

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik


INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 2 - 2016

BULETINI i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 2-2016

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

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

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktorë letrarë:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout Genc Musa

ISBN: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 2-2016

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Herion Muja, Ervin Toçi

Treguesit e sëmundshmërisë spitalore dhe lidhja me nivelin

e varfërisë në Shqipëri 7

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Treguesit e sëmundshmërisë spitalore dhe lidhja me nivelin e varfërisë në Shqipëri

Herion Muja¹, Ervin Toçi¹

¹Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Sëmundshmëria spitalore e përgjithshme dhe ajo specifike lidhet, midis të tjerash, dhe me nivelin e varfërisë duke sugjeruar rritjen e treguesve të sëmundshmërisë me rritjen e deprivimit ekonomik dhe social. Në vendin tonë studimet lidhur me prevalencën e varfërisë në përgjithësi nuk janë lidhur me indikatorët e sëmundshmërisë, duke krijuar një boshllëk në drejtim të dokumentimit të lidhjeve midis tyre. Ky studim shqyrtoi pikërisht këtë lidhje duke përdorur të dhënat zyrtare sekondare lidhur me sëmundshmërinë spitalore bruto të përgjithshme dhe specifike dhe prevalencën e varfërisë sipas rajoneve të Shqipërisë. Varfëria u evidentua si një faktor i qartë rreziku për sëmundshmërinë nga sëmundjet e qarkullimit, kanceri i mushkërisë, kanceri i stomakut, sëmundshmërinë nga traumat-aksidentet-helmimet, sëmundjet e sistemit respirator, sëmundshmërinë nga sëmundjet e sistemit digjektiv, dhe sëmundshmërinë nga gjithë sëmundjet mendore. Lidhja me treguesit e tjerë të sëmundshmërisë dhe diferencat gjinore dhe ato midis rajoneve të vendit sugjeruan marrdhënie shumë më komplekse midis faktorëve ekonomikë, socialë, kulturorë dhe atyre që kanë të bëjnë me sistemin shëndetësor. Aksesit ndaj shërbimit spitalor në rajonet më të varfra të vendit mund të jetë një faktor që shpjegon disa nga këto diferenca. Luhatjet e theksuara të niveleve të përzgjedhura të sëmundshmërisë edhe midis rajoneve me nivele të ngjashme varfërie sugjerojnë se sistemi i informacionit shëndetësor në vendin tonë ka vend për përmirësime të ndjeshme. Nga ana tjetër, pavarësisht kufizimeve të këtij studimi, diferencat e vërjetura sugjerojnë marrjen e masave për adresimin e përshtatshëm të tyre.

Hyrje

Të dhënat e literaturës kanë evidentuar që vendet më të varfra kanë një gjendje shëndetësore më të dobët krahasuar me vendet më të pasura si dhe personat më të varfër në përgjithësi preken nga një numër më i madh sëmundjesh dhe kanë status shëndetësor më të dobët krahasuar me personat në gjendje të mirë ekonomike (Centers for Disease Control and Prevention 2013). Nga ana tjetër, shëndeti jo i mirë shpesh shoqërohet me rritjen e shpenzimeve shëndetësore, të cilat në terma relative rëndojnë më tepër mbi shpatullat e grupeve më të deprivuara të shoqërisë. Në këtë mënyrë, sëmundshmëria dhe shëndeti jo i mirë janë të lidhur në mënyrë të ngushtë me njëri-tjetrin dhe madje stimulojnë njëri-tjetrin në një rreth vicioz (Wagstaff 2002). Për më tepër, varfëria dhe efektet e dëmshme që statusi shëndetësor jo i mirë ka mbi ekonominë familjare kanë të bëjnë me drejtësinë sociale pasi këta individë nuk kanë zgjedhur vullnetarisht të jenë të varfër dhe me shëndet jo të mirë por më tepër rrethanat sociale janë përgjegjëse për këtë. Për këtë arsye, shoqëria në tërësi ka detyrimin për të përballuar një pjesë të madhe të këtyre kostove (Wagstaff 2002).

Varfëria shpesh lidhet me një hasje më të shpeshtë të sëmundjeve infektive (përfshirë sëmundjen HIV/AIDS), diabetit, sëmundjeve tumorale, sëmundjeve kardiovaskulare, problemeve që kanë të bëjnë me shtatzëninë dhe lëndimet, me një cilësi më të ulët të jetës, periodontitit, si dhe nivele më të larta të shtrimit në spital, etj. (Zhao dhe bp. 2011; Centers for Disease Control and Prevention 2013). Një studim në Australi midis popullatës indigjene (popullatë më e varfër) dhe popullatës jo-indigjene (në gjendje më të mirë socioekonomike) sugjeroi që sëmundshmëria spitalore ishte më e lartë tek indigjenët (niveli i sëmundshmërisë spitalore rreth 140 për 1000 banorë) sesa tek popullata jo-indigjene (niveli i sëmundshmërisë spitalore rreth 82 për 1000 banorë). Gjithashtu analizat multivariate sugjeruan që varfëria lidhej në mënyrë negative dhe statistikisht domethënëse

me nivelin socioekonomik (Zhao dhe bp. 2011). Edukimi, të ardhurat financiare, gjinia femër dhe mosha mbi 50 vjeç e rrisnin në mënyrë domethënëse rrezikun e shtrimit në spital (Zhao dhe bp. 2011).

Në përgjithësi faktorët që ndikojnë në përcaktimin e gjendjes socioekonomike të individëve kanë gjithashtu ndikim në gjendjen shëndetësore të tyre (Lynch & Kaplan 2000 G). Gjithashtu, kushtet socioekonomike të vendit ku njerëzit jetojnë dhe punojnë kanë një influencë të konsiderueshme në gjendjen shëndetësore dhe ekonomike të njerëzve (Macintyre, Ellaway & Cummins 2002). Zakonisht niveli i edukimit dhe niveli i të ardhurave personale konsiderohen si indikatorët bazë për të matur efektin e statusit socioekonomik tek gjendja shëndetësore e individëve dhe grupeve të popullatave (Centers for Disease Control and Prevention 2013).

Në këtë mënyrë, lidhja e varfërisë me gjendjen shëndetësore është relativisht e qartë dhe e x sëmundshmërisë spitalorepothuajse mungojnë. Në këtë kontekst, qëllimi i këtij studimi është paraqitja e trendeve të sëmundshmërië spitalore gjatë periudhës 2001-2010 në vendin tonë dhe shqyrtimi i lidhjes së sëmundshmërisë me treguesit e varfërisë, për vitet e përzgjedhura në studim.

Metodologjia

Ky punim bazohet mbi analizën e të dhënave sekondare lidhur me sëmundshmërinë dhe nivelin e varfërisë. Të dhënat e sëmundshmërisë spitalore i referohen shifrave zyrtare të publikuara nga Instituti i Statistikave (INSTAT). Kurse treguesit e varfërisë janë marrë nga studimi i Institutit të Statistikave dhe Bankës Botërore, të cilët kanë publikuar të dhënat lidhur me prevalencën e varfërisë në vitin 2012 (INSTAT & World Bank 2013). Arsyeja përse u përdor prevalenca e varfërisë në vitin 2012 ishte sepse të dhënat e varfërisë sipas qarqeve të vendit detajoheshin vetëm për vitin 2012 (INSTAT & World Bank 2013). Kurse për analizimin e lidhjes varfëri-sëmundshmëri, ne

përdorëm të dhënat e sëmundshmërisë së vitit 2010 pasi ky ishte viti më i fundit për të cilin të dhënat e sëmundshmërisë ishin më të plota.

Rezultatet

Sëmundshmëria nga të gjithë shkaqet

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga të gjithë shkaqet në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 831.2 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 477.0 raste në Durrës në 1455.7 raste për 10.000

banorë në Kukës (Tabela 1). Niveli bruto i sëmundshmërisë nga të gjithë shkaqet është më i lartë midis femrave sesa midis meshkujve. Gjatë periudhës 2001-2009, diferenca më e madhe gjinore e nivelit të vdekshmërisë bruto nga të gjithë shkaqet u vu re në Kukës dhe Elbasan dhe diferenca më e vogël në Dibër. Vetëm në Gjirokastrë sëmundshmëria bruto nga të gjithë shkaqet u paraqit më e lartë midis meshkujve sesa midis femrave gjatë periudhës 2001-2010 (Tabela 1).

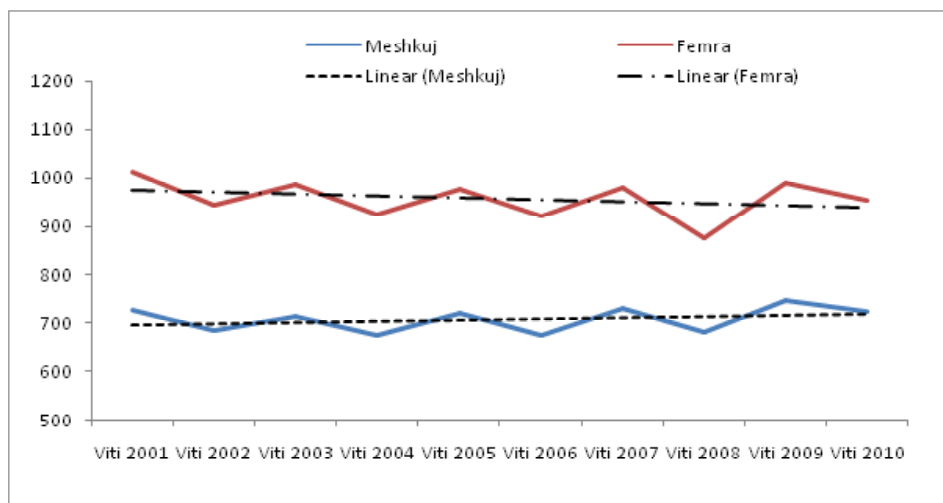
Tabela 1. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	740.7	1043.9	890.7
Dibër	638.5	759.8	703.1
Durrës	359.3	590.9	477.0
Elbasan	454.3	780.9	615.0
Fier	485.5	766.0	624.6
Gjirokastrë	820.6	815.4	817.2
Korçë	516.2	786.2	651.0
Kukës	1265.5	1634.9	1455.7
Lezhë	504.2	761.0	637.4
Shkodër	662.5	819.4	740.2
Tirana	1100.7	1362.2	1226.9
Vlorë	895.2	1130.9	1015.0
SHQIPËRIA	707.3	956.0	831.2

Sëmundshmëria bruto nga të gjithë shkaqet paraqet trend të qëndrueshëm si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 1),

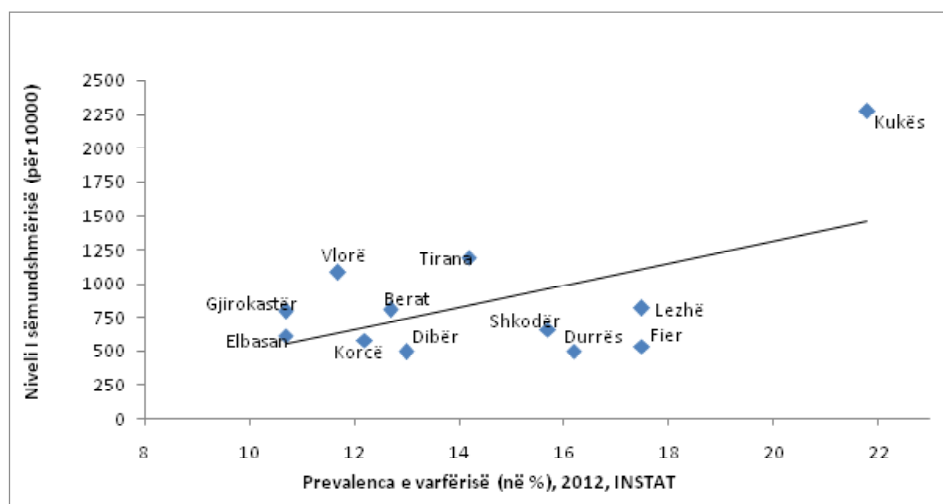
duke duke ruajtur diferencat gjinore në favor të femrave edhe pse kjo diferencë ka tendencë të lehtë për tu ngushtuar.

Figura 1. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga të gjitha shkaqet sipas gjinisë dhe viteve



Në figurën 2 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë nga të gjithë shkaqet sipas qarqeve në vitin 2010 dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje).

Figura 2. Niveli i sëmundshmërisë nga të gjithë shkaqet (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Vihet re që ka një lidhje pozitive midis prevalencës së varfërisë dhe nivelit të sëmundshmërisë nga gjithë shkaqet. Për shembull, në Kukës, që sipas INSTAT është qarku më i varfër i vendit, niveli bruto i sëmundshmërisë së përgjithshme në vitin 2010 rezultoi 2271.7 raste për 10000 banorë, duke

qënë dukshëm më lart krahasuar me nivelin e sëmundshmërisë në qarqet e tjera ndërsa qarqet me përqindjen më të ulët të varfërisë (Elbasani dhe Gjirokastra) paraqesin gjithashtu nivelet më të ulëta të sëmundshmërisë (Figura 2).

Sëmundshmëria nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut

Sipas të dhënave të raportuara, niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 70.7 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 38.1 raste në Fier në 113.4 raste për 10.000 banorë në Tiranë (Tabela 2). Ky indikator në Tiranë është rreth 2-3 herë më i lartë sesa pjesa më e madhe e prefekturave të tjera të vendit. Kjo gjetje ndoshta i detyrohet rasteve të

importuara nga qytetet të tjera të vendit, duke qënë se në Tiranë ndodhet QSUT i cili ofron shërbimet e tij edhe për personat jo-rezident në Tiranë.

Niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut në përgjithësi është më i lartë midis meshkujve sesa midis femrave, ku diferencat më të mëdha paraqiten në prefekturën e Tiranës ndërsa në Kukës ky nivel është më i lartë midis femrave.

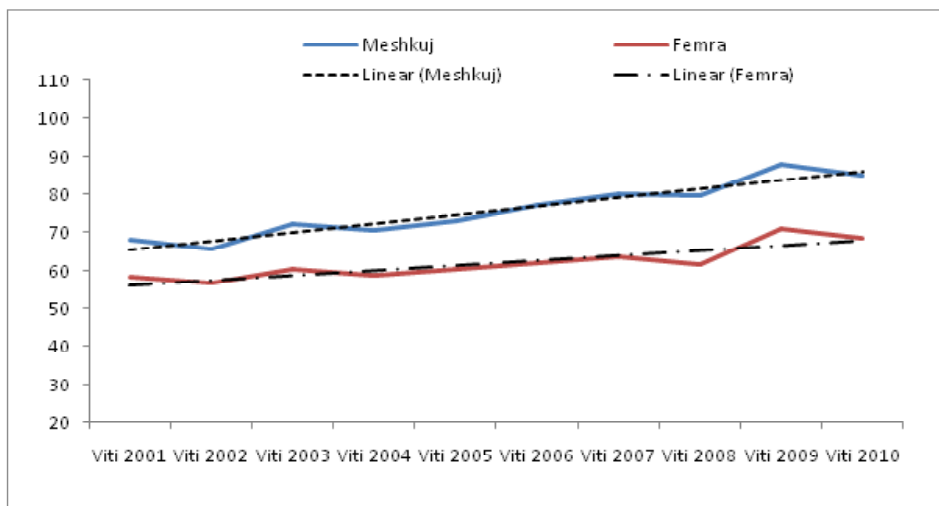
Tabela 2. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	71.8	61.1	67.2
Dibër	66.4	61.3	65.1
Durrës	59.2	45.6	53.8
Elbasan	51.4	47.8	50.5
Fier	38.4	36.0	38.1
Gjirokastër	81.4	75.6	79.9
Korçë	64.0	63.1	64.6
Kukës	82.1	87.9	88.0
Lezhë	40.1	35.1	38.3
Shkodër	71.9	57.3	65.8
Tirana	129.1	92.5	113.4
Vlorë	80.2	65.5	74.2
SHQIPËRIA	76.0	62.2	70.7

Sëmundshmëria bruto nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut paraqet trende në rritje monotone si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 3), por diferencat gjinore janë në rritje të lehtëpërgjatë kësaj periudhe. Trendi rritës ndoshta i detyrohet rritjes së faktorëve risk të sëmundjeve kardiovaskulare si psh, duhani, alkooli, dhe mbipesha (DHS

Albania). Megjithatë, diferenca gjinore në rritje sugjeron që sëmundshmëria midis meshkujve po rritet me ritme më të shpejta në kohë krahasuar me femrat. Kjo gjetje është në kontrast me prevalencën në rritje të abuzimit me duhanin dhe alkoolin nga femrat në vendin tonë, por ndoshta reflektimi i këtyre sjelljeve të ndryshme midis femrave do ndodhë më vonë në kohë.

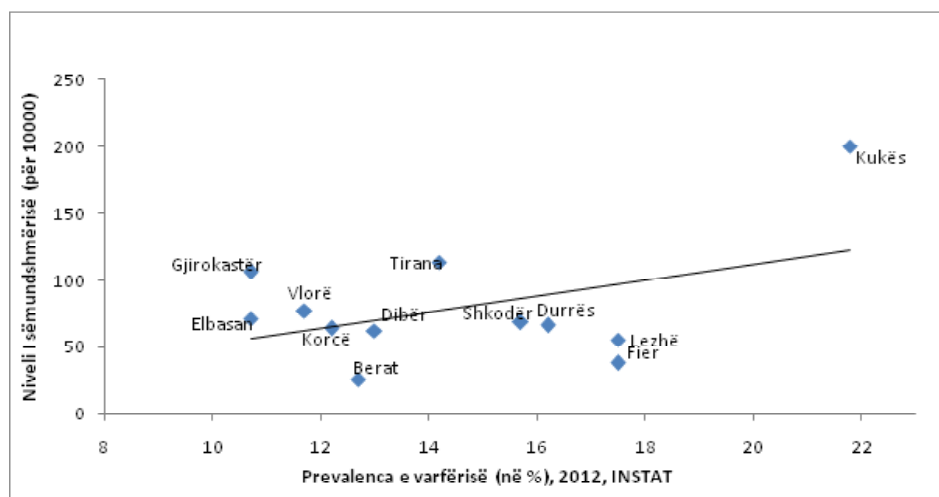
Figura 3. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 4 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut sipas qarqeve në vitin 2010 dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje). Në tërësi, vihet re një lidhje pozitive midis nivelit të varfërisë dhe nivelit të sëmundshmërisë nga sëmundjet e qarkullimit. Megjithatë, përgjegjës për këtë tendencë është prefektura e Kukësit (outlier), ndërkohë që ky kombinim nuk është i zakonshëm për shumicën e prefekturave të tjera. Kështu, prefektura me nivele të larta varfërie (Lezha dhe Fieri) paraqesin nivele të ulëta të sëmundshmërisë

nga sëmundjet e qarkullimit krahasuar me prefektura ku niveli i varfërisë është më i ulët (si në Tiranë, Vlorë dhe Gjirokastrë), duke sugjeruar për një lidhje negative midis nivelit të varfërisë dhe sëmundshmërisë nga sëmundjet e qarkullimit. Një trend i tillë mund të jetë dhe tregues i diferencave në akses ndaj kujdesit spitalor sipas prefekturave. Kështu, mund të supozojmë që në prefekturat më të varfëra aksesin ndaj kujdesit spitalor është i kufizuar duke çuar në ulje artificiale të nivelit të sëmundshmërisë nga sëmundjet e qarkullimit në këto zona.

Figura 4. Niveli i sëmundshmërisë (për 10.000 banorë) nga sëmundjet e qarkullimit në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sëmundshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga sëmundja ishemike e zemrës në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 19.9 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 6.2 raste në Fier në 33.8 raste për 10.000 banorë në Tiranë (Tabela 3). Shifrat më të larta në Tiranë me shumë gjasa i detyrohen rasteve

të importuara nga qytetet të tjera të vendit të cilët trajtohen pranë QSUT.

Niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës është më i lartë midis meshkujve sesa midis femrave, ku diferencat më të mëdha paraqiten në prefekturën e Tiranës, Beratit dhe Vlorës dhe më i ulët në prefekturën e Lezhës (Tabela 3).

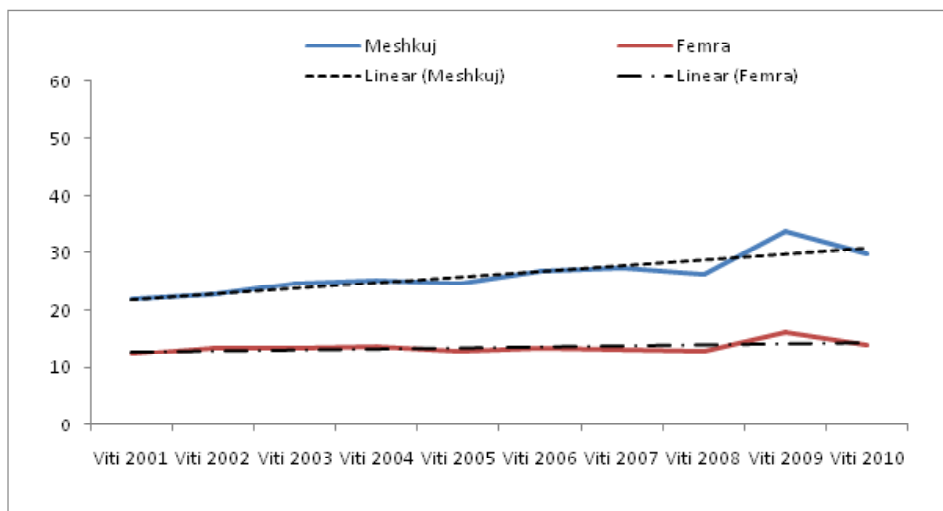
Tabela 3. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga sëmundja ishemike e zemrës sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	32.2	20.2	26.2
Dibër	16.2	7.4	12.3
Durrës	20.0	11.5	15.7
Elbasan	12.3	6.3	9.3
Fier	18.7	13.5	16.1
Gjirokastrë	17.0	8.9	13.0
Korçë	22.9	13.7	17.0
Kukës	7.7	4.6	6.2
Lezhë	10.0	7.3	8.6
Shkodër	20.3	13.8	17.0
Tirana	49.1	18.3	33.8
Vlorë	34.3	23.1	28.6
SHQIPËRIA	26.5	13.6	19.9

Sëmundshmëria bruto nga sëmundja ishemike e zemrës paraqet trend në rritje monotone si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 5), por diferencat gjinore janë në rritje përgjatë kësaj periudhe. Trendi rritës ndoshta i detyrohet rritjes së faktorëve risk të sëmundjeve kardiovaskulare si psh. duhani, alkooli, dhe mbipeshja (DHS Albania), të cilat janë më prevalente midis

meshkujve. Megjithatë, diferenca gjinore në rritje sugjeron që sëmundshmëria midis meshkujve po rritet me ritme më të shpejta në kohë krahasuar me femrat. Kjo gjetje është në kontrast me prevalencën në rritje të abuzimit me duhanin dhe alkoolin nga femrat në vendin tonë, por ndoshta reflektimi i këtyre sjelljeve të ndryshme midis femrave do ndodhë më vonë në kohë.

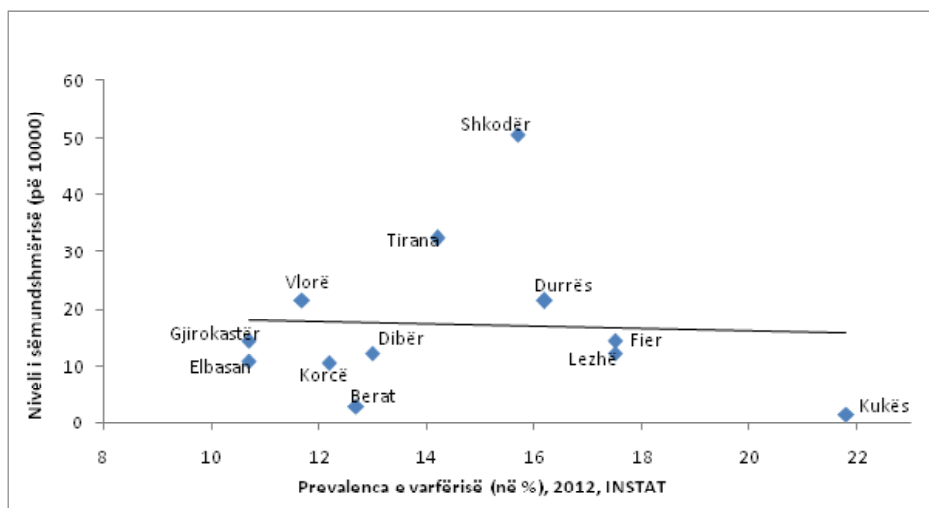
Figura 5. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga sëmundja ishemike e zemrës sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 6 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës sipas qarqeve në vitin 2010 dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje). Në tërësi, vihet re një lidhje e lehtënegative midis sëmundshmërisë nga sëmundja ishemike e

zemrës dhe varfërisë, por rezultatet kanë luhajtje të theksuar sipas qarqeve, pa ndonjë trend të qartë. Kjo mund t'i detyrohet në një masë të madhe saktësisë së raportimit dhe për këtë arsye është e pamundur arritja e konkluzioneve përfundimtare.

Figura 6. Niveli i sëmundshmërisë (për 10.000 banorë) nga sëmundja ishemike e zemrës në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sëmundshmëria nga sëmundjet cerebro-vaskulare

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga sëmundjet cerebro-

vaskulare në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 11.2 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 4.4 raste në Lezhë në 15.5 raste për 10.000 banorë në Tiranë (Tabela 4). Shifrat më të larta

në Tiranë me shumë gjasa i detyrohen rasteve të importuara nga qytetet të tjera të vendit të cilët trajtohen pranë QSUT.

Niveli bruto i sëmundshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës është më i lartë midis

meshkujve sesa midis femrave, ku diferencat më të mëdha paraqiten në prefekturën e Tiranës, Vlorës dhe Durrësit dhe më i ulët në prefekturën e Kukësit (Tabela 4). Në Fier, niveli i sëmundshmërisë cerebro-vaskulare është i barabartë në të dy gjinitë.

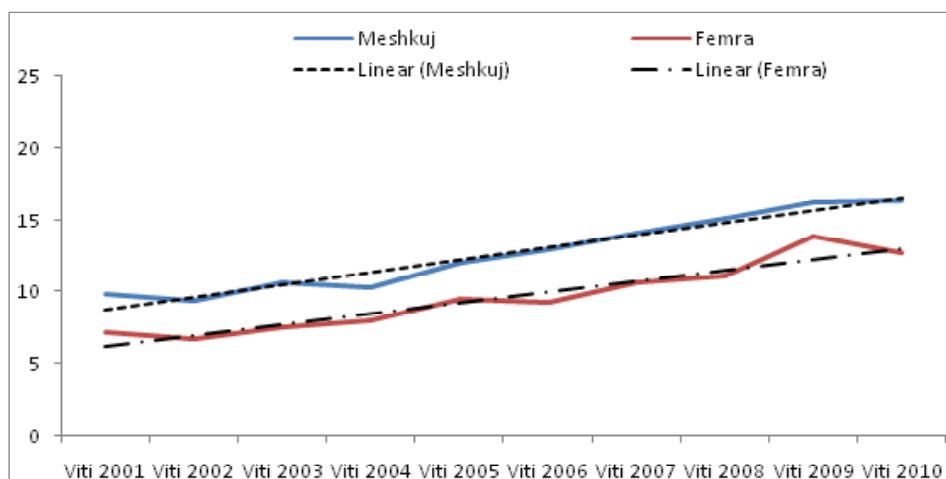
Tabela 4. Sëmundshmëria bruto (për 10.000 banorë) nga sëmundjet cerebro-vaskulare sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	13.8	10.5	12.2
Dibër	7.1	5.2	6.1
Durrës	15.6	12.1	13.8
Elbasan	9.2	8.2	8.7
Fier	4.8	4.8	4.8
Gjirokastrë	13.9	12.5	13.2
Korçë	12.6	10.5	11.5
Kukës	9.4	8.3	8.8
Lezhë	5.6	3.1	4.4
Shkodër	15.6	12.5	14.0
Tirana	18.7	12.4	15.5
Vlorë	14.5	10.7	12.6
SHQIPËRIA	12.7	9.7	11.2

Sëmundshmëria cerebro-vaskulare bruto paraqet trend në rritje monotone si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 7), por diferencat gjinore janë në rritje përgjatë kësaj

periudhe duke sugjeruar që sëmundshmëria midis meshkujve po rritet me ritme më të shpejta në kohë krahasuar me femrat.

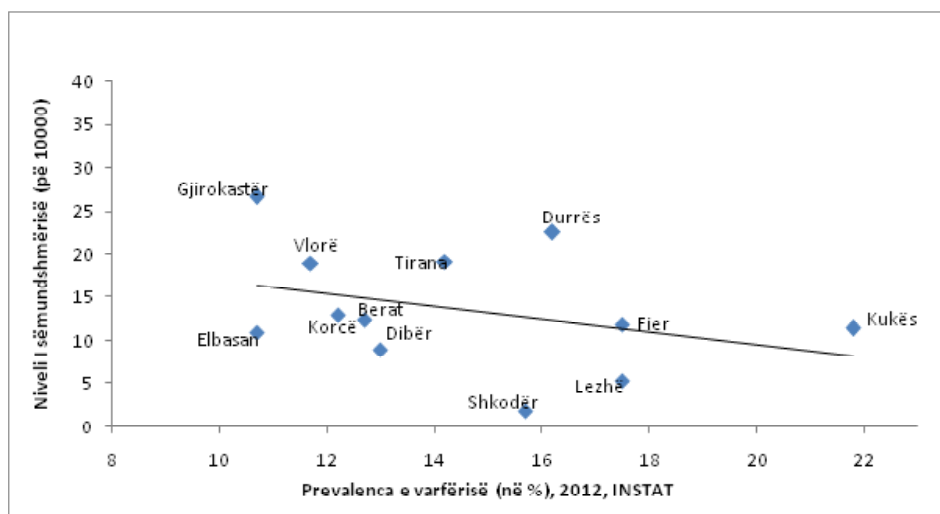
Figura 7. Sëmundshmëria bruto cerebro-vaskulare (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 8 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë cerebrovaskulare sipas qarqeve në vitin 2010 dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje). Në tërësi, vihet re një lidhje negative midis sëmundshmërisë cerebrovaskulare dhe

varfërisë ku qarqet më të varfër kanë një nivel më të ulët të këtij treguesi. Përveç pasaktësive në raportim, një shpjegim i mundshëm për këtë gjetje mund të jetë prevalenca e aktivitetit fizik që në përgjithësi është më e lartë në qarqet e varfëra.

Figura 8. Niveli i sëmundshmërisë cerebrovaskulare (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Neoplazmat

Sipas të dhënave të raportuara, niveli bruto i sëmundshmërisë nganeoplazmatnë Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 49.0 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 3.1 raste në Dibër në 186.9 raste për 10.000 banorë në

Tiranë (Tabela 5). Shifrat shumë të larta në Tiranë natyrisht i detyrohen rasteve të importuara nga qytetet të tjera të vendit të cilët trajtohen pranë QSUT.

Niveli bruto i neoplazmave është më i lartë midis

meshkujve sesa midis femrave në Berat, Dibër, Korçë, Kukës dhe Durrës kurse në prefekturat e tjera vihet re trendi i kundërt, sidomos në Tiranë ku për cdo 10,000 banorë regjistrohen 69.8 raste me neoplazma më shumë midis femrave sesa midis meshkujve (Tabela 5). Trendet gjinore të neoplazmave padyshim i

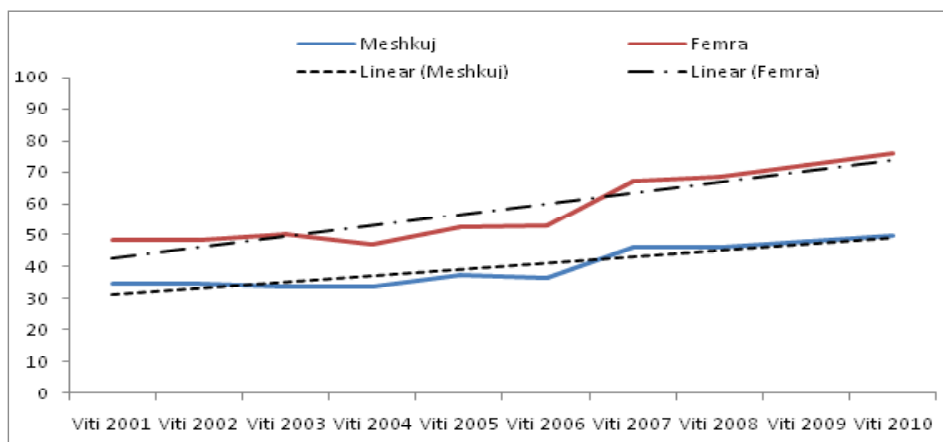
detyrohen llojit specifik të tyre. Sidoqoftë, të dhënat spitalore nuk korrelojnë me shpërndarjen e sëmundjes në popullatë për shkak se subjektet e prekura mund të trajtohen në spitalet sekondare në rajone apo në spitalin terciar në QSUT, në varësi të kriterëve të përcaktuara.

Tabela 5. Niveli bruto i sëmundshmërisë nga neoplazmat (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

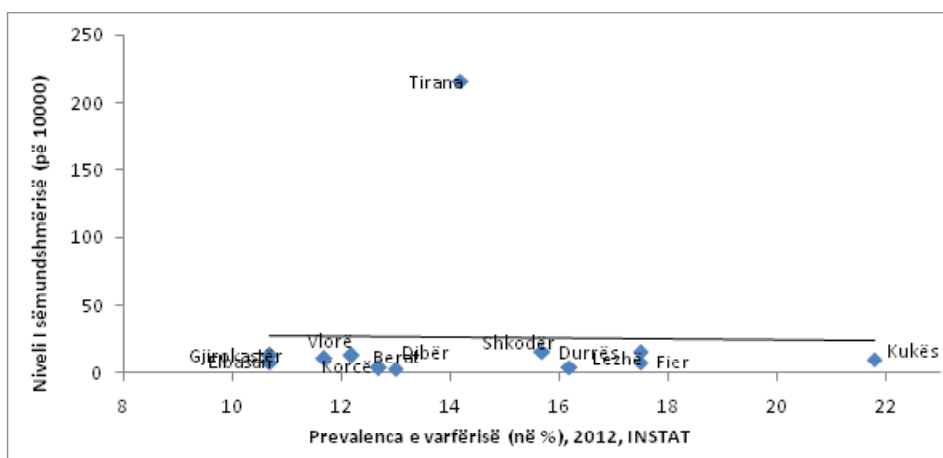
Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	7.2	1.7	4.5
Dibër	4.5	2.0	3.1
Durrës	4.8	4.3	4.4
Elbasan	5.5	13.1	9.2
Fier	2.6	10.3	6.4
Gjirokastrë	8.8	9.5	9.1
Korçë	12.3	11.4	11.9
Kukës	8.3	7.0	8.0
Lezhë	6.3	11.8	9.1
Shkodër	4.9	15.4	10.1
Tirana	153.7	223.5	186.9
Vlorë	7.8	12.6	10.2
SHQIPËRIA	40.2	58.2	49.0

Niveli bruto i neoplazmave paraqet trend në rritje si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 9), por diferencat gjinore janë në rritje përgjatë kësaj periudhe në favor të femrave duke sugjeruar që sëmundshmëria midis këtyre të fundit po rritet me ritme më të shpejta në kohë krahasuar me meshkujt. Rritja e

neoplazmave në kohë sugjeron për modernizimin e stilit të jetesës dhe moshimin e popullatës në Shqipëri, ndërsa rritja më e shpejtë e nivelit të neoplazmave midis femrave meriton vëmendje të vecantë në mënyrë që të hetohen me kujdes shkaqet përkatëse dhe të merren masat e duhura parandaluese.

Figura 9. Niveli bruto i neoplazmave (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

Në Figurën 10 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë nga neoplazmat sipas qarqeve në vitin 2010 dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje).

Figura 10. Niveli i sëmundshmërisë nga neoplazmat (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012

Vihet re që lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga neoplazmat është lehtësisht negative (Figura 10). Me përjashtim të Tiranës (që ka specifikë krejt të ndryshme), nivelet më të larta të sëmundshmërisë nga neoplazmat vihen re në përgjithësi në qarqet më pak të varfra (psh. në Gjirokastrë, Vlorë dhe Elbasan).

Sëmundshmëria nga kanceri i mushkërisë, stomakut dhe sistemit hematopojetik

Në Tabelën 6 paraqitet niveli bruto i sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë, stomakut dhe kancerit

të sistemit hematopojetik në Shqipëri për periudhën 2001-2010. Në të gjitha rastet, sëmundshmëria spitalore nga këto tre kancere është më e lartë në Tiranë krahasuar me gjithë prefekturat e tjera, për shkak të trajtimit këtu tënjë pjese të konsiderueshme tëkëtyre pacientëve.

Niveli bruto i sëmundshmërisë spitalore nga kanceri i mushkërisë dhe stomakut është më i lartë midis meshkujve sesa midis femrave në të gjitha prefekturat e vendit gjatë periudhës 2001-

2010 kurse sëmundshmëria nga kanceri i sistemit hematopojetik paraqitet më e lartë midis femrave sesa meshkujve vetëm në prefekturën e Durrësit dhe të Kukësit.

Tendencat gjinore lidhur me kancerin e mushkërisë dhe stomakut janë të lidhura

ngushtësisht me konsumin e duhanit dhe të alkoolit, që janë më shpesh të pranishme midis meshkujve. Përvec Tiranës, nivelet më të larta të sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë midis meshkujve vihen re në Kukës, Lezhë dhe Shkodër kurse nga kanceri i stomakut vihen re në Kukës, Berat dhe Elbasan.

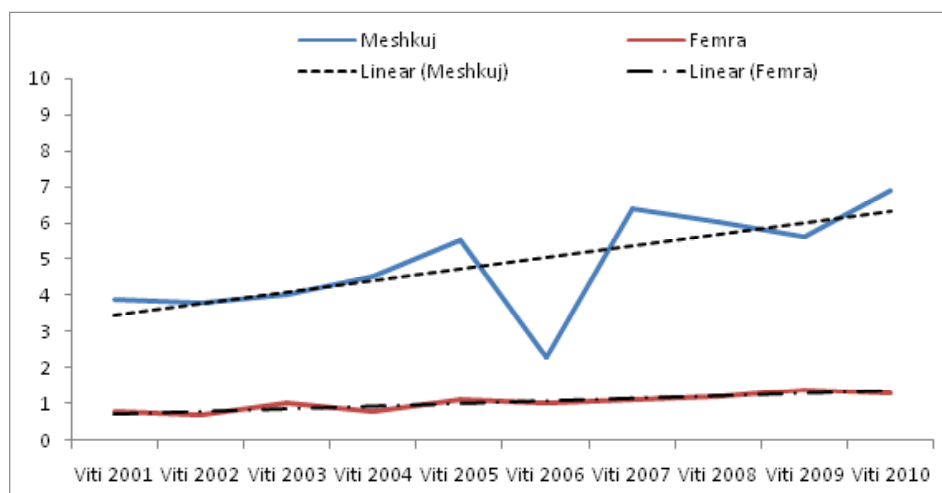
Tabela 6. Niveli bruto i sëmundshmërisë sipas llojeve të ndryshme të kancereve (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Semundshmëria nga kanceri i mushkërisë			Semundshmëria nga kanceri i stomakut			Semundshmëria nga kanceri i sistemit hematopojetik		
	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total	Meshkuj	Femra	Total
Berat	0.70	0.01	0.37	1.14	0.22	0.69	0.50	0.24	0.39
Dibër	0.24	0.02	0.12	0.73	0.15	0.42	0.73	0.18	0.45
Durrës	0.33	0.12	0.24	0.76	0.43	0.60	0.47	0.64	0.57
Elbasan	0.72	0.04	0.38	1.07	0.38	0.75	0.66	0.64	0.65
Fier	0.23	0.02	0.13	0.22	0.20	0.20	0.38	0.38	0.37
Gjirokastrë	1.35	0.18	0.78	0.73	0.36	0.56	0.25	0.06	0.16
Korçë	1.28	0.20	0.76	0.66	0.30	0.49	1.12	0.79	0.97
Kukës	2.43	1.03	1.74	1.81	0.90	1.37	0.39	0.59	0.49
Lezhë	2.07	0.23	1.13	0.56	0.35	0.46	0.45	0.31	0.38
Shkodër	1.73	0.30	1.01	0.36	0.17	0.25	0.05	0.03	0.03
Tirana	18.19	3.57	10.91	8.49	4.62	6.57	35.12	23.20	29.15
Vlorë	0.56	0.13	0.34	0.40	0.18	0.29	0.69	0.67	0.70
SHQIPËRIA	4.89	1.04	2.96	2.52	1.28	1.89	8.35	5.55	6.95

Në figurat 11-13 paraqiten sëmundshmëria bruto nga kanceri i mushkërisë, stomakut dhe sistemit hematopojetik sipas gjinisë dhe viteve. Vihet re që sëmundshmëria spitalore nga kanceri i mushkërisë është në rritje gjatë periudhës 2001-2010, ku rritja është shumë e shprehur midis

meshkujve (pavarësisht luhatjes në vitin 2006), duke sugjeruar për rritje të hendeut gjinor lidhur me këtë indikator (Figura 11). Natyrisht, diferencat shpjegohen me prevalencën më të lartë të duhanpirjes midis meshkujve në të kaluarën.

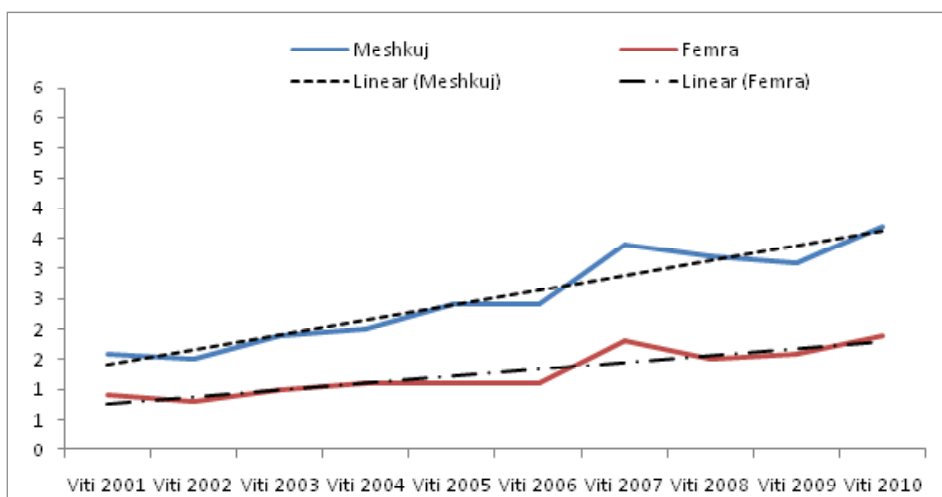
Figura 11. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i mushkërisë (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Ndërkohë, sëmundshmëria nga kanceri i stomakut është në rritje të qartë midis meshkujve dhe femrave, por diferenca gjinore këtu po thellohet më shpejt në favor të meshkujve krahasuar me trendet e vëna

re lidhur me kancerin e mushkërive. Përgjegjës për këtë situatë mendojmë se është konsumi i ekzagjeruar i alkoolit (dhe duhanit) midis meshkujve dhe më pak midis femrave (Figura 12).

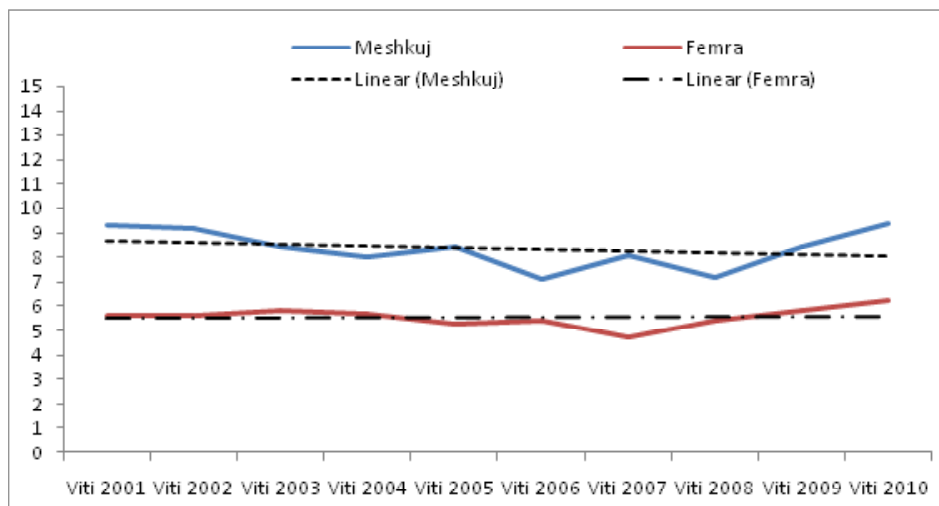
Figura 12. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i stomakut (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Kurse diferencat gjinore në sëmundshmërinë nga kanceri i sistemit hematopojetik duket se po

zvogëlohen me kalimin kohës, pavarësisht luhatjeve të vogla të vëna re (Figura 13).

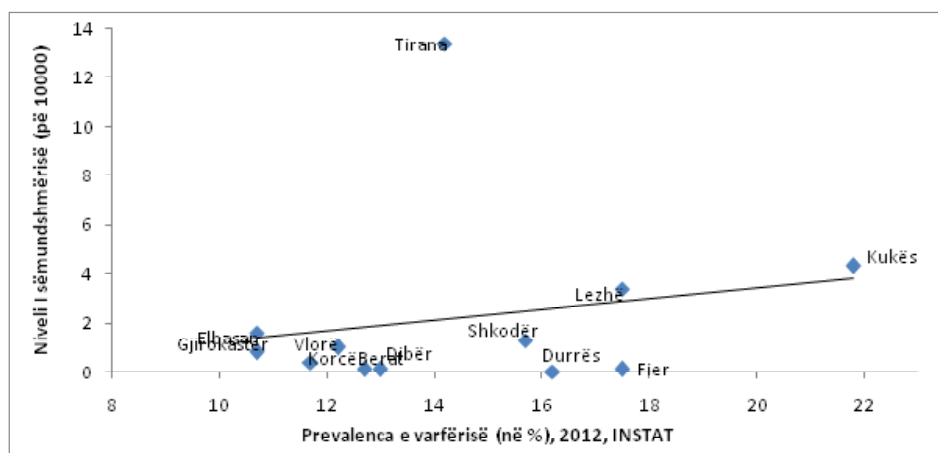
Figura 13. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i sistemit hematopojetik (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 14 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë sipas qarqeve. Vihet re një lidhje pozitive midis këtyre dy treguesve duke qënë se sëmundshmëria nga kanceri i mushkërisë është vazhdimisht më e lartë në qarqet më të varfra (si psh. në Kukës, Lezhë, Shkodër) por nga ana tjetër, edhe në qarqe

të varfra si Fieri dhe Durrësi treguesi i sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë është mjaft i ulët, duke e ndërlikuar më tej lidhjen e saj me varfërinë. Tirana bën përjashtim për shkak se këtu trajtohet një numër i madh rastesh me kancer të mushkërive që vijnë nga i gjithë vendi.

Figura 14. Niveli i sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012

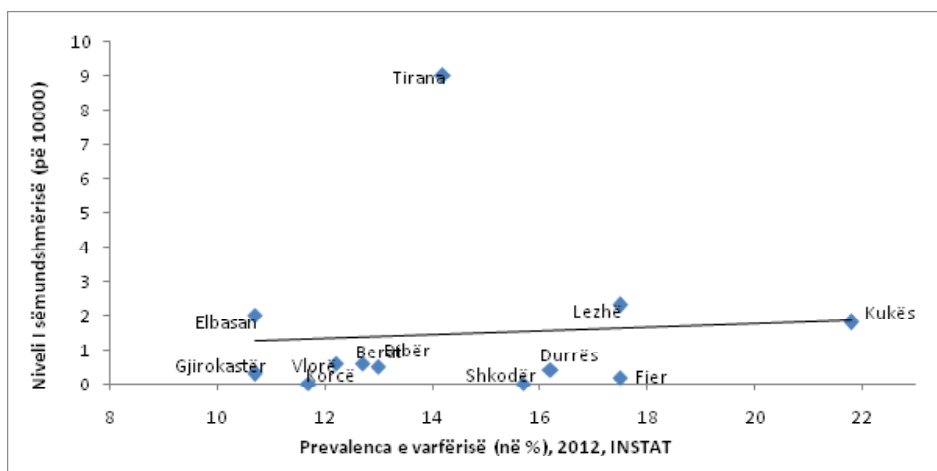


Në Figurën 15 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga kanceri i stomakut sipas qarqeve. Vihet re një lidhje pozitive midis këtyre dy treguesve pasi sëmundshmëria nga kanceri i stomakut është më e lartë në qarqet më të varfra

(si psh. në Kukës dhe Lezhë) por nga ana tjetër, edhe në qarqe të varfra si Fieri, Durrësi dhe Shkodra treguesi i sëmundshmërisë nga kanceri i mushkërisë është mjaft i ulët, duke e ndërlikuar më tej lidhjen e saj me varfërinë.

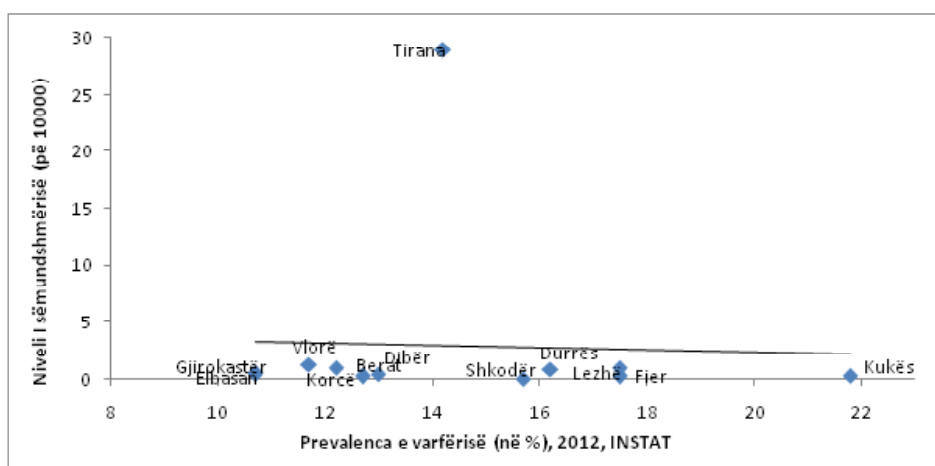
Me shumë gjasa këto luhatje mund t'i detyrohen zhvendosjes së rasteve përkatëse për trajtim në QSUT në Tiranë.

Figura 15. Niveli i sëmundshmërisë nga kanceri i stomakut (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Në Figurën 16 paraqitet lidhja midis varfërisë hematopojetik sipas qarqeve. dhe sëmundshmërisë nga kanceri i sistemit

Figura 16. Niveli i sëmundshmërisë nga kanceri i sistemit hematopojetik (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Vihet re një lidhje e lehtë negative midis këtyre dy treguesve pasi sëmundshmëria nga kanceri i sistemit hematopojetik është më e ulët në qarqet më të varfra (si psh. në Kukës dhe Fier) por nga ana tjetër, edhe në qarqe të varfra si Lezha, treguesi i sëmundshmërisë nga kanceri i

mushkërisë është rreth 3-4 herë më i lartë, duke e ndërlikuar më tej lidhjen e saj me varfërinë. Edhe në këtë rast këto luhatje mund t'i detyrohen zhvendosjes së rasteve përkatëse për trajtim në QSUT në Tiranë (Figura 6).

Sëmundshmëria spitalore nga kanceri i gjirit

Tabela 7 në vijim paraqet sëmundshmërinë spitalore nga kanceri i gjirit (për 10.000 femra). Për shkak se nivelet në prefekturat e tjera përveç Tiranës ishin mjaft të ulëta, këto u grupuan

bashkë në mënyrë që të lehtësohej leximi i të dhënave. Sëmundshmëria spitalore nga kanceri i gjirit është dhjetëra herë më e lartë në Tiranë krahasuar me gjithë prefekturat e tjera pasi kjo sëmundje trajtohet kryesisht në QSUT.

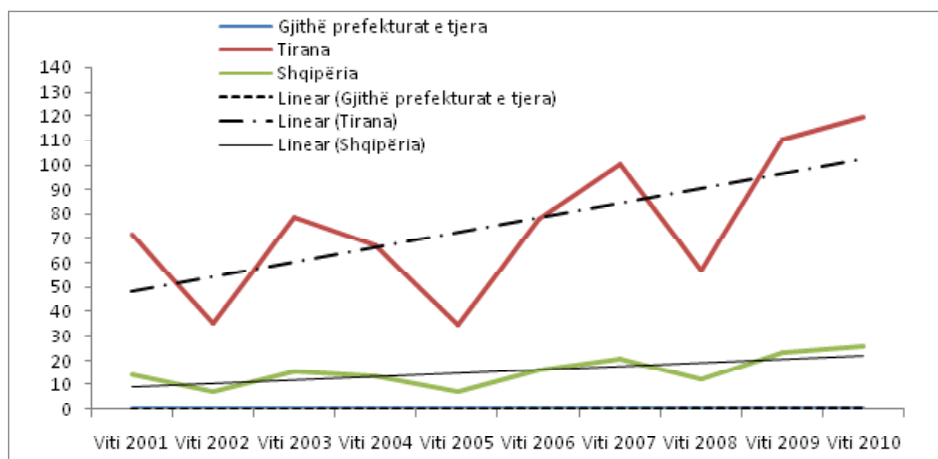
Tabela 7. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i gjirit (për 10.000 femra), sipas viteve

	Viti 2001	Viti 2002	Viti 2003	Viti 2004	Viti 2005	Viti 2006	Viti 2007	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
Gjithë prefekturat e tjera	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2	0.4	0.4
Tirana	71.5	35.2	78.5	67	34.9	78.2	100.3	56.8	110.4	119
Shqipëria	14.2	7	15.5	13.5	7.2	15.9	20.7	12.2	23.4	25.5

Pavarësisht luhatjeve në kohë, mund të vihet re që sëmundshmëria spitalore nga kanceri i gjirit është në rritje të vazhdueshme (në Tiranë dhe në rang vendi) (Figura 17), duke qënë në

përputhje me indikatorët e tjerë tregues të rritjes së incidencës dhe prevalencës së kësaj sëmundjeje në vendin tonë.

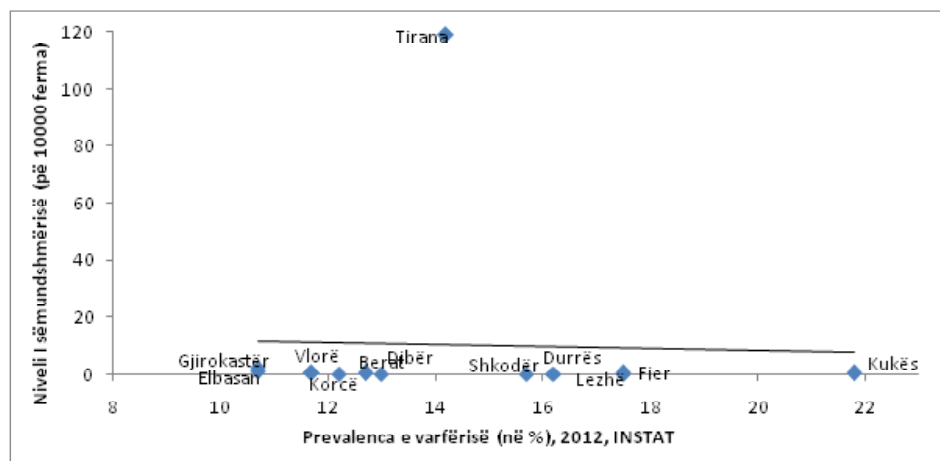
Figura 17. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i gjirit (për 10.000 femra) në Tiranë dhe prefekturat e tjera, sipas viteve



Në Figurën 18 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga kanceri i gjirit sipas qarqeve. Pavarësisht lidhjes së lehtë negative me varfërinë, shpërndarja e sëmundshmërisë nga kanceri i gjirit sipas qarqeve të fendit është

keq-orientuese për shkak se pjesa dërrmuese e këtyre rasteve trajtohen në Tiranë. Prandaj është e pamundur të arrihet në konkluzione të përshtatshme përse i përket kësaj lidhjeje.

Figura 18. Niveli i sëmundshmërisë nga kanceri i sistemit hematopojetik (për 10.000 femra) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sëmundshmëria spitalore nga kanceri i prostatës

Tabela 8 në vijim paraqet sëmundshmërinë spitalore nga kanceri i prostatës (për 10.000 meshkuj). Për shkak se nivelet në prefekturat e tjera përveç Tiranës ishin mjaft të ulëta, këto u

grupuan bashkë në mënyrë që të lehtësohej leximi i të dhënave. Sëmundshmëria spitalore nga kanceri i prostatës është vetëm disa herë më e lartë në Tiranë krahasuar me gjithë prefekturat e tjera pasi kjo sëmundje trajtohet në mënyrë kirurgjikale në spitalet e të gjithë vendin dhe jo vetëm në Tiranë.

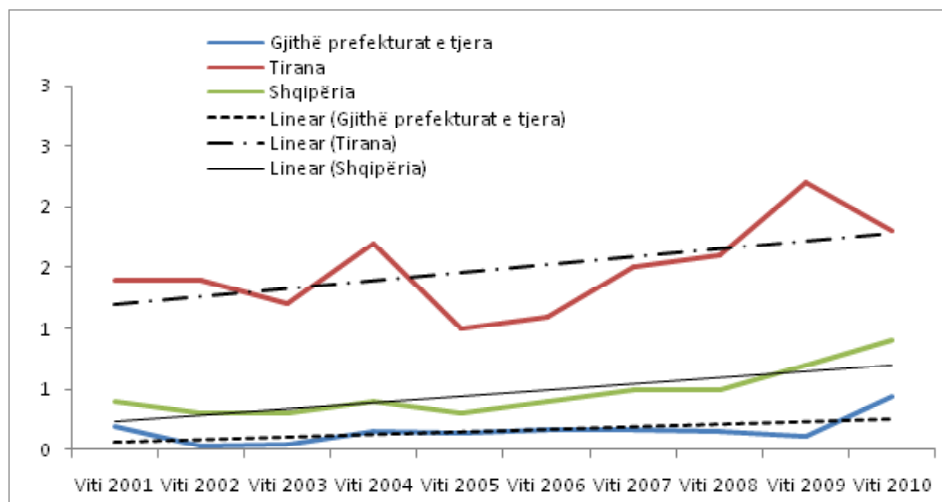
Tabela 8. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i prostatës (për 10.000 meshkuj), sipas viteve

	Viti 2001	Viti 2002	Viti 2003	Viti 2004	Viti 2005	Viti 2006	Viti 2007	Viti 2008	Viti 2009	Viti 2010
Gjithë prefekturat e tjera	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2	0.4	0.4
Tirana	71.5	35.2	78.5	67	34.9	78.2	100.3	56.8	110.4	119
Shqipëria	14.2	7	15.5	13.5	7.2	15.9	20.7	12.2	23.4	25.5

Pavarësisht luhatjeve në kohë, mund të vihet re që sëmundshmëria spitalore nga kanceri i prostatës është në rritje të vazhdueshme (në

Tiranë, në prefekturat e tjera dhe në rang vendi) (Figura 19), duke dëshmuar për moshimin e popullatës (krahas arsyeve të tjera).

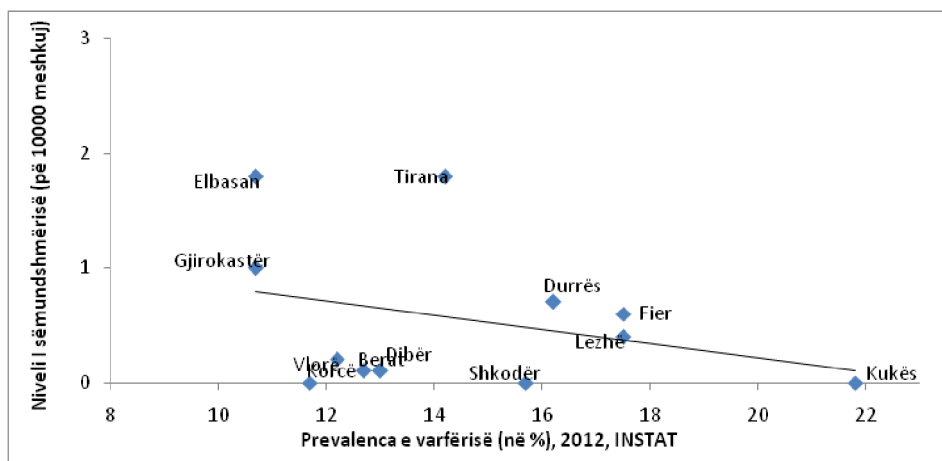
Figura 19. Sëmundshmëria bruto nga kanceri i prostatës (për 10.000 meshkuj) në Tiranë dhe prefekturat e tjera, sipas viteve



Në Figurën 20 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga kanceri i prostatës sipas qarqeve. Në këtë rast lidhja është qartësisht negative duke sugjeruar nivele më të ulëta të sëmundshmërisë nga kanceri i prostatës në prefekturat me prevalencë më të lartë të varfërisë (psh. në Kukës, Fier, Lezhë dhe Durrës). Këto të dhëna sugjerojnë se aksesit i pacientëve me kancer të prostatës ndaj kujdesit spitalor në rajonet e varfëra të vendit tonë është

shumë problematik. Gjithashtu, lidhja negative midis varfërisë dhe sëmundshmërisë spitalore nga kanceri i prostatës mund të jetë një indikator i kulturës së ulla të popullatës së meshkujve lidhur me këtë sëmundje dhe paraqitjen e vonuar pranë shërbimeve shëndetsore, fenomen ky që mund të jetë më i përhapur në zonat më të varfra të Shqipërisë. Sidoqoftë, duhet të ndërmerren studime të tjera për të verifikuar këtë lidhje negative dhe arsyet që e shpjegojnë atë.

Figura 20. Niveli i sëmundshmërisë nga kanceri i prostatës (për 10.000 meshkuj) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sëmundshmëria spitalore nga traumat-aksidentet-helmimet

Tabela 9 në vijim paraqet sëmundshmërinë spitalore nga traumat-aksidentet-helmimet (për 10.000 banorë) në vendin tonë. Sëmundshmëria nga traumat-aksidentet-helmimet në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte në nivelin e 44.3 rasteve për 10.000 banorë duke variuar nga 18.2 raste në Lezhë deri në 77.4 raste në Tiranë.

Përsa i përket diferencave rajonale, Tirana, Vlora dhe Kukësi paraqesin nivelet më të larta të sëmundshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet gjatë kësaj periudhe kurse Lezha, Durrësi, Dibra dhe Korca paraqesin nivelet më të ulëta. Kjo shpërndarje e rasteve spitalore me këto dëmtime mund të ketë lidhje me infrastrukturën rrugore më të dobët në këto prefektura duke rritur dhe shanset për aksidente rrugore, të cilat përbëjnë barrën kryesore në këtë grup.

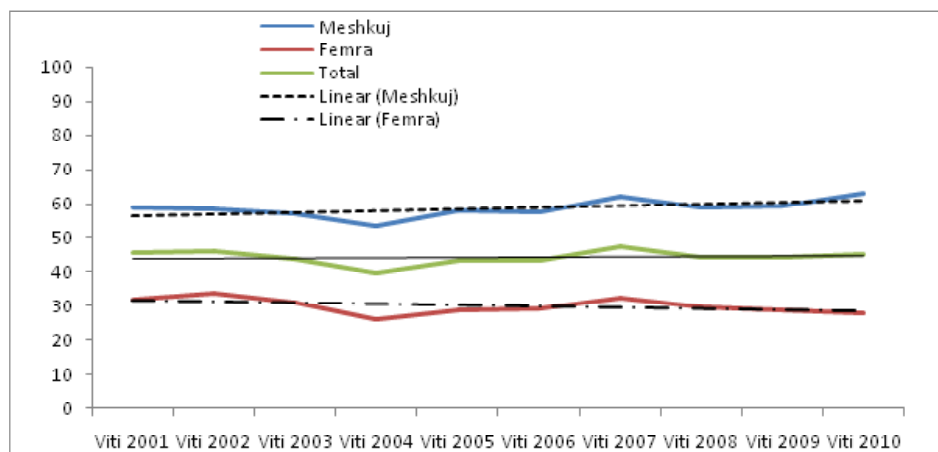
Tabela 9. Sëmundshmëria bruto nga traumat-aksidentet-helmimet(për 10.000 banorë), sipas prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	34.7	22.4	28.5
Dibër	31.5	17.3	24.1
Durrës	25.7	13.1	19.4
Elbasan	43.1	25.3	34.3
Fier	47.7	23.5	35.7
Gjirokastrë	71.6	44.4	58.0
Korçë	34.3	15.1	24.7
Kukës	103.2	36.0	69.6
Lezhë	25.3	11.3	18.2
Shkodër	33.5	19.3	26.4
Tirana	105.6	49.1	77.4
Vlorë	92.1	60.9	76.4
SHQIPËRIA	58.6	30.0	44.3

Niveli bruto i sëmundshmërisë spitalore nga traumat-aksidentet-helmimet paraqet trend në rritje për meshkujt por në zbritje për femrat gjatë periudhës 2001-2010 (Figura 21), duke sugjeruar diferenca gjinore janë në rritje përgjatë kësaj periudhe në favor të meshkujve. Në fakt, për cdo 10.000 banorë midis meshkujve hasen rreth 30

raste më shumë të dëmtimeve nga traumat-aksidentet-helmimet që kërkojnë trajtim spitalor krahasuar me femrat. Megjithatë, duhet të presim për të dhënat e viteve në vijim për të hetuar tendencën e dëmtimeve nga këto shkaqe në kuadër edhe të intensifikimit të marrjes së masave për reduktimin e tyre.

Figura 21. Niveli bruto i sëmundshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

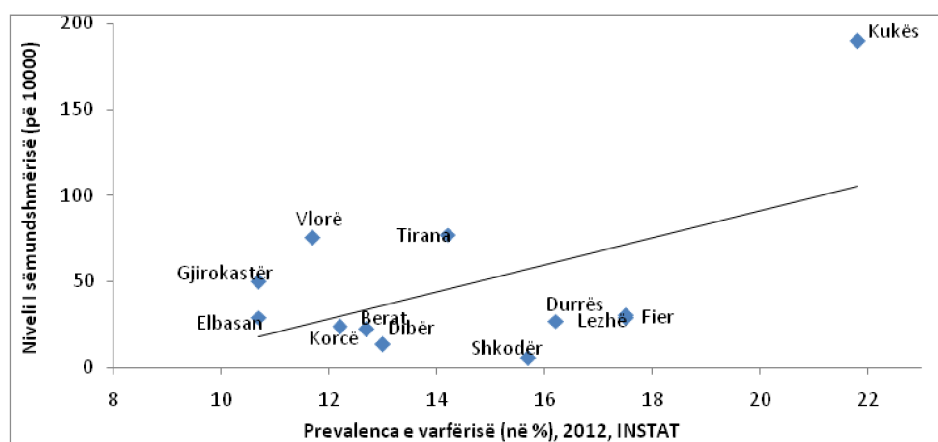


Në Figurën 22 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga traumat- aksidentet-helmimet sipas qarqeve.

Vihet re një lidhje pozitive midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet (lidhja është e tillë pasi në analizë përfshihet Kukësi, që sillet si “outlier” në këtë rast). Sidoqoftë, nuk vërehet ndonjë trend i caktuar në lidhjen midis varfërisë dhe këtij treguesi pasi qarqe me nivel të ngjashëm të sëmundshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet paraqesin nivele të ngjashme varfërie. Për shembull, Tirana dhe Vlora kanë një nivel

sëmundshmërie nga traumat-aksidentet-helmimet prej 77.1 dhe 75.5 raste për 10000 banorë, përkatësisht, por prevalenca e varfërisë në Tiranë dhe Vlorë është e ndryshme: 14.2% dhe 11.7%, përkatësisht. Në këtë mënyrë, dhe duke qënë se aksidentet rrugore përbëjnë barrën kryesore të sëmundshmërisë në këtë grup, lidhja e sëmundshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet me varfërinë mund të ndikohet edhe nga elementë të tjerë të tillë si infrastruktura rrugore në qarqet përkatëse, vjetërsia e mjeteve dhe siguria e tyre, zbatimi i legjislacionit në fuqi lidhur me sigurinë rrugore, etj. në mënyrë që të kemi një panoramë më të qartë të situatës.

Figura 22. Niveli i sëmundshmërisë nga traumat- aksidentet-helmimet (për 10.000 meshkuj) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sëmundshmëria spitalore nga diabeti

Sëmundshmëria spitalore nga diabeti paraqitet një trend në rritje pothuajse monotone gjatë

periudhës 2001-2010: mesatarisht gjatë vitit 2010 janë trajtuar rreth 4 raste më shumë me diabet për cdo 10.000 banorë krahasuar me vitin 2001 (tabela 10).

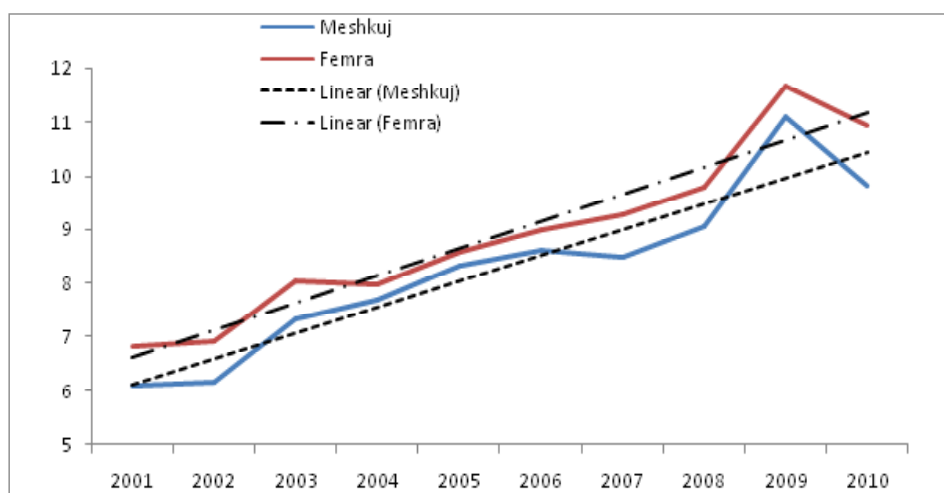
Tabela 10. Sëmundshmëria spitalore nga diabeti (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

Viti	Meshkuj	Femra	Total
2001	6.1	6.8	6.5
2002	6.2	6.9	6.5
2003	7.3	8.0	7.7
2004	7.7	8.0	7.8
2005	8.3	8.6	8.4
2006	8.6	9.0	8.8
2007	8.5	9.3	8.9
2008	9.1	9.8	9.4
2009	11.1	11.7	11.4
2010	9.8	10.9	10.4

Ndërkaq, sëmundshmëria spitalore nga diabeti paraqitet më e lartë midis femrave sesa meshkujve për cdo vit në studim, më një rritje të

lehtë të kësaj difference në favor të femrave gjatë kësaj periudhe (Figura 23)

Figura 23. Sëmundshmëria spitalore nga diabeti (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Ndërkohë, për sëmundshmërinë spitalore nga diabeti nuk ishte e mundur të disponoheshin të dhënat sipas prefekturave në vitin 2010, dhe për

këtë arsye ishte e pamundur të analizohej lidhja e këtij treguesi me varfërinë.

Sëmundshmëria nga sëmundjet e sistemit respirator

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga sëmundjet e sistemit respirator në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 77.8 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 45.7 raste në Fier në 120.3 raste për 10.000 banorë në Tiranë (Tabela 11). Duke qënë se këto sëmundje trajtohen në të gjithë spitalet e vendit, atëherë sëmundshmëria spitalore në këtë rast është shumë më uniforme midis prefekturave

krahasuar me shkaqet e tjera të sëmundshmërisë spitalore. Në këtë mënyrë, këto diferenca mund të tregojnë ndryshime të qënësishme të kësaj sëmundshmërie, pra që nuk përcaktohet nga mundësitë për trajtim të tyre në pjesën më të madhe të rasteve. Nivelet më të larta të sëmundshmërisë respiratore vihen re në Tiranë (ndoshta këtu ndikon referimi nga prefekturat e tjera) por edhe në Gjirokastrë, Kukës dhe Vlorë. Këto tendenca meritojnë vëmendje në të ardhmen për hedhur dritë mbi faktorët shpjegues të tyre.

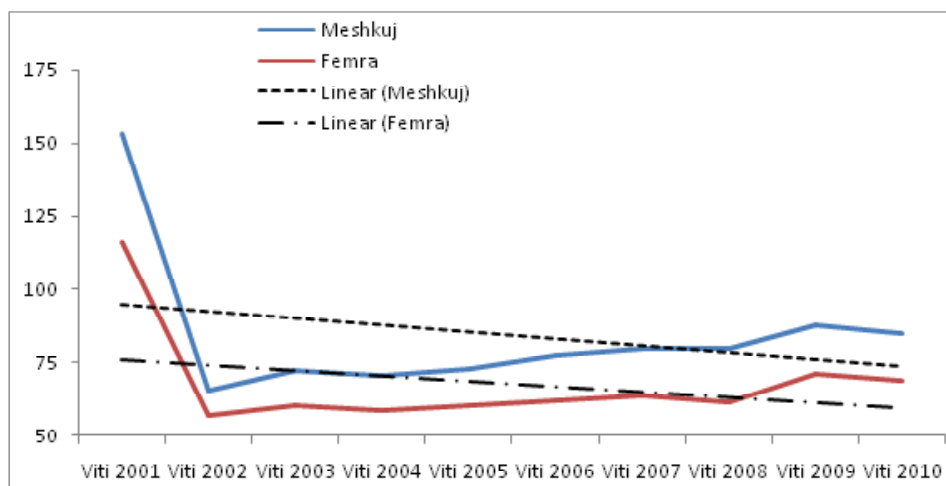
Tabela 11. Sëmundshmëria bruto nga sëmundjet e sistemit respirator (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	82.2	69.3	76.5
Dibër	74.8	66.2	71.7
Durrës	61.5	46.8	55.5
Elbasan	58.5	53.2	56.8
Fier	47.1	42.5	45.7
Gjirokastrë	97.0	87.4	93.6
Korçë	71.6	66.8	70.2
Kukës	87.2	90.2	91.7
Lezhë	52.4	43.2	48.5
Shkodër	84.6	64.2	75.6
Tirana	137.4	98.0	120.3
Vlorë	87.7	73.3	81.8
SHQIPËRIA	84.5	68.0	77.8

Sëmundshmëria nga sëmundjet respiratore bruto paraqet trend nëzbritje monotone (nëse përjashtohet viti 2001 në të cilin shifrat e raportuara janë shumë më të larta sesa vitet në vijim) si për meshkujt dhe për femrat gjatë

periudhës 2001-2010 (Figura 24), por diferencat gjinore duket se janë stabilizuar në rreth 16-17 raste më shumë midis meshkujve për cdo 10.000 banorë.

Figura 24. Sëmundshmëria spitalore e sistemit respirator (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

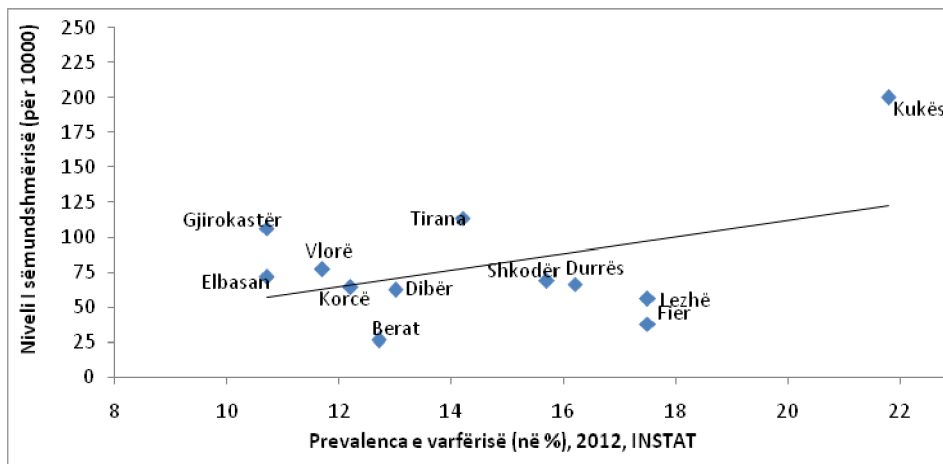


Në Figurën 25 paraqitet lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë spitalore nga sëmundjet respiratore sipas qarqeve. Lidhja në këtë rast është pozitive por për shkak të nivelit shumë të lartë të këtij treguesi në Kukës. Në fakt, Kukësi është qarku më i varfër në Shqipëri. Kjo gjetje duket se evidenton edhe një herë faktin që varfëria mbetet një ndër faktorët kryesorë të rrezikut për sëmundshmërinë spitalore edhe në vendin tonë.

Sidoqoftë, lidhja e varfërisë me sëmundshmërinë respiratore nuk është një lidhje e thjeshtë pasi qarqe të tjerë të varfër, të tillë si Lezha dhe Fieri kanë sëmundshmëri respiratore më të ulët krahasuar me nivelet përkatëse në qarqe më të pasura si Tirana apo Gjirokastra. Nëse verëhet

ana e majtë e grafikut, shohim se qarqet me prevalencë më të ulët të varfërisë në fakt kanë një nivel të lartë të sëmundshmërisë respiratore. Nëse Kukësi eliminohet nga analiza, lidhja midis varfërisë dhe sëmundshmërisë respiratore spitalore rezulton negative. Këto gjetje, në dukje kontradiktore, mund të shpjegohen me aksesin ndaj shërbimit spitalor në këto qarqe ku në qarqet më të varfra ky akses është më i vështirë duke bërë që kjo të reflektohet dhe në nivele më të ulëta të sëmundshmërisë spitalore lidhur me këto sëmundje. Nga ana tjetër, një pjesë e madhe e pacientëve me sëmundje respiratore të rretheve të tjera përveç Tiranës drejtohen në Tiranë për të marrë trajtimimin përkatës duke ulur në mënyrë artificiale nivelet e këtij treguesi në rrethet dhe qarqet e tjera përveç Tiranës.

Figura 25. Niveli i sëmundshmërisë respiratore (për 10.000 banorë) në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Sidoqoftë, niveli dukshëm më i lartë i sëmundshmërisë respiratore spitalore në Kukës në vitin 2010 (Figura 25) mbetet për t'u shpjeguar dhe verifikuar edhe në të ardhmen. Ne mendojmë që kjo është një gjetje rastësore, pasi niveli i sëmundshmërisë respiratore spitalore në Kukës gjatë cdo viti të periudhës 2001-2009 ka qënë në përgjithësi i lartë

dhe i krahasueshëm me qarqet e tjera me nivel të ngjashëm varfërie, por jo më i larti (këto të dhëna nuk tregohen në tabela apo figura). Në përgjithësi, niveli i sëmundshmërisë respiratore spitalore gjatë të gjithë periudhës 2001-2010 ishte më i lartë në qarkun e Tiranës (për 7 vjet në këtë periudhë 10-vjecare).

Sëmundshmëria nga sëmundjet e sistemit digjestiv

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga sëmundjet e sistemit digjestiv në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 139.9 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 107.4 raste në Lezhë në 243.5 raste për 10.000 banorë në Berat (Tabela 12). Për herë të parë vihet re që ky indikator nuk është maksimal në

Tiranë, gjë që nuk vihet re për shkaqe të tjera të sëmundshmërisë spitalore, sepse këto sëmundje trajtohen fare mirë në cdo spital të vendit. Në këtë kontekst, diferencat sipas prefekturave mund të sugjerojnë për faktorë të tjerë përgjegjës për këto modele, duke reflektuar ndoshta lidhjen me konsumin e alkoolit, duhanit apo ushqimeve të tjera të rrezikshme si ato të kripura, regjura, skuqura në prush, etj. Megjithatë, nevojiten të dhëna shtesë për të konfirmuar ose jo këtu supozime.

Tabela 12. Sëmundshmëria bruto nga sëmundjet e sistemit digjestiv (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	244.5	242.8	243.5
Dibër	205.1	169.5	186.3
Durrës	115.9	105.3	110.6
Elbasan	92.0	134.9	113.1
Fier	112.6	111.1	111.8
Gjirokastrë	162.3	140.1	151.2
Korçë	139.3	122.8	131.1
Kukës	236.9	233.7	236.3
Lezhë	120.8	93.9	107.4
Shkodër	180.0	119.2	149.4
Tirana	168.4	122.5	145.3
Vlorë	129.3	110.6	120.0
SHQIPËRIA	148.8	131.2	139.9

Sëmundshmëria nga sëmundjet digjestive bruto paraqet trend nëzbritje për të dy gjinitë deri në vitin 2006 dhe më pas tendencat janë në rritje midis meshkujve (Figura 26), dhe hendeuku gjinor duket se është në rritje.

Një tendencë e tillë ndoshta i detyrohet konsumit të ushqimeve të skuqura, të gatuar në prush dhe konsumit të alkoolit dhe duhanit, prevalenca e të

cilave është shumë më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat. Për më tepër, vitet e fundit në Shqipëri janë përhapur shumë bizneset që ofrojnë ushqime të gatuar në prush, të cilat janë faktor rreziku për sëmundjet digjestive. Të gjithë këta faktorë mund të shpjegojnë një pjesë të tendencave lidhur me sëmundshmërinë digjestive spitalore të sugjeruar nga të dhënat.

Figura 26. Sëmundshmëria spitalore digjestive (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

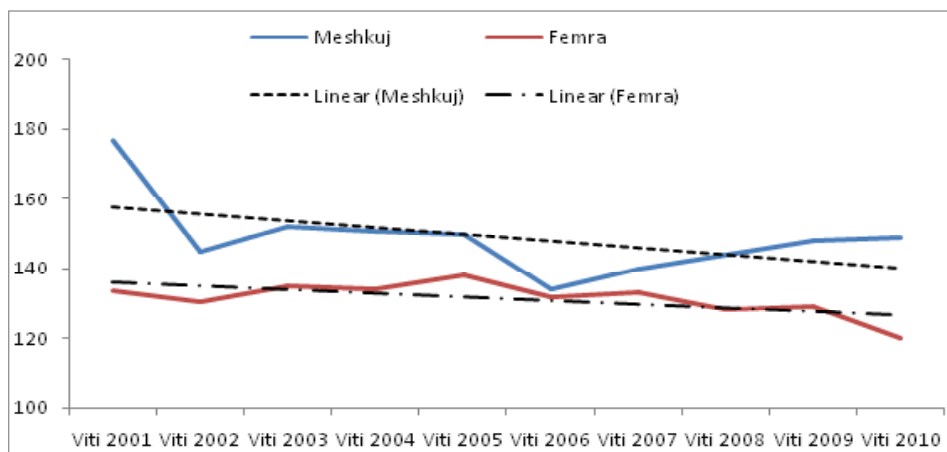
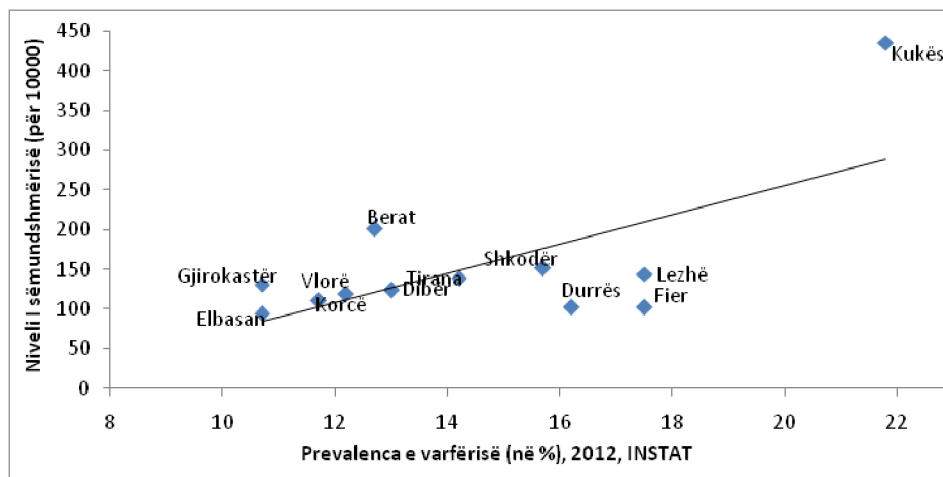


Figura 27 paraqet lidhjen midis nivelit të sëmundshmërisë digjestive spitalore me nivelin e varfërisë në nivel prefekturor.

Figura 27. Niveli i sëmundshmërisë (për 10000 banorë) nga sëmundjet e sistemit digjektiv në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Përderisa sëmundjet digjestive trajtohen në të gjithë vendin atëherë kjo lloj analize është e përshtatshme në këtë rast. Vihet re një lidhje pozitive midis sëmundshmërisë digjestive dhe niveli të varfërisë, pasi në përgjithësi, prefekturat më të varfëra paraqesin nivel më të lartë të

sëmundshmërisë spitalore, edhe pse trendi nuk është gjithnjë i qartë (Figura 27). Ka mundësi që këto modele të shpjegohen nga mënyra më e rrezikshme e ushqyerjes në prefekturat ku niveli i varfërisë është më i lartë, sic u shpjegua dhe më lart

Sëmundjet mendore

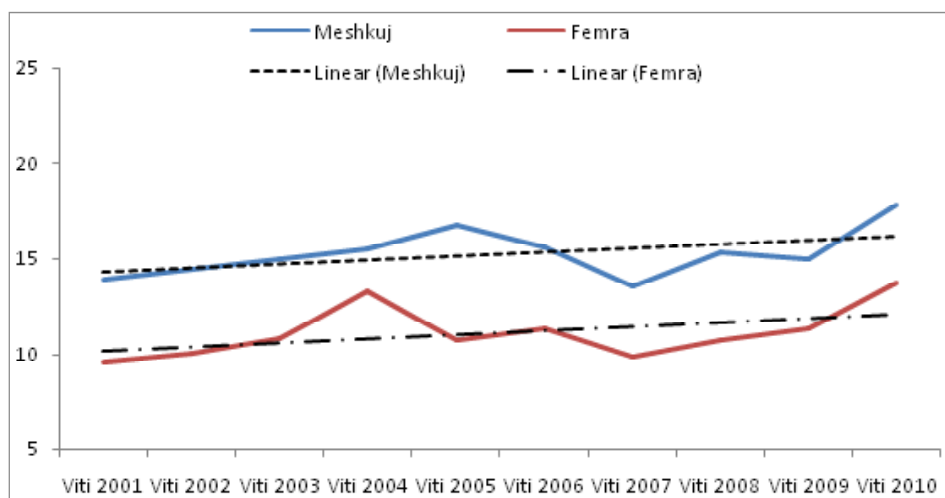
Sëmundshmëria spitalore nga sëmundjet mendore në Shqipëri ka shënuar rritje gjatë periudhës 2001-2010, pavarësisht luhatjeve (Tabela 13 dhe Figura 28), duke qënë gjithnjë më e lartë midis meshkujve sesa midis femrave. Përgjegjëse për këtë diferencë gjinore duket se janë psikozat skizofrenike, niveli bruto i të cilave

është mjaft më i lartë midis meshkujve (Tabela 14). Ndërkohë, sic pritje, crregullimet neurotike janë më të shpeshta midis femrave (Tabela 15). Pavarësisht luhatjeve, crregullimet neurotike kanë shënuar ulje më të madhe midis meshkujve sesa midis femrave gjatë periudhës së studimit ndërkohë që psikozat skizofrenike kanë shënuar një ulje të lehtë në meshkuj dhe një rritje të lehtë në femra (Tabelat 14-15).

Tabela 13. Sëmundshmëria bruto nga të gjithësëmundjet mendore (për 10000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

Viti	Gjithë sëmundjet mendore		
	Meshkuj	Femra	Total
Viti 2001	13.9	9.6	11.8
Viti 2002	14.4	10	12.2
Viti 2003	15	10.8	12.9
Viti 2004	15.5	13.3	14.4
Viti 2005	16.7	10.7	13.7
Viti 2006	15.6	11.3	13.4
Viti 2007	13.6	9.8	11.7
Viti 2008	15.3	10.7	13
Viti 2009	15	11.3	13.2
Viti 2010	17.8	13.7	15.8

Figura 28. Sëmundshmëria nga gjithë sëmundjet mendore (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Tendenca në rritje e nivelit të përgjithshëm të sëmundshmërisë mendore spitalore (Figura 26) është shqetësuese dhe meriton vëmendje të vecantë nga institucionet përkatëse.

Megjithatë, sëmundshmëria spitalore nga psikozat skizofrenike dhe crregullimet neurotike

duket se janë në ulje përgjatë viteve 2001-2010, pavarësisht luhatjeve (Figurat 29 dhe 30). Është mëse e nevojshme të verifikohet saktësia e të dhënave si dhe të ndërmerren studime të tjera për të verifikuar këto tendenca dhe për të zbuluar shkaqet kryesore të tyre.

Tabela 14. Sëmundshmëria bruto nga psikozat skizofrenike (për 10000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

Viti	Psikoza skizofrenike		
	Meshkuj	Femra	Total
Viti 2001	4.6	1.7	3.2
Viti 2002	4.8	1.9	3.3
Viti 2003	5.0	2.3	3.6
Viti 2004	4.5	2.1	3.3
Viti 2005	5.0	2.2	3.6
Viti 2006	4.4	2.5	3.4
Viti 2007	3.8	1.8	2.8
Viti 2008	3.6	2.1	2.9
Viti 2009	3.5	2.2	2.9
Viti 2010	4.3	2.2	3.2

Figura 29. Sëmundshmëria nga psikozat skizofrenike (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

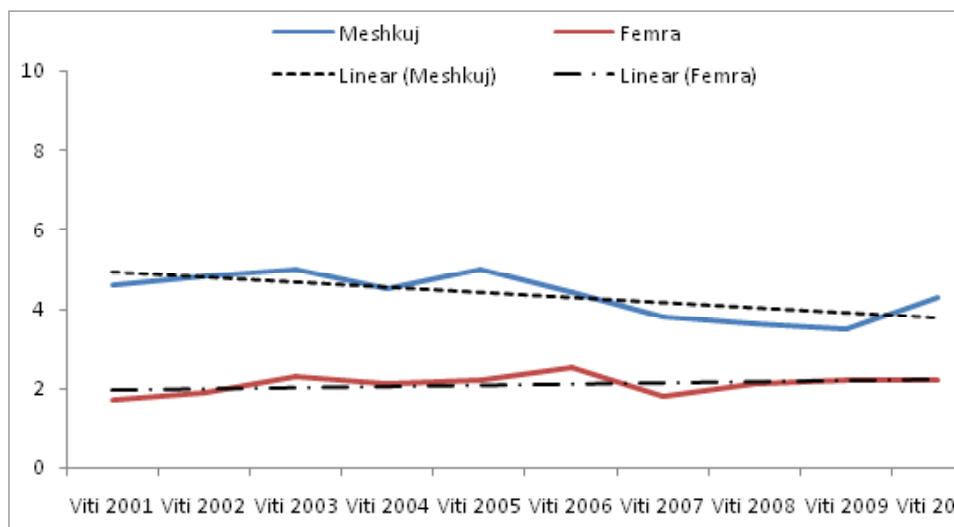
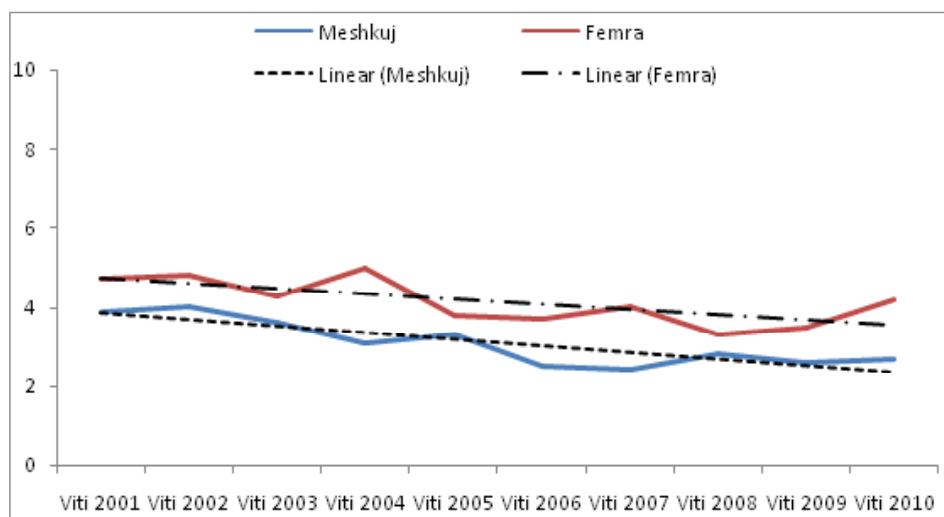


Tabela 15. Sëmundshmëria bruto nga crregullimet neurotike (për 10000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

Viti	Crregullimet neurotike		
	Meshkuj	Femra	Total
Viti 2001	3.9	4.7	4.3
Viti 2002	4.0	4.8	4.4
Viti 2003	3.6	4.3	3.9
Viti 2004	3.1	5.0	4.1
Viti 2005	3.3	3.8	3.6
Viti 2006	2.5	3.7	3.1
Viti 2007	2.4	4.0	3.2
Viti 2008	2.8	3.3	3.1
Viti 2009	2.6	3.5	3.1
Viti 2010	2.7	4.2	3.4

Figura 30. Sëmundshmëria nga crregullimet neurotike (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Ndërkohë, për sëmundshmërinë spitalore nga sëmundjet mendore nuk ishte e mundur të disponoheshin të dhënat sipas prefekturave në vitin 2010, dhe për këtë arsye ishte e pamundur të analizohej lidhja e këtij treguesi me varfërinë

Sëmundshmëria nga sëmundjet e sistemit uro-gjenital

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i sëmundshmërisë bruto nga sëmundjet e sistemit

uro-gjenital në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2010 ishte 46.5 raste për 10.000 banorë duke variuar nga 26.9 raste në Durrës në 78.8 raste për 10.000 banorë në Kukës (Tabela 14). Në cdo prefektura sëmundshmëria spitalore uro-gjenitale ëshë më e lartë në femra sesa në meshkuj me përjashtim të Gjirokastrës.

Tabela 14. Sëmundshmëria bruto nga sëmundjet e sistemit uro-gjenital (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2010

Prefektura	Meshkuj	Femra	Total
Berat	36.9	76.5	56.8
Dibër	35.1	38.0	36.8
Durrës	14.7	38.6	26.9
Elbasan	27.8	43.7	35.6
Fier	19.2	46.3	31.6
Gjirokastrë	54.6	42.9	48.8
Korçë	18.2	59.8	38.9
Kukës	61.8	95.0	78.8
Lezhë	25.9	52.0	39.4
Shkodër	36.1	62.5	49.2
Tirana	65.8	75.7	67.3
Vlorë	27.2	64.1	45.8
SHQIPËRIA	36.4	58.5	46.5

Sëmundshmëria bruto nga sëmundjet e sistemit uro-gjenital paraqet trend nërritje për femrat dhe trend të stabilizuar në meshkuj (Figura 31), duke nënkuptuar qëdiferencat gjinore janë në rritje në

favor të femrave me rreth 20-25 raste më shumë midis femrave për cdo 10.000 banorë krahasuar me meshkujt.

Figura 31. Sëmundshmëria spitalore nga sëmundjet e sistemit uro-gjenital (për 10.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve

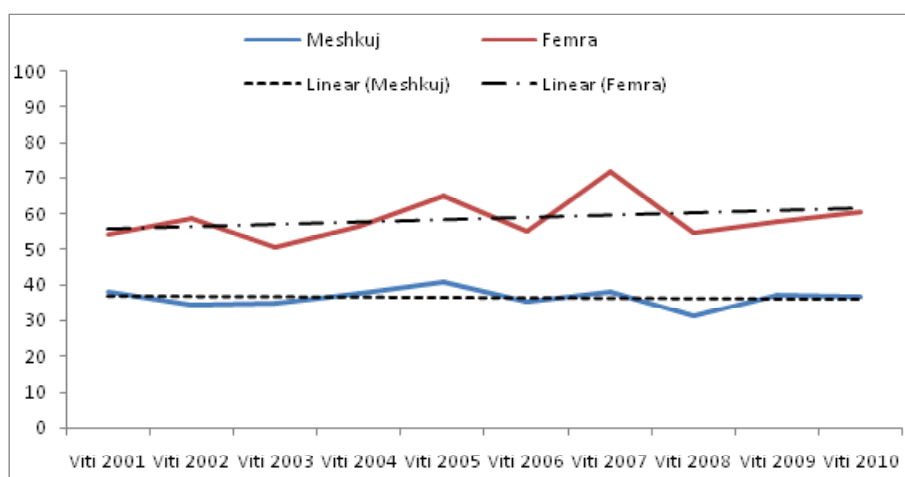
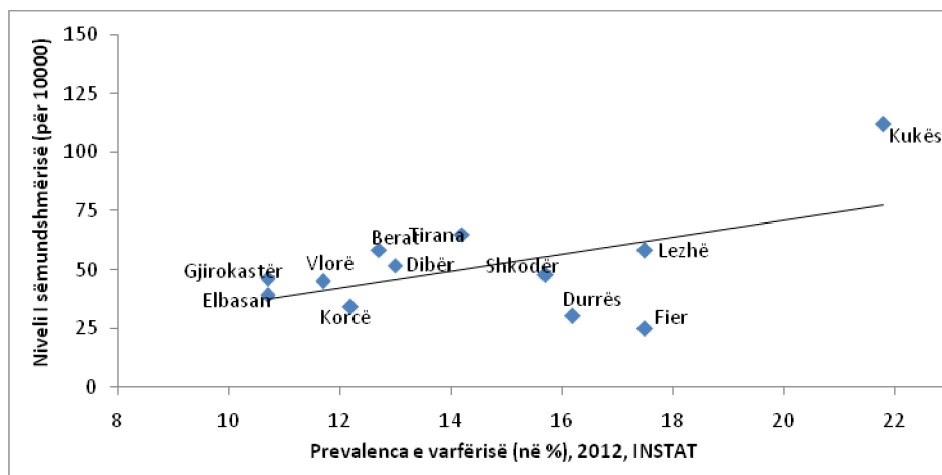


Figura 32 paraqet lidhjen midis nivelit të sëmundshmërisë spitalore nga sëmundjet e traktit

uro-gjenital me nivelin e varfërisë në nivel prefekturë.

Figura 32. Niveli i sëmundshmërisë (për 10000 banorë) nga sëmundjet e sistemit uro-genital në vitin 2010 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Në përgjithësi vihet re një lidhje pozitive midis nivelit të varfërisë dhe nivelit të sëmundshmërisë nga sëmundjet e traktit uro-genital përderisa qarqet më të varfra paraqesin, në përgjithësi, vlerat më të larta të këtij indikatori (si psh. Kukësi, Lezha, Shkodra, Dibra) (Figura 32). Ndërkohë, edhe qarqe të tjera të varfra, si psh. në Durrës dhe Fier ky indikator është i ulët, duke sugjeruar një marrëdhënie të ndërlikuar midis varfërisë dhe sëmundshmërisë spitalore nga sëmundjet e sistemit uro-genital në vendin tonë. Duhet të ndërmerren studime të tjera për të zbuluar shkaqet e këtyre tendencave dhe diferencave.

Abortet

Që prej vitit 2007, abortet në Shqipëri raportohen në Institutin e Shëndetit Publik nga të gjithë maternitetet publike të vendit dhe institucionet private të licencuara për ndërprerje shtatzënie.

Në vitin 2013 janë raportuar një total prej 6442 abortesh. Abortet e kryera në sektorin publik përbëjnë rreth 95,4% të numrit total të aborteve. Nëqarkun e Tiranës kanë ndodhur 46.2% e të gjithë aborteve në vend, pasuar nga Fieri me 10.4%, Vlora me 8.7%, Durrësi me 7.3%, dhe

Berati me 6.5%. Abortet e kryera në Kukës dhe Gjirokastrë zënë 1.0% dhe 1.3% të të gjithë aborteve në shkallë vendi, përkatësisht.

Ka një rritje mjaft të madhe të aborteve spontane kundrejt atyre me kërkesë të gruas. Në vitin 1996 abortet spontane përbënin rreth 18,2% të gjithë aborteve të raportuara, për vitin 2009 ato përbënin 48,1% të totalit të aborteve dhe në vitin 2013 abortet spontane përbëjnë rreth 67,2% të numrit total të aborteve. Kjo rritje kaq e madhe e aborteve spontane mund të jetë dhe artificiale prandaj kërkohet të hidhet dritë mbi këtë gjendje në të ardhmen.

Mbi 60% e aborteve është hasur në grupmoshat 25-34 vjec ndërkohë që abortet e kryera nga adoleshentët (14–19 vjeç) përbëjnë rreth 4,9% të numrit total të aborteve të kryera. Rreth 80% e të gjithë aborteve kryhen nga femra me arsim 8-vjecar ose të mesëm. Femrat me vendbanim në zonat urbane zënë rreth 61.2% të numrit total të aborteve. Shumica dërmuese (92.8%) e aborteve të raportuara janë kryer nga femrat e martuara.

Në periudhën 2009-2013 është ulur numri i aborteve për cdo 1000 lindje të gjalla (tabela 15)

duke reflektuar ndoshta një rritje të ndërgjegjësimit të femrave dhe përdorimit të metodave kontraceptive. Kjo mbështet dhe nga rritja e numri i lindjeve në raport me numrin e

aborteve të raportuar: nga 3.7 lindje për cdo abort në vitin 2009 për cdo abort ndodhnin mesatarisht 3.7 lindje të gjall kurse në vitin 2013 ky raport ishte 1: 5.1.

Tabela 15. Të dhëna për abortet në Shqipëri për periudhën 200-2013

Emërtimi	Viti				
	2009	2010	2011	2012	2013
Numri i lindjeve	34044	33856	34297	34974	33994
Aborte (numër absolut)	9200	8085	8307	7846	6638
Niveli i abortit (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

Për sëmundshmërinë spitalore nga abortet nuk ishte e mundur të disponoheshin të dhënat sipas prefekturave në vitin 2010, dhe për këtë arsye ishte e pamundur të analizohej lidhja e këtij treguesi me varfërinë.

Defektet e lindura

Në vitin 2009 u ngrit Sistemi Kombëtar i Survejancës së Defekteve të Lindura (SKSDL) duke e bërë raportimin e defekteve të lindura (DL) një proces të detyrueshëm. Gjatë periudhës

2011-2013, prevalenca e DL-ve në Shqipëri ishte 14.1 raste për 1000 lindje të gjalla, me luhatje të theksuara midis prefekturave (tabela 16), duke pësuar ulje nga 15.2 raste për 1000 lindje të gjalla në vitin 2011 në 12.9 raste për 1000 lindje të gjalla në vitin 2013. Një nga arsyet e këtyre luhatjeve është mos-raportimi i plotë i DL-ve nga rrethet e tjera përveç Tiranës. Në Tiranë raportimi është pothuajse i plotë, prandaj ne mendojmë që prevalenca e përgjithshme e DL-ve në Shqipëri më pranë shifrave të Tiranës

Tabela 16. Prevalenca e DL për 1000 lindje të gjalla për periudhën 2011-2013, sipas prefekturave

Prefektura	Numri i lindjeve gjallë në '11-'13	Numri i rasteve me defekte të lindura të lindura në '11-'13	Prevalenca e DL /1000 lindje të gjalla
Berat	6792	50	7.4
Dibër	4728	23	4.9
Durrës	10689	112	10.5
Elbasan	10301	85	8.3
Fier	10933	128	11.7
Gjirokastrë	1423	41	28.8
Korcë	6733	53	7.9
Kukës	3411	37	10.8
Lezhë	4579	31	6.8
Shkodër	4786	19	4.0
Tiranë	36216	849	23.4
Vlorë	5805	72	12.4
Totali	106396	1500	14.1

Prevalenca proporcionale dhe për 1000 lindje të gjalla e DL-ve specifike gjatë periudhës 2011-2013 paraqitet në tabelën 17. Sistemet e organizmit të prekura më shpesh ng DL-të në

vendin tonë janë ai kardiovaskular, muskulo-skeletal, genital dhe sistemi gastro-intestinal dhe kaviteti oral.

Tabela 17. Prevalenca proporcionale e DL-ve specifike dhe prevalenca e DL-ve specifike për 1000 lindje të gjalla gjatë periudhës 2011-2013 në Shqipëri

Variabli	Viti 2011	Viti 2012	Viti 2013	Periudha 2011-2013
Sistemi i prekur nga DL				
Sistemi nervor qendror	50 (9.6) – 1.5 *	29 (5.8) – 0.8	20 (4.2) – 0.5	99 (6.6) – 0.9
Sytë, Veshët, Fytyra dhe Qafa	16 (3.1) – 0.5	19 (3.8) – 0.5	29 (6.0) – 0.8	64 (4.3) – 0.6
Sistemi Kardio-Vaskular	123 (23.6) – 3.6	133 (26.7) – 3.8	84 (17.5) – 2.3	340 (22.7) – 3.2
Sistemi Respirator	6 (1.2) – 0.2	6 (1.2) – 0.2	2 (0.4) – 0.1	14 (0.9) – 0.1
Sistemi Gastro-Intestinal dhe Kaviteti Oral	71 (13.6) – 2.1	84 (16.8) – 2.4	50 (10.4) – 1.3	205 (13.7) – 1.9
Sistemi Genital	65 (12.5) – 1.9	76 (15.2) – 2.2	93 (19.4) – 2.5	234 (15.6) – 2.2
Sistemi Urinar	15 (2.9) – 0.4	7 (1.4) – 0.2	11 (2.3) – 0.3	33 (2.2) – 0.3
Sistemi Muskulo-Skeletal	98 (18.8) – 2.9	84 (16.8) – 2.4	124 (25.8) – 3.3	306 (20.4) – 2.9
Defekte të Integumentit	3 (0.6) – 0.1	2 (0.4) – 0.1	0 (0.0) – 0.0	5 (0.3) – 0.0
Defekte Kromozomale	55 (10.6) – 1.6	33 (6.6) – 0.9	36 (7.5) – 1.0	124 (8.3) – 1.2
Defekte të Paspesifikuara	19 (3.6) – 0.6	26 (5.2) – 0.7	31 (6.5) – 0.8	76 (5.1) – 0.7
<i>Totali</i>	<i>521(34.7) – 15.2</i>	<i>499 (14.3) – 14.3</i>	<i>480 (32.0) – 12.9</i>	<i>1500 (100.0) – 14.1</i>

* Numri absolut dhe përqindja sipas kollonave (në kllapa) ose pesha specifike e llojit të defektit të lindur kundrejt totalit të defekteve për periudhën përkatëse, ndjekur nga prevalenca për 1000 lindje të gjalla bazuar në numrin total të lindjeve në periudhat përkatëse. Për totalin, përqindja sipas rrjeshtit.

Lidhur me sëmundshmërinë spitalore nga defektet e lindura nuk ishte e mundur të disponoheshin të dhënat sipas prefekturave në vitin 2010, dhe për këtë arsye ishte e pamundur të analizohej lidhja e këtij treguesi me varfërinë.

Diskutim

Ky ndoshta është një ndër të paktët studime që hedhin dritë mbi lidhjen e varfërisë dhe indikatorëve të sëmundshmërisë spitalore në vendin tonë.

U vu re një lidhje e fortë pozitive midis nivelit të varfërisë dhe nivelit të sëmundshmërisë nga të gjithë shkaqet, si dhe lidhje pozitive të varfërisë me sëmundshmërinë nga sëmundjet e qarkullimit, kanceri i mushkërisë, kanceri i stomakut, sëmundshmërinë nga traumat-aksidentet-helmimet, sëmundjet e sistemit respirator, sëmundshmërinë nga sëmundjet e sistemit

digjestiv, sëmundshmërinë nga gjithë sëmundjet mendore, etj. Ndërkohë, për sëmundje të tjera u evidentuan lidhje inverse. Këto gjetje sugjerojnë për marrdhënie komplekse midis sëmundshmërisë, varfërisë dhe faktorëve të tjerë sociale, kulturorë dhe atyre që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor dhe politikat e mirëqënies sociale. Ajo që bie në sy është luhatja shumë e madhe e niveleve të sëmundshmërisë midis rrethëve me prevalence të ngjashme të varfërisë. Kjo mund të reflektojë ndryshime të theksuara në stilin e jetesës dhe gjithë faktorët e tjerë që luajnë rol në sëmundshmërinë e përgjithshme dhe specifike (që për mendimin tonë është pak e mundshme duke qenë se kemi të bëjmë me të njëjtin kontekst social, ekonomik dhe kulturor shqiptar, i cili, pavarësisht diferencave, nuk mund të prodhojë dallime kaq të mëdha) ose mund të sugjerojë për cilësi të ndryshme në raportimin e

indikatoreve të vdekshmërisë dhe/ose klasifikimit të shkaqeve të sëmundshmërisë (që për mendimin tonë mund të luajë një rol kryesor për shpjegimin e këtyre diferencave).

Sic u evidentua dhe nga Raporti Shëndetësor Kombëtar i vitit 2014 mbi Gjendjen Shëndetësore të Popullatës Shqiptare (Instituti i Shëndetit Publik 2014), ka mangësi të theksuara dhe probleme të mëdha në raportimin e shumë treguesve shëndetësorë dhe sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri ka nevojë urgjente për reformim dhe rinovim në mënyrë që të mundësohet vlerësimi i drejtë i treguesve shëndetësorë dhe sistemit shëndetësor në përgjithësi. Nga ana tjetër, që të ndricohet më mirë lidhja midis indikatorëve të vdekshmërisë dhe varfërisë, është e nevojshme që të kontrollohet efekti i moshës.

Pavarësisht këtyre kufizimeve, një tjetër konkluzion

i bazuar në analizat e mësipërme është që ndoshta aksesimi ndaj shërbimit shëndetësor spitalor në vendin tonë mund të shpjegojë një pjesë të konsiderueshme të diferencave të nivelve të vërejtura të sëmundshmërisë. Ka shumë mundësi që në rajonet e varfëra aksesimi ndaj shërbimit spitalor të jetë më i vështirë, duke kontribuar artificialisht në diferencat e vërejtuar midis qarqeve. Nga ana tjetër, anashkalimi i sistemit të referimit dhe dyndja e pacientëve në Tiranë bën që Tirana të ketë treguesit më të disfavorshëm të sëmundshmërisë spitalore krahasuar me qarqet e tjerë. Këto natyrisht që janë diferenca artificiale të cilat vijnë për shkak të sistemit, duke mos qënë aspak të qënësishme. Kjo duhet patur gjithnjë në konsideratë kur interpretohen të dhënat për Tiranën.

Për të gjitha arsyet e përmendura më sipër, gjetjet e këtij studimi duhet të interpretohen me shumë kujdes.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Në përgjithësi, varfëria, deprivimi social dhe ekonomik janë faktorë që rrisin rrezikun e prekjës nga sëmundjet, dëmtimit të shëndetit dhe rezultatet të pafavorshme të trajtimit. Në vendin tonë, studimet që lidhin nivelin e varfërisë me indikatorët e sëmundshmërisë spitalor janë shumë të kufizuara.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Ky raport hedh dritë mbi lidhjen midis prevalencës së varfërisë me indikatorët e sëmundshmërisë spitalore të përgjithshme dhe specifike, sipas prefekturave të vendit, duke sugjeruar lidhje statistikore midis varfërisë dhe sëmundshmërisë nga të gjithë shkaqet dhe disa sëmundjeve specifike si dhe duke evidentuar diferenca të rëndësishme sipas gjinisë dhe prefekturave. Faktorë të ndryshëm që kanë të bëjnë më stilin e jetesës por edhe aksesimi ndaj shërbimeve spitalore mendohet se janë përgjegjës për këto diferenca. Gjithashtu, të dhënat sugjerojnë për marrdhënie komplekse midis varfërisë dhe sëmundshmërisë.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Është e domosdoshme të ndërmerren studime më të thelluara për të faktuar më mirë lidhjen midis varfërisë dhe indikatorëve të sëmundshmërisë në mënyrë që të merren masa për adresimin e pabarazive.

Bibliografia

Centers for Disease Control and Prevention 2013, 'CDC Health disparities and inequalities report – United States, 2013'. MMWR 2013, vol 62, (Suppl 3).

Instituti i Statistikës, The World Bank 2013, 'Shqipëria: Trendi i varfërisë 2002-2005-2008-2012. INSTAT. Shtator 2013'. E disponueshme në: http://www.instat.gov.al/media/206688/shqiperi-trendi_i_varferise_2012_.pdf.

Instituti i Shëndetit Publik 2014, 'Raport Shëndetësor Kombëtar – Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare'.

Lynch J, Kaplan G 2000, 'Socioeconomic position'. In: Berkman LE, Kawachi I, eds. Social epidemiology. 1st ed. New York, NY: Oxford University Press, pp. 13–35.

Macintyre S, Ellaway A, Cummins S 2002, 'Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?', Soc Sci Med, vol. 55, pp. 125–39.

Wagstaff, A 2002, 'Poverty and health sector inequalities' Bull World Health Organ, vol. 80, pp. 97-105.

Zhao Y, You J, Guthridge L, Lee AH 2011, 'A multilevel analysis on the relationship between neighbourhood poverty and public hospital utilization: is the high Indigenous morbidity avoidable?', BMC Public Health, vol. 11, pp. 737.



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