- Carletto, G. B. Davis dhe M. Stampini, S. Trento dhe A. Zezza, 2005. "Internal Mobility and International Migration in Albania". Dokument pune ESA, nr. 04-13, FAO, Romë.
- Banka Botërore, 2005. "Albania: Labor Market Assessment". Raport nr. 34597-AL. Uashington DC.
- Banka Botërore, 2004. "Albania: Sustaining Growth Beyond the Transition: A World Bank Country Economic Memorandum". Raport nr. 29257-AL. Uashington DC.



