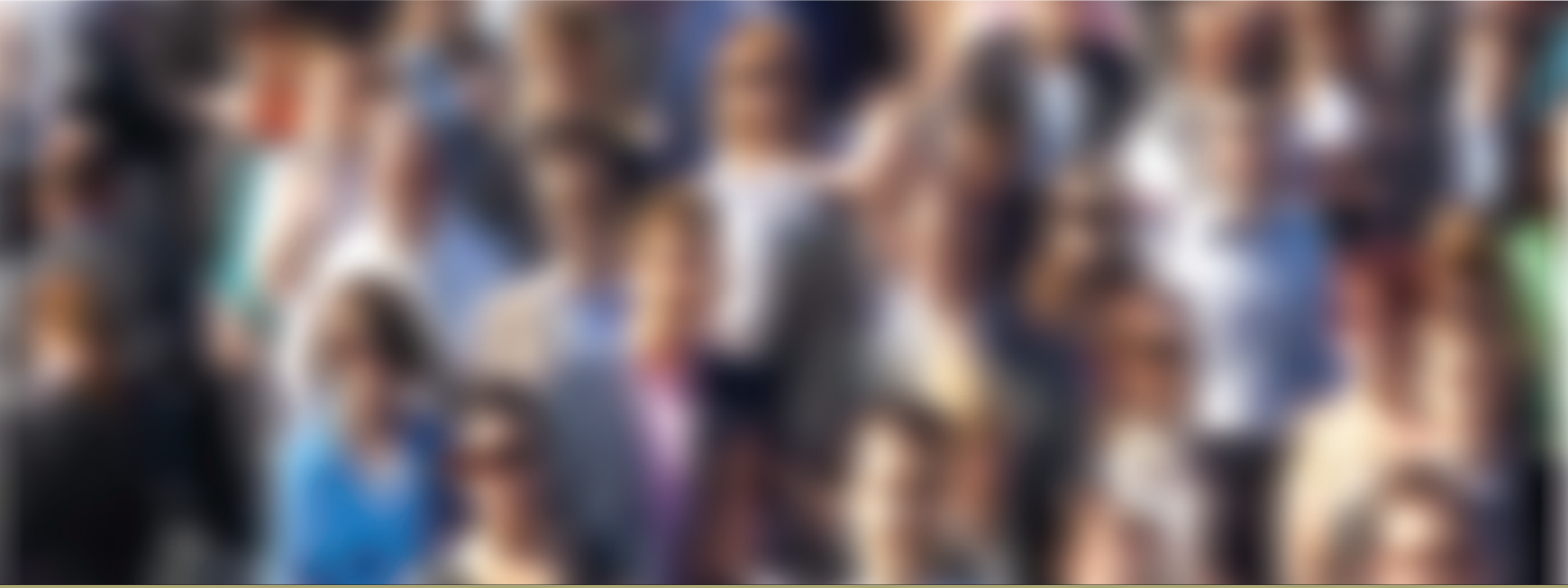




RAPORT SHËNDETËSOR KOMBËTAR

**Gjendja Shëndetësore e Popullatës
Shqiptare**

INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK

Tiranë, 2014

RAPORT SHËNDETËSOR KOMBËTAR

Gjendja Shëndetësore e Popullatës
Shqiptare

Genc Burazeri, Arjan Bregu, Gentiana Qirjako, Enver Roshi,
Kreshnik Petrela, Mariana Bukli, Peter Achterberg



Tiranë, 2014

Titulli:

RAPORT SHËNDETËSOR KOMBËTAR

Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare

Autorë:

Genc Burazeri, Arjan Bregu, Gentiana Qirjako, Enver Roshi,
Kreshnik Petrela, Mariana Bukli, Peter Achterberg

Redaktor letrar: Kleopatra Sava, Daniela Sufati, Luan Kurti

Art design: Genc Musa

Shtypi "ADEL CO"

ISBN: 978-99956-32-52-6

Nëntor, 2014

© Instituti i Shëndetit Publik Tiranë, Shqipëri, 2014

Të gjitha të drejtat e rezervuara. Publikimet e Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), Tiranë, Shqipëri, janë të disponueshme në formë elektronike dhe mund të shkarkohen nga adresa e këtij institucioni (<http://www.ishp.gov.al/>).

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të raportit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNICEF në Shqipëri.

PËRMBAJTJA

PËRMBLEDHJE	VII
FALENDERIME	XV
SHKURTIME	XVI
1. HYRJE	3
1.1. Të dhëna "historike".....	3
1.2. Karakteristikat demografike dhe social-ekonomike të popullsisë shqiptare	5
1.3. Qëllimi i këtij raporti shëndetësor	6
2. METODOLOGJIA	9
2.1. Burimet e informacionit	9
3. INDIKATORËT E VDEKSHMËRISË	13
3.1. Jetëgjatësia e pritshme	13
3.2. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë	17
3.3. Niveli i vdekshmërisë sipas shkaqeve specifike	20
3.4. Vdekshmëria fëmimore dhe amtare	37
4. BARRA E SËMUNDshmërisë	47
4.1. DALY-t proporcionale	50
4.2. DALY-t shkak-spezifike	52
5. FAKTORËT E RREZIKUT	93
5.1. Duhanpirja	93
5.2. Konsumi i alkoolit	100
5.3. Inaktiviteti fizik	107
5.4. Treguesi i lartë i masës trupore	111
5.5. Hipertensioni arterial	118
5.6. Niveli i lartë i glukozës në gjak	124
5.7. Niveli i lartë i kolesterolit	130
5.8. Faktorët e rrezikut të lidhur me dietën ushqimore	135
5.9. Faktorët e tjerë të rrezikut	142
6. SISTEMI SHËNDETËSOR	147
6.1. Burimet njerëzore në shëndetësi	147
6.2. Mbulimi me shërbime shëndetësore	149
6.3. Shpenzimet në shëndetësi	152
6.4. Pabarazitë në shëndet	154
7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	163
8. BIBLIOGRAFIA	177



PËRMBLEDHJE



PËRMBLEDHJE

Qëllimi i këtij raporti shëndetësor është që të japë një vështrim të gjerë mbi gjendjen shëndetësore aktuale të popullsisë së Shqipërisë. Më hollësisht, ky raport kërkon të përshkruajë tendencat e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë që kanë qenë të pranishme në popullsinë shqiptare gjatë viteve të fundit. Veç kësaj, raporti kërkon të nxjerrë në pah faktorët kryesorë të rrezikut dhe determinantët e sëmundjeve dhe vdekjeve në popullsinë shqiptare. Gjithashtu, raporti përshkruan shkurtimisht burimet e kujdesit shëndetësor, shpërndarjen e fuqisë punëtore, aksesin dhe përdorimin e kujdesit shëndetësor dhe shpenzimet e përfshira në sektorin shëndetësor shqiptar.

Në këtë punim u realizua një rishikim literature i burimeve kryesore (zyrtare) të informacionit mbi gjendjen shëndetësore dhe sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, të cilat shërbyen si bazë për këtë raport shëndetësor. Burimet ndërkombëtare të informacionit u morën kryesisht nga studimi Barra Globale e Sëmundjeve, 2010 (GBD, 2010), i koordinuar nga Instituti i Metrikës dhe Vlerësimit Shëndetësor (IHME) në Seattle, SHBA (<http://www.healthdata.org/>), si dhe nga raporte e të dhëna të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) dhe agjenci të tjera të Kombeve të Bashkuara (KB).

Burimet e brendshme (kombëtare) të informacionit përfshijnë raportet zyrtare të botuara nga Instituti i Statistikave (INSTAT: <http://www.instat.gov.al/al/home.aspx>), Ministria e Shëndetësisë (<http://shendetesia.gov.al/>) dhe Instituti i Shëndetit Publik (<http://www.ishp.gov.al/>).

Është e rëndësishme të theksohet se ka mospërputhje serioze ndërmjet burimeve të ndryshme të të dhënave, duke përfshirë Institutin e Statistikave, të dhënat operative të Ministrisë së Shëndetësisë, agjencive të Kombeve të Bashkuara, si dhe vlerësimet nga studimi Barra Globale e Sëmundjeve, 2010. Mospërputhjet midis të dhënave (zyrtare) kombëtare dhe vlerësimeve të bëra nga agjencitë ndërkombëtare, dëshmojnë për nevojën kritike për një cilësi më të mirë të regjistrimit të të dhënave shëndetësore në Shqipëri, veçanërisht për treguesit e vdekshmërisë dhe shkaqet e vdekjeve, me qëllim që të formulohen dhe të hartohen në mënyrë adekuate politikat shëndetësore.

Pavarësisht nga këto kufizime metodologjike, nga ky punim rezultuan disa gjetje të spikatura, të cilat janë përmbledhur shkurtimisht më poshtë:

Jetëgjatësia, vdekshmëria dhe barra e sëmundshmërisë në popullatën adulte shqiptare:

- Jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri është rritur në mënyrë të qëndrueshme gjatë njëzet viteve të fundit në të dyja gjinitë (në meshkuj, nga 67 vjeç në vitin 1990 në 73 vjeç në vitin 2012; në femra, nga 71 vjeç në vitin 1990 në 75 vjeç në vitin 2012; Organizata Botërore e Shëndetësisë 2014).
- Shumë ndryshime, mes të cilave edhe tranzicioni demografik (11% e popullsisë ishte me moshë mbi 65 vjeç në vitin 2011 në Shqipëri) kanë çuar në mënyrë të natyrshme në një tranzicion të qartë epidemiologjik gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri me një ulje të ndjeshme të sëmundjeve infektive, por me rritje të madhe të sëmundjeve kronike.
- Në vitin 2012, sëmundjet infektive përbënin 11% të barrës totale të sëmundshmërisë në Shqipëri, duke manifestuar një tendencë të dukshme zbritëse gjatë njëzet viteve të fundit. Gjithsesi, duke marrë parasysh ritmin aktual të përmirësimit, mesatarja evropiane prej 5% e barrës së përgjithshme të sëmundshmërisë mund të arrihet në vendin tonë brenda 10-12 vitesh.
- Në vitin 2010, sëmundjet kronike në Shqipëri përbënin rreth 88% të të gjitha vdekjeve (55% sëmundjet kardiovaskulare dhe 19% kanceri; Barra Globale e Sëmundjeve, 2010). Në këtë mënyrë, Shqipëria i është bashkuar shumicës së vendeve evropiane që përballen me epideminë e sëmundjeve kronike, si sfida më madhore e shëndetit publik.
- Në mënyrë të veçantë, barra totale e sëmundjeve në meshkujt dhe femrat shqiptare në vitin 2010 ishte më e larta në rajonin e Evropës Juglindore (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010).
- Në mënyrë specifike, vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zembrës në Shqipëri është më e larta në rajonin e Evropës Juglindore (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010). Gjithashtu, Shqipëria është vendi i vetëm në rajon i cili ka pësuar një rritje të nivelit të vdekshmërisë, nga sëmundja ishemike e zembrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare gjatë dy dekadave të fundit (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010), duke dëshmuar për një fazë të hershme në evolucionin e epidemisë koronare, e cila ka qenë e pranishme shumë dekada më parë në vendet Perëndimore.
- Në fakt, sëmundja ishemike e zembrës, sëmundjet cerebrovaskulare dhe infeksionet e rrugëve të poshtme respiratore ishin shkaqet kryesore të viteve të humbura të jetës si pasojë e vdekjes së parakohshme në Shqipëri në vitin 2010 (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010).

- Ka evidencë të një rritjeje graduale në nivelin e vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri në të dyja gjinitë. Megjithatë, në vitin 2010, niveli i vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri ishte më i ulëti në rajonin e Evropës Juglindore (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010). Kjo mund të lidhet me prevalencën jo aq të lartë të duhanpirjes në të kaluarën, e cila aktualisht po rritet dhe do të ketë pasoja shëndetësore negative.
- Niveli i vdekshmërisë nga diabeti në Shqipëri në vitin 2010 ishte një nga më të ulëtët në rajonin e Evropës Juglindore (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010).
- Nga ana tjetër, niveli i vdekshmërisë nga sëmundja pulmonare obstruktive kronike në Shqipëri është një nga më të lartët në rajon (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010).

Shëndeti dhe ushqyerja e nënave dhe e fëmijëve:

- Në vitin 2013, vdekshmëria foshnjore në Shqipëri ishte 13 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët, 2014), e cila përbën një nga nivelet më të larta në rajon dhe është shumë më e lartë në krahasim me raportimet zyrtare kombëtare, sipas të cilave ky tregues është 7.8 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (Instituti i Statistikave, 2014).
- Vdekshmëria e fëmijëve nën pesë vjeç në Shqipëri është ulur gradualisht gjatë dekadës së fundit (8.4 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013; Ministria e Shëndetësisë 2014). Megjithatë, ashtu sikurse për vdekshmërinë foshnjore, ekziston një nënraportim i ndjeshëm nga të dhënat zyrtare të institucioneve shqiptare si pasojë e nënregjistrimit të numrit të vdekjeve.
- Gjithashtu, ka evidencë të një uljeje të qëndrueshme të nivelit të vdekshmërisë amtare gjatë dy dekadave të fundit. Në tërësi, ndryshimi nga viti 1990 në vitin 2013 i referohet një uljeje prej 33% (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2014).
- Sëmundjet infektive, sëmundjet neonatale dhe ato amtare përbënin rreth 22% të vdekshmërisë së përgjithshme në Shqipëri në vitin 1990, por vetëm 6% në vitin 2010.
- Shqipëria përballlet me barrën e dyfishtë të kequshqyerjes: prapambetja në rritje (*stunting*) është ulur, por ende përbën problem në shëndet publik, kurse mbipeshat e fëmijët është tendencë në rritje. Barra e mbipeshës është spostuar nga fëmijët e zonave urbane, që i përkasin nënave me arsim të mesëm ose të lartë dhe që jetojnë në familje më të pasura në vitin 2005, te fëmijët që jetojnë në familje më të varfëra në zona rurale në vitin 2009, gjë që tregon qartë për tranzicionin nutricional që po kalon vendi ynë [Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë (ADHS), 2010].

Faktorët e rrezikut:

- Në Shqipëri, tre faktorët e rrezikut përgjegjës për pjesën dërrmuese të barrës së sëmundshmërisë në vitin 2010 ishin rreziqet e lidhura me dietën ushqimore (i pari), hipertensioni arterial (i dyti) dhe duhanpirja (i tretë) (Barra Globale e Sëmundjeve, 2010). Prevalenca e duhanpirjes mund të rritet nëse nuk merren masa, dhe kjo mund të frenojë seriozisht rritjen e jetëgjatësisë së pritshme dhe uljen e mundshme të barrës së sëmundjeve kronike.
- Vlen të theksohet se ka patur një rritje domethënëse në barrën e sëmundshmërisë, që i atribuohet secilës karakteristikë të mënyrës së jetesës në Shqipëri gjatë 20 viteve të fundit. Në vitin 2010, faktorët e stilit të jetesës përbënin më tepër se 70% të barrës totale të sëmundshmërisë në Shqipëri.
- Në vitin 2010, rreziqet e lidhura me dietën ushqimore përbënin 38% të nivelit total të vdekshmërisë në Shqipëri, duke u bërë, për nga madhësia, faktori më i rëndësishëm i rrezikut në shoqërinë tonë tranzitore.
- Në vitin 2010, duhanpirja ishte shkaktare e 22% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri. Gjatë dy dekadave të tranzicionit të shpejtë politik dhe social-ekonomik, niveli i vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes pothuajse është dyfishuar për sëmundjet kronike në përgjithësi, dhe sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjen ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare, neoplazmat totale, kancerin e mushkërive dhe sëmundjen pulmonare obstruktive kronike, në veçanti.
- Niveli total i vdekshmërisë dhe barra totale e sëmundshmërisë që i atribuohen konsumit të alkoolit është rritur 2.5 herë në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit. Në veçanti, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare dhe cirroza e mëlçisë për shkak të konsumit të alkoolit është dyfishuar, kurse niveli i vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare pothuajse është trefishuar gjatë periudhës 1990-2010.
- Gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri, niveli total i vdekshmërisë për shkak të mbipeshës dhe obezitetit është rritur më shumë se dy herë. Në veçanti, niveli i vdekjeve nga sëmundja ishemike e zemrës është rritur 2.5 herë, ndërsa niveli i vdekjeve nga diabeti është trefishuar.
- Niveli i vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës që i atribuohet hipertensionit është rritur dy herë në Shqipëri gjatë 20 viteve të fundit, kurse niveli i vdekjeve nga sëmundjet cerebrovaskulare për shkak të hipertensionit arterial është rritur me më tepër se 70%.

- Gjatë 20 viteve të fundit, në Shqipëri ka patur një rritje pothuajse të dyfishtë të nivelit të vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës, dhe një rritje të trefishtë të nivelit të vdekshmërisë nga diabeti, për shkak të nivelit të lartë të glukozës, dietës jo të shëndetshme, obezitetit dhe inaktivitetit fizik.
- Në vitin 2010, vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës që i atribuohet hiperkolesterolemisë pothuajse është dyfishuar në Shqipëri, i cili është i vetmi vend në rajonin e Evropës Juglindore që po kalon një rritje graduale të barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet nivelit të lartë të kolesterolit total.
- Një grup faktorësh rreziku të parandalueshëm (duhanpirja, abuzimi me alkoolin, mbipesha, dieta jo e shëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik) po kontribuojnë në mënyrë shqetësuese në rritjen e barrës totale të sëmundjeve kronike si kanceri, sëmundja e zemrës, sëmundjet e mushkërive dhe mëlçisë, si dhe diabeti. Parandalimi i rinisë shqiptare nga fillimi i duhanit, shmangia e abuzimit me alkoolin, shmangia e një diete jo të shëndetshme, si dhe promovimi i aktivitetit fizik, aktualisht janë ndër sfidat kryesore për Shqipërinë.

Sistemi shëndetësor:

- Numri i përgjithshëm i mjekëve në Shqipëri është i pamjaftueshëm dhe paraqet një shpërndarje disi të pabarabartë.
- Numri i spitaleve dhe i shtretërve spitalorë është ulur gjatë viteve të fundit në Shqipëri, por niveli i shfrytëzimit të shtratit është ende i ulët.
- Në vitin e fundit, ka patur një progres domethënës për sa i përket teknologjisë shëndetësore në Shqipëri, duke përfshirë pajisje me njësi tomografie, radioterapie dhe mamografie.

Mbulimi me shërbimet bazë të kujdesit shëndetësor:

- Pothuajse të gjitha lindjet në Shqipëri asistohen nga personel shëndetësor i kualifikuar.
- Mbulimi i përgjithshëm i vaksinimit të fëmijëve është mjaft i lartë (99%).
- Prevalenca e nevojës së paplotësuar për planifikimin familjar në Shqipëri ishte mesatarisht 13% gjatë viteve 2006-2012. Po në këtë periudhë, prevalenca e përdorimit të kontraceptivëve ishte 69%.
- Shumica absolute e femrave (97%) kanë bërë të paktën një vizitë antenatale (para lindjes) gjatë periudhës 2006-2013, ndërsa 67% e tyre kanë bërë të paktën katër të tilla.

Shpenzimet shëndetësore:

- Në vitin 2011, shpenzimet totale shëndetësore në Shqipëri zinin 6% të Produktit të Brendshëm Bruto (GDP). Rreth 10% e shpenzimeve qeveritare totale në Shqipëri u kryen në sektorin shëndetësor. Shpenzimet e sigurimeve shoqërore përbënin 74% të shpenzimeve qeveritare në shëndet në vitin 2011.
- Shpenzimet shëndetësore për frymë janë rritur ndjeshëm gjatë dekadës së kaluar. Sidoqoftë, sektori shëndetësor shqiptar mbetet i nënfinancuar.

Pabarazitë shëndetësore:

- Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç ishte shumë më i lartë në zonat rurale krahasuar me zonat urbane të Shqipërisë (28 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla), e sidomos ndër të varfërit krahasuar me të pasurit (34 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla) (Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë, 2010).
- Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç dhe prapambetja në rritje ishin përqendruar te të varfërit në mënyrë domethënëse. Në të kundërt, kujdesi antenatal, ndihma e kualifikuar gjatë lindjes dhe përdorimi i kontraceptivëve ishin më të përqendruar te të pasurit (Banka Botërore 2012).
- Më tej, mbështetur në analizën e prapambetjes në rritje (*stunting*) sipas nivelit ekonomik në vitet 2000, 2005 dhe 2010, u vërejt se së bashku me uljen në vlera absolute të prevalencës së prapambetjes në rritje, hendeku i pabarazisë është rritur.

Përmbledhtazi, barra e sëmundshmërisë për ngjarje shëndetësore si kanceri, sëmundjet kardiovaskulare, diabeti dhe sëmundja pulmonare obstruktive kronike, përbën shqetësimin kryesor për Shqipërinë, me një rritje potenciale të mëtejshme në dekadat e ardhshme, nëse nuk merren masat e duhura. Përveç krijimit të një sistemi shëndetësor eficient, të arritshëm (të aksesueshëm) dhe të përballueshëm, ekzistojnë mundësi për shmangien e të rinjve nga duhanpirja, abuzimi me alkoolin, inaktiviteti fizik dhe dietat jo të shëndetshme, të cilat kontribuojnë në barrën e ardhshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri. Ndërhyrjet për parandalimin e sëmundjeve kronike duhet të nisin që në fëmijërinë e hershme, me përmirësimin e praktikave të ushqyerjes në foshnjat dhe të porsalindurit, madje edhe më herët, me kujdesin shëndetësor për të gjitha gratë shtatzëna që në fazat e hershme të shtatzënisë.

Sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri ka nevojë për reformim dhe rinovim, që të bëjë të mundur menaxhimin dhe vlerësimin e përshtatshëm të sistemit shëndetësor shqiptar. Këtu përfshihet monitorimi i ndërhyrjeve parandaluese dhe i hapave kryesorë në rinovimin ose reformimin e kujdesit shëndetësor.

Statistikat më të mira, anketat shëndetësore periodike dhe përmirësimi i të dhënave administrative të kujdesit shëndetësor, do të bëjnë të mundur hartimin e programeve për rritjen e cilësisë së sistemit shëndetësor shqiptar, si dhe do të ndihmojnë në vendosjen e prioriteteve dhe politikave shëndetësore bazuar në fakte (evidencë).

Në fakt, të paktën në Shqipëri, ka pak informacion lidhur me tendencat e stilit të jetesës dhe determinantë të tjerë të shëndetit në popullatën e përgjithshme. Prandaj, ka shumë nevojë për anketa shëndetësore periodike dhe studime të hollësishme të herëpashershme të tipit të anketave të ekzaminimit shëndetësor (*health examination surveys*). Këto studime mund të kryhen në bashkëpunim të ngushtë me universitetet dhe institucionet e tjera të kërkimit shkencor, për të rritur më tej kapacitetet epidemiologjike të komunitetit shkencor në Shqipëri.

Nevojitet një sistem solid i shëndetit publik që të mbrojë nga rreziqet shëndetësore dhe të promovojë sjellje të shëndetshme në popullatën shqiptare. Një sistem solid i kujdesit shëndetësor, me personel të mjaftueshëm dhe të trajnuar, duhet të ofrojë akses të barabartë dhe adekuat në kujdesin shëndetësor. Së fundi, duhet një angazhim i veçantë për të luftuar ndryshimet e papranueshme në shëndet dhe në aksesin ndaj shërbimeve kurative dhe parandaluese, të cilat janë të pranishme në vendin tonë.

Fokusimi në sëmundjet kronike do të luftojë barrën kryesore të sëmundshmërisë dhe do të sigurojë një shëndet më të mirë në të ardhmen. Megjithatë, kjo nuk do të thotë që të neglizhohen problemet shëndetësore ekzistuese. Lufta kundër sëmundjeve infektive, ndër të cilat AIDS dhe tuberkulozi, ulja e përdorimit të drogës, zhdukja e varfërisë së skajshme, kushtet e papërshtatshme në banesa dhe rreziqet e papranueshme në mjedisin e punës, si dhe përmirësimi i kushteve dhe kujdesit gjatë shtatzënisë dhe lindjes, duhet të mbeten gjithashtu në axhendën e shëndetit publik në Shqipëri.

Si përfundim, ky raport mund të shërbejë si dokument bazë, qoftë për vlerësimin aktual të gjendjes shëndetësore të popullatës shqiptare, ashtu dhe për krahasimet me vendet fqinje dhe më gjerë, por edhe për monitorimin e tendencave të ardhshme të niveleve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatën shqiptare. Këto mund t'i ofrojnë vendimmarrësve dhe politikëbërësve të dhëna të vlefshme për vendosjen e prioriteteve shëndetësore.

FALENDERIME

Autorët e këtij raporti dëshirojnë të shprehin mirënjohjen për ekspertët dhe stafin teknik të Institutit të Shëndetit Publik, për përkushtimin dhe përfshirjen e tyre të vlefshme në lidhje me analizën e indikatorëve shëndetësorë përkatës për burimet kombëtare të informacionit: Prof. Eduard Kakarriqi, Dr. Silva Bino, Dr. Arben Luzati, Dr. Alban Ylli, Dr. Jolanda Hyska, Dr. Ervin Toçi, Dr. Bajram Dedja, Z. Besjan Elezaj, Znj. Bukurie Gega, Dr. Eugena Tomini, Dr. Adela Vasili, Dr. Artan Simaku, Dr. Marieta Dervishi, Dr. Herion Muja, Dr. Kozeta Filipi, Dr. Miranda Hajdini, Dr. Sonela Xinxo, Dr. Dorina Çanaku, Znj. Alba Merdani, Dr. Rudina Çumashi, Dr. Dritan Bala, Dr. Artan Pilinxhi, Dr. Elona Kureta, Dr. Jeta Lakrori, Znj. Orjola Pampuri, Znj. Andia Meksi dhe Znj. Florida Beluli.

Më tej, autorët shprehin vlerësim për kolegët e Ministrisë së Shëndetësisë për bashkëpunimin dhe kontributin e tyre, dhe në veçanti, autorët dëshirojnë të falenderojnë Znj. Milva Ekonomi për bashkëpunimin e frytshëm.

Mirënjohje të veçantë për Dr. Peter Achterberg nga Instituti i Shëndetit Publik dhe i Mjedisit (RIVM) në Bilthoven, Hollandë, për ekspertizën e tij të çmuar, e cila e ka konsoliduar dhe pasuruar këtë raport shëndetësor.

Gjithashtu, falenderime për zyrën e UNICEF-it në Shqipëri për mbështetjen teknike dhe financiare gjatë përgatitjes së këtij raporti.

SHKURTIMET

ADHS:	Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë (Albanian Demographic and Health Survey)
AFP:	Anketa e Fuqisë Punëtore
AMSJ:	Anketa e Matjes së Standardit të Jetesës
ASR:	Anketa e Shëndetit Riprodhues
BB:	Banka Botërore
DALY:	Vitet e Jetës të Axhustuara për Paaftësi (Disability-Adjusted Life Years)
EJL:	Evropa Juglindore
GBD:	Barra Globale e Sëmundjeve (Global Burden of Disease)
HFA:	Shëndet për të Gjithë (Health For All)
HTA:	Hipertensioni Arterial
IHME:	Instituti për Matjen dhe Vlerësimin e Indikatorëve Shëndetësorë (Institute for Health Metrics and Evaluation)
INSTAT:	Instituti i Statistikave
ISHP:	Instituti i Shëndetit Publik
IRP:	Infeksionet Respiratore të Poshtme
IRA:	Infeksionet respiratore akute
IZN:	Indeksi i Zhvillimit Njerëzor
JPS:	Jetëgjatësia e Pritshme e Shëndetshme
JP:	Jetëgjatësia e Pritshme
KB:	Kombet e Bashkuara
NVS:	Niveli i Vdekshmërisë së Standardizuar
NVB:	Niveli i Vdekshmërisë Bruto
OBSh:	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OKB:	Organizata e Kombeve të Bashkuara
ORT:	Terapi Rehidrimi Oral
PBB:	Produkti i Brendshëm Bruto
PKKK:	Plani Kombëtar për Kontrollin e Kancerit
SIZ:	Sëmundja Ishemike e Zemrës
SJT:	Sëmundje Jo të Transmetueshme
SKZ:	Sëmundja Koronare e Zemrës
SKV:	Sëmundjet Kardiovaskulare
SPOK:	Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike
TMT:	Treguesi i Masës Trupore
UNFPA:	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullatën (United Nations Population Fund)
UNICEF:	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (United Nations Children's Fund)



HYRJE



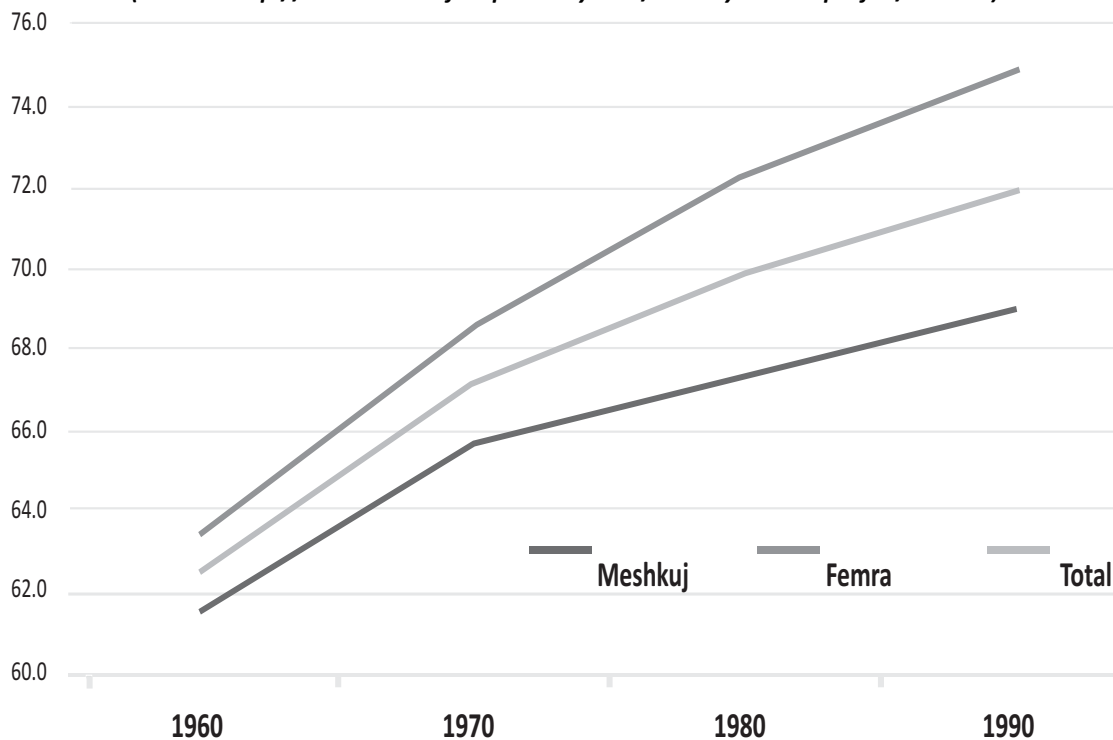
1. HYRJE

1.1. Të dhëna “historike”

Shqipëria është një vend i vogël në Evropë, në Ballkanin Perëndimor, me një sipërfaqe të përgjithshme prej rreth 29 mijë km² dhe një popullsi rreth tre milionë banorë, shumica e të cilëve janë shqiptarë etnikë.

Deri në vitin 1990, Shqipëria konsiderohej si një vend unik në Ballkanin Perëndimor, pasi qeverisej prej një nga regjimeve stalinistë më të egër në Evropën Qendrore dhe Lindore. Gjatë izolimit 45-vjeçar të regjimit komunist, Shqipëria ishte një nga vendet më të varfëra në Evropë (Nuri B dhe bp., 2002). Pavarësisht mungesës së raporteve të besueshme dhe burimeve të mirëdokumentuara të informacionit, jetëgjatësia e pritshme konsiderohet të jetë rritur nga 62.6 vjeç në vitin 1960, në rreth 70.0 vjeç në vitin 1980 (Figura 1).

Figura 1. Jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri gjatë periudhës 1960-1990
(burimi: <http://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/albania>)



Kjo mospërputhje gjatë regjimit komunist, pra një jetëgjatësi e pritshme relativisht e lartë për vendin më të varfër në Evropë, është quajtur “*paradoksi shqiptar*” (Gjonca A dhe bp., 1997). Për fat të keq, nuk ka të dhëna zyrtare për prevalencën e duhanpirjes tek adultët shqiptarë gjatë regjimit komunist. Mund të mendohet se duhani ishte relativisht i shtrenjtë, deri në një masë të caktuar, për të gjithë adultët shqiptarë në kushtet e varfërisë së skajshme. Për më tepër, niveli relativisht i kënaqshëm i jetëgjatësisë së pritshme në Shqipëri është lidhur me dietën tradicionale mesdhetare, e cila ka efekte pozitive shëndetësore, sidomos për sa i përket sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare. Dieta shqiptare ka qenë tradicionalisht e pasur në fruta dhe perime. Megjithatë, gjatë dy dekadave të fundit, shumë elemente të dietës tradicionale mesdhetare në Shqipëri po zëvendësohen gradualisht, të paktën deri në një farë mase, me ushqime të përpunuara të cilat janë të pasura në kripë, sheqer dhe yndyrna të ngopura (Burazeri G dhe bp., 2011), gjë e cila me shumë mundësi rrit rreziket shëndetësore.

Pas rënies së regjimit komunist në fillim të viteve 1990, ekonomia shqiptare ra në kolaps. Më pas u vendos një sistem ekonomik i tregut të lirë, i cili u shoqërua me shumë reforma sociale, kulturore dhe ekonomike, i ngjashëm me procesin e tranzicionit që ndodhi në vendet e tjera ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore (Nuri B dhe bp., 2002). Fatkeqësisht, ritmi i zhvillimit në Shqipëri ka pësuar luhatje periodike gjatë dy dekadave të fundit. Në fillim ndodhën të ashtuquajturat “trazira të 1997-ës”, si pasojë e rënies së skemave të kursimit, ose siç njihen ndryshe “piramidat”, ku gati dy të tretat e popullsisë shqiptare ranë viktimë e këtyre skemave mashtruese. Është përllogaritur se humbjet e përgjithshme kaluan shifrën 1 miliard \$US dhe se Prodhimi i Brendshëm Bruto (GDP) në total për Shqipërinë në atë kohë nuk ishte më shumë se 2.5 miliardë \$US (Nuri B dhe bp., 2002). Pasojat politike dhe social-ekonomike të rënies së “piramidave” ishin tejet të mëdha. Më pas, tranzicioni shqiptar u prek në mënyrë të ndjeshme nga lufta në Kosovë në vitin 1999.

Më tej, procesi i shpejtë i tranzicionit në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit është shoqëruar me një emigrim në masë, të brendshëm (nga zonat rurale në zonat urbane të vendit) dhe të jashtëm (kryesisht drejt vendeve fqinje si Greqia dhe Italia). Emigrimi mund të “shkaktojë” rritjen e moshimit, duke rritur kështu efektin e përgjithshëm të moshimit në përdorimin e kujdesit shëndetësor (p.sh. nevojat relative për kujdes të popullsisë shqiptare). Në të vërtetë, pavarësisht krizës financiare ndërkombëtare, gjendja ekonomike relativisht e varfër dhe ritmi i ulët i zhvillimit ekonomik si pasojë e burimeve të brendshme të kufizuara, vazhdon që të nxisë emigrimin e popullsisë adulte. Megjithatë, remitancat nga emigrantët janë ulur, prandaj ekonomia shqiptare duhet që të kërkojë burime të tjera për rimëkëmbjen financiare.

1.2. Karakteristikat demografike dhe social-ekonomike të popullsisë shqiptare

Sipas census-it të fundit të kryer nga Instituti i Statistikave (INSTAT), popullsia e përgjithshme e Shqipërisë më 1 Tetor 2011 ishte 2.8 milionë banorë (INSTAT, 2012). Sipas INSTAT-it, gjatë dekadës së fundit, numri i lindjeve vjetore është ulur ndjeshëm (nga rreth 53 mijë në vitin 2001 në rreth 34 mijë në vitin 2004). Nga ana tjetër, numri i vdekjeve vjetore ka mbetur i qëndrueshëm në rreth 20 mijë (INSTAT, 2014). Në përgjithësi ka evidencë për një rritje natyrale pozitive të popullsisë së Shqipërisë e cila, megjithatë, paraqet një trend në zbritje gjatë dekadës së fundit, me siguri për shkak të uljes së nivelit të fertilitetit (INSTAT, 2014). Mosha mesatare e popullsisë shqiptare në vitin 2011 ishte 35.3 vjeç, me një rritje gati prej gjashtë vitesh krahasuar me census-in e mëparshëm të vitit 2001 (INSTAT, 2001). Ky tranzicion demografik është reflektuar në rritjen në numër të grupmoshës së moshuar. Si rrjedhojë, në vitin 2011, përqindja e individëve 65 vjeç e lart u rrit në 11%. Në të kundërt, përqindja e individëve nën 15 vjeç u ul në 21% (INSTAT, 2012).

Census-i i fundit i vitit 2011 në Shqipëri, në lidhje me përkatësinë fetare, raportoi se 56.7% e popullsisë e konsiderojnë veten myslimanë, 10.0% të krishterë katolikë dhe 6.8% të krishterë ortodoksë (INSTAT, 2012). Këto gjetje duhet të interpretohen me kujdes për shkak të shkallës së lartë të mospërgjigjjes lidhur me vetëdeklarimin e përkatësisë fetare.

Produkti i Brendshëm Bruto real për frymë (GDP i axhustuar për fuqinë blerëse) në Shqipëri ishte rreth 9,400 USD në vitin 2012, i krahasueshëm vetëm me Bosnje-Hercegovinën, por më i ulët se vendet e tjera fqinje përfshirë Maqedoninë, Serbinë, dhe sidomos Malin e Zi, i cili ka GDP-në më të lartë në rajonin e Ballkanit Perëndimor (OBSh, *Health for All database*, 2014). Megjithatë, indeksi i zhvillimit njerëzor (IZN) shqiptar, një shkallë e përbërë që përfshin një jetë të gjatë dhe të shëndetshme, aksesin ndaj njohurie/dijes dhe një standard të mirë jetese, ishte 0.75 në vitin 2012, i cili është më i lartë se Bosnje-Hercegovina dhe Maqedonia, por më i ulët se Serbia dhe Mali i Zi (OBSh, *Health for All database*, 2014). Që në fillim të viteve 1990, tranzicioni në Shqipëri u shoqërua me një rritje të ndjeshme të papunësisë, pavarësisht shifrave zyrtare të cilat priren të nënvlerësojnë nivelin aktual të papunësisë (Nuri B dhe bp., 2002). Sipas një Ankete të Fuqisë Punëtore të kohëve të fundit, niveli i papunësisë në popullsinë shqiptare 15 vjeç e lart ishte 15.9% në vitin 2013 (17.8% për meshkujt dhe 13.5% për femrat) (INSTAT, 2014). Niveli zyrtar i papunësisë në vendet fqinje varion nga një minimum prej 20% (në Malin e Zi) në një maksimum prej 31% (në Maqedoni). Papunësia shkakton pabarazi në të ardhura, të cilat dihet se sjellin pabarazi në shëndet.

Sipas një Ankete për Matjen e Standardit të Jetesës zhvilluar në Shqipëri në vitin 2012, niveli i joanalfabetëve (*literacy rate*) në popullsinë 15 vjeç e lart ishte 98.4% te meshkujt dhe 96.1% te femrat, shifra të ngjashme me ato të vendeve të tjera të Ballkanit Perëndimor (që variojnë nga 97% deri 98% sipas OBSh-së) (OBSh, *Health for All database*, 2014). Përgjithësisht, niveli i ulët i analfabetizmit është i shoqëruar me shëndet më të mirë.

1.3. Qëllimi i këtij raporti shëndetësor

Në Shqipëri, tranzicioni i shpejtë drejt regjimit demokratik dhe ekonomisë së tregut të lirë u shoqërua me ndryshime domethënëse social-ekonomike dhe kulturore, të cilat mund të kenë patur impakt mbi shëndetin. Megjithatë, deri më sot nuk ka asnjë raport gjithëpërfshirës që të informojë mbi gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare në dy dekadat e fundit.

Në këtë kontekst, qëllimi i këtij raporti shëndetësor është që të japë një vështrim të gjerë mbi gjendjen shëndetësore aktuale të popullsisë së Shqipërisë. Më hollësisht, ky raport kërkon të përshkruajë tendencat e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë që kanë qenë të pranishme në popullsinë shqiptare gjatë viteve të fundit. Veç kësaj, raporti kërkon të nxjerrë në pah faktorët kryesorë të rrezikut dhe determinantët e sëmundjeve dhe vdekjeve në popullsinë shqiptare. Gjithashtu, raporti do të përshkruajë shkurtimisht burimet e kujdesit shëndetësor, shpërndarjen e fuqisë punëtore, përdorimin e kujdesit shëndetësor dhe shpenzimet në sektorin shëndetësor shqiptar.

Sidoqoftë, ky raport nuk pretendon të jetë shterues dhe prandaj, profesionistët e interesuar dhe politikëbërësit duhet të kërkojnë të tjera burime informacioni dhe botime të fundit që lidhen me Shqipërinë, për të patur një panoramë më të gjerë e më të hollësishme.

Ky raport synon të shërbejë si një dokument bazë për vlerësimin aktual të gjendjes shëndetësore në popullsinë shqiptare, për një krahasim me vendet fqinje dhe më gjerë, si dhe për monitorimin e tendencave të ardhshme të niveleve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullsinë shqiptare, të cilat mund t'i japin vendimmarrësve dhe politikëbërësve të dhëna të vlefshme për vendosjen dhe hartimin e prioriteteve.



METODOLOGJIA



2. METODOLOGJIA

Ky punim konsistoi në një rishikim literature të burimeve kryesore (zyrtare) të informacionit mbi gjendjen shëndetësore dhe sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, të cilat shërbyen si bazë për këtë raport shëndetësor.

Burimet ndërkombëtare të informacionit u morën kryesisht nga Studimi i Barrës Globale të Sëmundshmërisë i vitit 2010 (GBD, 2010), si dhe nga raporte e të dhëna të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) dhe agjenci të tjera të Organizatës së Kombeve të Bashkuara (OKB). Burimet e brendshme (kombëtare) të informacionit përfshinë raportet zyrtare të botuara nga Instituti i Statistikave (INSTAT: <http://www.instat.gov.al/al/home.aspx>), Ministria e Shëndetësisë (<http://shendetesia.gov.al/>) dhe Instituti i Shëndetit Publik (<http://www.ishp.gov.al/>).

2.1. Burimet e informacionit

Tabela 1 përmbledh burimet kryesore të informacionit të cilat u përdorën për realizimin e këtij raporti shëndetësor për Shqipërinë.

Tabela 1. Burimet kryesore të përdorura për këtë raport mbi gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare

BURIMI	REFERENCA
<i>Global Burden of Disease</i>	Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Database. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Gjendet në: http://www.healthdata.org/search-gbd-data?s=albania (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>World Health Statistics</i>	WHO (2014). Gjendet në: http://www.who.int/gho/countries/alb/en/ (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>Global Health Observatory Data Repository</i>	WHO (2014). Gjendet në: http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-ALB?lang=en (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>Health for all Database</i>	WHO (2014). European Health for All database (HFA-DB). Gjendet në: http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>World Life Expectancy</i>	Gjendet në: http://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/albania (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010</i>	Salomon JA, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012;380:2144-62

BURIMI	REFERENCA
<i>Instituti i Statistikave (INSTAT)</i>	URL: http://www.instat.gov.al/al/home.aspx
<i>Censusi i Popullsisë dhe Banesave, 2011</i>	INSTAT (2012). Censusi i Popullsisë dhe Banesave, 2011. Gjetet në: http://www.instat.gov.al/media/178070/rezultatet_kryesore_t_censurit_t_popullsis_dhe_banesave_2011_n_shqip_ri.pdf (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>Femra dhe Meshkuj në Shqipëri, 2014</i>	INSTAT (2014). Femra dhe Meshkuj në Shqipëri, 2014. Gjetet në: http://www.instat.gov.al/media/257796/femra_e_meshkuj_2014.pdf (Vizituar në datë: 20-10-2014)
<i>Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2008-09</i>	Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro (2010). Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2008-09. Tiranë, Shqipëri: Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro.
<i>Studimi Shëndetit Riprodhues, 2002</i>	Instituti i Shëndetit i Publik (2005). Studimi Shëndetit Riprodhues, 2002. Gjetet në: http://ghdx.healthdata.org/record/albania-reproductive-health-survey-2002 (Vizituar në datë: 20-10-2014)

U rishikuan edhe burime të tjera informacioni shumë të vlefshme, të cilat nuk u përfshinë në Tabelën 1 (shikoni seksionin “Bibliografia” në fund të raportit për një listë gjithëpërfshirëse të të gjithë burimeve të informacionit për këtë raport).



INDIKATORËT E VDEKSHMËRISË



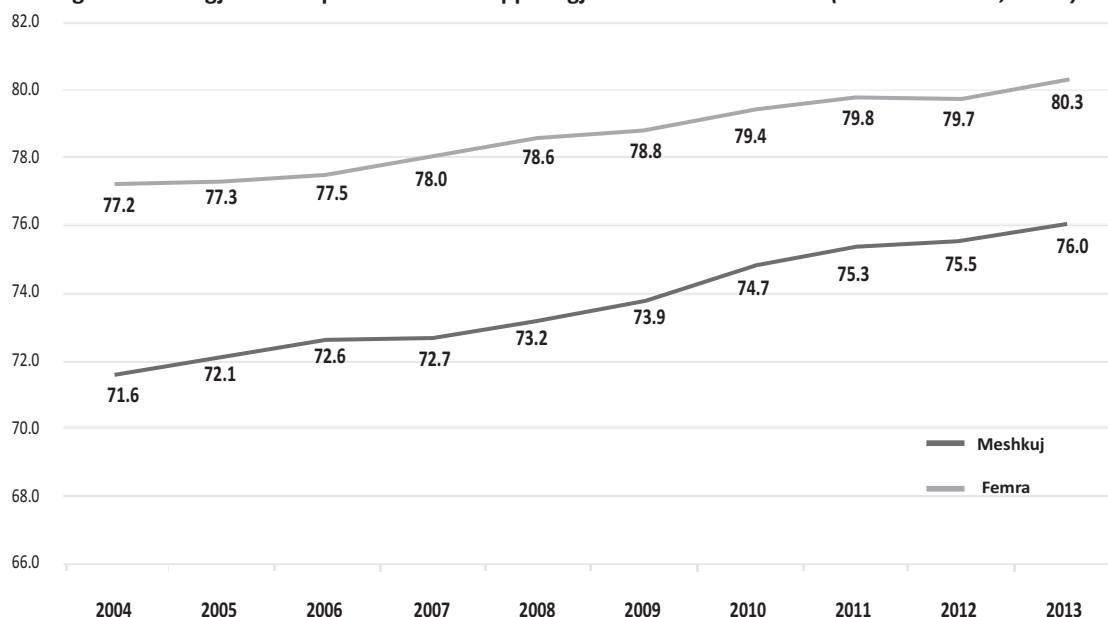
3. INDIKATORËT E VDEKSHMËRISË

3.1. Jetëgjatësia e pritshme

Sipas Institutit të Statistikave (INSTAT, 2014), jetëgjatësia e pritshme në lindje në Shqipëri në vitin 2013 ishte 76.0 vjeç për meshkujt dhe 80.3 vjeç për femrat (Figura 2).

Në dekadën e kaluar, vihet re një rritje e qëndrueshme për të dy gjinitë. Megjithatë, gjatë dhjetë viteve të fundit, jetëgjatësia e pritshme u rrit 4.4 vite te meshkujt, por vetëm 3.1 vite te femrat.

Figura 2. Jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri gjatë viteve 2004-2013 (burimi: INSTAT, 2014)



Megjithatë, ka një mospërputhje të madhe ndërmjet të dhënave zyrtare nga Instituti i Statistikave (INSTAT) dhe vlerësimeve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) marrë nga “World Health Statistics, 2014”. Sipas shifrave të OBSh-së, jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri në vitin 2012 ishte 73.0 vjeç për meshkujt dhe 75.0 vjeç për femrat (Tabela 2), ndërsa sipas INSTAT-it këto shifra ishin respektivisht 75.5 dhe 79.7 vjeç (Figura 2). Siç është theksuar në mjaft botime, OBSh-ja deklaron se raportimet zyrtare kombëtare priren që të mbivlerësojnë jetëgjatësinë e pritshme në Shqipëri për shkak të nënregjistrimit të rasteve të vdekjeve në vendin tonë (OBSh, *Health for All database*, 2014).

Krahasuar me vendet fqinje, jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri për vitin 2012 ishte më e ulëta në rajon për femrat (75 vjeç kundrejt 83 vjeç në Greqi, e cila kishte jetëgjatësinë e pritshme më të lartë në rajon për femrat) (Tabela 2). Për sa i përket jetëgjatësisë së pritshme për meshkujt, në vitin 2012, shifra më ulët haset në Serbi (72 vjeç) e ndjekur nga Shqipëria, Maqedonia dhe Mali i Zi (73 vjeç). Pavarësisht këtyre mospërputhjeve rajonale, në ndryshim të dukshëm krahasuar me vendet fqinje është veçanërisht hendeku i vogël në jetëgjatësinë e pritshme midis femrave dhe meshkujve në Shqipëri, i cili në vitin 2012 ishte vetëm dy vite, ndërkohë që në vendet fqinje varionte nga pesë (për shumicën e vendeve) deri në shtatë vite (në Kroaci) (Tabela 2). Kjo tregon edhe një herë se duhanpirja nuk ka qenë ndoshta shumë e shpeshtë te meshkujt shqiptarë disa dekada më parë, krahasuar kjo me vendet e tjera. Disa evidenca nga baza e të dhënave të OBSH-së (*Health for All database*) tregojnë se vdekshmëria nga kanceri i mushkërive në Shqipëri në vitet 1980 ishte shumë më e ulët se në shumicën e vendeve të tjera evropiane. Ndryshimi midis meshkujve dhe femrave në jetëgjatësinë e pritshme në vendet e Evropës Lindore ndikohet fuqimisht nga ndryshimet në faktorët e rrezikut, kryesisht duhanpirjes, abuzimit me alkoolin dhe aksidentet e trafikut rrugor (OBSH, *Health for All database*, 2014).

Tabela 2. Jetëgjatësia e pritshme në lindje sipas viteve në Shqipëri dhe vendet fqinje (burimi: OBSH, World Health Statistics, 2014)

Jetëgjatësia e pritshme (në lindje)	Viti: 1990			Viti: 2000			Viti: 2012		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Shqipëria	67	71	69	68	73	70	73	75	74
Bosnje-Hercegovina	70	75	73	72	78	75	75	80	77
Kroacia	69	76	73	71	78	74	74	81	78
Greqia	75	80	77	76	81	78	78	83	81
Maqedonia	70	75	72	71	76	73	73	78	76
Mali i Zi	73	79	76	72	77	75	73	78	76
Serbia	69	75	72	69	75	72	72	77	75
Sllovenia	70	78	74	72	80	76	77	83	80

Megjithatë, ka mospërputhje në vlerësimet e jetëgjatësisë së pritshme për Shqipërinë ndërmjet burimeve të ndryshme të të dhënave. Tabela 3 paraqet vlerësimet e Barrës Globale të Sëmundjeve, 2010 (GBD, 2010) për jetëgjatësinë e pritshme totale dhe jetëgjatësinë e pritshme të shëndetshme në lindje, në Shqipëri dhe vendet e tjera të rajonit.

Veçanërisht në vitin 1990, jetëgjatësia e pritshme për meshkujt ishte 70.4 vjeç (Salomon JA dhe bp., 2014) me një interval besueshmërie 95% (69.9-70.8 vjeç, Tabela 3), e cila e tejkalon shifrën e OBSH-së prej 67.0 vjeç (Tabela 2). Në mënyrë të ngjashme, vlera e GBD-së 2010 për jetëgjatësinë e pritshme të femrave në Shqipëri në vitin 1990 ishte 76.0 vjeç (95%CI=75.5-76.5 vjeç, Tabela 3), duke tejkaluar shifrën e OBSH-së prej 71.0 vjeç (Tabela 2).

Sipas vlerësimit të GBD-së, në vitin 2010, jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri ishte 72.0 vjeç për meshkujt dhe 78.1 vjeç për femrat, me një hendek gjashtëvjeçar midis gjinive, i cili është më i ngjashëm me ndryshimet meshkuj-femra në vendet fqinje (Tabela 3).

Vlerësimi GBD-së 2010 për femrat shqiptare ngjason me raportimet zyrtare të INSTAT-it (79.4 vjeç), por kjo nuk ndodh për meshkujt (74.7 vjeç) (INSTAT, 2014).

Interesant është fakti se, duke përjashtuar Greqinë, vlerësimet e GBD-së 2010 për jetëgjatësinë e pritshme i rendisin meshkujt shqiptarë në vendin e dytë në rajon pas Malit të Zi, një gjetje që nuk konfirmohet për femrat (Tabela 3, paneli lart). Është raportuar historikisht se dieta shqiptare i ngjason prototipit mesdhetar i cili, ndër të tjera, lidhet me efekte shëndetësore pozitive (Gjonca dhe bp., 1997). Megjithatë, situata mund të jetë shumë më komplekse dhe shpjegimi i moshimit të popullatave është një orvatje e vështirë. Kjo mund të përfshijë p.sh. një efekt “kohort” ku vetëm individët “rezilientë” kanë mbijetuar, ose një kohort me njerëz që nuk janë përballur me urinë apo luftën.

Nga ana tjetër, jetëgjatësia e pritshme në vitin 2010 për meshkujt shqiptarë ishte më e ulëta në rajon (72.0 vjeç), ndërsa shifra e vlerësuar për femrat ishte e afërt me atë të Malit të Zi dhe Bosnje-Hercegovinës (Tabela 3, paneli poshtë).

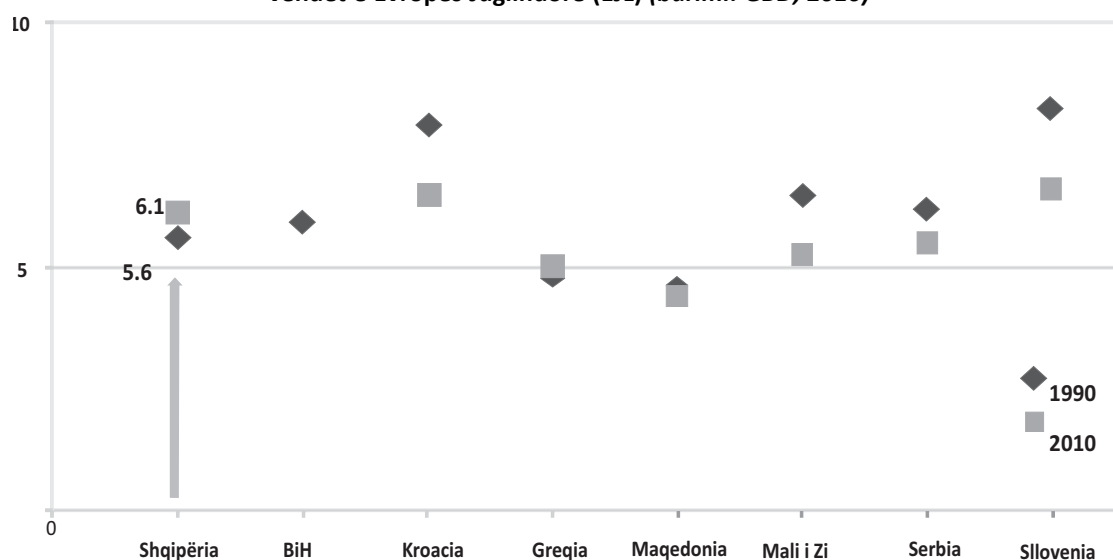
Për sa i përket ndryshimeve meshkuj-femra në jetëgjatësinë e pritshme, me përjashtim të Greqisë, hendeku mes tyre është ngushtuar në periudhën 1990-2010 për të gjithë vendet e rajonit përveç Shqipërisë, ku ky hendek është rritur me 0.5 vite (Figura 3).

Tabela 3. Vlerësimet e Barrës Globale të Sëmundjeve 2010 për jetëgjatësinë e pritshme (JP) dhe jetëgjatësinë e pritshme të shëndetshme (JPS) në lindje, në Shqipëri dhe vendet fqinje (burimi: Salomon JA et al., 2014)

Vendi	Paneli lart: Viti 1990			
	Meshkuj		Femra	
	JP	JPS	JP	JPS
Shqipëria	70.4 (69.9–70.8)	61.1 (59.1–63.0)	76.0 (75.5–76.5)	65.0 (62.6–67.1)
Bosnje-Hercegovina	68.9 (68.7–69.1)	59.8 (57.8–61.5)	74.8 (74.6–75.0)	63.7 (61.3–65.8)
Kroacia	67.9 (67.7–68.1)	59.1 (57.4–60.6)	75.9 (75.6–76.1)	64.6 (62.3–66.6)
Greqia	74.5 (74.3–74.6)	65.0 (62.9–66.8)	79.4 (79.2–79.5)	68.0 (65.7–70.2)
Maqedonia	68.7 (68.3–69.0)	59.8 (57.9–61.6)	73.3 (72.9–73.7)	62.8 (60.3–64.9)
Mali i Zi	71.1 (69.4–72.8)	61.8 (59.4–64.3)	77.6 (76.2–79.0)	65.3 (62.3–67.9)
Serbia	70.6 (69.0–72.2)	61.1 (58.5–63.4)	76.7 (75.3–78.1)	65.0 (62.3–67.4)
Sllovenia	68.9 (68.7–69.2)	60.3 (58.5–61.8)	77.1 (76.8–77.3)	66.1 (63.7–68.1)

Vendi	Paneli poshtë: Viti 2010			
	Meshkuj		Femra	
	JP	JPS	JP	JPS
Shqipëria	72.0 (69.2–74.9)	62.5 (59.7–65.3)	78.1 (75.9–80.2)	67.0 (64.4–69.7)
Bosnje-Hercegovina	74.1 (73.9–74.4)	64.4 (62.3–66.2)	78.8 (78.5–79.0)	68.1 (65.8–70.2)
Kroacia	73.4 (73.2–73.6)	63.6 (61.5–65.4)	79.9 (79.7–80.1)	68.3 (65.9–70.3)
Greqia	77.1 (76.8–77.4)	67.0 (64.7–68.8)	82.1 (81.9–82.4)	70.4 (68.0–72.5)
Maqedonia	72.8 (72.5–73.0)	63.2 (61.0–65.2)	77.2 (77.0–77.5)	66.4 (64.0–68.4)
Mali i Zi	73.0 (72.2–73.6)	63.3 (61.1–65.3)	78.2 (77.5–78.9)	66.1 (63.4–68.4)
Serbia	74.0 (73.7–74.2)	64.0 (61.9–66.0)	79.5 (79.2–79.8)	68.0 (65.5–70.2)
Sllovenia	75.9 (75.6–76.2)	65.7 (63.6–67.6)	82.5 (82.2–82.9)	70.7 (68.3–72.9)

Figura 3. Ndryshimet meshkuj-femra në jetëgjatësinë e pritshme në vitet 1990 dhe 2010 në vendet e Evropës Juglindore (EJL) (burimi: GBD, 2010)



Thënë shkurt, të dhënat e jetëgjatësisë së pritshme shprehin nevojën për një regjistrim më cilësor të të dhënave shëndetësore në Shqipëri, sidomos për vdekshmërinë dhe shkaqet e vdekjeve P.sh., një ndryshim pesëvjeçar në jetëgjatësinë e pritshme është baraz me një rrezik vdekshmërie dyfish më të lartë në çdo grupmoshë.

3.2. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë

Sipas INSTAT-it, numri i regjistruar i vdekjeve në Shqipëri ka qenë i qëndrueshëm gjatë viteve të fundit, me një mesatare prej rreth 20 mijë vdekje në vit (INSTAT, 2014). Kjo shifër është disi më e ulët se raporti GBD 2010 për Shqipërinë, i cili llogarit një numër të përgjithshëm vdekjesh prej 22,659 në vitin 2010 (13,003 vdekje në meshkuj dhe 9,656 në femra).

Sipas studimit GBD 2010, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë bruto (NVB) në Shqipëri në vitin 2010 ishte rreth 708 për 100,000 banorë (812 për meshkujt dhe 604 për femrat) (Tabela 4). Në vitin 1990, NVB-ja në të dy gjinitë në Shqipëri ishte më e ulët (rreth 503 vdekje për 100,000) (GBD, 2010). Më pas, në përputhje me “plakjen” e popullatës shqiptare, vihet re gjithashtu një tendencë lineare në rritje për NVB-në (Tabela 4).

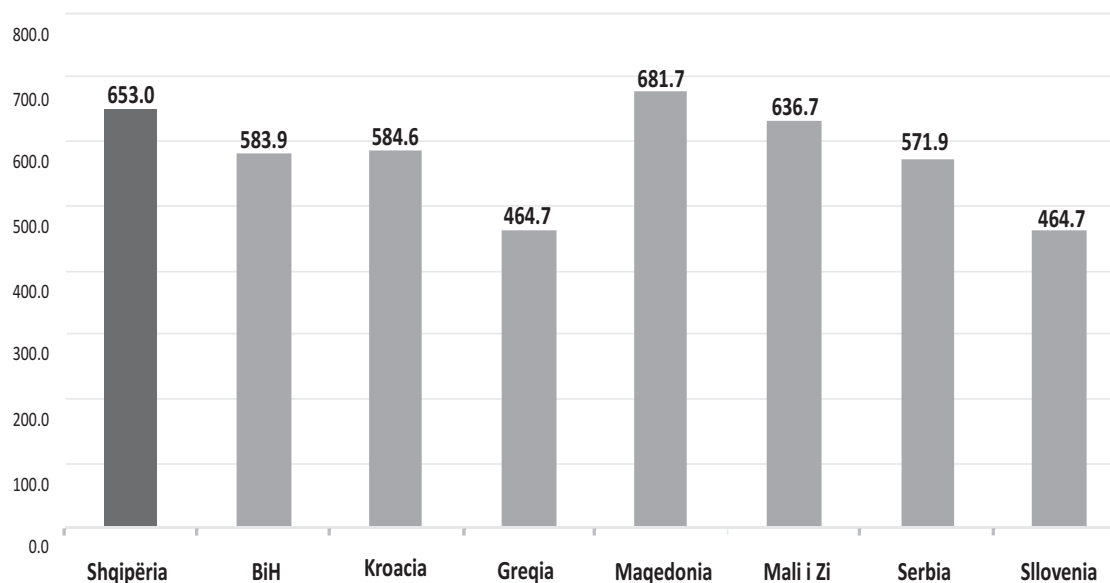
Tabela 4. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2005	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	812.0	731.8-906.9	766.2	735.7-801.1
Femra	604.0	525.8-676.9	582.1	541.3-610.0
Totali	708.1	656.5-766.8	674.0	649.1-697.1

Gjinia	Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	726.6	706.3-746.3	550.2	529.8-567.1
Femra	527.8	503.2-543.7	453.1	436.6-471.6
Totali	627.0	611.0-641.1	502.9	488.6-516.6

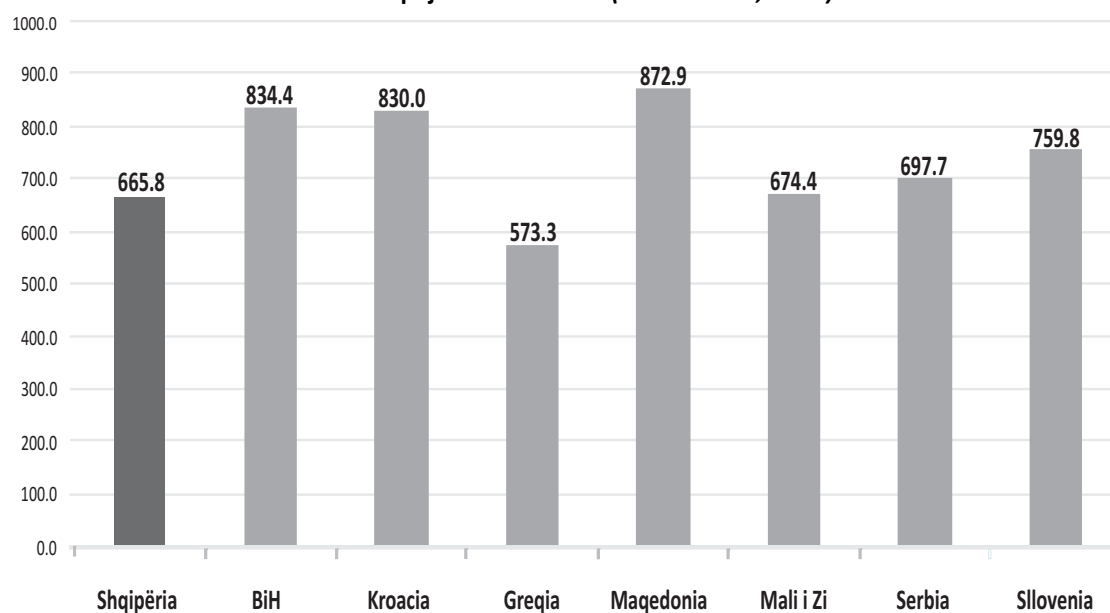
Sipas studimit GBD 2010, niveli i vdekshmërisë i standardizuar (NVS) në të dy gjinitë në Shqipëri në vitin 2010 ishte 653 për 100,000 banorë, i cili është dukshëm më i lartë se në Greqi dhe Slloveni (465 secila), por i krahasueshëm me Malin e Zi dhe Maqedoninë (respektivisht, 637 and 682) (Figura 4).

Figura 4. Niveli total i vdekjeve i standardizuar (për 100,000 banorë) në Shqipëri dhe në vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



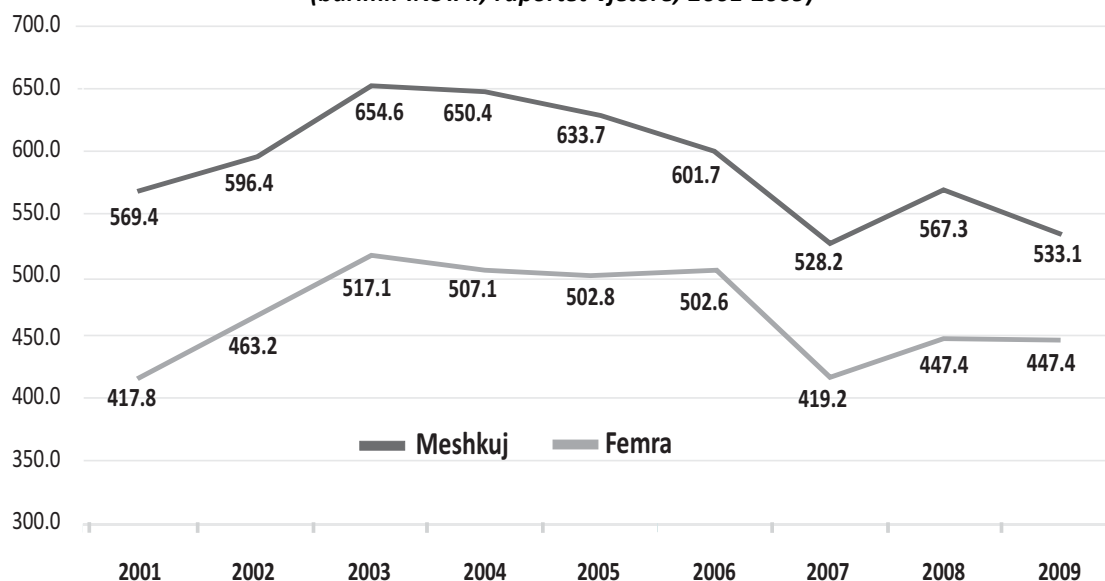
Në vitin 1990, niveli total i vdekshmërisë i standardizuar ishte më i ulët në rajon, pa përfshirë Greqinë (Figura 5). Siç u përmend më lart, një nga shpjegimet e mundshme të këtij “paradoksi” (pra, niveli i ulët i vdekshmërisë në Shqipërinë e varfër gjatë regjimit komunist) mund të lidhet me aplikimin e dietës mesdhetare, e cila mendohet se ka qenë veçanërisht protektive ndaj sëmundjeve kardiovaskulare (SKV) (Gjonca dhe bp., 1997).

Figura 5. Niveli total i vdekjeve i standardizuar (për 100,000 banorë) në Shqipëri dhe në vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Nga ana tjetër, sipas raportimeve zyrtare të INSTAT-it, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë në Shqipëri në vitin 2009 ishte rreth 533 dhe 447 për 100,000 banorë, respektivisht për meshkujt dhe femrat (Figura 6). Këto shifra janë deri diku të krahasueshme me vlerësimet e GBD-së për vitin 2010. Anasjelltas, vlerësimet e GBD-së për vitin 2010 (rreth 727 dhe 528 për 100,000 banorë, respektivisht për meshkujt dhe femrat, Tabela 4) kanë ndryshim domethënës nga raporti i INSTAT-it për vitin 2001 (rreth 569 dhe 418 për 100,000 banorë, respektivisht për meshkujt dhe femrat) (Figura 6).

Figura 6. Niveli i vdekshmërisë bruto për të gjithë shkaqet (sipas gjinive) (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) në Shqipëri për periudhën 2001-2009
(burimi: INSTAT, raportet vjetore, 2001-2009)



Së fundi, vlerësimet e vdekshmërisë së përgjithshme për Shqipërinë tregojnë mos-përputhje të rëndësishme ndërmjet burimeve të ndryshme të të dhënave (statistikat kombëtare zyrtare kundrejt vlerësimeve ndërkombëtare). Për më tepër, të dhënat kombëtare të botuara nga INSTAT-i kanë luhatje të ndjeshme. Ndër të tjera, kjo mund të ndodhë për shkak të mungesës së mekanizmave për garantimin e cilësisë gjatë mbledhjes dhe regjistrimit të të dhënave.

3.3. Niveli i vdekshmërisë sipas shkaqeve specifike

Në vitin 2008, sëmundjet jo të transmetueshme (SJT) në Shqipëri ishin shkaktare të rreth 89% të vdekjeve (59% SKV-të dhe 18% kanceri) (*NCD country profiles*, OBSH, 2011). Bazuar në të dhënat e studimit të GBD-së, në vitin 2010, vdekshmëria proporcionale në të dy gjinitë për SJT-të në Shqipëri ishte rreth 88% (86% te meshkujt dhe 90% te femrat). SKV-të ishin shkaktare të rreth 55% të të gjitha vdekjeve (51% te meshkujt dhe 61% te femrat) (GBD, 2010).

Sëmundja ishemike e zemrës

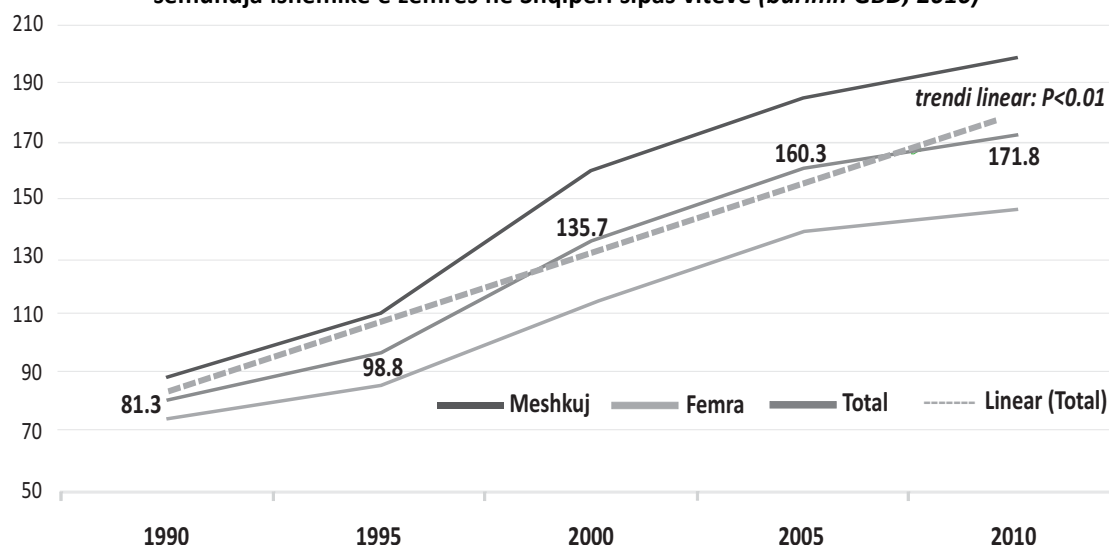
Sipas studimit GBD 2010, vihet re një rritje e qëndrueshme e nivelit të vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës (SIZ) në të dy gjinitë. Kështu, në vitin 2010 pati një rritje të dyfishtë të nivelit të vdekjeve nga SIZ te meshkujt dhe femrat krahasuar me vitin 1990 (Tabela 5).

Tabela 5. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) për sëmundjen ishemike të zemrës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	198.6	158.3-219.4	159.1	141.5-167.6	89.7	83.0-104.2
Femra	144.9	112.8-162.2	112.5	97.7-118.9	72.4	67.0-86.3
Totali	171.8	146.8-185.4	135.7	124.4-141.0	81.3	76.3-91.5

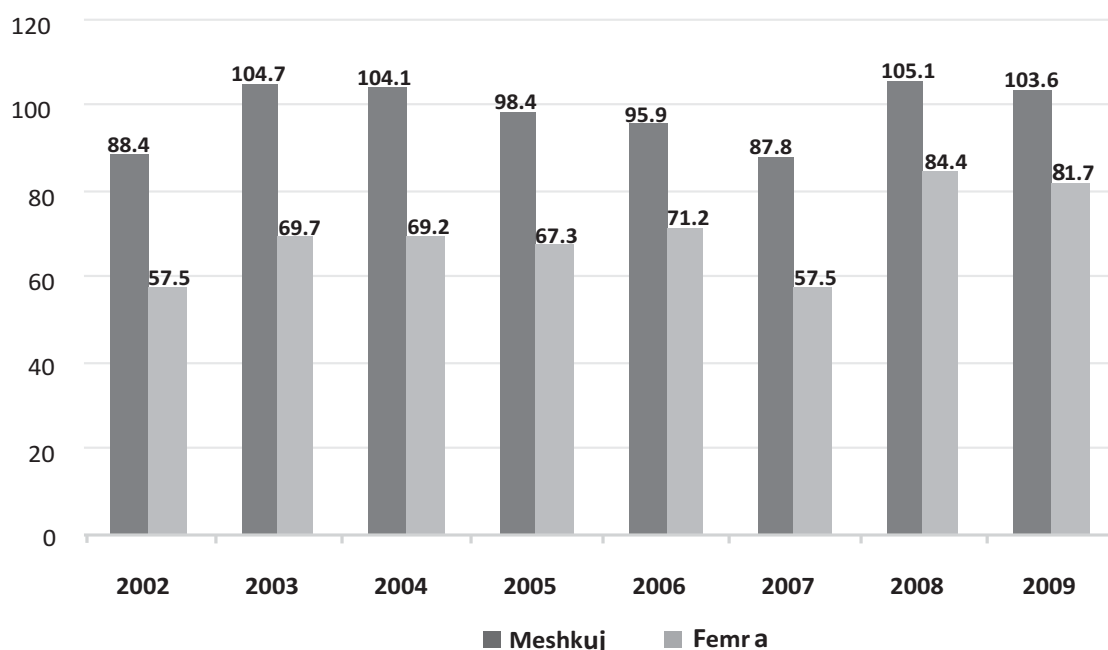
Në fakt, një analizë e detajuar në periudha pesëvjeçare nga 1990-2010 (GBD, 2010) tregon për një rritje të ndjeshme të nivelit të vdekjeve nga SIZ në të dy gjinitë, me evidencë të një tendence lineare statistikisht domethënëse (në të dy gjinitë: $P < 0.001$) (Figura 7).

Figura 7. Niveli i vdekshmërisë bruto sipas gjinive (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundja ishemike e zemrës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



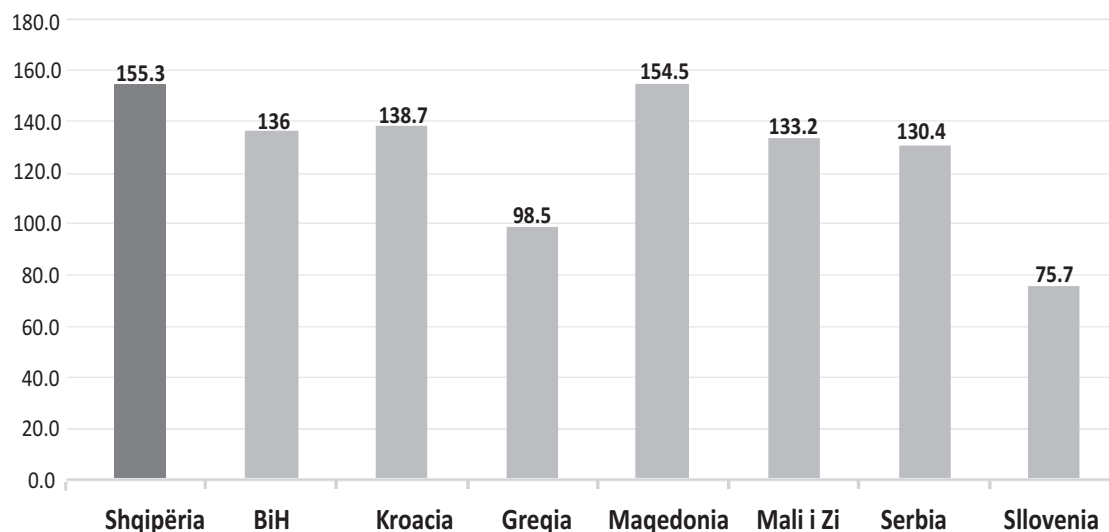
Nga ana tjetër, ka një mospërputhje të madhe ndërmjet raporteve zyrtare të INSTAT-it dhe vlerësimeve të GBD 2010. Kështu, sipas INSTAT, niveli i vdekshmërisë nga SIZ në vitin 2009 te meshkujt dhe femrat shqiptare ishte respektivisht 104 dhe 82 (për 100,000 banorë) (Figura 8). Sidomos për meshkujt, shifra e raportuar nga INSTAT-i është gati sa gjysma e vlerësimit të GBD 2010 (Tabela 5). Prandaj, raportimet kombëtare zyrtare të Shqipërisë duhet të shqyrtohen me kujdes.

Figura 8. Niveli i vdekshmërisë bruto sipas gjinive (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundja ishemike e zërrës në Shqipëri sipas viteve (burimi: INSTAT, 2010)



Niveli i standardizuar i vdekjeve në të dy gjinitë nga SIZ në Shqipëri në vitin 2010 ishte 155.3 për 100,000 banorë, e cila përbën shifrën më të lartë në rajonin e Evropës Juglindore (EJL) (Figura 9). Sllovenia në veçanti, ka nivelin më të ulët të vdekjeve nga SIZ (75.7 për 100,000 banorë), shifër që është madje më e ulët se e Greqisë, një vend që konsiderohet gjerësisht si “kardio-protektiv” për shkak të dietës mesdhetare.

Figura 9. Niveli i vdekshmërisë i standardizuar për 100,000 banorë, nga sëmundja ishemike e zemrës (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

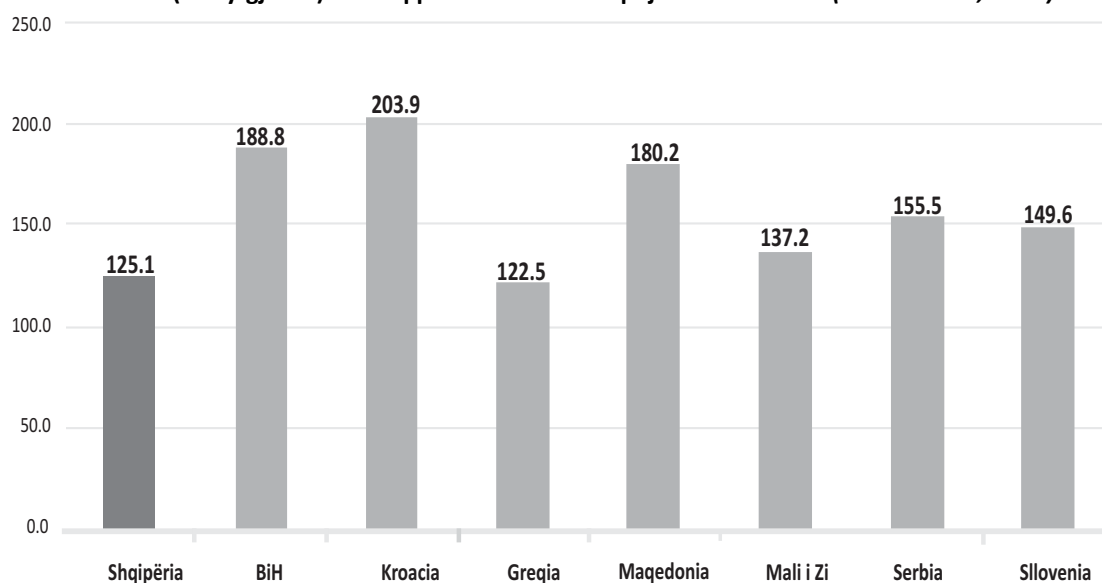


Në të kundërt, niveli i vdekjeve nga SIZ në Shqipëri në vitin 1990 ishte më i ulëti në rajonin e EJT-së (rreth 125 për 100,000 banorë), i krahasueshëm me Greqinë (Figura 10).

Aktualisht, Shqipëria është vendi i vetëm në rajonin e EJT-së i cili ka pësuar rritje në nivelin e vdekshmërisë nga SIZ në dy dekadat e fundit. Ky është një tregues i fazës së hershme të evoluimit të epidemisë koronare në Shqipërinë e tranzicionit, e cila ndodhi dekada më parë në vendet Perëndimore.

Nga ana tjetër, bie në sy progresi i Sllovenisë, me një ulje dyfish të nivelit të vdekshmërisë nga SIZ në dy dekadat e fundit (nga rreth 150 për 100,000 banorë në vitin 1990, në rreth 76 për 100,000 banorë në vitin 2010).

Figura 10. Niveli i vdekshmërisë i standardizuar (për 100,000 banorë) nga sëmundja ishemike e zemrës (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Neoplazmat

Bazuar në raportet e OBSH-së, kanceri ishte shkaktar i 18% të vdekjeve në Shqipëri në vitin 2008 (*NCD country profiles*, OBSH, 2011).

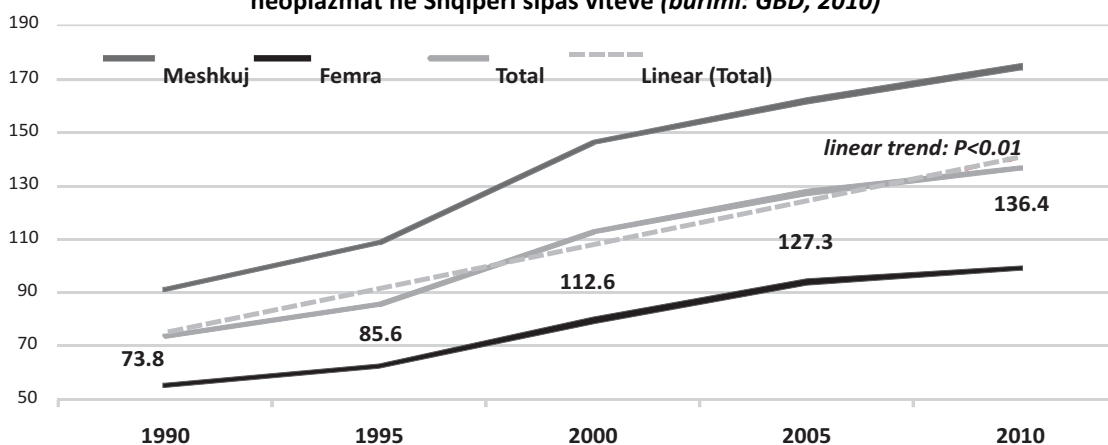
Sipas studimit GBD 2010, vihet re një rritje graduale e nivelit të vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri në të dy gjinitë. Kështu, në vitin 2010, niveli i vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri gati u dyfishua te meshkujt dhe femrat krahasuar me vitin 1990 (Tabela 6).

Tabela 6. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga neoplazmat në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	174.0	141.2-218.1	146.2	129.3-169.1	91.4	82.1-109.3
Femra	98.8	83.1-117.4	79.3	70.3-89.1	55.2	50.1-64.2
Totali	136.4	118.3-161.5	112.6	103.2-124.5	73.8	68.2-84.1

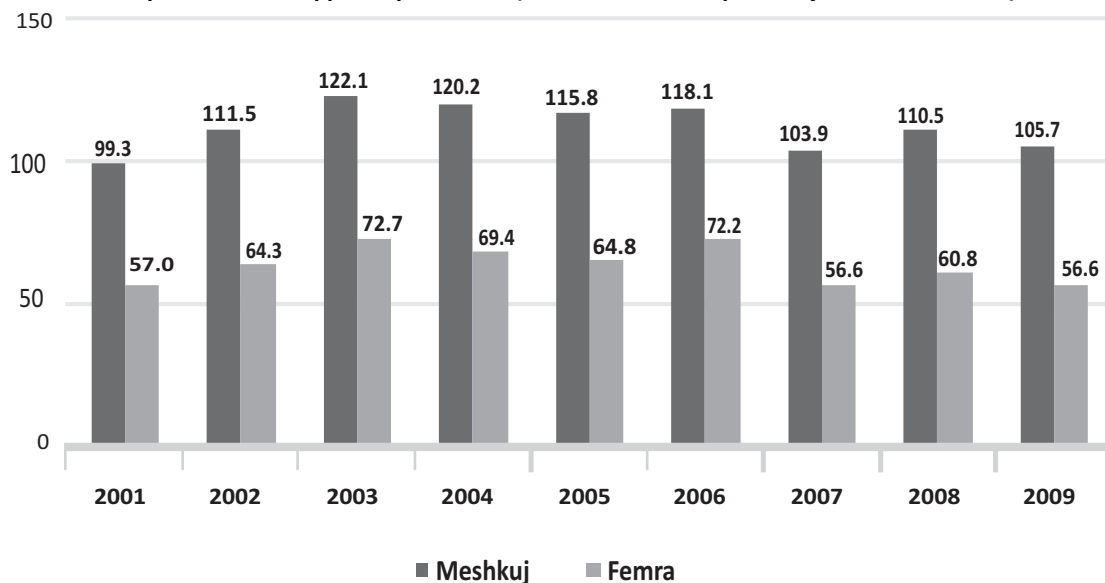
Një analizë më e hollësishme me intervale kohore pesëvjeçare nga viti 1990-2010 (GBD, 2010) tregon një tendencë rritëse domethënëse të nivelit të vdekjeve nga neoplazmat te të dy gjinitë, sidomos për periudhën nga 1990 në 2000 (megjithatë, një testim në dy gjinitë zbuloi një tendencë lineare shumë domethënëse: $P < 0.001$) (Figura 11).

Figura 11. Niveli i vdekshmërisë bruto sipas gjinisë (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga neoplazmat në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



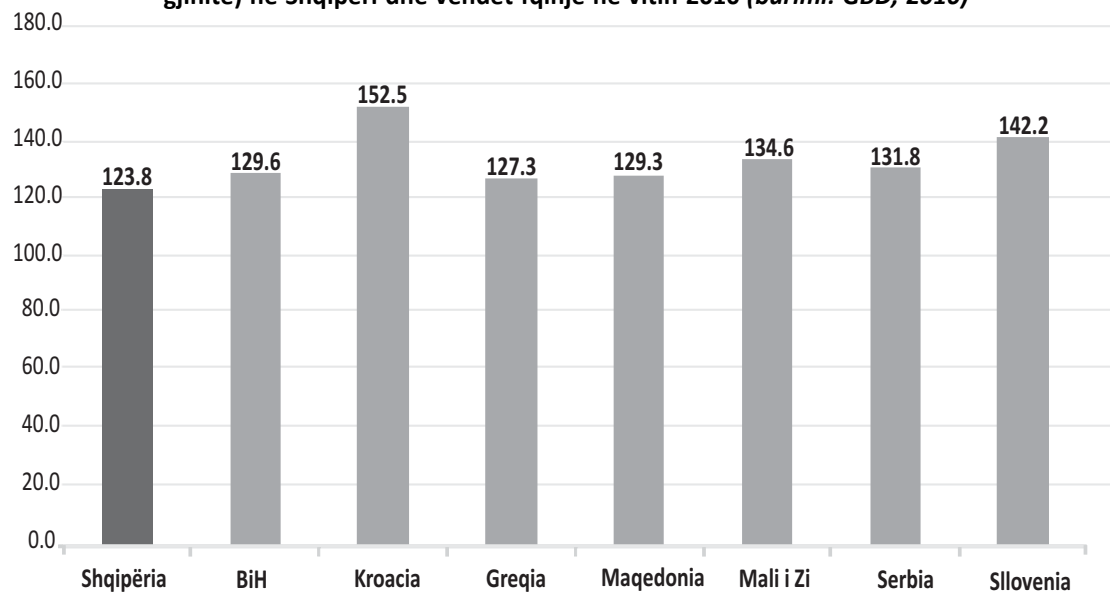
Ashtu sikurse me nivelin e vdekjeve nga SIZ, ka ndryshim të madh ndërmjet raporteve zyrtare të INSTAT-it dhe vlerësimeve të GBD 2010. Kështu, sipas INSTAT-it, niveli i vdekshmërisë nga neoplazmat në vitin 2009 te meshkujt dhe femrat shqiptare ishte respektivisht rreth 106 dhe 57 për 100,000 banorë (Figura 12). Shifrat korresponduese të GBD 2010 janë respektivisht rreth 174 dhe 99 (Tabela 6). Përsëri kemi një nënvlerësim të nivelit të vdekjeve në popullatën shqiptare (në këtë rast, niveli i përgjithshëm i vdekjeve nga neoplazmat) nga ana e raporteve kombëtare zyrtare të INSTAT-it.

Figura 12. Niveli i vdekshmërisë bruto sipas gjinisë (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga neoplazmat në Shqipëri sipas viteve (burimi: INSTAT, raportet vjetore, 2001-2009)



Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri për vitin 2010 ishte rreth 124 për 100,000 banorë (GBD, 2010), duke e renditur Shqipërinë në vendin më të ulët për sa i përket nivelit të vdekshmërisë nga tumoret në rajonin e EJT-së (Figura 13). Kjo në fakt është logjike duke ditur nivelin e ulët (zyrtar) të vdekshmërisë nga kanceri i mushkërive në Shqipëri, i cili është në korrelacion me vdekshmërinë nga të gjithë llojet e kancerit (OBSh, *Health for All database*, 2014).

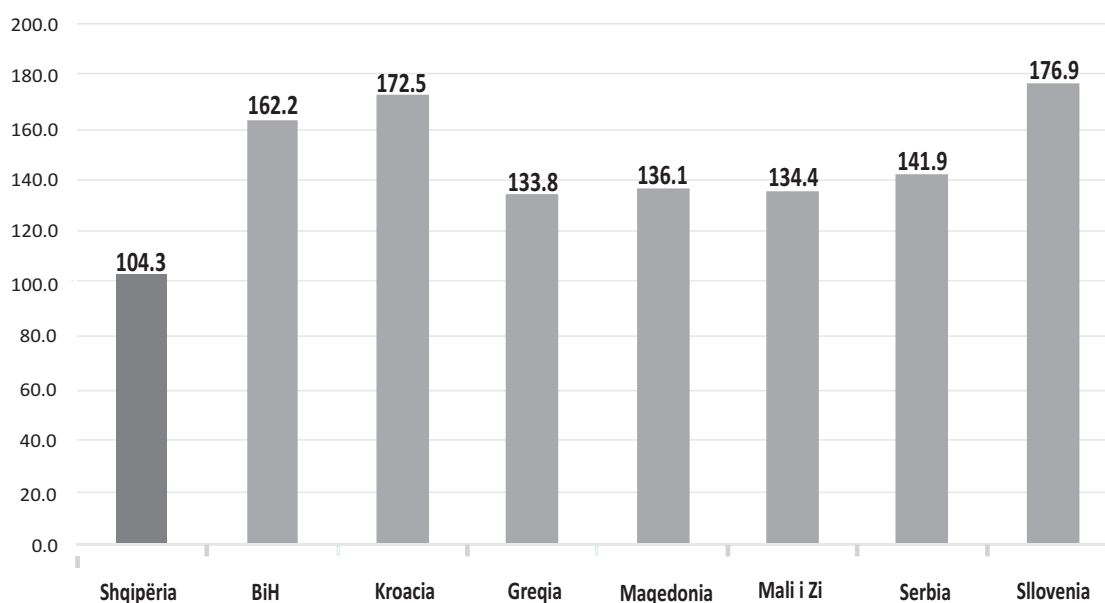
Figura 13. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga neoplazmat (të dyja gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Në vitin 1990, Shqipëria, krahasuar me vendet e tjera në rajon, kishte një nivel të ulët vdekshmërie nga neoplazmat, me rreth 104 vdekje për 100,000 banorë (Figura 14).

Në krahasim me vendet e tjera në rajon, ku vihet re një ulje e NVS-së nga neoplazmat gjatë dy dekadave të fundit, në Shqipëri po ndodh një tendencë e kundërt, me një rritje të nivelit të vdekjeve prej rreth 20% në vitin 2010 krahasuar me vitin 1990. Në vendin tonë, kanceri mund të mbahet në nivele të ulëta nëse prevalenca e duhanpirjes nuk rritet më tej apo, edhe më mirë akoma, po të ulet prevalenca, duke rritur çmimin (taksat) e duhanit. Ndërkohë, paratë e përfituara nga kjo ndërhyrje mund të përdoren me efektivitet për kujdesin perinatal.

Figura 14. Niveli i vdekshmërisë i standardizuar (për 100,000 banorë) nga neoplazmat (të dyja gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Diabeti

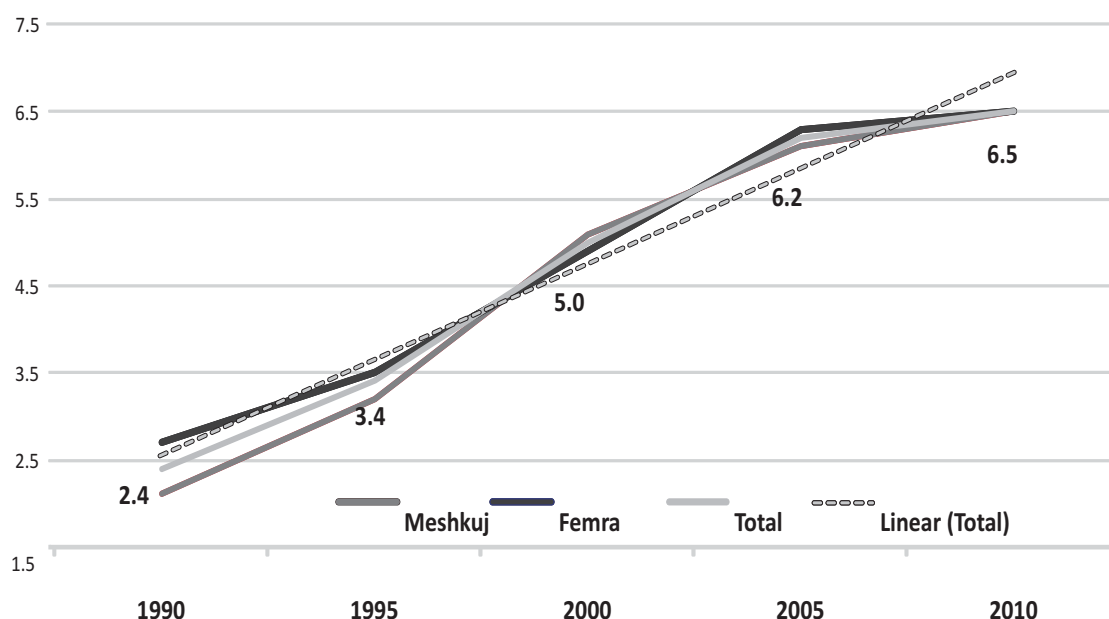
Sipas studimit GBD 2010, vihet re një rritje graduale e nivelit të vdekshmërisë nga diabeti në Shqipëri të të dy gjinitë. Kështu, në vitin 2010, pati një rritje trefish të nivelit të vdekjeve nga diabeti te meshkujt dhe femrat shqiptare krahasuar me vitin 1990 (Tabela 7).

Tabela 7. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga diabeti në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	6.5	4.2-8.1	5.1	3.3-5.7	2.1	1.8-3.2
Femra	6.5	4.2-7.9	4.9	3.5-5.5	2.7	2.4-3.5
Totali	6.5	4.9-7.5	5.0	3.9-5.4	2.4	2.2-3.1

Ashtu si me sëmundjet kronike të përmendura më lart (SIZ dhe neoplazmat), një analizë e detajuar me intervale kohore pesëvjeçare nga viti 1990-2010 (GBD, 2010) tregon për një rritje graduale të nivelit të vdekjeve nga diabeti te të dy gjinitë, veçanërisht për periudhën nga viti 1900 në 2000, dhe më pak në periudhën nga viti 2005 në 2010 (Figura 15).

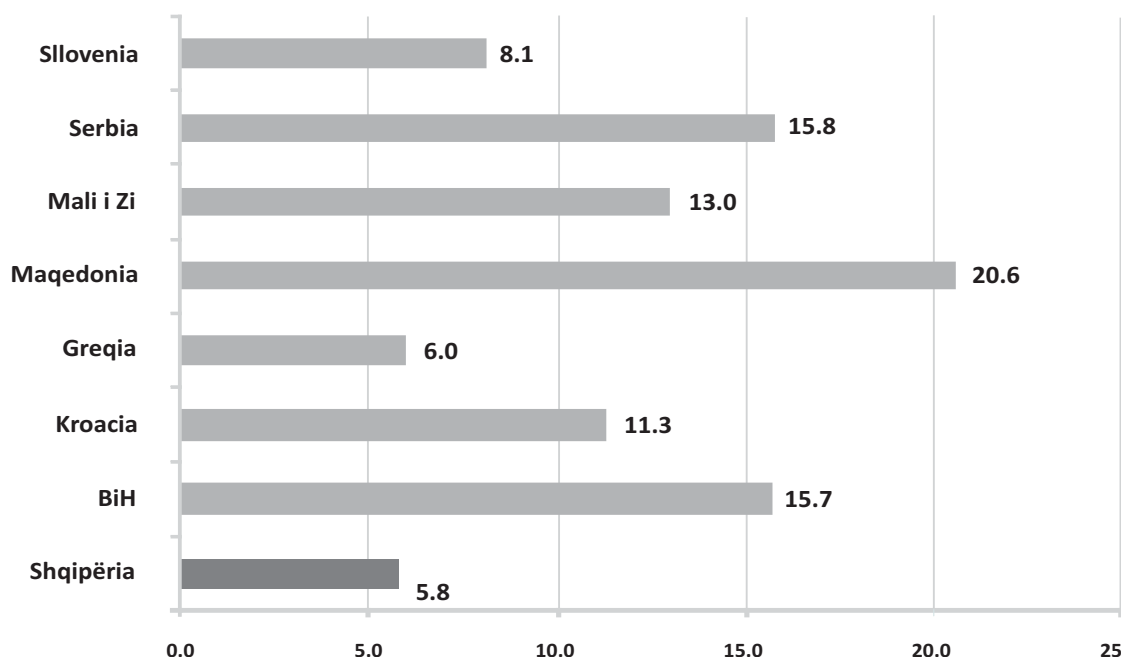
Figura 15. Niveli i vdekshmërisë bruto sipas gjinisë (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga diabeti në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga diabeti në Shqipëri për vitin 2010 ishte 5.8 për 100,000 banorë (GBD, 2010), duke e renditur Shqipërinë bashkë me Greqinë në pozicionin më të ulët në rajonin e EJL-së (Figura 16).

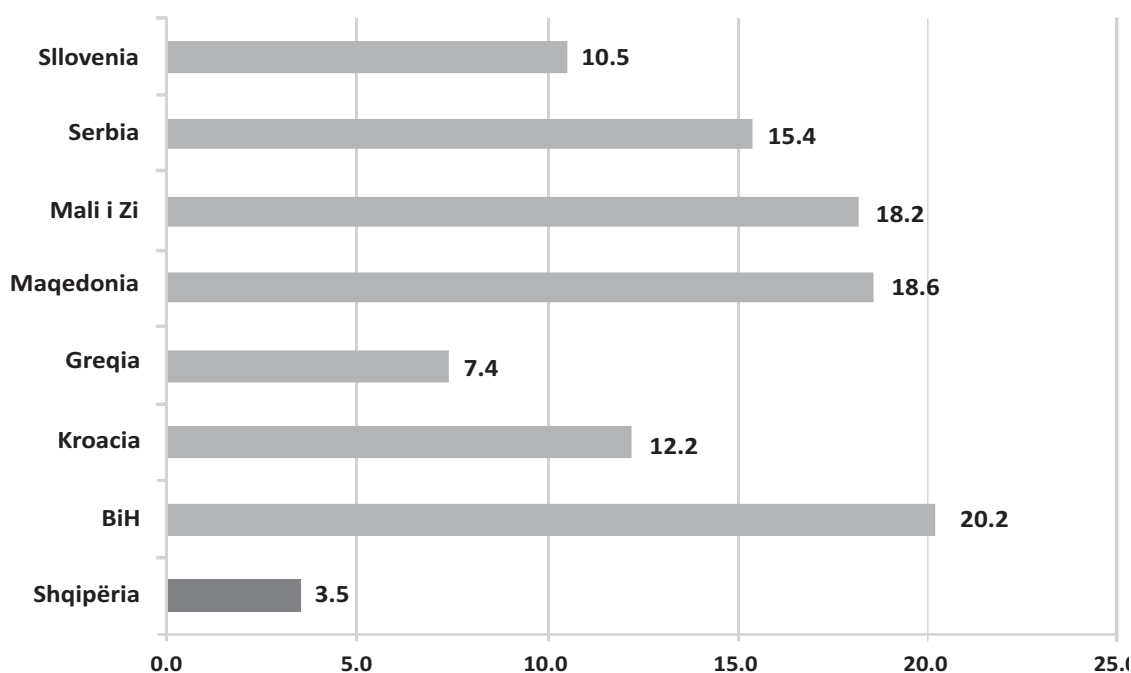
Vlen për t'u theksuar se niveli i vdekshmërisë nga diabeti në vendin fqinjë të Maqedonisë, në vitin 2010 ishte jashtëzakonisht i lartë krahasuar me vendet e tjera të rajonit (20.6 vdekje për 100,000 banorë); ndër të tjera, kjo me siguri për shkak të nivelit të lartë të obezitetit në këtë popullsi.

Figura 16. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga diabeti (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga diabeti në Shqipëri në vitin 1990 ishte 3.5 për 100,000 banorë (GBD, 2010), duke shfaqur një nivel jashtëzakonisht të ulët, i cili mund të shpjegohet me dietën e shëndetshme dhe aktivitetin fizik gjatë regjimit komunist (Figura 17).

Figura 17. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga diabeti (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Sëmundja pulmonare obstruktive kronike

Sipas studimit GBD 2010, vihet re një rritje graduale e nivelit të vdekshmërisë nga sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) te meshkujt shqiptarë (nga 13.6 për 100,000 banorë në vitin 1990 në 22.3 për 100,000 banorë në vitin 2010) dhe më pak te femrat (respektivisht 12.0 dhe 15.2 për 100,000 banorë) (Tabela 8). SPOK-u ka lidhje të drejtpërdrejtë me nivelin e vdekshmërisë nga kanceri i mushkërive dhe me duhanpirjen.

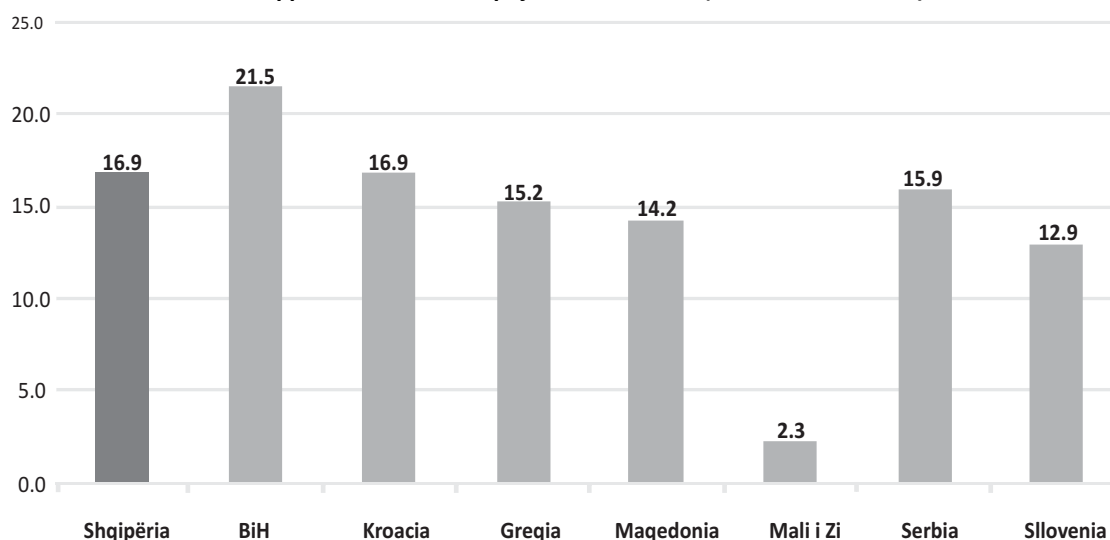
Në vitin 1990, niveli i vdekshmërisë sipas gjinisë nuk ishte aq i ndryshëm. Anasjelltas, “eksesi” në nivelin e vdekshmërisë te meshkujt për periudhën njëzetvjeçare (1990-2010) ishte 8.7 vdekje për 100,000 banorë, ndërsa te femrat ishte vetëm 3.2 vdekje për 100,000 banorë. Shpjegimi kryesor për këtë rrezik të shtuar te meshkujt lidhet me prevalencën e lartë të duhanpirjes, ndërsa te femrat prevalenca e duhanpirjes është nga më të ulëtat në Evropë.

Tabela 8. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundja pulmonare obstruktive kronike në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	22.3	17.9-29.6	18.4	15.5-22.5	13.6	10.5-15.8
Femra	15.2	12.5-18.4	13.6	12.4-14.8	12.0	11.0-13.1
Totali	18.8	16.1-22.7	16.0	14.4-18.1	12.8	11.2-14.1

Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga SPOK-u në Shqipëri në vitin 2010 ishte 16.9 për 100,000 banorë (Figura 18), duke qenë një nga më të lartët në rajon. Vlen për t’u përmendur niveli jashtëzakonisht i ulët i vdekshmërisë nga SPOK-u në vendin fqinj të Malit të Zi, me shumë mundësi për shkak të regjistrimit të ndryshëm të kësaj gjendjeje kronike në certifikatat e vdekjes. Në fakt, një nivel kaq i ulët i vdekjeve duket i pamundur duke patur parasysh prevalencën e lartë të duhanpirjes te të dy gjinitë në Malin e Zi (OBSh, *Health for All database*, 2014).

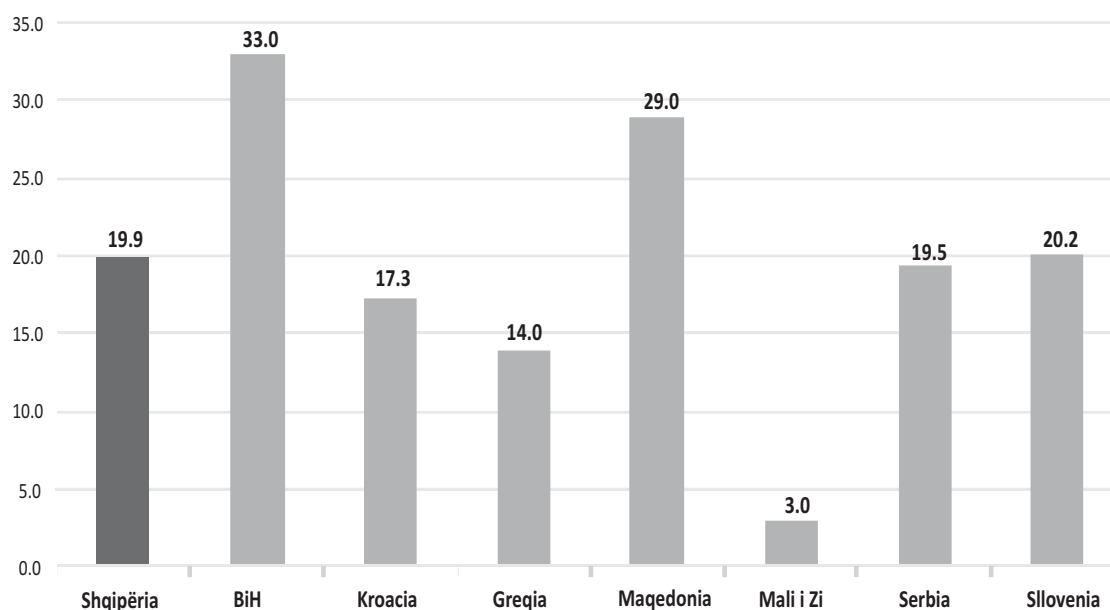
Figura 18. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga SPOK (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Një tjetër shkaktar i SPOK-ut mund të jetë zjarri (gatimi në furrë me dru), i cili aktualisht nuk është i shpeshtë në Malin e Zi, dhe as në Shqipëri (ku deri në vitin 1990 ishte mjaft i përdorur).

Në vitin 1990, NVS-ja nga SPOK-u në Shqipëri ishte 19.9 për 100,000 banorë (Figura 19), duke e renditur Shqipërinë diku në mesin e niveleve që hasen në rajonin e EJT-së. Ashtu si në vitin 2010, niveli i vdekshmërisë nga SPOK-u në Malin e Zi në vitin 1990 ishte veçanërisht i ulët (3 vdekje për 100,000 banorë), gjë e cila kërkon hetime të mëtejshme në sistemin e regjistrimit të certifikatave të vdekjeve në këtë vend.

Figura 19. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga SPOK (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Sëmundja cerebrovaskulare

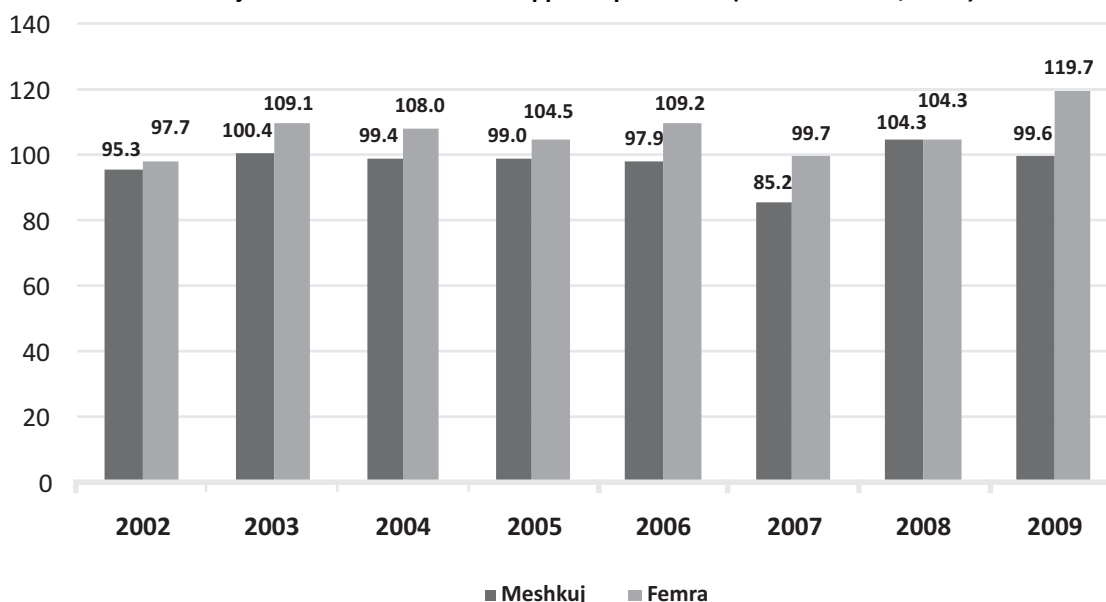
Bazuar në vlerësimet e GBD 2010, duket se ka një rritje gati të dyfishtë në nivelin e vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare në Shqipëri të meshkujt (nga rreth 85 për 100,000 banorë në vitin 1990 në 157 për 100,000 banorë në vitin 2010) dhe një rritje me rreth 70% te femrat (respektivisht 100 dhe 169 për 100,000 banorë) (Tabela 9).

Tabela 9. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundja cerebrovaskulare në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	156.5	119.1-178.5	134.5	118.2-143.5	85.3	77.8-96.0
Femra	169.0	134.7-193.9	143.5	121.0-152.9	100.0	92.7-114.6
Totali	162.7	134.2-180.5	139.0	125.1-145.8	92.4	87.3-101.8

Nga ana tjetër, në raportet zyrtare të INSTAT-it, niveli i vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare është shumë më i ulët se vlerësimet e GBD-së për të dy gjinitë. Kështu, INSTAT-i raporton se niveli i vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare në vitin 2009 ishte rreth 100 dhe 120 (për 100,000 banorë), respektivisht për meshkujt dhe femrat (Figura 20), shifra që janë 57% më të ulëta për meshkujt dhe 41% më të ulëta për femrat krahasuar me vlerësimet e GBD-së për vitin 2010.

Figure 20. Niveli i vdekshmërisë bruto gjini-specifike (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundja cerebrovaskulare në Shqipëri sipas viteve (burimi: INSTAT, 2010)



Për sa i përket nivelit të standardizuar të vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare (Figura 21) në Shqipëri, në vitin 2010 ishte rreth 147 vdekje për 100,000 banorë, shifër që është e dyta më e larta në rajon pas Maqedonisë, e cila ka një nivel vdekshmërie veçanërisht të lartë për këtë sëmundje kronike (rreth 203 vdekje për 100,000 banorë).

Figura 21. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga sëmundja cerebrovaskulare (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

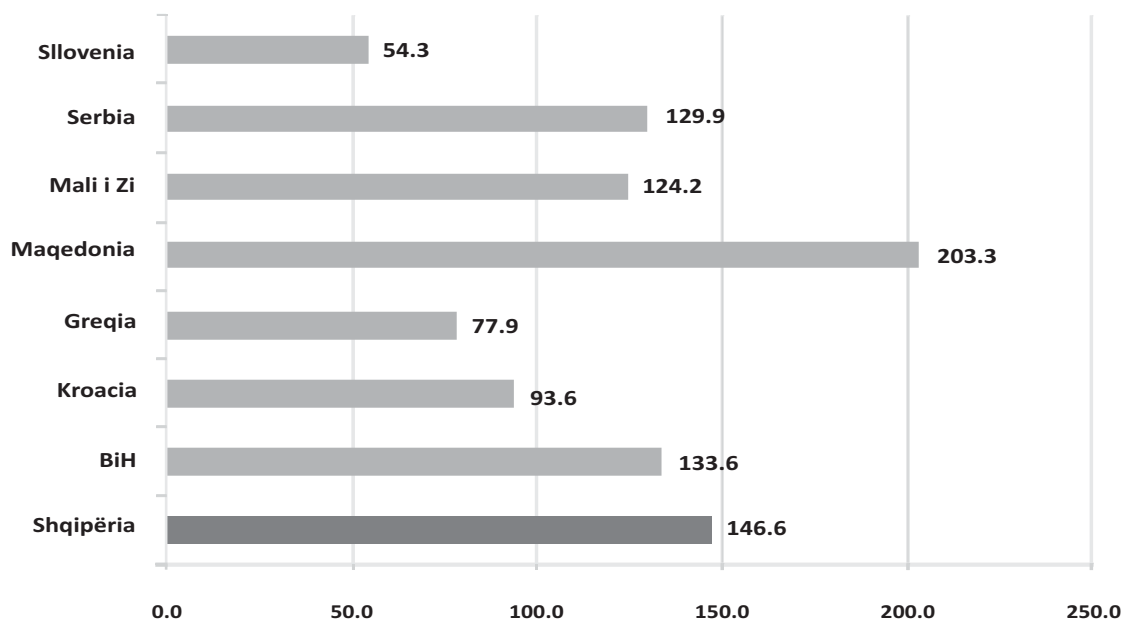
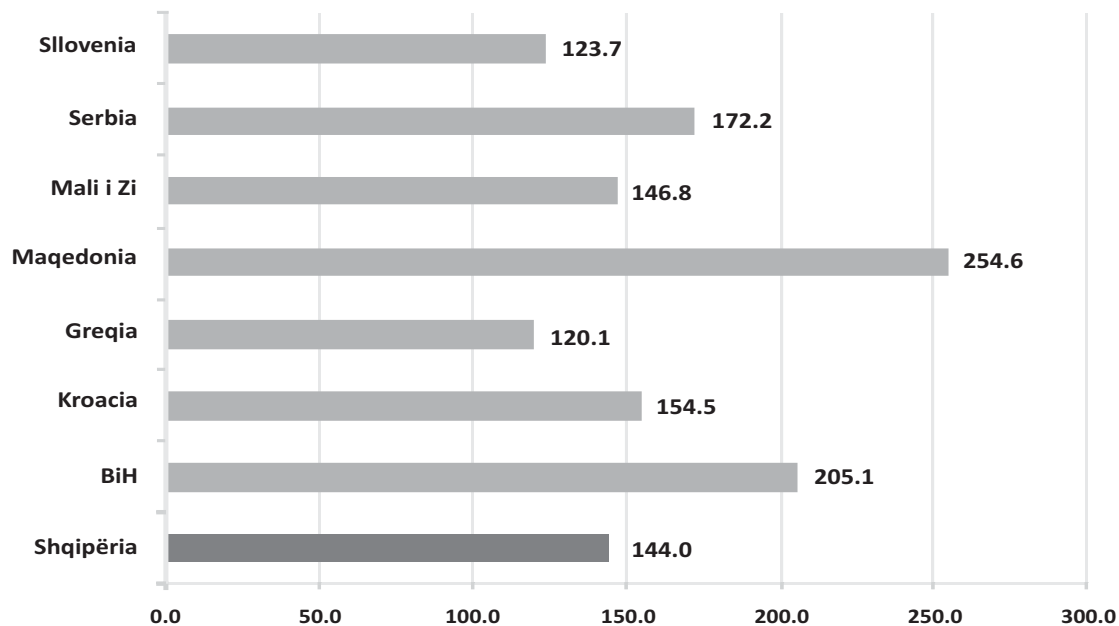


Figura 22 paraqet NVS-në nga sëmundja cerebrovaskulare në vitin 1990 për vendet e rajonit të EJT-së (GBD, 2010). Shqipëria nuk ka ndryshime gjatë dy dekadave të fundit. Ndërkohë, Sllovenia ka arritur një ulje të rëndësishme të nivelit të vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare (nga rreth 124 në 54 për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010).

Figura 22. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga sëmundja cerebrovaskulare (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Në të vërtetë, të gjitha vendet, përveç Shqipërisë, kanë arritur ulje në shkallë të ndryshme në nivelin e vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare për shkak të trajtimit efektiv, si dhe masave efektive parandaluese të aplikuara në disa programe kombëtare shëndetësore (rutinë).

Sëmundjet digjестive

Bazuar në vlerësimet e GBD 2010, ka patur një rritje të përgjithshme në nivelin e vdekshmërisë nga sëmundjet digjестive në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit, ndonëse shumë më e vogël se rritja në sëmundjet e tjera jo të transmetueshme si SKV-të, kanceri, diabeti apo SPOK-u. Te meshkujt shqiptarë, niveli i vdekjeve nga sëmundjet digjестive u rrit nga 11 në 15 (për 100,000 banorë) respektivisht në vitet 1990 dhe 2010, ndërsa te femrat kjo rritje ishte nga 8 në 11 (për 100,000 banorë) (Tabela 10).

Te femrat ka patur një rritje të lehtë, ndërsa te meshkujt rritja ka qenë më e lartë gjatë periudhës 1990-2010. Më pas, vihet re një stabilizim i nivelit të vdekshmërisë nga sëmundjet digjестive te meshkujt shqiptarë.

Tabela 10. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga sëmundjet digjестive (pa përfshirë cirrozën) në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

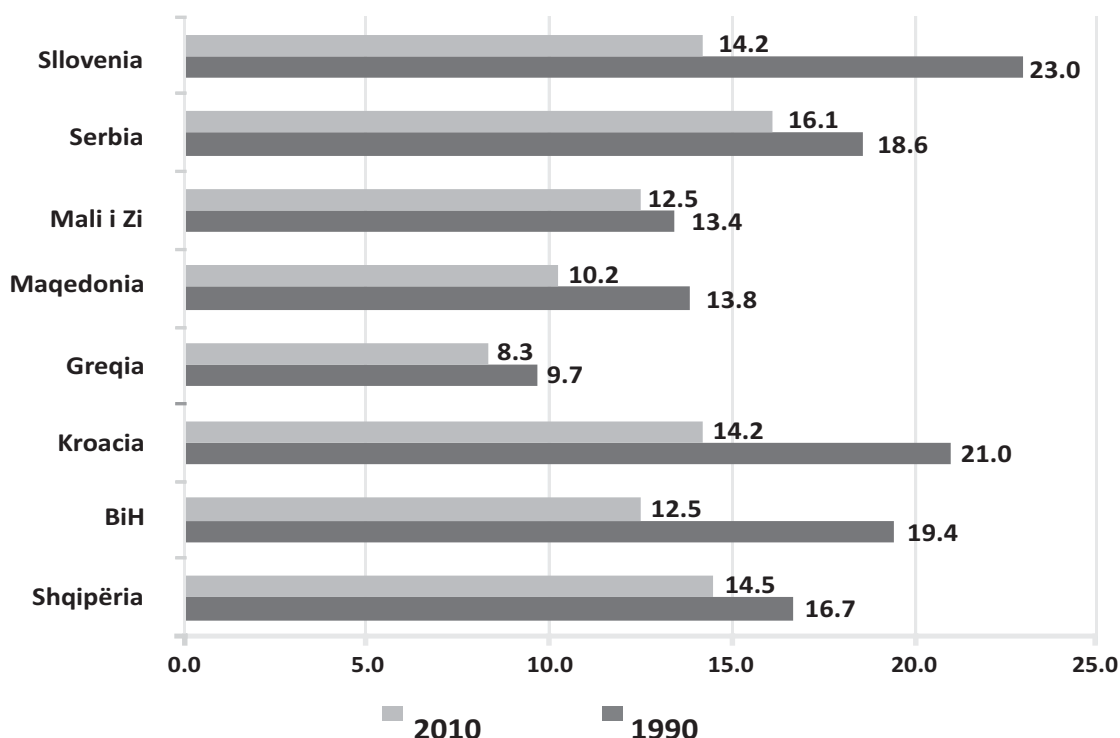
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	15.0	12.1-18.3	15.3	12.2-17.6	11.3	9.0-13.2
Femra	10.6	9.2-12.3	9.7	8.9-10.5	8.3	7.3-9.3
Totali	12.8	11.2-14.7	12.5	10.9-13.7	9.8	8.5-10.9

Niveli i përgjithshëm i standardizuar i vdekshmërisë nga sëmundjet digjестive (pa përfshirë cirrozën) në Shqipëri dhe vendet e tjera të rajonit të EJT-së për vitet 1990 dhe 2010 paraqiten në Figurën 23.

Gjatë kësaj periudhe njëzetvjeçare, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet digjестive është ulur lehtë në Shqipëri, e ngjashme kjo me uljen modeste në Serbi, Malin e Zi apo Maqedoni. Greqia paraqet një nivel veçanërisht të ulët të vdekshmërisë nga sëmundjet digjестive në përputhje me prototipin e dietës mesdhetare të pranishme në këtë vend.

Nga ana tjetër, Kroacia dhe sidomos Sllovenia, kanë patur një ulje të konsiderueshme të nivelit të vdekjeve nga këto sëmundje gjatë dy dekadave të fundit.

Figura 23. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga sëmundjet digjестive pa përfshirë cirozën (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitet 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)



Lëndimet

Në vendin tonë, niveli i vdekshmërisë nga lëndimet në vitin 2010 ishte rreth 72 për 100,000 banorë të meshkujt dhe 23 për 100,000 banorë të femrat (Tabela 11). Te të dy gjinitë vihet re një rritje nga viti 1990 në 2000, e cila korrespondon me dekadën e parë të tranzicionit të vështirë në Shqipëri pas rënies së regjimit komunist në vitin 1990. Pas vitit 2000, vihet re një ulje e lehtë në nivelin e vdekjeve nga lëndimet te të dy gjinitë.

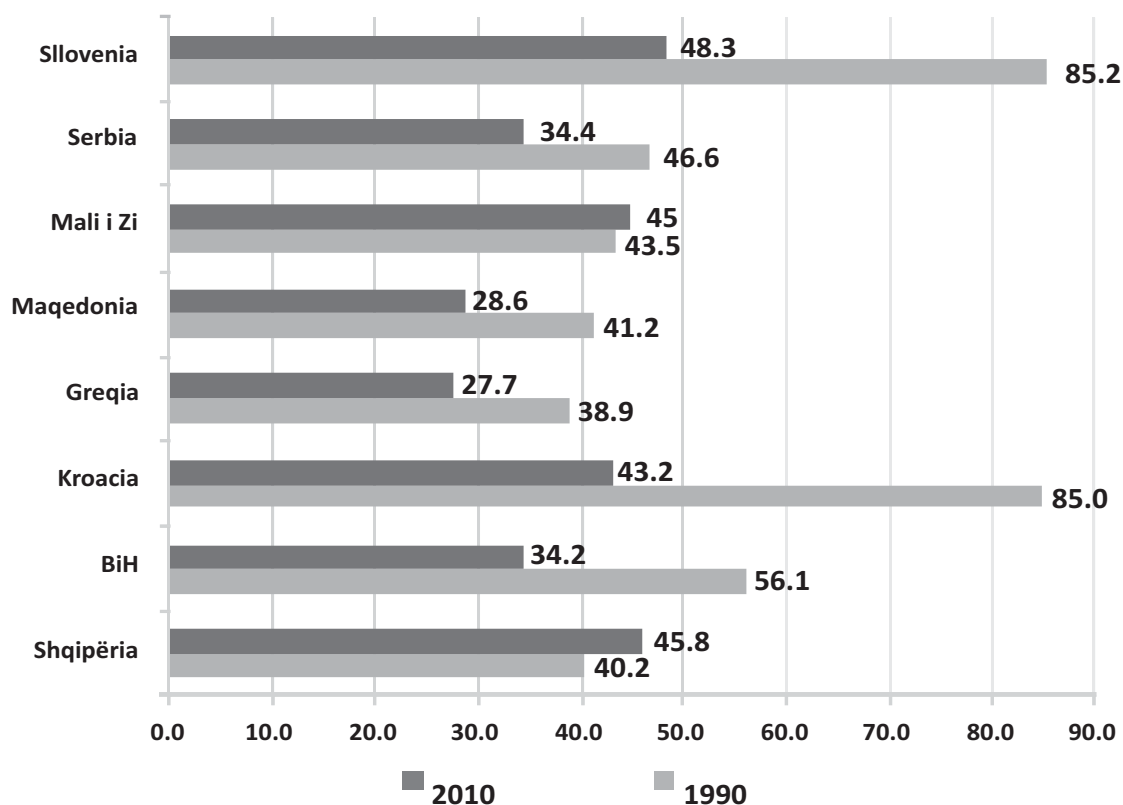
Tabela 11. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga lëndimet në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	71.6	56.1-84.3	75.2	58.3-82.0	57.9	52.7-65.6
Femra	22.9	17.4-26.6	23.0	18.5-25.4	19.0	17.1-21.9
Totali	47.3	38.0-54.0	49.1	39.6-53.0	38.9	36.1-43.5

Niveli i standardizuar i vdekshmërisë në total nga lëndimet në Shqipëri në vitin 2010 (rreth 46 vdekje për 100,000 banorë) ishte i krahasueshëm me atë të Sllovenisë, Kroacisë dhe Malit të Zi (Figura 24). Nga ana tjetër, Serbia, Bosnje-Hercegovina dhe sidomos Maqedonia, paraqesin nivel më të ulët të vdekjeve nga lëndimet.

Vlen për t'u shënuar se, në vitin 1990, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë nga lëndimet në Slloveni dhe Kroaci ishte veçanërisht i lartë (85 vdekje për 100,000), kjo për shkak të trazirave civile pas shpërbërjes së Jugosllavisë në fund të viteve 1980.

Figura 24. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga lëndimet (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitet 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)



Çrregullimet mendore dhe të sjelljes

Në vendin tonë, niveli i vdekshmërisë nga çrregullimet mendore dhe të sjelljes në vitin 2010 ishte 5.3 për 100,000 banorë të meshkujt dhe 2.3 për 100,000 banorë të femrat (Tabela 12). Te të dy gjinitë niveli i vdekjeve nga këto çrregullime u rrit gradualisht nga viti 1990 në 2010, sidomos te meshkujt.

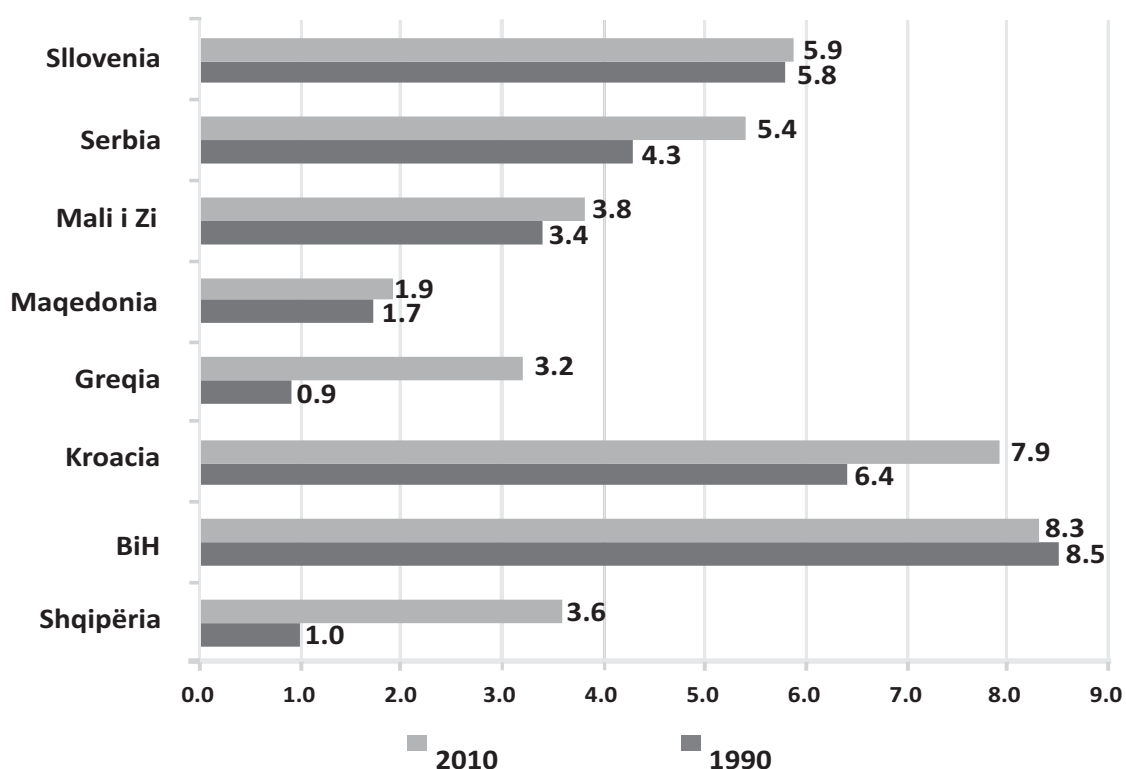
Tabela 12. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga çrregullimet mendore dhe të sjelljes në Shqipëri sipas viteve (burime: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	5.3	2.7-7.7	2.9	1.6-3.6	1.0	0.6-2.2
Femra	2.3	1.4-3.4	1.4	0.9-2.0	0.7	0.5-1.3
Totali	3.8	2.3-5.2	2.2	1.4-2.6	0.8	0.6-1.7

Niveli i standardizuar në total i vdekjeve nga çrregullimet mendore dhe të sjelljes në Shqipëri në vitin 2010 (3.6 vdekje për 100,000 banorë) ishte i krahasueshëm me atë të Malit të Zi dhe Greqisë, por më i ulët se i Serbisë, Sllovenisë, dhe sidomos Kroacisë dhe Bosnje-Hercegovinës (Figura 25).

Në fakt, në Bosnje-Hercegovinë dhe Slloveni, niveli i vdekjeve nga çrregullimet mendore dhe të sjelljes ka mbetur praktikisht i pandryshuar në dy dekadat e fundit (në Slloveni: 5.9 dhe 5.8 respektivisht në vitin 1990 dhe 2010, ndërsa në Bosnje Hercegovinë: 8.3 dhe 8.5, respektivisht).

Figura 25. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga çrregullimet mendore dhe të sjelljes (të dy gjinitë) në Shqipëri dhe vendet fqinje në vitet 1990 dhe 2010
(burimi: GBD, 2010)



Sëmundjet infektive

Tabela 13 paraqet nivelin e vdekshmërisë nga disa sëmundje infektive në Shqipëri gjatë periudhës 1990-2010 (bazuar mbi të dhënat e GBD, 2010).

Në thelb, niveli i vdekjeve nga infeksionet respiratore të poshtme (IRP) ka pësuar ulje domethënëse në Shqipëri, në përputhje me tranzicionin epidemiologjik të dy dekadave të fundit (niveli i vdekshmërisë në të dy gjinitë ishte rreth 75 dhe 28 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010). Në mënyrë të ngjashme, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet diarreike është ulur në Shqipëri, veçanërisht gjatë dekadës së parë të tranzicionit politik dhe social-ekonomik (nga 4.3 në 0.7 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2000).

Shqipëria vazhdon të shfaqë një prevalencë të ulët të HIV/AIDS-it, pavarësisht rritjes së lehtë të nivelit të vdekjeve nga ky infeksion (nga 1.2 në 1.6 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010). Niveli i vdekjeve nga tuberkulozi ka qenë shumë i ulët dy dekadat e fundit (me një nivel vdekjesh për të dy gjinitë prej 0.8 për 100,000 banorë në vitin 2010). Po ashtu, niveli i vdekjeve nga hepatiti vlerësohet si shumë i ulët (me një nivel të përgjithshëm prej 0.2 vdekjesh për 100,000 banorë në vitin 2010) (Tabela 13).

Tabela 13. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga disa sëmundjet infektive në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Infeksionet respiratore të poshtme (IRP)						
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	30.5	21.5-45.0	41.1	34.5-52.9	78.2	59.2-92.1
Femra	25.3	17.9-39.7	35.1	30.2-44.1	72.4	56.4-82.0
Totali	27.9	21.1-39.7	38.1	33.3-46.9	75.4	61.0-84.2
Sëmundjet diarreike						
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	0.4	0.3-0.5	0.8	0.6-1.3	4.4	2.1-6.6
Femra	0.3	0.2-0.5	0.7	0.5-0.9	4.2	2.6-5.9
Totali	0.3	0.3-0.5	0.7	0.6-1.0	4.3	2.9-5.8
HIV/AIDS						
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	2.3	1.8-2.8	2.4	2.0-3.1	1.6	1.3-2.2
Femra	1.0	0.8-1.2	0.9	0.7-1.2	0.7	0.6-0.9
Totali	1.6	1.3-2.0	1.7	1.3-2.1	1.2	1.0-1.5
Tuberkulozi						
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	1.0	0.6-1.6	1.4	1.1-1.9	1.5	0.9-2.0
Femra	0.6	0.4-0.9	0.8	0.7-1.1	1.1	0.8-1.3
Totali	0.8	0.6-1.2	1.1	0.9-1.4	1.3	1.0-1.6
Hepatiti						
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	0.2	0.2-0.3	0.3	0.3-0.4	1.5	1.2-1.9
Femra	0.2	0.1-0.2	0.2	0.2-0.3	1.2	1.0-1.6
Totali	0.2	0.2-0.3	0.3	0.2-0.3	1.4	1.1-1.6

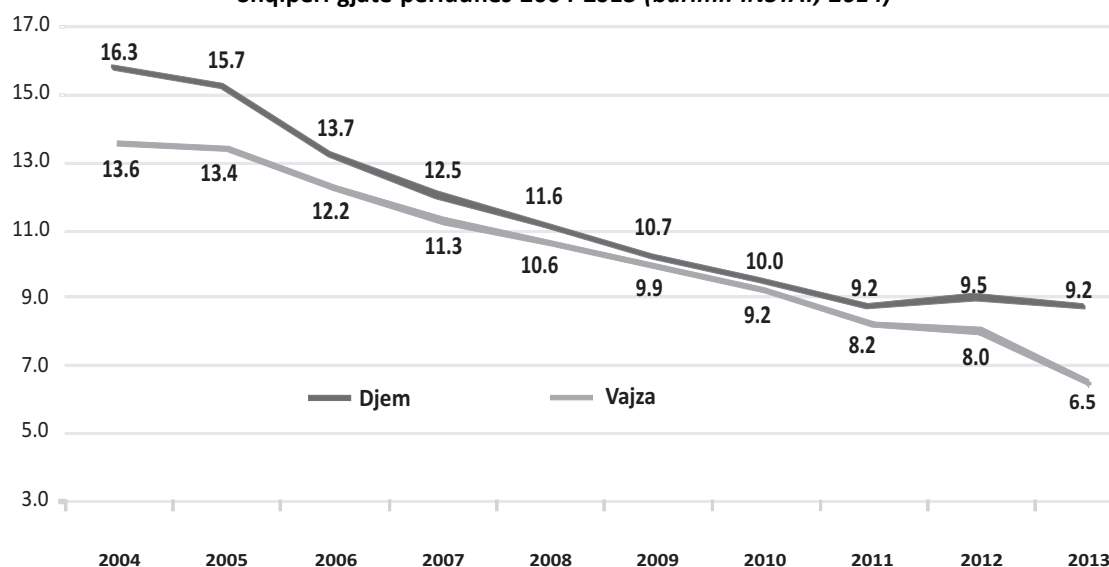
3.4. Vdekshmëria fëminore dhe amtare

Vdekshmëria foshnjore

Sipas INSTAT-it, vdekshmëria foshnjore (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri është ulur ndjeshëm dekadën e fundit për të dy gjinitë.

Kështu, te meshkujt u ul nga 16.3 (viti 2004) në 9.2 (viti 2013). Nga ana tjetër, vdekshmëria foshnjore te femrat u ul nga 13.6 (viti 2004) në 6.5 (viti 2013). Në të dy gjinitë u vërejt një tendencë zbritëse lineare statistikisht domethënëse ($P < 0.01$).

Figura 26. Vdekshmëria foshnjore sipas gjinisë (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2004-2013 (burimi: INSTAT, 2014)



Megjithatë, sipas të dhënave operative të Ministrisë së Shëndetësisë (Tabela 14), vlerësimet e vdekshmërisë foshnjore (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) janë disi të ndryshme për dy vitet e fundit (2012 dhe 2013) krahasuar me raportimet zyrtare të INSTAT-it.

Duhet theksuar se INSTAT-i kryen analizën duke u mbështetur mbi informacionin e certifikatave të vdekjeve, ndërsa Ministria e Shëndetësisë mbledh të dhëna operative direkt nga 36 rrethet e Shqipërisë.

Tabela 14. Vdekshmëria foshnjore e përgjithshme (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 (burimi: Ministria e Shëndetësisë, 2014)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
17.5	17.3	15.5	15.0	14.7	13.0	12.0	11.1	10.3	9.7	8.7	7.8	7.2

Situata është edhe më komplekse nëse i referohemi të dhënave zyrtare nga agjencitë e OKB-së. Kështu, sipas statistikave të OKB-së (rapoti IGME, 2014), vdekshmëria foshnjore e përgjithshme në Shqipëri në vitin 2013 ishte 13 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (Tabela 15), shifër që është shumë më e lartë se raportimet zyrtare të INSTAT-it (rreth 7.8 vdekje

për 1,000 lindje të gjalla), apo të Ministrisë së Shëndetësisë (7.2 vdekje për 1,000 lindje të gjalla).

Tabela 15. Niveli i vdekshmërisë foshnjore dhe i vdekshmërisë neonatale (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri sipas viteve (burimi: raportet IGME, 2010-2014)

1990		2010		2011		2012		2013	
Foshnjore	Neonatale	Foshnjore	Neonatale	Foshnjore	Neonatale	Foshnjore	Neonatale	Foshnjore	Neonatale
35	17	16	9	13	7	15	8	13	7

Megjithëse niveli i vdekshmërisë neonatale është ulur bashkë me nivelin e vdekshmërisë foshnjore, pesha e tij në nivelin e vdekshmërisë foshnjore është rritur nga 48% në vitin 1990 në 54% në vitin 2013.

Në fakt, vlerësimet e Fondit të Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF) për vdekshmërinë foshnjore në Shqipëri në dy vitet e fundit janë pothuaj sa dyfishi i shifrave të raportuara nga institucionet shqiptare. Një shpjegim i mundshëm për këtë mospërputhje të dukshme ndërmjet të dhënave të UNICEF-it dhe institucioneve shqiptare mund të lidhet me nënvlerësimin e vdekshmërisë foshnjore nga institucionet shqiptare për shkak të nënregjistrimit të vdekjeve (kjo ndikon te të dhënat e INSTAT-it dhe të dhënat operative nga Ministria e Shëndetësisë) dhe/ose gabimeve në certifikatat e vdekjeve (kjo mund të ndikojë në vlerësimet e INSTAT-it).

Nga tendenca e përgjithshme në ulje e vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç në Shqipëri, vihet re se vdekshmëria femërore është ulur më tepër sesa vdekshmëria foshnjore. Ky ndryshim është kryesisht si pasojë e përmirësimeve në mjediset e fëmijëve, nga përmirësimi i shërbimeve shëndetësore, ose përmirësimi i përgjithshëm i standardit të jetesës.

Sipas një analize të fundit botuar në revistën Lancet (Wang H dhe bp., 2014), faktorët kryesorë që kanë kontribuar në uljen e vdekjeve femërore gjatë viteve 1990-2013 janë niveli i fertilitetit, edukimi i nënave, HIV/AIDS-i, niveli ekonomik dhe tendencat afatgjata/shekullore.

Në Evropën Qendrore dhe në Shqipëri, tendencat afatgjata si rezultat i modernizimit të kujdesit shëndetësor dhe zbatimit të programeve të suksesshme parandaluese kanë bërë ndryshimin kryesor në uljen e nivelit të vdekshmërisë femërore. Faktori i dytë më i rëndësishëm është fertiliteti, pasuar nga edukimi i nënave dhe niveli ekonomik (Wang H dhe bp., 2014).

Më hollësisht për Shqipërinë, tendencat afatgjata kanë sjellë një ulje prej 13,000 vdekjesh femërore nga viti 1990 në 2010, krahasuar me 134,000 vdekje femërore në total për vendet e Evropës Qendrore. Në mënyrë të ngjashme, ka patur një ulje prej rreth 13,000 vdekjesh femërore për shkak të fertilitetit, krahasuar me 71,000 në të gjithë Evropën Qendrore. Ndërkohë, edukimi i nënave ka sjellë një ulje prej 4,000 vdekjesh femërore në Shqipëri, kundrejt 35,000 vdekjesh femërore në të gjithë Evropën Qendrore (Wang H dhe bp., 2014). Një raport i kohëve të fundit, bazuar mbi të dhënat e studimit GBD 2013, vlerësoi

vdekshmërinë e përgjithshme foshnjore për vitin 2013 në shifrën 12.8 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (Tabela 16). Kjo shifër është mjaft afër asaj të raportuar nga IGME (*UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*) të përmendur më lart (Tabela 15).

Vdekshmëria neonatale e hershme (vdekjet brenda 0-6 ditëve) u vlerësua në shifrën 2.7 (95%CI=1.0-4.8), ndërsa vdekshmëria neonatale e vonshme (vdekjet pas 7 deri 28 ditëve) u vlerësua në shifrën 1.8 (95%CI=0.9-2.8) (Tabela 16).

Tabela 16. Vdekshmëria foshnjore (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri në vitin 2013 (burimi: GBD, 2013; Wang dhe bp., 2014)

Vdekje neonatale të hershme (0-6 ditë)	Vdekje neonatale të vonshme (7-28 ditë)	Vdekje post-neonatale (29-364 ditë)
Niveli (95%CI)	Niveli (95%CI)	Niveli (95%CI)
2.7 (1.0-4.8)	1.8 (0.9-2.8)	8.3 (4.0-18.4)
Vdekshmëria foshnjore e përgjithshme: 2.7 + 1.8 + 8.3 = 12.8		

Për ta përmbledhur, niveli i vdekshmërisë feminare (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) për të dy gjinitë në Shqipëri, në vitin 2013, u raportua në shifrën 7.8 nga INSTAT-i dhe 7.2 nga Ministria e Shëndetësisë. Në të kundërt, vlerësimet e OKB-së dhe GBD 2013 ishin respektivisht 13.0 dhe 12.8.

Në fund, Tabela 17 paraqet vlerësimet e GBD 2010 për nivelin e vdekshmërisë (për 100,000 banorë) nga çrregullimet neonatale në Shqipëri sipas viteve. Është vërejtur një rënie e qëndrueshme në të dy gjinitë gjatë dy dekadave të fundit (vlerësimet e përgjithshme ishin 13.5 dhe 5.3 për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010).

Tabela 17. Niveli i vdekshmërisë bruto (për 100,000 banorë; të gjitha moshat) nga çrregullimet neonatale në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	5.9	3.8-8.2	11.1	8.1-14.1	15.5	11.9-20.0
Femra	4.6	2.9-6.7	8.3	5.7-10.8	11.4	8.7-15.5
Totali	5.3	3.8-6.9	9.7	7.6-11.7	13.5	11.2-16.5

Vdekshmëria nën pesë vjeç

Sipas të dhënave operative të Ministrisë së Shëndetësisë, vdekshmëria nën 5 vjeç (vdekje për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri është ulur në mënyrë monotone pas vitit 2002 (Tabela 18). Kështu, vdekshmëria e përgjithshme nën 5 vjeç është ulur nga 20.7 (për 1,000 lindje të gjalla) në vitin 2002 në 8.4 në vitin 2013.

Tabela 18. Niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 (burimi: Ministria e Shëndetësisë, 2014)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
20.2	20.7	17.6	17.5	16.7	14.7	13.4	12.5	11.5	10.8	9.7	8.8	8.4

Nga ana tjetër, bazuar në vlerësimet e IGME-së (*UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*), vdekshmëria nën 5 vjeç te fëmijët shqiptarë është shumë më e lartë se vlerësimet kombëtare të INSTAT-it (të dhëna zyrtare), apo të Ministrisë së Shëndetësisë (të dhëna operative).

Nga kjo pikëpamje, sipas raporteve të OKB-së, vdekshmëria nën 5 vjeç në Shqipëri për vitin 2013 ishte 16 dhe 13, respektivisht për meshkujt dhe femrat (Tabela 19). Megjithatë, në të dy gjinitë vërehet një ulje pothuaj trefish krahasuar me vitin 1990 (respektivisht 44 dhe 36 vdekje për 1,000 lindje të gjalla).

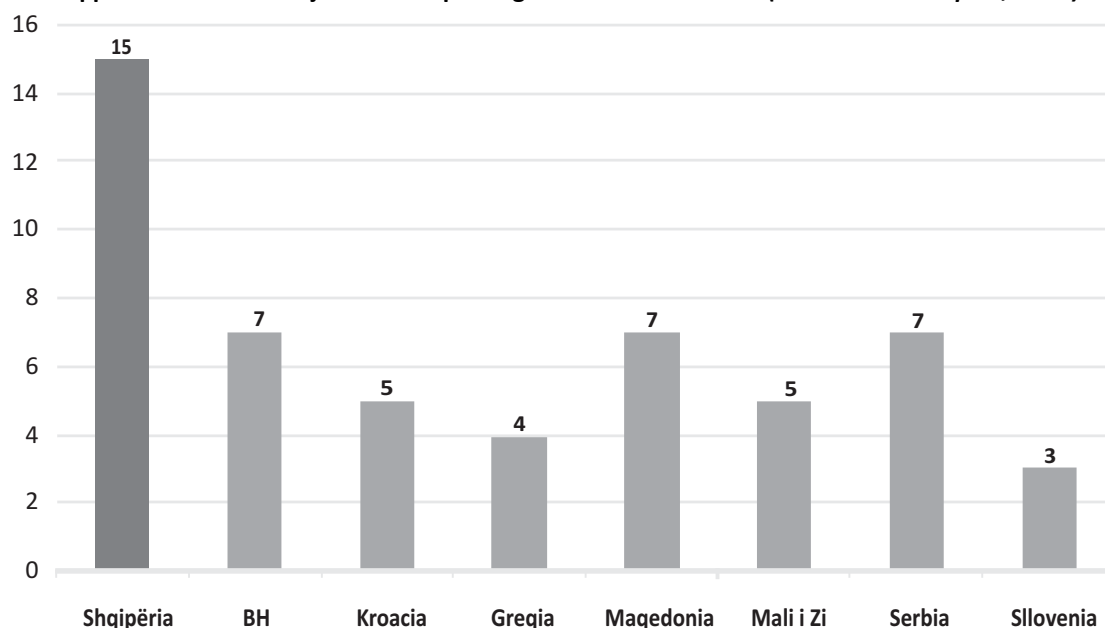
Tabela 19. Niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç sipas gjinisë (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri sipas viteve (burimi: IGME reports, 2010-2014)

1990		2011		2012		2013	
Meshkuj	Femra	Meshkuj	Femra	Meshkuj	Femra	Meshkuj	Femra
44	36	15	14	18	15	16	13

Krahasuar me vendet e tjera të rajonit, niveli i vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç në Shqipëri (në total: rreth 15 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013) aktualisht është më i larti (Figura 27). Të gjithë vendet e tjera të rajonit kanë një nivel vdekshmërie ≤ 7 (për 1,000 lindje të gjalla), kurse Sllovenia ka nivelin më të ulët të vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç (3 vdekje për 1,000 lindje të gjalla) (raporti IGME, 2014).

Veç kësaj, ulja vjetore në nivelin e vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç në Shqipëri ishte 4.3%, e cila është mjaft e ngjashme me atë të Bosnje-Hercegovinës, Kroacisë dhe Greqisë (4.4%-4.5%), por është ndjeshëm më e vogël se ajo në Serbi (6.3%) dhe sidomos Maqedoni (7.4%) (raporti IGME, 2014).

Figura 27. Niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri dhe vendet e tjera të Evropës Juglindore në vitin 2013 (burimi: IGME report, 2014)



Ndërkohë, sipas një botimi të fundit bazuar në studimin GBD 2013, niveli i vdekshmërisë nën 5 vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri në vitin 2013 ishte 17.9 (95%CI=8.6-35.1) (Tabela 20). Në fakt, kjo shifër nuk është shumë e qëndrueshme (stabël) duke marrë parasysh kufirin e sipërm të intervalit të besueshmërisë, i cili është relativisht i madh. Sidoqoftë, vlerësimet e GBD 2013 tregojnë një rënie të konsiderueshme dhe të qëndrueshme të nivelit të vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç në vendin tonë.

Po nga raporti GBD 2013, niveli i vdekshmërisë 1-4 vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri në vitin 2013 ishte 5.2 (95%CI=2.6-10.4) (Wang dhe bp., 2014).

Tabela 20. Niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2013; Wang dhe bp., 2014)

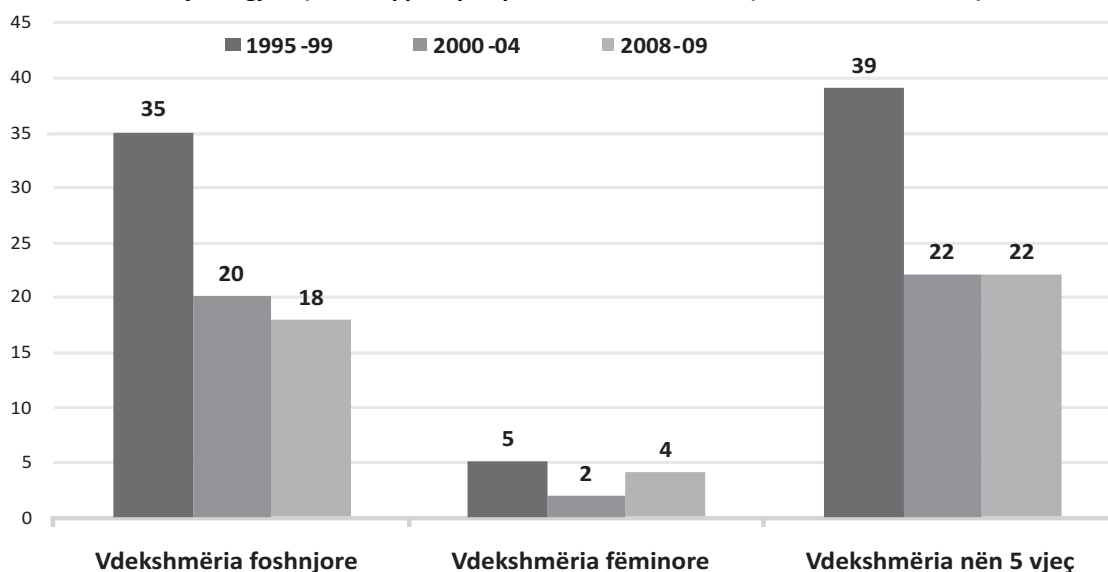
1970		1980		1990		2000		2013	
Niveli	95%CI	Niveli	95%CI	Niveli	95%CI	Niveli	95%CI	Niveli	95%CI
98.5	53.5-168.1	59.8	41.8-84.5	40.2	35.1-45.1	26.8	22.7-31.6	17.9	8.6-35.1

Ashtu siç ndodh me vdekshmërinë foshnjore, është e dukshme se ka një nënvlerësim thelbësor të vdekshmërisë femërore nga ana e raporteve zyrtare të institucioneve kombëtare shqiptare për shkak të nënregjistrimit të vdekjeve, si dhe gabimeve në certifikatat e vdekjeve.

Kështu, sipas Ministrisë së Shëndetësisë, niveli i vdekshmërisë femërore nën 5 vjeç (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri për vitin 2013 ishte 8.4, ndërsa vlerësimet e OKB-së dhe GBD 2013 ishin respektivisht 14.5 dhe 17.9.

Së fundi, Figura 28 përmbledh tendencat e nivelit të vdekshmërisë femërore të hershme (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri, bazuar mbi anketat shtëpiake (*household surveys*) të përfshira në raportin final ADHS 2008-2009 (ADHS, 2010).

Figura 28. Tendencat e nivelit të vdekshmërisë femërore të hershme (numri i vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla) në Shqipëri për periudhën 1995-2010 (burimi: ADHS, 2010)



Vdekshmëria amtare

Sipas të dhënave operative të Ministrisë së Shëndetësisë, niveli i vdekshmërisë amtare (numri i vdekjeve amtare për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri ka rënë dyfish në dekadën e fundit (Tabela 21). Kështu, ajo u ul nga 22.7 (viti 1990) në 11.8 (viti 2013).

Bazuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë, shkaqet kryesore të vdekshmërisë amtare janë gjakderdhja (hemorragjitë), infeksionet pas lindjes, pre-eklampsia dhe eklampsia gjatë shtatzënisë, si dhe aborti i pasigurt.

Megjithatë, vihet re një luhatje e konsiderueshme në nivelin e vdekshmërisë amtare gjatë dhjetë viteve të fundit: ulja e ndjeshme në vitin 2004 (7.3 vdekje për 100,000 lindje të gjalla) u pasua, për habi, nga një rritje e papritur në vitin 2005 (23.2 vdekje për 100,000 lindje të gjalla). Edhe më i habitshëm është fakti se të dhënat operative nga Ministria e Shëndetësisë nuk shënojnë asnjë rast të vdekjeve amtare në vitin 2009. Së fundi, në vitin 2013 pati një rritje dyfish krahasuar me tre vitet paraardhës (Tabela 21).

Tabela 21. Niveli i vdekshmërisë amtare (numri i vdekjeve për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 (burimi: Ministria e Shëndetësisë, 2014)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
22.7	26.0	17.7	7.3	23.2	16.8	14.5	21.0	0.0	5.9	5.8	5.7	11.8

Bazuar në këto shifra shumë kontradiktore, sipas të gjitha gjasave, ka një keqraportim të konsiderueshëm nga Drejtoritë e Shëndetit Publik në nivel rajonal, të cilat i dërgojnë Ministrisë së Shëndetësisë të dhënat operative.

Megjithatë, niveli i vdekshmërisë amtare është mjaft i paqëndrueshëm për shkak të numrave të vegjël (d.m.th., numri i vogël absolut i vdekjeve amtare vjetore, që shprehet për 100,000 lindje të gjalla), gjë që, deri në një farë mase, shpjegon mospërputhjet ndërmjet burimeve të ndryshme të informacionit.

Ndonëse disi i paqëndrueshëm për shkak të numrave të vegjël, ky indikator (pra, vdekshmëria amtare) lidhet drejtpërdrejt me cilësinë dhe aksesin në shërbimet shëndetësore. Prandaj, auditimi i kujdesshëm i skedave të raportimit ndihmon në parandalimin e vdekjeve amtare në të ardhmen.

Sipas të dhënave të OKB-së, niveli i vdekshmërisë amtare në Shqipëri për vitin 2013 ishte 21 vdekje për 100,000 lindje të gjalla (95%CI=13-34) (vlerësime të përbashkëta nga OBSH/ UNICEF/UNFPA/BB; OBSH 2014). Më tej, përqindja e nivelit të vdekshmërisë amtare te femrat në moshë riprodhuese në Shqipëri ishte 0.9% në vitin 2013 (OBSH, 2014).

Sidoqoftë, vlerësimet e OKB-së për Shqipërinë tregojnë një ulje të qëndrueshme të nivelit të vdekshmërisë amtare gjatë dy dekadave të fundit (Tabela 22). Në total, nga viti 1990 në vitin 2013 ka patur një ulje prej 33%. Më hollësisht, ndryshimi mesatar pësoi një ulje prej rreth 1.7% në vit (OBSH, 2014).

Tabela 22. Vlerësimet e Organizatës të Kombeve të Bashkuara për nivelin e vdekshmërisë amtare (numri i vdekjeve për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri sipas viteve (burimi: OBSH, 2014)

Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2013
31	29	28	24	21

Tabela 23 paraqet disa shifra të GBD 2010 për nivelin e vdekshmërisë nga çrregullimet amtare në Shqipëri. Në total, niveli i vdekshmërisë amtare u ul nga 1.5 (viti 1990) në 0.3 (viti 2010) vdekje amtare për 100,000 banorë.

Tabela 23. Niveli i vdekshmërisë (për 100,000) nga çrregullimet amtare në Shqipëri sipas viteve (niveli bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Viti: 2010		Viti: 2000		Viti: 1990	
Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
0.3	0.2-0.4	0.6	0.4-0.8	1.5	0.8-2.2

Me gjithë mospërputhjet e të dhënave, vihet re një tendencë në ulje e vdekshmërisë amtare në Shqipëri, e cila mund të shpjegohet me përmirësimet domethënëse në cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si dhe me përmirësimin e përgjithshëm të gjendjes social-ekonomike dhe kushteve të jetesës në popullatën shqiptare.

Sidoqoftë, sipas OBSH-së (vlerësimet e OBSH, UNICEF, UNFPA, BB, në vitin 2014), krahasuar me vendet fqinje, niveli i vdekshmërisë amtare në Shqipëri për vitin 2013 (21 vdekje amtare për 100,000 lindje të gjalla) ishte më e larta në rajonin e EJT-së. Niveli më i ulët i vdekshmërisë u vërejt në Greqi (5 vdekje amtare për 100,000 lindje të gjalla), pasuar nga Maqedonia, Mali i Zi dhe Sllovenia (7 vdekje amtare për 100,000 lindje të gjalla), ndërsa niveli më i lartë (pas Shqipërisë) u vërejt në Serbi (16 vdekje amtare për 100,000 lindje të gjalla) (OBSH, 2014).

Duke e përmbledhur, çrregullimet e transmetueshme, amtare, neonatale dhe nutricionalë ishin shkaktarë të 21.6% të nivelit të përgjithshëm të vdekshmërisë në Shqipëri për vitin 1990, dhe vetëm 5.8% për vitin 2010.

Vihet re një ulje lineare e ndjeshme në nivelin e vdekshmërisë dhe barrën e sëmundjeve të transmetueshme, çrregullimeve amtare dhe fëmijore, si dhe pamjaftueshmërive nutricionalë.



BARRA E SËMUNDSHMËRISË



4. BARRA E SËMUNDSHMËRISË

Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi (DALY) janë një ndër indikatorët më të rëndësishëm të barrës totale të sëmundshmërisë në popullatë. DALY-t përfaqësojnë kostot, sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e përgjithshme lidhur me gjithë sëmundjet/gjendjet shëndetësore që prekin popullatën në një kohë të caktuar (Murray dhe Lopez, 2004). Nga kjo perspektivë, DALY është një indikator i bazuar në kohë që kombinon vitet e jetës të humbura për shkak të vdekjes së parakohshme, dhe vitet e jetës të humbura për shkak të kohëzgjatjes së sëmundjeve (apo, gjendjeve shëndetësore “joideale”) (Murray dhe Lopez, 2004).

Që këtë, një DALY mund të përfaqësojë një vit të jetës “së shëndetshme” të humbur, kurse barra e sëmundjes mund të përfaqësojë boshllëkun midis gjendjes shëndetësore aktuale dhe situatës ideale ku çdo person moshohet (plaket) pa sëmundje dhe paaftësi (Murray and Lopez, 2004).

DALY-t janë shuma e dy dimensioneve: (i) vlera aktuale e viteve të ardhshme të jetës të humbura nga vdekja e parakohshme, dhe; (ii) vlera aktuale e viteve të ardhshme të jetës të axhustuara për ashpërsinë mesatare (shpeshtësia dhe intensiteti) të çdo paaftësie mendore apo fizike të shkaktuar nga një sëmundje apo lëndim i caktuar.

DALY, si indikator i përbërë, u përdor për herë të parë në Studimin Global të Barrës së Sëmundjes (GBD) në vitin 1990, duke përfaqësuar një hap madhor në kuantifikimin e efekteve globale dhe rajonale të sëmundjeve, lëndimeve dhe faktorëve të rrezikut për shëndetin e popullatave (OBSh, 1997).

Tabela 24 paraqet DALY-t totale (për 100,000 banorë) në Shqipëri për vitet 1990 dhe 2010 sipas vlerësimeve të studimit GBD të vitit 2010.

Në total, u vërejt një ulje prej rreth 1,270 DALY/100,000 banorë nga viti 1990 në vitin 2010, që shpjegohet më tepër nga ulja në femra (rreth 2,250 DALY/100,000 banorë) sesa në meshkuj ku, në të kundërt, u vërejt një rritje e lehtë gjatë dy dekadave të kaluara (me rreth 170 DALY/100,000 banorë).

Tabela 24. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi totale sipas gjinisë (për 100,000) në Shqipëri (vlerësime bruto, të gjitha moshat) në vitin 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)

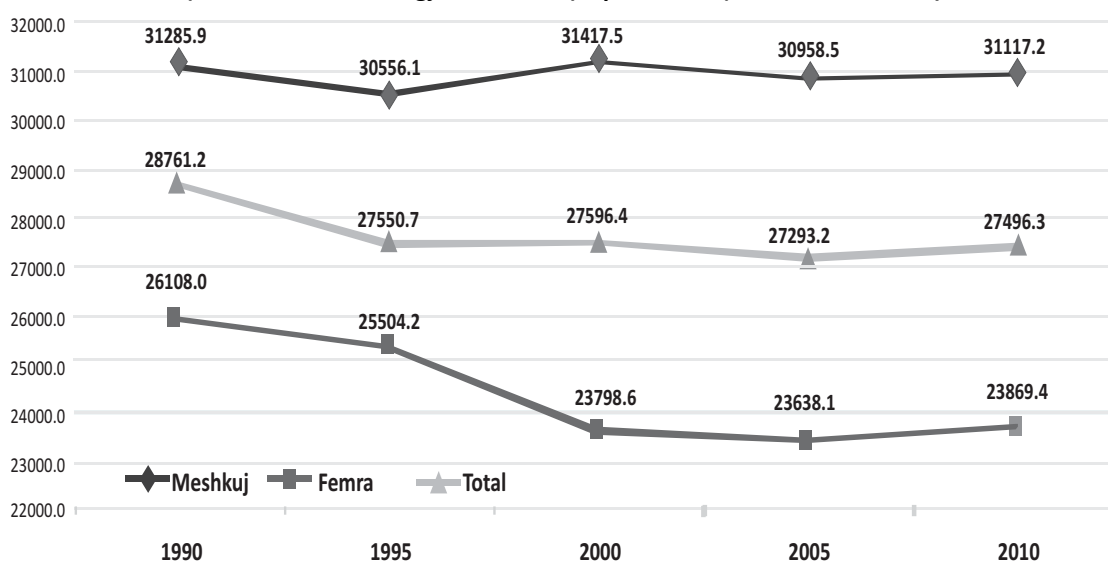
Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	Niveli mesatar	95%CI	Niveli mesatar	95%CI
Meshkuj	31117.2	27931.8-35162.0	31285.9	28819.9-34095.7
Femra	23869.4	21136.3-26972.0	26108.0	23836.8-28818.2
Totali	27496.3	25007.4-30497.2	28761.2	26704.6-31097.0

Figura 29 paraqet DALY-t totale gjini-specifike (për 100,000 banorë) në Shqipëri sipas pesëvjeçarëve gjatë dy dekadave të kaluara.

Në femra, DALY-t totale pësuan rënie nga viti 1990 në vitin 1995, por rënia ishte edhe më e theksuar në pesëvjeçarin tjetër (nga viti 1995 në vitin 2000). Në kontrast, gjatë dekadës së kaluar, DALY-t totale në femra mbetën pothuajse të qëndrueshme.

Në meshkuj, shifrat sugjerojnë një tendencë të paqëndrueshme, me një ulje në periudhën 1990-1995, e pasuar nga një rritje në pesë vitet në vijim. Më pas, u vërejt një rënie nga viti 2000 në 2005, që u ndoq nga një rritje e lehtë gjatë periudhës 2005-2010.

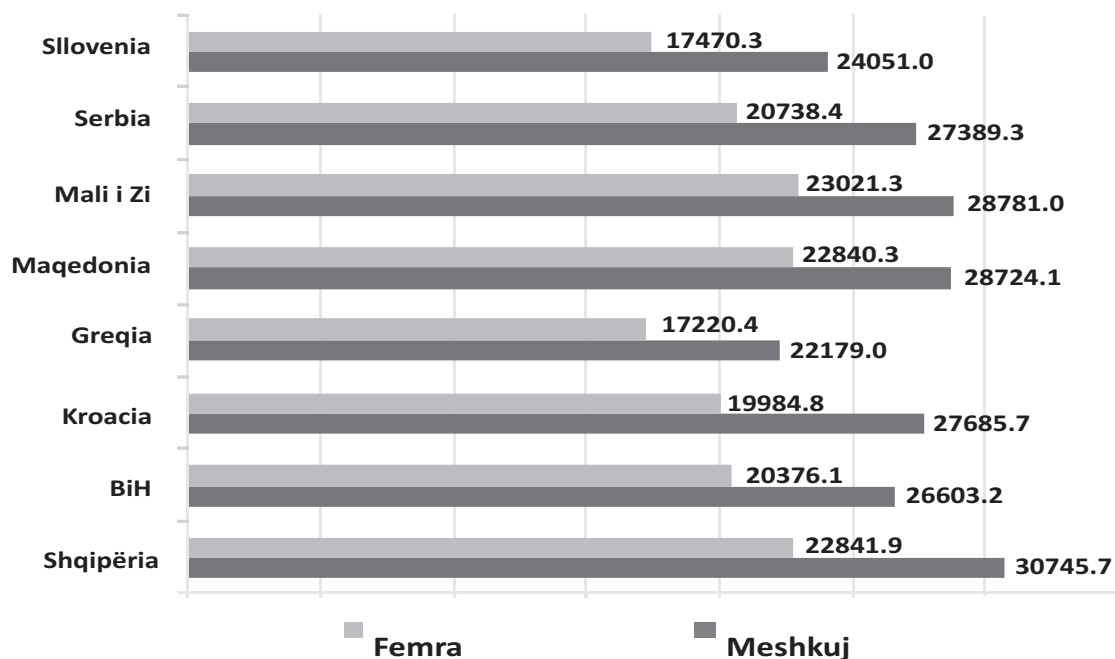
Figura 29. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi totale gjini-specifike (për 100,000) në Shqipëri (vlerësime bruto, të gjitha moshat) sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



Në mënyrë interesante, DALY-t e standardizuara për moshën (për 100,000 banorë) në vitin 2010 ishin më të larta në meshkujt shqiptarë krahasuar me meshkujt në gjithë vendet e tjera të rajonit të EJT-së (Figura 30). DALY-t në meshkujt shqiptarë ishin rreth 6,700/100,000 dhe 8,570/100,000 më të larta krahasuar me Slloveninë dhe Greqinë Mesdhetare.

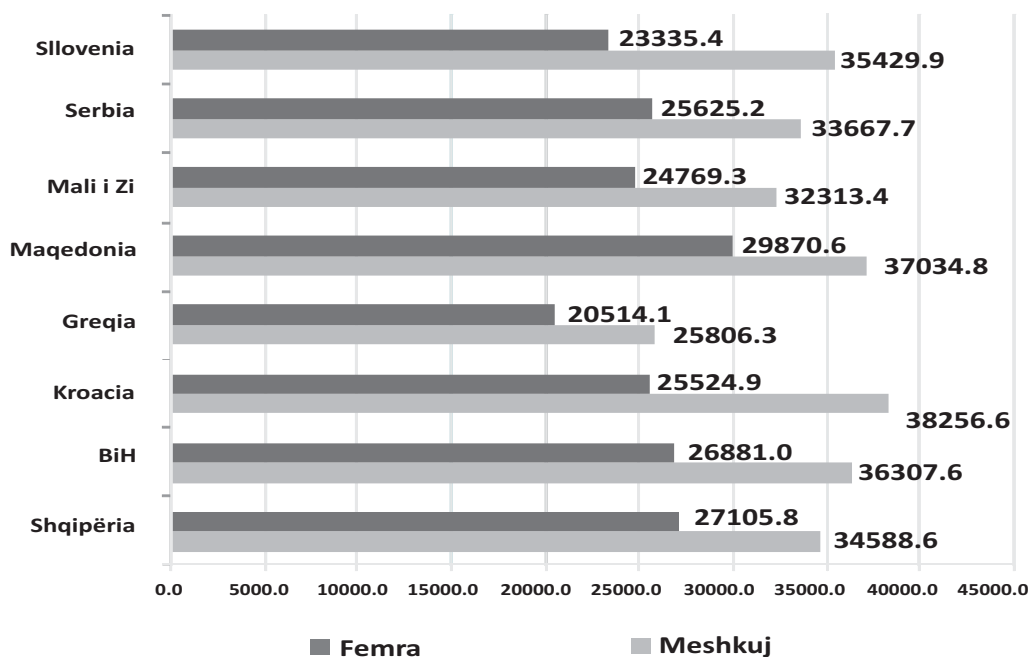
Po kështu, DALY-t e standardizuara për moshën në femrat shqiptare në vitin 2010 shënuan vlerën më të lartë në rajon së bashku me Maqedoninë. DALY-t në femrat shqiptare ishin rreth 5,370/100,000 dhe 5,620/100,000 më të larta krahasuar me Slloveninë dhe Greqinë.

Figura 30. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) në Shqipëri dhe në vendet fqinje në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Nga ana tjetër, DALY-t e standardizuara për moshën në 1990 në meshkujt shqiptarë (rreth 34,590 për 100,000) ishin pranë vlerës mesatare të rajonit të EJT-së (Figura 31). Vlera DALY ishte më e lartë në meshkujt Maqedonas (rreth 37,000 për 100,000) dhe më e ulët në meshkujt grekë (rreth 25,800 për 100,000).

Figura 31. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) në Shqipëri dhe në vendet fqinje në vitin 1990 (burimi: GBD, 2010)



Në mënyrë interesante, në vitin 1990, DALY-t totale në meshkujt sllovenë ishin më të larta sesa në meshkujt shqiptarë (rreth 840 DALY më shumë për 100,000 banorë) trend ky, që u kthye plotësisht në të kundërt dy dekada më vonë (Figura 30).

4.1. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi proporcionale

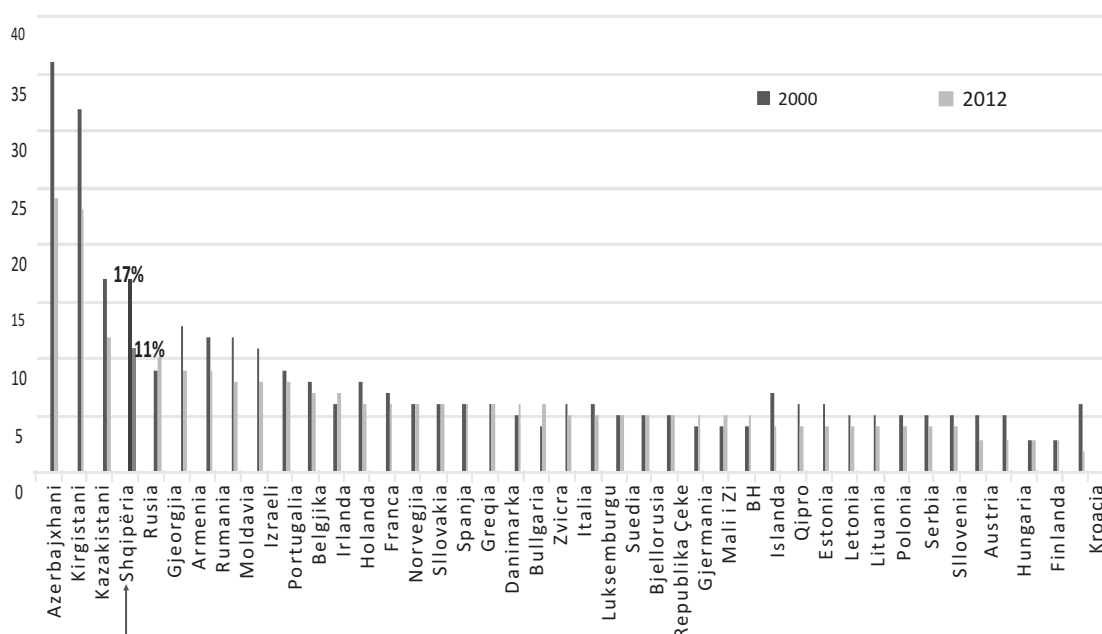
Në rajonin evropian (përjashtuar Turqinë), një përqindje relativisht e lartë e Barrës së Sëmundjeve (në DALY të humbura) në Shqipëri në vitin 2012 i atribuohet sëmundjeve infektive, megjithëse niveli në vitin 2012 (17%) ishte rreth 30% më i ulët krahasuar me vitin 2000 (11%) (Figura 32).

Në vitin 2000, proporcioni më i lartë i sëmundjeve infektive në rajonin evropian u evidentua në Azerbajxhan (36% e barrës totale të sëmundjeve), dhe më i ulëti në Austri dhe Hungari (3%). Nga ana tjetër, në vitin 2012, proporcioni më i lartë i sëmundjeve infektive u vërejt në Azerbajxhan dhe Kirgistan (24% dhe 23%, përkatësisht), dhe më i ulëti në Finlandë dhe Kroaci (2%).

Mesatarisht, proporcioni i sëmundjeve infektive në Evropë aktualisht zë rreth 5% të barrës totale të sëmundjeve.

Duke marrë parasysh këtë ritëm përmirësimi, niveli mesatar evropian prej 5% të barrës totale të sëmundjeve mund të arrihet në Shqipëri në 10 apo 12 vitet e ardhshme, nëpërmjet reduktimit të sëmundjeve infektive në fëmijëri.

Figura 32. Sëmundjet infektive si përqindje e viteve të jetës të axhustuara për paaftësi në 42 vende të rajonit evropian në vitin 2000 dhe në vitin 2012 (burimi: OBSH, 2012)



Përmirësimi i kontributit të lëndimeve në barrën totale të sëmundjeve në Shqipëri (e shprehur në DALY) midis vitit 2000 dhe vitit 2012 ka qenë spektakolare nga perspektiva e

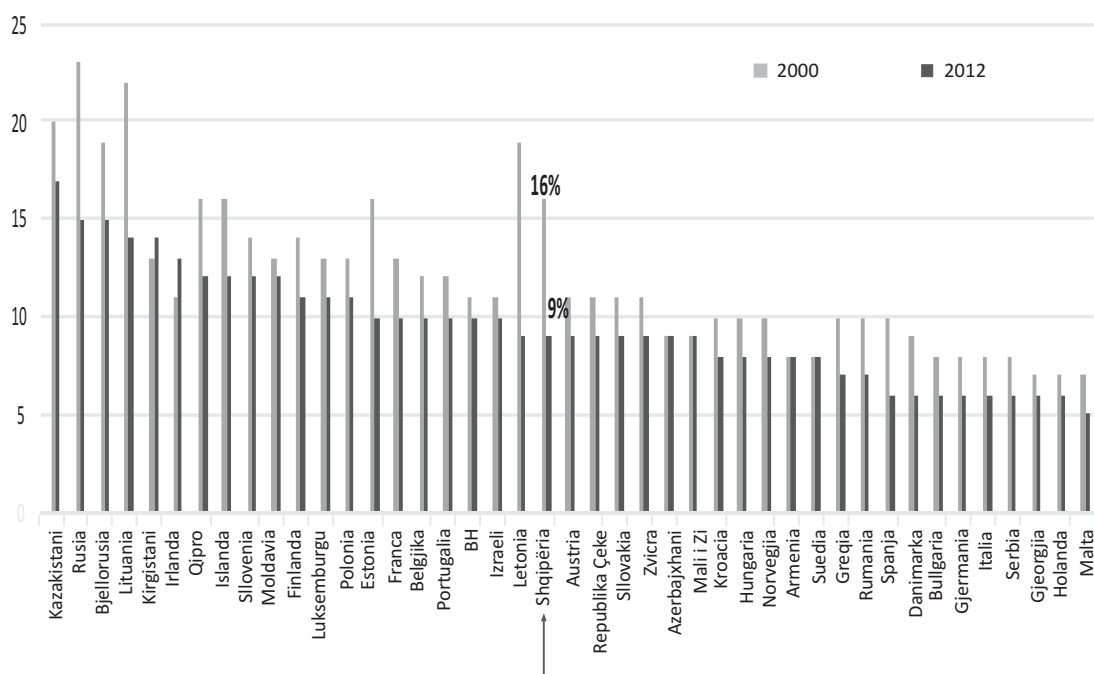
rajonit evropian (përjashtuar Turqinë).

Në vitin 2000, proporcioni i lëndimeve zinte 16% të barrës totale të sëmundjeve, ndërsa në vitin 2012 vetëm 9% (Figura 33). Në këtë mënyrë, renditja e Shqipërisë lëvizi nga vendi i katërt më i keq (në vitin 2000) në zonën e mesatares evropiane (në vitin 2012).

Shpjegimi i mundshëm për rrezikun e rritur nga lëndimet në vitin 2000 mund të jetë niveli relativisht i lartë i vrasjeve dhe veçanërisht dhuna (jofatale) ndërpersonale dhe komunitare që pasoi trazirat civile në fundin e viteve 1990 (për shkak të kolapsit të skemave të piramidale) dhe luftës në Kosovë (në vitin 1999).

Nga ana tjetër, nuk ka ndonjë arsye të qenësishme për të supozuar rënie të aksidenteve nga mjetet motorike, të cilët konsiderohen ndër shkaqet kryesore të vdekjeve në Shqipëri.

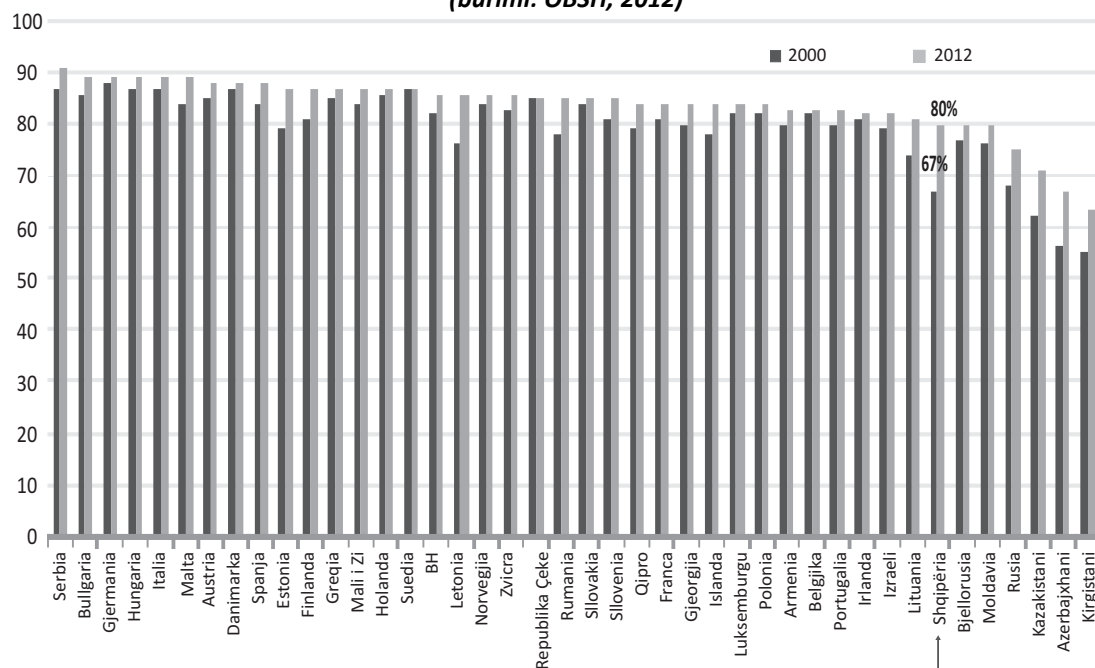
Figura 33. Lëndimet si përqindje e viteve të jetës të axhustuara për paaftësi totale në 42 vende të rajonit evropian në vitin 2000 dhe në vitin 2012 (burimi: OBSH, 2012)



Kontributi i sëmundjeve jo të transmetueshme (SJT) në barrën totale të sëmundjeve në gati të gjithë vendet e rajonit evropian ishte rreth 80% ose më shumë në vitin 2000 dhe 2012. Kjo shifër ishte më e ulët në Shqipëri në vitin 2000, për shkak të kontributeve ende të larta të sëmundjeve infektive dhe lëndimeve (Figura 34).

Sidoqoftë, rëndësia e SJT-ve është rritur, duke arritur në rreth 80% edhe në Shqipëri në vitin 2012. Në këtë mënyrë Shqipëria i është bashkuar vendeve evropiane në të cilat epidemia e SJT-ve përfaqëson sfidën më të rëndësishme të shëndetit publik.

Figura 34. Sëmundjet jo të transmetueshme si përqindje e viteve të jetës të axhustuara për paaftësi totale në 42 vende të rajonit evropian në vitin 2000 dhe në vitin 2012 (burimi: OBSH, 2012)



4.2. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi shkak-specifike

Sëmundjet kardiovaskulare

Në Shqipëri, DALY-t totale për sëmundjet kardiovaskulare (SKV) janë rritur me më shumë se 50% nga viti 1990 (për të dy gjinitë: rreth 6,626 për 100,000) në vitin 2010 (4,311 për 100,000) (Tabela 25). Prandaj, pesha e SKV-ve si përqindje e DALY-t totale u rrit me 60% (nga 15% në vitin 1990 në 24% në vitin 2010). Në meshkuj, rritja ishte më e shpejtë sesa në femra, si për DALY-t që i atribuohen SKV-ve (68% vs. 38%, përkatësisht) ashtu dhe DALY-t që shpjegohen nga SKV-të (68% vs. 51%, përkatësisht).

Tabela 25. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet kardiovaskulare në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	7851.4	25.2	4685.8	15.0
Femra	5399.7	22.7	3917.3	15.0
Totali	6626.5	24.1	4311.1	15.0

Në meshkujt shqiptarë, DALY-t absolute nga SKV-të u rritën shpejt, veçanërisht gjatë vitit 1995-2000 (rreth 1,550 DALY më shumë për 100,000 banorë, ose 28% në terma relativë (Figura 35).

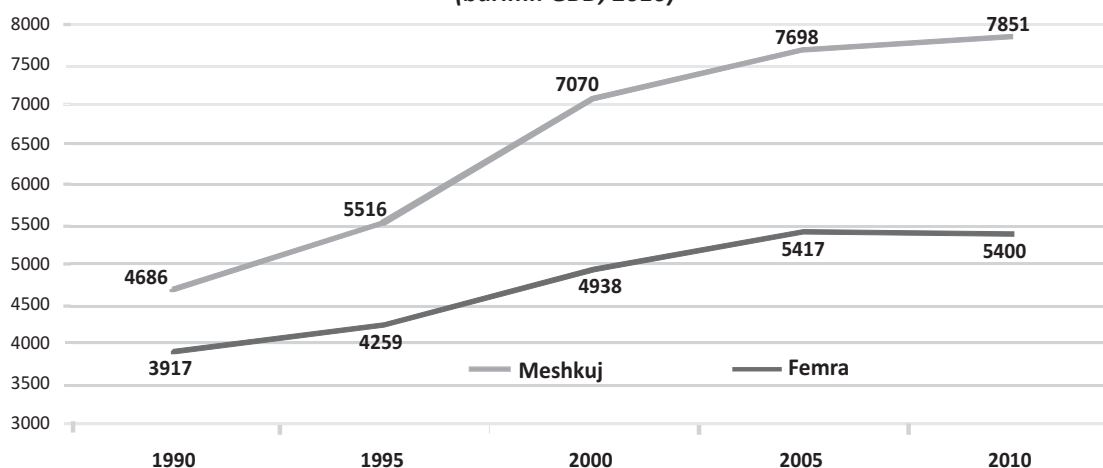
Një shpjegim i mundshëm për këtë rritje të shpejtë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga SKV-të lidhet me trazirat sociale dhe civile në Shqipëri në vitet 1997-2000 (si pasojë e kolapsit të skemave “piramidale” dhe shpërbërjes politike dhe social-ekonomike, të shoqëruara me rritje të dhunës ndërpersonale dhe komunitare ku u përfshinë kryesisht meshkujt).

Në fakt, të dhëna të papublikuara tregojnë për një rritje të jashtëzakonshme të rasteve me infarkt miokardi të shtruar në spital në Tiranë, kryeqyteti i Shqipërisë, në periudhën 1997-2000. Në periudhën 1990-1996, numri mesatar i pacientëve me infarkt miokardi të shtruar në spital ishte rreth 220 (në vitin 1996 u regjistruan 264 raste). Në vitin 1997, në kulmin e kolapsit të skemave piramidale, u regjistruan 497 raste me infarkt miokardi të shtruar në spital në Tiranë. Më pas, numri i rasteve të shtruar në spital ishte 478 (në 1998), 373 (në 1999) dhe 395 (në 2000) (Çeliku N, komunikim personal, 2007).

Një situatë e ngjashme me rritje të rrezikut të SKV-ve, pavarësisht mungesës së dokumentimit të duhur, është raportuar në pjesën më të madhe të rretheve të tjera të Shqipërisë, me përfshirjen kryesisht të meshkujve të shtruar në spital për shkak të infarktit të miokardit dhe gjendje të tjera të lidhura me SKV-të.

Nga ana tjetër, femrat shqiptare përjetuan një rritje më graduale të barrës së SKV-ve nga viti 1990 në 2005. Më pas, u vërejt një stabilizim i DALY-t nga SKV-të në këtë grup.

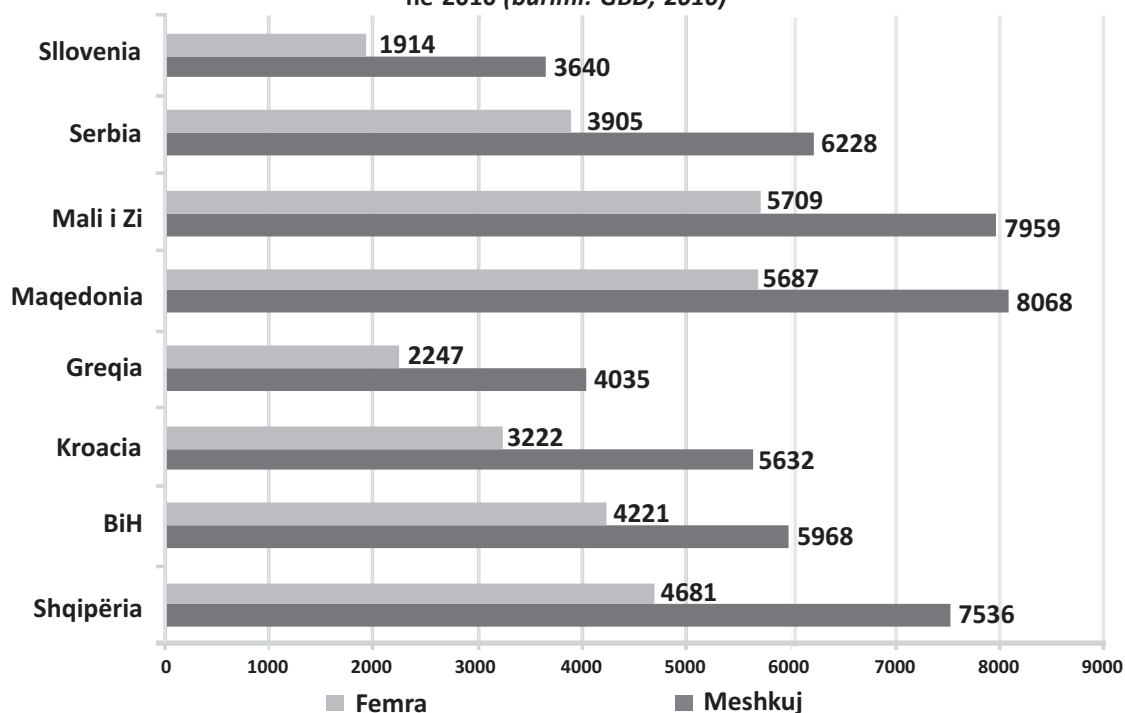
Figura 35. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për sëmundjet kardiovaskulare në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Në vitin 2010, DALY-t nga SKV-të të standardizuara për moshën në meshkujt shqiptarë (rreth 7,500 për 100,000) ishin më të ulëta krahasuar me Malin e Zi apo Maqedoninë (mesatarisht me 8,000), por më të larta sesa vendet e tjera të rajonit (Figura 36). Në veçanti, Sllovenia paraqiti nivelin më të ulët në rajon për meshkujt (3,640 DALY për 100,000), nivel ky më i ulët edhe sesa në Greqi (4,035 për 100,000).

Një model i ngjashëm u vërejt te femrat, ku Shqipëria (rreth 4,680 DALY për 100,000) shfaqti një nivel më të ulët sesa Maqedonia dhe Mali i Zi, por më të lartë krahasuar me vendet e tjera të EJL-së. Sërisht, niveli në femrat sllovene ishte më i ulëti në rajon, përfshirë Greqinë.

Figura 36. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) për sëmundjet kardiovaskulare në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJL-së në 2010 (burimi: GBD, 2010)



Duke marrë në konsideratë DALY-t totale nga SKV-të, është vërejtur një trend i qartë në rritje të shpejtë nga viti 1990 në vitin 2005, me shumë gjasa për shkak të faktorëve të rrezikut të stilit të jetesës/sjelljes përfshirë duhanpirjen (veçanërisht në meshkuj), konsumi i ekzagjeruar i alkoolit në meshkuj (përfshirë konsumin e vrullshëm – *binge drinking*), nivelet e larta të obezitetit të përgjithshëm dhe obezitetit abdominal (në të dy gjinitë), si dhe mungesa e aktivitetit fizik (gjithashtu, i pranishëm në të dy gjinitë).

Megjithatë, siç është përmendur më parë në këtë raport, pas vitit 2005 u vërejt një stabilizim te femrat dhe vetëm një rritje e lehtë në meshkuj, që sugjerojnë për një stabilizim të barrës së SKV-ve në Shqipëri, ndoshta si pasojë e zhvillimit të programeve kombëtare të parandalimit që synojnë promovimin e stilit të shëndetshëm të jetesës.

Kanceri

Gjatë dy dekadave të kaluara, vlerësohet që DALY-t nga kanceri në Shqipëri janë rritur me 56% (në total, rritja absolute ishte pothuajse 1,200 DALY për 100,000 nga viti 1990 në vitin 2000) (Tabela 26). Rritja e proporcionit në barrën totale të sëmundjeve ishte 4.6% (nga 7.4% në vitin 1990 në 12.0% në vitin 2010).

Në të dy gjinitë rritja ishte e ngjashme (59% në meshkuj vs. 54% në femra), pavarësisht vlerës më të lartë të DALY-t nga kanceri te meshkujt krahasuar me femrat (68% dhe 63% më i lartë në vitin 2010 dhe 1990).

**Tabela 26. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike nga gjendjet kanceroze në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	4169.0	13.4	2618.3	8.4
Femra	2477.6	10.4	1605.8	6.2
Totali	3324.0	12.0	2124.6	7.4

Te meshkujt u vërejt një rritje e shpejtë e DALY-t nga kanceri, sidomos gjatë periudhës 1995-2000 (Figura 37) me një rritje absolute prej 787 DALY për 100,000 (ose, një rritje prej 27%). Më pas, rritja vazhdoi, por me ritme shumë më të ulëta.

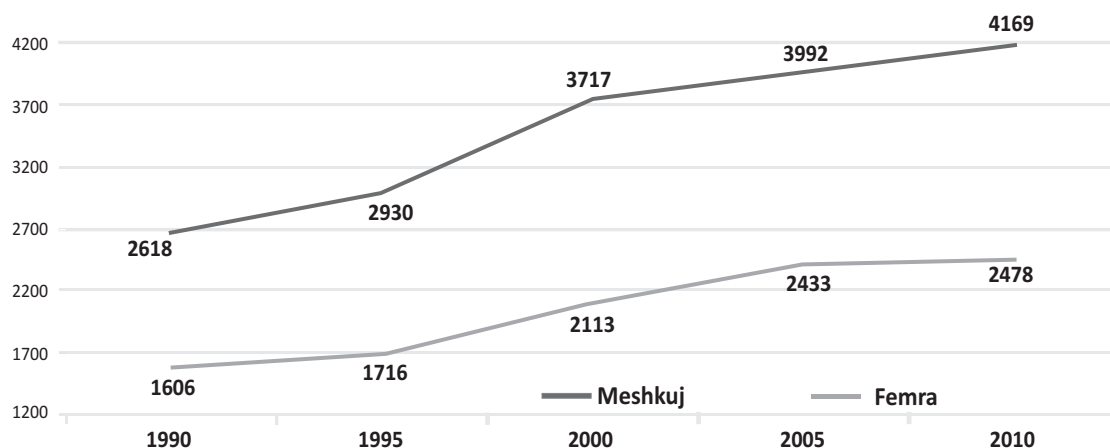
Te femrat u vërejt një rritje e qëndrueshme nga viti 1995 në vitin 2005 (1,716 dhe 2,433 DALY për 100,000, përkatësisht), rritje që pothuajse u stabilizua në pesë vitet pasuese.

Megjithatë, në mënyrë të ngjashme me SKV-të, faktet dëshmojnë për një rritje mjaft të fortë të barrës së kancerit në popullatën shqiptare gjatë 20 viteve të shkuara. Aktualisht, proporcioni i kancerit (12% i DALY-t totale) përbën kontribuesin e dytë më të madh në barrën totale të sëmundjeve në Shqipëri pas SKV-ve (të cilat, nga ana tjetër, përbëjnë 24% të DALY-t totale).

Ashtu si në rastin e gjendjeve apo sëmundjeve kardiovaskulare, një shpjegim i mundshëm për këtë rritje të shpejtë të DALY-t totale nga kanceri në popullatën shqiptare mund të jetë rritja e angazhimit në sjellje jo të shëndetëshme, të tilla si duhanpirja, konsumi i dëmshëm i alkoolit (marrja e tepruar, si dhe modelet dëmtuese të konsumit, përfshirë konsumin e alkoolit në një kohë shumë të shkurtër), nivelet e larta të obezitetit, si dhe mungesa e aktivitetit fizik.

Të gjitha këto çështje do të trajtohen më tej në seksionin “DALY-t për faktorë specifikë rreziku”.

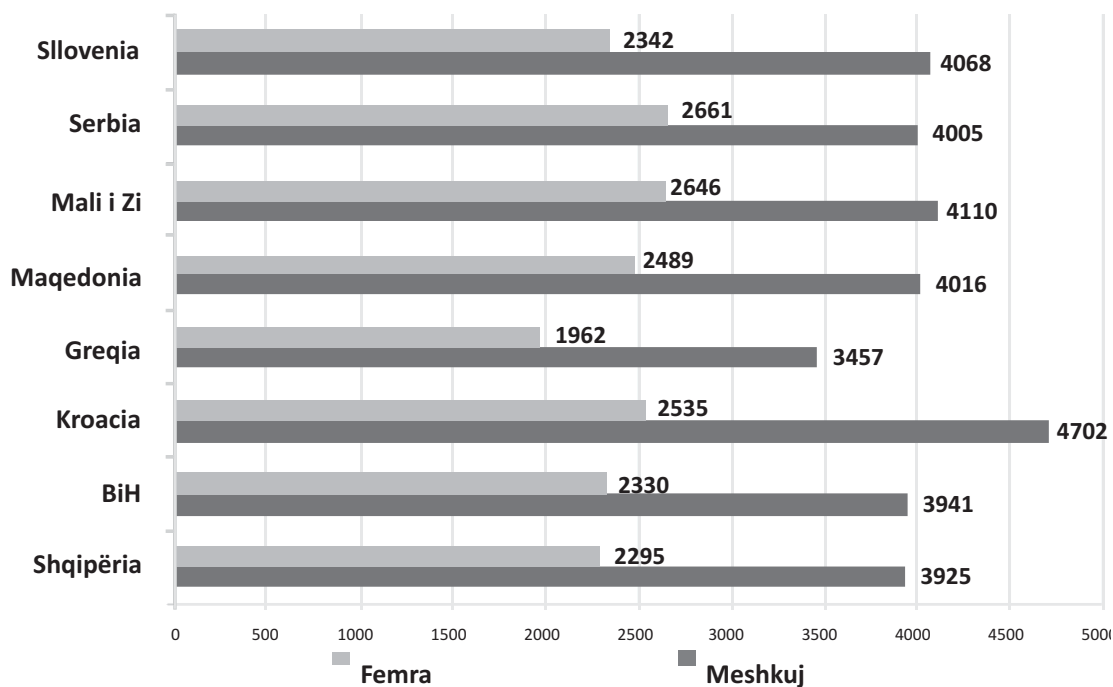
Figura 37. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për kancerin në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Me gjithë rritjen e barrës së kancerit, meshkujt shqiptarë shfaqën DALY-t (të standardizuara për moshën) më të ulëta në rajon në vitin 2010 (përveç Greqisë), me 3,925 DALY për 100,000 (Figura 38). Meshkujt kroatë paraqitën barrën më të lartë (4,702 DALY për 100,000).

Një model i ngjashëm u vërejt te femrat, ku Shqipëria shfaq DALY-t më të ulëta në rajon (2,995 për 100,000), përveç Greqisë. Në kontrast me këtë, femrat kroate shfaqën nivelin më të lartë në rajon (2,661 DALY për 100,000).

Figura 38. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) për kancerin në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJL-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Sipas të dhënave zyrtare në nivel kombëtar, të gjeneruara nga registri i Shërbimit të Onkologjisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë dhe pjesërisht nga regjistrat e spitaleve dhe shërbimet e patologjisë në rrethe, në Shqipëri hasen afërsisht 3,500 raste të reja me kancer në vit (Ministria e Shëndetësisë, 2014).

Sidoqoftë, incidenca (e regjistruar) tepër e ulët e kancerit në Shqipëri (rreth 100 raste të reja për 100,000 banorë) (të dhëna operative nga Ministria e Shëndetësisë), krahasuar me nivele të ngjashme në vendet e tjera evropiane, ka shumë të ngjarë të vijë për shkak të regjistrimit jo të plotë, dhe pjesërisht për shkak të përqindjes relativisht të lartë të të rinjve në Shqipëri. Me të vërtetë, mbi 70% e popullatës shqiptare është më pak se 45 vjeç, duke përbërë popullatën me moshë më të re në Evropë (përveç Kosovës).

Prandaj, bazuar në gjithë konsideratat e mësipërme, barra e të gjitha gjendjeve kanceroze në Shqipëri është padyshim më e lartë sesa raportimet zyrtare në nivel kombëtar. Për më tepër, në kontekstin e moshimit të pandalshëm të popullatës, pritet që Shqipëria të përjetojë një rritje të konsiderueshme të incidencës së kancerit vitet e ardhshme.

Programi kombëtar i kontrollit të kancerit u ravijëzua në Shqipëri në vitin 2011 me ekspertizën teknike dhe mbështetjen e agjencive ndërkombëtare (Ministria e Shëndetësisë, 2011). Programi kombëtar i kontrollit të kancerit u hartua në përputhje me rekomandimet e OBSH-së për zbatimin e saj në etapa (e njohur dhe si modeli “me hapa”) nëpërmjet identifikimit dhe realizimit së pari të aktiviteteve më urgjente, që prodhojnë përfitimin më të madh të mundshëm (Ministria e Shëndetësisë, 2011). Dy etapat e para paraprake janë përmbushur tashmë, dhe më konkretisht, përfshirja e aktorëve kombëtarë kryesorë dhe më pas, agjencitë teknike ndërkombëtare dhe institucionet financuese.

Për më tepër, është zhvilluar tashmë dhe një plan kombëtar veprimi, ku përfshihen hapa dhe aktivitete konkrete për secilën nga shtyllat kryesore të programit kombëtar për kontrollin e kancerit në Shqipëri, të cilat përmbledhen në vijim:

- i. Parandalimi parësor (shmangia e faktorëve të rrezikut të cilët janë përgjegjës për të paktën një të tretën e të gjithë llojeve të kancerit) (OBSH, 2011);
- ii. Parandalimi dytësor (zbulimi i hershëm nëpërmjet përzgjedhjes dhe dhënies përparësi të llojeve të kancerit që mund të zbulohen në mënyrë efektive në fazën sub-klinike, për të cilët ekzistojnë trajtime efektive nëse zbulohen në fazë të hershme; nga tetë kanceret kryesore në Shqipëri, programi kombëtar për kontrollin e kancerit ka identifikuar katër lloje të cilët janë të përshtatshëm për zbulimin e hershëm të tyre, përfshirë kancerin e gjirit, qafës së mitrës, lëkurës dhe laringut/orofaringut) (Ministria e Shëndetësisë, 2011);
- iii. Parandalimi tretësor (trajtimi efektiv nëpërmjet: fuqizimit të burimeve njerëzore në nivel kombëtar, sigurimit të pajisjeve të përshtatshme dhe teknologjisë së fundit për patologjinë dhe radioterapinë, si dhe disponueshmërisë së medikamenteve kosto-efektive);
- iv. Parandalimi katërsor (kujdesi paliativ nëpërmjet sigurimit të medikamenteve me çmime të përballueshme dhe kosto-efektive, të cilat duhet të aksesohen nga individët më në nevojë për këto shërbime shëndetësore).

- v. Regjistri i kancerit i bazuar në popullatë (ngritja e një regjistri që, idealisht do të mbulonte të gjithë popullatën dhe do t'u vinte në ndihmë politikëbërësve dhe profesionistëve të shëndetit në drejtim të planifikimit, monitorimit dhe vlerësimit të programit për kontrollin e kancerit).

Sëmundjet respiratore kronike

Në Shqipëri, është vërejtur një rritje e përgjithshme e sëmundshmërisë respiratore kronike gjatë dy dekadave të kaluara (nga rreth 964 DALY në 1,094 DALY për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht) (Tabela 27). DALY-t nga sëmundjet respiratore kronike ishin përgjegjëse për 3.4% dhe 4.0% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht.

Te meshkujt është vërejtur një rrezik disi më i lartë në terma absolutë, ndërsa kontributi i sëmundjeve respiratore kronike në barrën totale të sëmundjeve është i ngjashëm në të dy gjinitë (në vitin 2010: 3.9% në femra dhe 4.1% në meshkuj).

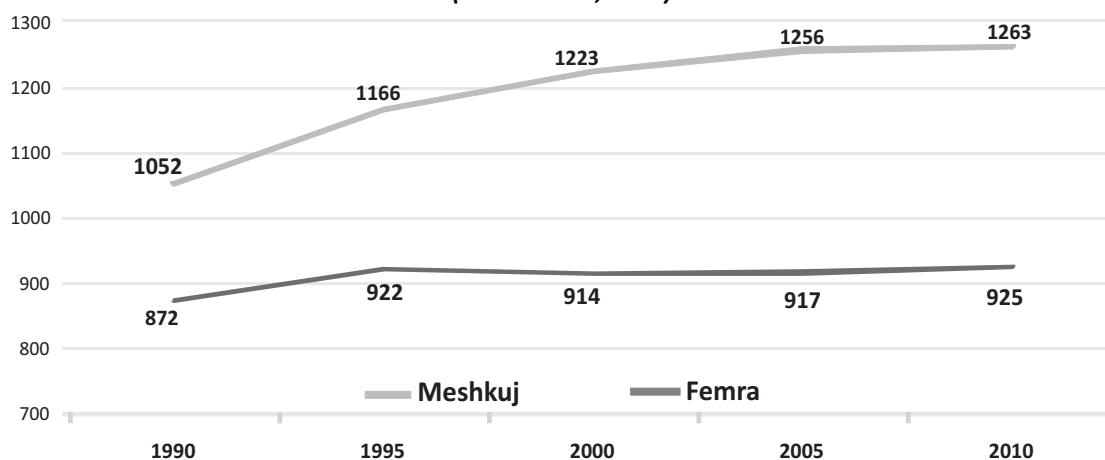
**Tabela 27. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet respiratore kronike në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1262.9	4.1	1051.6	3.4
Femra	925.1	3.9	871.8	3.3
Totali	1094.1	4.0	963.9	3.4

Një analizë më e thelluar evidentoi një rritje te femrat gjatë periudhës 1990-1995 (nga 872 në 922 DALY për 100,000), e cila pësoi një ulje të neglizhueshme (nga viti 1995 në 2005) dhe u stabilizua gjatë viteve më pas (2005-2010) (Figura 39). Tendenca e sëmundjeve respiratore kronike te femrat është në përputhje me prevalencën e duhanpirjes e cila, pavarësisht tranzicionit të shpejtë në Shqipëri, nuk është rritur në mënyrë domethënëse, veçanërisht te femrat në mesomoshë apo më të moshuara.

Nga ana tjetër, te meshkujt është vërejtur një rritje më e shpejtë në vitet 1990-1995 (nga 1,052 në 1,166 DALY për 100,000), ndjekur nga një ulje e ritmeve të rritjes gjatë 15 viteve të mëpasme.

Figura 39. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për sëmundjet respiratore kronike në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

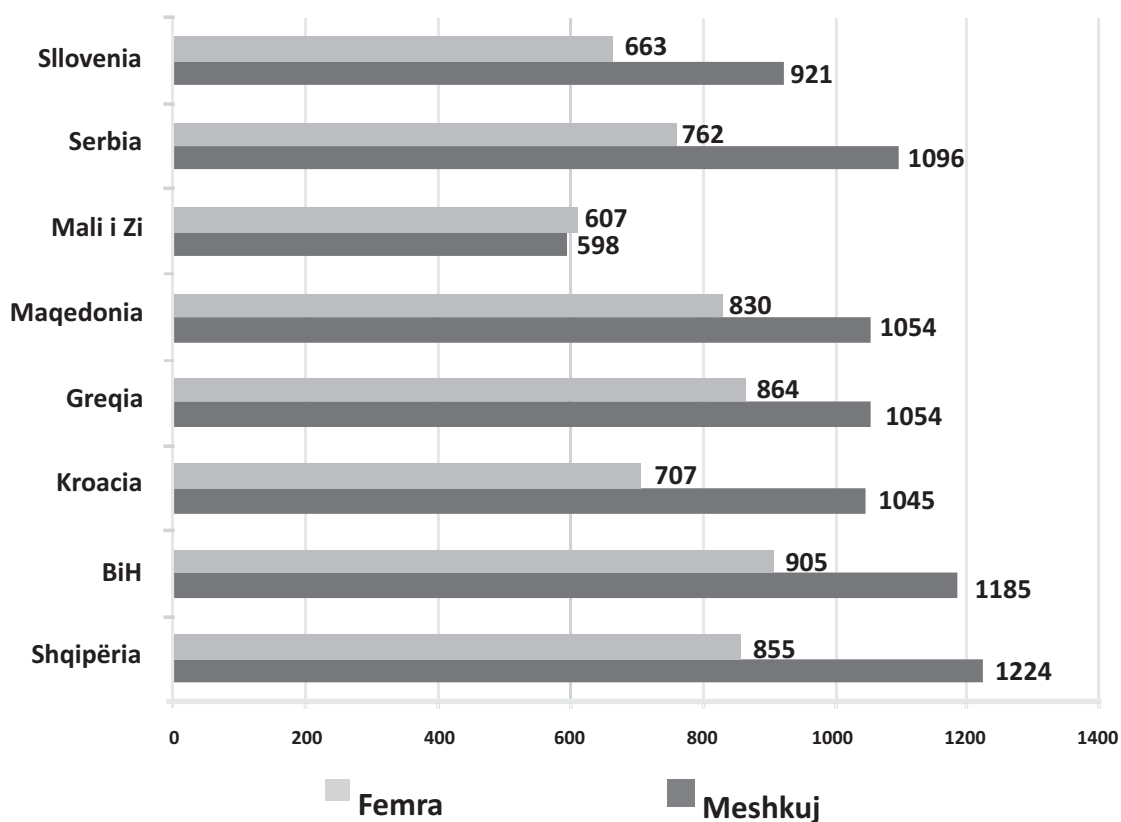


Në përgjithësi, të dhënat sugjerojnë një rritje modeste të barrës së sëmundjeve respiratore kronike në Shqipëri gjatë dy dekadave të kaluara e cila, me shumë gjasa, do të rritet më tej gjatë viteve në vijim, në kontekstin e prevalencës së lartë të duhanpirjes, veçanërisht te meshkujt.

Vlerësimet e standardizuara për moshën (Figura 40) tregojnë që sëmundjet respiratore kronike te meshkujt shqiptarë në vitin 2010 ishin në nivelin më të lartë në rajon (1,224 DALY për 100,000), të ndjekur nga Bosnje-Hercegovina. Në mënyrë interesante, meshkujt në Malin e Zi shfaqën një nivel veçanërisht të ulët (598 DALY për 100,000), që është vështirë të shpjegohet në kuadër të prevalencës së lartë të duhanprijës në këtë popullatë.

Te femrat, niveli më i lartë në vitin 2010 u vërejt në Bosnje-Hercegovinë. Me gjithë këtë, femrat shqiptare shfaqën një ndër nivelet më të larta në rajon (855 DALY për 100,000) së bashku me Greqinë dhe Maqedoninë. Vlen të përmendet se, femrat në Malin e Zi paraqitën një nivel lehtësisht më të lartë krahasuar me meshkujt në këtë vend, gjetje kjo kontradiktore në kontekstin e prevalencës më të ulët të duhanprijës te femrat.

Figura 40. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) për sëmundjet respiratore kronike në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Diabeti dhe sëmundjet e tjera endokrine, të gjakut dhe uro-gjenitale

Në Shqipëri, DALY-t për sëmundjet endokrine, të gjakut dhe uro-gjenitale kanë pësuar rritje të moderuar gjatë njëzet viteve të kaluara (në total, proporcioni i tyre në barrën totale të sëmundjeve u rrit nga 4.4% në vitin 1990 në 5.2% në vitin 2010) (Tabela 28).

Rritja ishte e ngjashme në meshkuj dhe femra (DALY-t proporcionale u rritën te meshkujt nga 4.0% në vitin 1990 në 4.7% në vitin 2010, dhe te femrat nga 5.0% në 5.8%, përkatësisht).

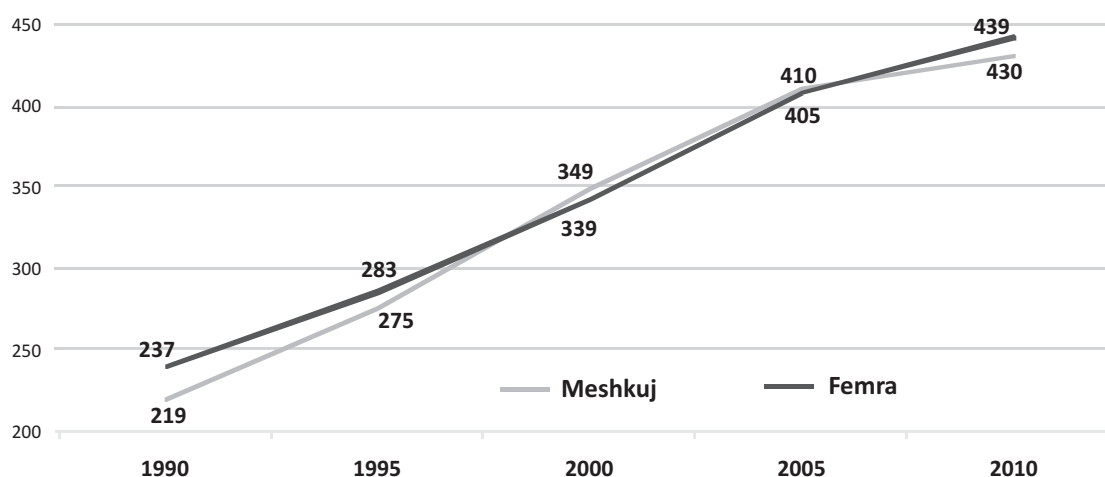
Tabela 28. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet endokrine, të gjakut dhe uro-gjenitale në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1461.2	4.7	1243.6	4.0
Femra	1390.1	5.8	1316.1	5.0
Totali	1425.7	5.2	1279.0	4.4

Barra e diabetit mellitus pothuajse është dyfishuar në Shqipëri në të dy gjinitë gjatë dy dekadave të shkuara. Te meshkujt u vërejt një rritje prej 96% të DALY-t nga diabeti, ndërsa te femrat rritja ishte 85% (Figura 41).

Te meshkujt, rritja ishte disi më e mprehtë deri në vitin 2005, duke u ndjekur më pas nga një rritje më e moderuar. Në kontrast me këtë, te femrat u vërejt një rritje më e ngadaltë, por më e qëndrueshme.

Figura 41. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për diabetin në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

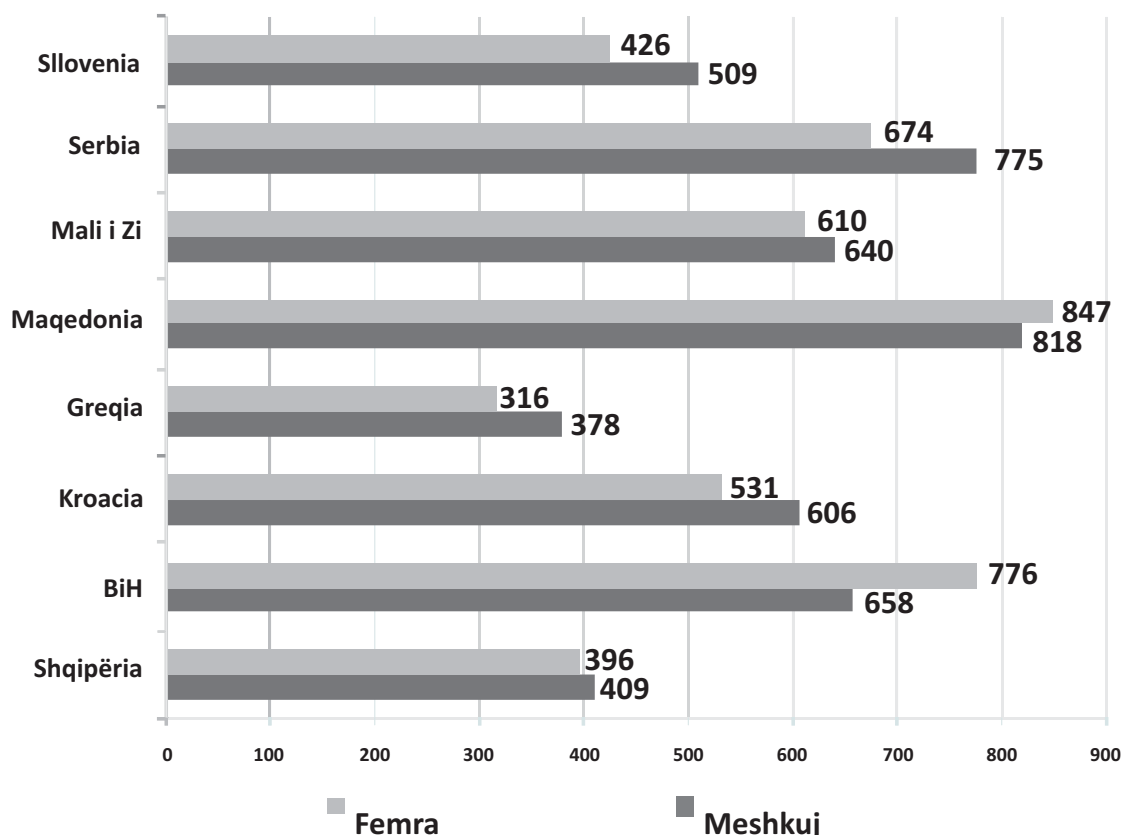


Duke përjashtuar Greqinë, Shqipëria shfaq nivelin më të ulët (të standardizuar për moshën) të DALY-t nga diabeti në vitin 2010 (Figura 42). Kështu, në vitin 2010, te meshkujt kishte 409 DALY për 100,000, shifër kjo 100 DALY më e ulët sesa në Slloveni (vendi me nivelin e dytë më të ulët në rajon). DALY-t proporcionale nga diabeti ishin 1.3% te meshkujt shqiptarë në vitin 2010, ndërsa në vitin 1990 kjo shifër ishte vetëm 0.9%.

Një tendencë e ngjashme u vërejt te femrat, pavarësisht diferencës më të vogël kundrejt Sllovenisë (vendi me nivelin e dytë më të ulët në rajon, përveç Greqisë). DALY-t proporcionale nga diabeti ishin 1.7% te femrat shqiptare, ndërsa në vitin 1990 kjo shifër ishte 1.1%.

Në total, DALY-t proporcionale për të dy gjinitë në Shqipëri (1.5%) ishin më të ulëtat në rajon në vitin 2010, pavarësisht rritjes prej 50% krahasuar me vitin 1990 (kur ky proporcion ishte vetëm 1%).

Figura 42. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) për diabetin mellitus në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Në thelb, barra e diabetit në Shqipëri është në rritje, por vazhdon të mbetet e ulët krahasuar me vendet e tjera të rajonit të EJT-së dhe më gjerë. Në fakt, sipas Atlasit të Diabetit, rreth 2.95% e popullatës adulte të Shqipërisë vuan nga diabeti, dmth. rreth 65,460 qytetarë adultë (Federata Ndërkombëtare e Diabetit, 2012). Megjithatë, eksperiencia sugjeron që kjo shifër është mjaft e ulët dhe, mesa duket, sistemi shëndetësor në Shqipëri nuk është plotësisht i gatshëm të zbulojë rastet me diabet, duke çuar në një nënvlerësim të konsiderueshëm të barrës së saktë të kësaj gjendjeje kronike në vendin tonë. Me të vërtetë, vlerësohet që të paktën edhe 212,520 individë të tjerë në Shqipëri (që përbëjnë rreth 10% të popullatës së përgjithshme) vuajnë nga toleranca e dëmtuar e glukozës (pre-diabet) (Federata Ndërkombëtare e Diabetit, 2012).

Që këtë supozohet se, në të ardhmen e afërt Shqipëria do të arrijë vendet e tjera për sa i përket rritjes graduale të barrës së diabetit, për shkak të përmirësimit të aksesit ndaj kujdesit shëndetësor (d.m.th., regjistrimi dhe menaxhimi i përshtatshëm i të gjitha rasteve me diabet) të shoqëruar me rritjen e qëndrueshme të moshimit të popullatës (proces i cili, në mënyrë të paevitueshme, shoqërohet me rritjen e prevalencës së diabetit).

Sëmundjet jo të transmetueshme (SJT) në tërësi

Në total, barra e SJT-ve në Shqipëri është rritur me 34% (DALY për 100,000: rreth 17,498 në vitin 1990 vs. 23,448 në vitin 2010) (Tabela 29).

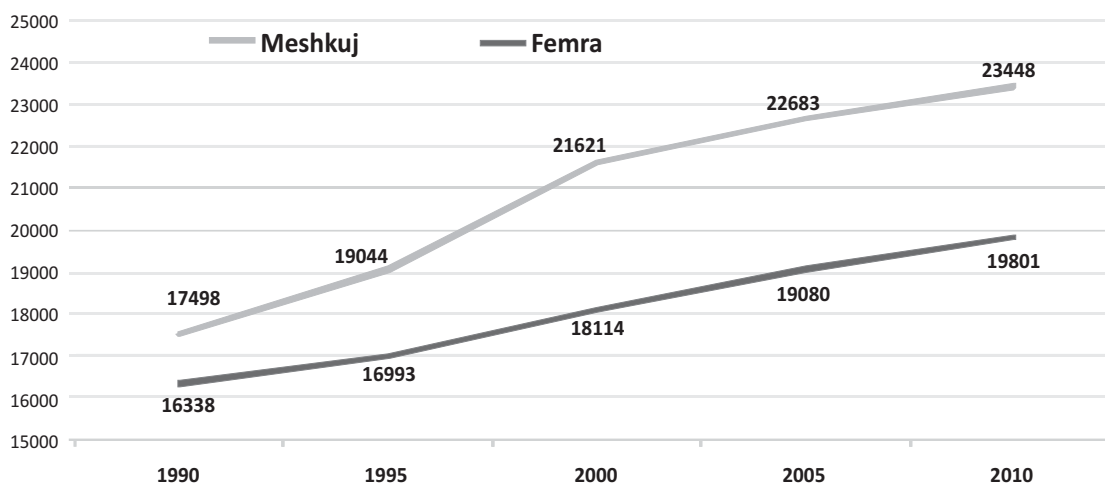
Proporcioni i përgjithshëm i SJT-ve në barrën totale të sëmundjeve u rrit nga 59% në vitin 1990 në 79% në vitin 2010. Ritmi i rritjes ishte i ngjashëm në të dy gjinitë.

Tabela 29. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për të gjithë SJT-të në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	23447.5	75.3	17497.6	55.9
Femra	19800.9	82.9	16337.9	62.5
Totali	21625.7	78.6	16.932.2	58.9

Një analizë më e hollësishme zbuloi një rritje mjaft të mprehtë të SJT-ve nga të gjithë shkaqet te meshkujt shqiptarë gjatë periudhës 1995-2000 (Figura 43). Më pas, gjatë viteve 2000-2010, u vërejt një rritje e qëndrueshme, edhe pse ritmi i rritjes ishte më i ulët. Nga ana tjetër, te femrat u vërejt një rritje më pak e mprehtë por e qëndrueshme në barrën totale të SJT-ve gjatë dy dekadave të kaluara.

Figura 43. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për gjithë SJT-të në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

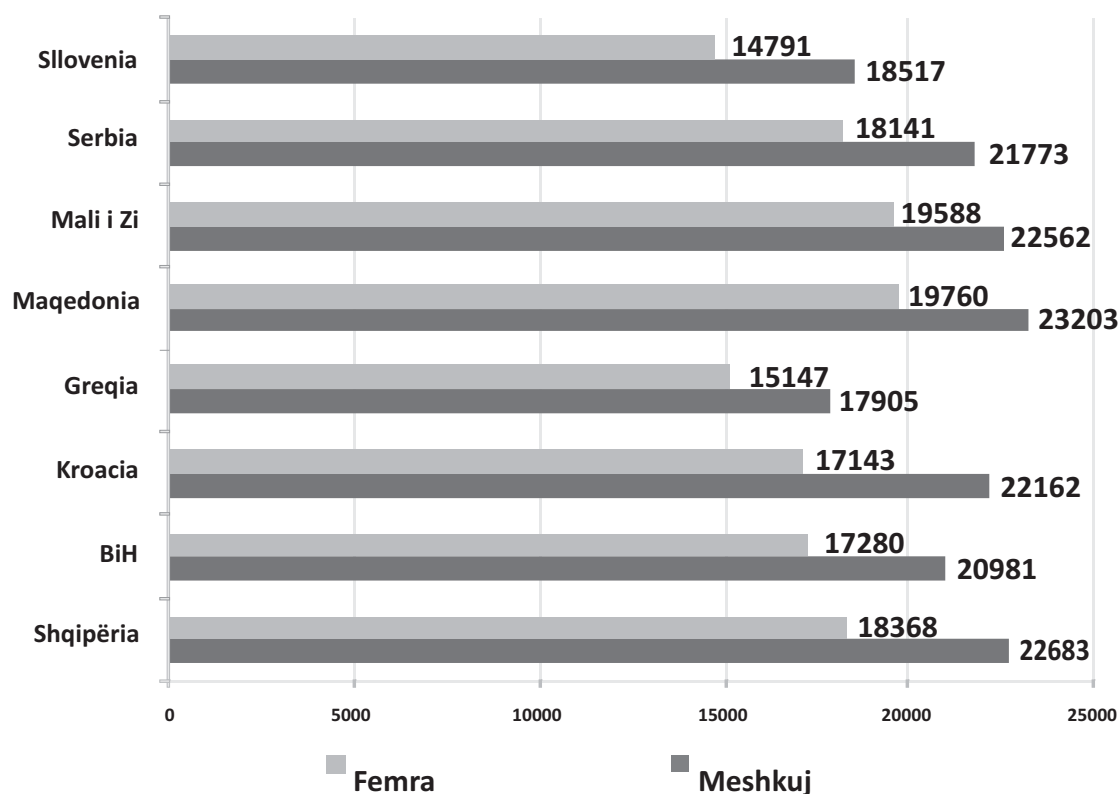


Barra totale e SJT-ve e standardizuar për moshën te meshkujt shqiptarë në vitin 2010 (22,683 DALY për 100,000) ishte pothuajse më e larta në rajon së bashku me Maqedoninë (vlera më e lartë) dhe Malin e Zi. DALY-t proporcionale nga SJT-të të standardizuara për moshën te meshkujt shqiptarë ishin rreth 74%, duke qenë vlera më e ulët në rajon.

Për femrat, Maqedonia dhe Mali i Zi paraqitën nivelet më të larta, të ndjekura nga Shqipëria (18,368 DALY për 100,000) dhe Serbia. DALY-t proporcionale nga SJT-të e standardizuara për

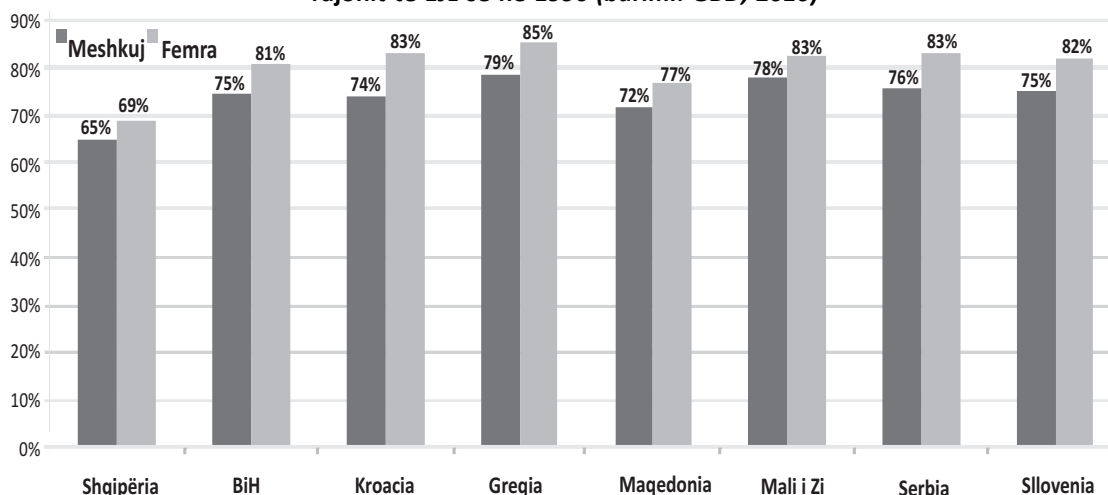
moshën të femrat shqiptare ishin rreth 80%, shifër kjo sërish më e ulët në rajon. Kjo gjetje, e pranishme në të dy gjinitë, sugjeron që gjendje të tjera shëndetësore, përfshirë sëmundjet infektive, zënë ende një proporcion më të madh në barrën totale të sëmundjeve në Shqipëri krahasuar me vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore (EJL).

Figura 44. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike të standardizuara për moshën (për 100,000) për SJT-të në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJL-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Në mënyrë interesante, në vitin 1990, DALY-t proporcionale të standardizuara për moshën (ndaj barrës totale të sëmundjeve) për SJT-të nga të gjithë shkaqet në Shqipëri ishte mjaft më e ulët sesa vlera mesatare e rajonit të EJL-së (vetëm 65% në meshkuj dhe 69% në femra) (Figura 45). Ky boshllëk është reduktuar në mënyrë të konsiderueshme gjatë dy dekadave të kaluara, pavarësisht faktit që proporcioni që SJT-të zënë në Shqipëri vazhdon të mbetet më i ulët në rajon.

Figura 45. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi proporcionale (ndaj barrës totale të sëmundjeve) gjini-specifike të standardizuara për moshën për SJT-të në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në 1990 (burimi: GBD, 2010)



Çrregullimet muskulo-skeletike

Barra e çrregullimeve muskulo-skeletike gjithashtu është rritur në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara. Në total, proporcioni i këtyre çrregullimeve zinte 8.5% të barrës totale të sëmundjeve në vitin 1990, ndërsa në vitin 2010 arriti në 11.0% (Tabela 30).

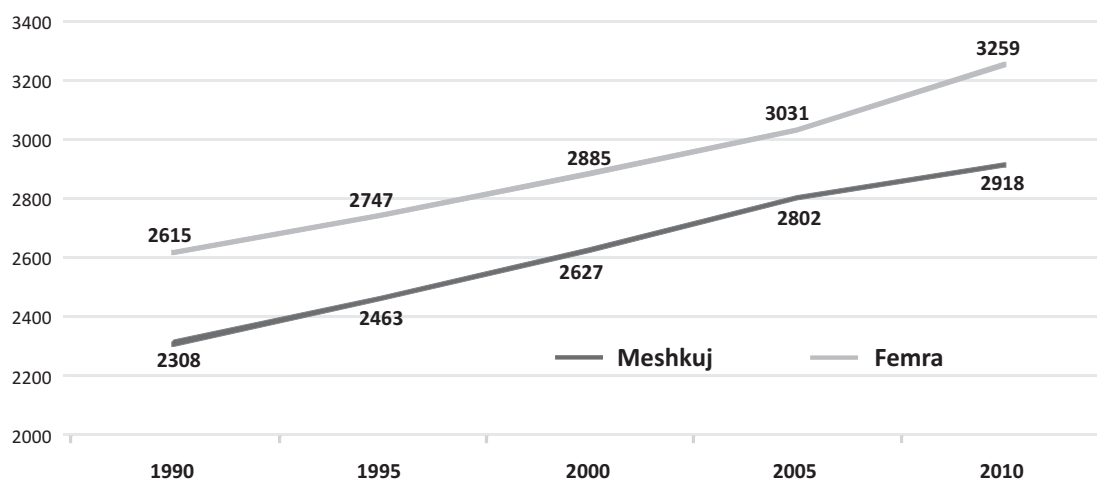
Në terma relativë, u vërejt një rritje më e madhe te femrat (3.7% rritje të DALY-t proporcionale) krahasuar me meshkujt (vetëm 2.0%).

Tabela 30. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për çrregullimet muskulo-skeletike në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	2917.8	9.4	2308.1	7.4
Femra	3259.4	13.7	2615.1	10.0
Totali	3088.5	11.0	2457.8	8.5

Në të dy gjinitë u vërejt një rritje e ngjashme e moderuar, por e qëndrueshme gjatë periudhës 1990-2005. Më pas, u vërejt një rritje më e mprehtë te femrat, dhe një rritje më e ngadaltë te meshkujt, të cilat vazhduan të thellonin barrën shtesë të sëmundjeve që shpjegohen nga çrregullimet muskulo-skeletike te femrat krahasuar me meshkujt.

Figura 46. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për çrregullimet muskulo-skeletike në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Krahasuar me vendet e tjera të rajonit, DALY-t për çrregullimet muskulo-skeletike të standardizuara për moshën në Shqipëri ishin të ngjashme me pjesën më të madhe të këtyre vendeve, si në vitin 1990 ashtu edhe në vitin 2010 (Tabela 31). Proporcioni i çrregullimeve muskulo-skeletike në barrën totale të sëmundjeve ishte 11.0% në disa prej vendeve të EJT-së, përfshirë Shqipërinë.

Në thelb, çrregullimet muskulo-skeletike në Shqipëri kanë pësuar rritje për shkak të përmirësimit të aksesit në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe moshimit të popullatës shqiptare, kjo e fundit shpjegon proporcionin më të madh të këtyre çrregullimeve në Slloveni dhe veçanërisht në Greqi, ku proporcionet e popullatës së moshuar janë më të lartat në rajonin e EJT-së.

Tabela 31. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për çrregullimet muskulo-skeletike në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Çrregullimet muskulo-skeletike (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	2920.6	9.4	2935.8	11.0
Bosnje-Hercegovina	2485.2	7.9	2514.1	11.0
Kroacia	2812.8	9.0	2829.9	12.0
Greqia	3225.8	14.0	3202.1	16.0
Maqedonia	2894.6	8.6	2953.7	11.0
Mali i Zi	2930.5	10.0	2915.6	11.0
Serbia	2928.6	9.9	2942.6	12.0
Sllovenia	2844.1	9.9	2860.5	14.0

Çrregullimet digjестive

Sëmundjet e lidhura me sistemin digjестiv (përveç cirrozës) kanë shënuar ulje në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara, në të dy gjinitë, por më shumë te femrat.

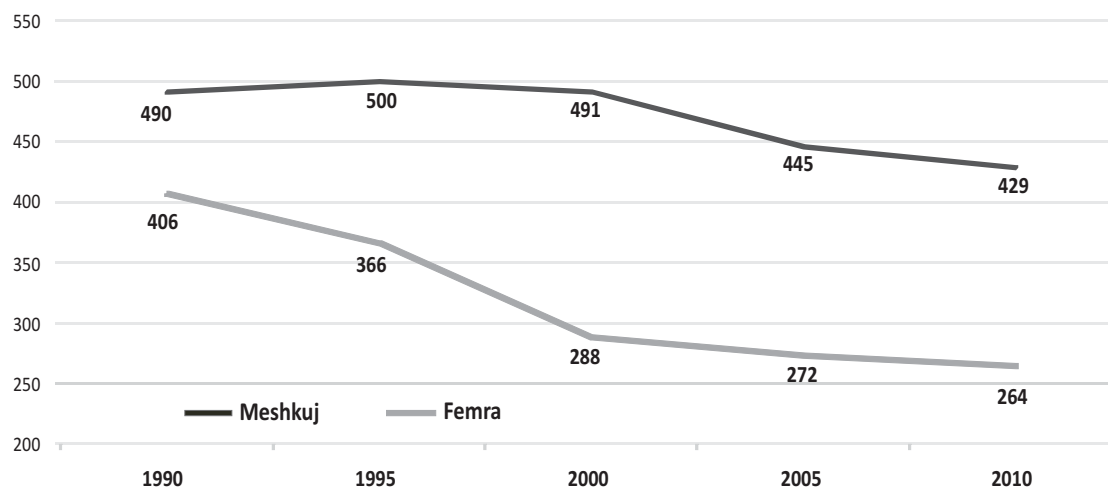
Kështu, te femrat, proporcioni i këtyre sëmundjeve u ul nga 1.6% në vitin 1990 në 1.1% në vitin 2010, ndërsa te meshkujt nga 1.6% në 1.4%, përkatësisht (Tabela 32).

Tabela 32. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet digjестive (përveç cirrozës) në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	429.1	1.4	490.0	1.6
Femra	263.8	1.1	405.5	1.6
Totali	346.5	1.3	448.8	1.6

Rënia te femrat ishte shumë më e mprehtë në periudhën 1900-1995, por veçanërisht në vitet 1995-2000 (Figura 47). Më pas, pothuajse u arrit një stabilizim. Nga ana tjetër, në meshkuj u vërejt një nivel i stabilizuar gjatë viteve 1990-2000, i ndjekur nga një rënie e qëndrueshme gjatë dekadës pasuese.

Figura 47. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për sëmundjet digjестive në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Në total, në vitin 1990, barra e sëmundjeve digjестive në Shqipëri ishte më e larta në rajon (me rreth 476 DALY për 100,000) (Tabela 33). Sëmundjet digjестive zinin 1.5% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri në vitin 1990.

Dy dekada më vonë, sëmundjet digjестive zinin 1.2% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri, një situatë kjo e vërejtur në pjesën më të madhe të vendeve të rajonit.

Tabela 33. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për sëmundjet digjestive në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Sëmundjet digjestive (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	476.1	1.5	331.2	1.2
Bosnje-Hercegovina	399.1	1.3	282.5	1.2
Kroacia	399.8	1.3	275.3	1.2
Greqia	232.3	1.0	213.6	1.1
Maqedonia	300.6	0.9	228.3	0.9
Mali i Zi	312.9	1.1	304.7	1.2
Serbia	375.3	1.3	328.3	1.4
Sllovenia	416.6	1.5	262.9	1.3

Që këtej, barra aktuale e sëmundjeve digjestive në Shqipëri është e ngjashme me mesataren rajonale, duke shfaqur një trend në zbritje gjatë njëzet viteve të shkuara. Kjo rënie mund të jetë tregues i kujdesit më të mirë shëndetësor, lidhur me trajtimin në kohë dhe të përshtatshëm të gjendjeve digjestive në popullatën shqiptare.

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes kanë pësuar rritje në Shqipëri gjatë periudhës së tranzicionit, disi më tepër te femrat sesa te meshkujt (në terma absolutë).

Lidhur me barrën relative, në vitin 1990, këto gjendje përbënin 7.2% dhe 9.9% të barrës totale të sëmundjeve në meshkuj dhe femra. Në 2010, këto shifra ishin 8.8% në meshkuj dhe 13.4% në femra (Tabela 34), duke evidentuar rritjen relative mjaft më të madhe te femrat.

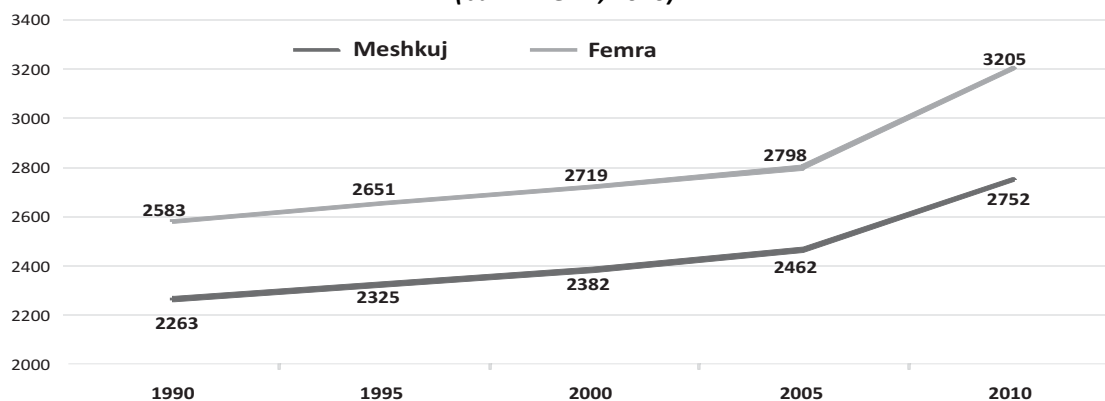
Tabela 34. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për çrregullimet mendore dhe të sjelljes në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	2752.4	8.8	2262.7	7.2
Femra	3205.3	13.4	2583.4	9.9
Totali	2978.6	11.0	2419.1	8.4

Në fakt, tendenca në rritje ishte e moderuar por e qëndrueshme në të dy gjinitë nga viti 1990 në vitin 2005. Më pas, në të dy gjinitë u vërejt një rritje e ngjashme më e mprehtë (Figura 48) që dëshmon se, aktualisht çrregullimet mendore dhe të sjelljes përbëjnë një pjesë të rëndësishme të problemeve shëndetësore në Shqipërinë në tranzicion, të cilat padyshim do të pësojnë rritje në vitet e ardhshme.

Vlen për t'u theksuar se, këto gjendje janë jo të stabilizuara dhe shpesh herë është vështirë të maten, prandaj këto aspekte duhet të merren gjithnjë në konsideratë për vlerësimin e tendencave kohore dhe/ose krahasimet mes shteteve të ndryshme (përkufizimet dhe kriteret e klasifikimit duhet të jenë të ngjashme për të tilla krahasime).

Figura 48. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për çrregullimet mendore dhe të sjelljes në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Pavarësisht konsideratave metodologjike të përmendura më herët në këtë raport, për sa i përket renditjes rajonale, Shqipëria paraqet një barrë relativisht të ulët të çrregullimeve mendore dhe të sjelljes krahasuar me vendet e tjera të EJT-së (Tabela 35).

Barra proporcionale e standardizuar për moshën e çrregullimeve mendore dhe të sjelljes në Shqipëri ishte 11.0% duke përbërë, së bashku me Maqedoninë, proporcionin më të ulët në rajon. Krahasuar me dy dekada më parë (8.2% në 1990), vërehet një rritje domethënëse që dëshmon për implikimet serioze që këto gjendje kanë për shëndetin publik në Shqipëri aktualisht, por në mënyrë të veçantë edhe në të ardhmen e afërt. Prandaj, politikëbërësit dhe vendimmarrësit në vendin tonë duhet të jenë në dijeni të barrës dhe pasojave që çrregullimet mendore dhe të sjelljes mund të kenë për sistemin e kujdesit shëndetësor.

Tabela 35. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për çrregullimet mendore dhe të sjelljes në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	2534.8	8.2	2890.7	11.0
Bosnje-Hercegovina	3567.3	11.0	2831.0	12.0
Kroacia	3885.8	12.0	3516.5	15.0
Greqia	2739.7	12.0	2939.6	14.0
Maqedonia	3147.7	9.4	2876.2	11.0
Mali i Zi	3250.2	11.0	3249.6	13.0
Serbia	3907.9	13.0	3311.5	14.0
Sllovenia	3010.9	10.0	2851.7	14.0

Çrregullimet neurologjike

Barra e gjithë çrregullimeve neurologjike ka pësuar vetëm një rritje të lehtë në Shqipëri gjatë dy dekadave të tranzicionit. Çrregullimet neurologjike zinin 3.7% të barrës totale të sëmundjeve në popullatën shqiptare në vitin 1990, dhe në vitin 2010, ky proporcion arriti në 4.1%, duke paraqitur një rritje disi më të lartë në femra sesa në meshkuj (Tabela 36).

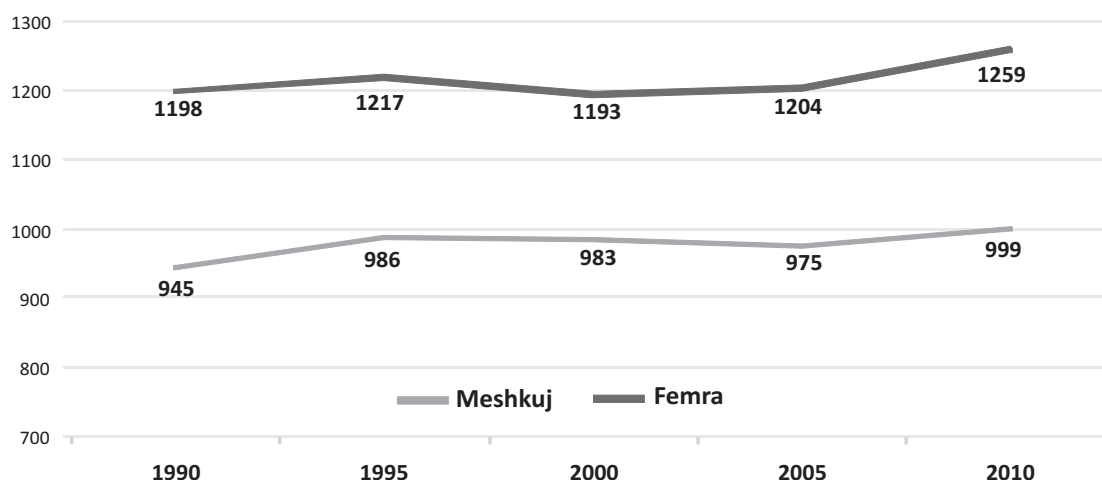
Tabela 36. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për çrregullimet neurologjike në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	DALY Përqindja
Meshkuj	999.1	3.2	945.0	3.0
Femra	1259.0	5.3	1198.1	4.6
Totali	1128.9	4.1	1068.4	3.7

Te femrat, tendenca kohore e çrregullimeve neurologjike është e paqëndrueshme. Pas një rritjeje të parëndësishme fillestare (nga 1990 në 1995), u vërejt një ulje modeste në pesë vitet pasuese. Pas vitit 2000, u paraqit një rritje e qëndrueshme, por e lehtë (Figura 49). Një model i ngjashëm u vërejt te meshkujt, me një rritje të lehtë fillestare në vitet 1990-1995, të ndjekur nga një ulje e parëndësishme në dhjetë vitet pasuese (deri në 2005). Më pas, u evidentua një rritje e lehtë.

Në total, të dhënat tregojnë një rritje të lehtë të barrës së çrregullimeve neurologjike në Shqipëri, e cila megjithatë duhet të interpretohet me kujdes, jo vetëm për shkak të nënraportimit të këtyre gjendjeve, por veçanërisht keqklasifikimit të tyre në kontekstin lokal, ku çrregullimet neurologjike së bashku me ato mendore dhe të sjelljes janë fenomene gjerësisht të stigmatizuara.

Figura 49. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për çrregullimet neurologjike në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)



Pavarësisht këtyre konsideratave, barra e standardizuar për moshën e çrregullimeve neurologjike në të dy gjinitë në Shqipëri shënoi vlerën më të lartë në rajonin e EJT-së si në vitin 1990 ashtu dhe në 2010 (Tabela 36.a).

Megjithatë, kjo gjetje nuk reflektohet domosdoshmërisht në një proporcion më të lartë të këtyre gjendjeve në barrën totale të sëmundjeve. Kështu, DALY-t proporcionale të çrregullimeve neurologjike në Shqipëri në vitin 2010 zinin 4.1% të barrës totale të sëmundjeve, duke e vendosur Shqipërinë në vlerat mesatare të rajonit të EJT-së.

Tabela 36.a. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për çrregullimet neurologjike në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Çrregullimet neurologjike (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	1134.6	3.7	1102.7	4.1
Bosnje-Hercegovina	997.8	3.2	975.6	4.2
Kroacia	924.9	2.9	916.0	3.9
Greqia	840.5	3.6	862.7	4.4
Maqedonia	984.0	2.9	963.4	3.8
Mali i Zi	950.8	3.4	983.5	3.8
Serbia	988.0	3.4	964.7	4.0
Sllovenia	1041.4	3.6	978.2	4.8

Lëndimet

Në këtë kategori përfshihen lëndimet e paqëllimta, lëndimet e qëllimta dhe lëndimet rrugore.

Në njëzet vitet e shkuara, Shqipëria përjetoi një rritje të barrës së lëndimeve nga të gjitha shkaqet (DALY-t absolute për 100,000 ishin rreth 3,059 në vitin 1990 dhe 3,268 në vitin 2010, duke reflektuar një rritje proporcionale të moderuar nga 10.6% në vitin 1990 në 11.9% në vitin 2010) (Tabela 37).

U vërejt një rritje më e madhe te meshkujt sesa te femrat (në vitin 2010, barra proporcionale e të gjithë lëndimeve ishte 15.2% në meshkuj vs. 7.6% në femra). Në terma absolutë, barra e gjithë lëndimeve në vitin 2010 ishte 2.6 herë më e lartë në meshkuj sesa në femra (rreth 4,717 në meshkuj vs. 1,817 DALY në femra, për 100,000) (Tabela 37).

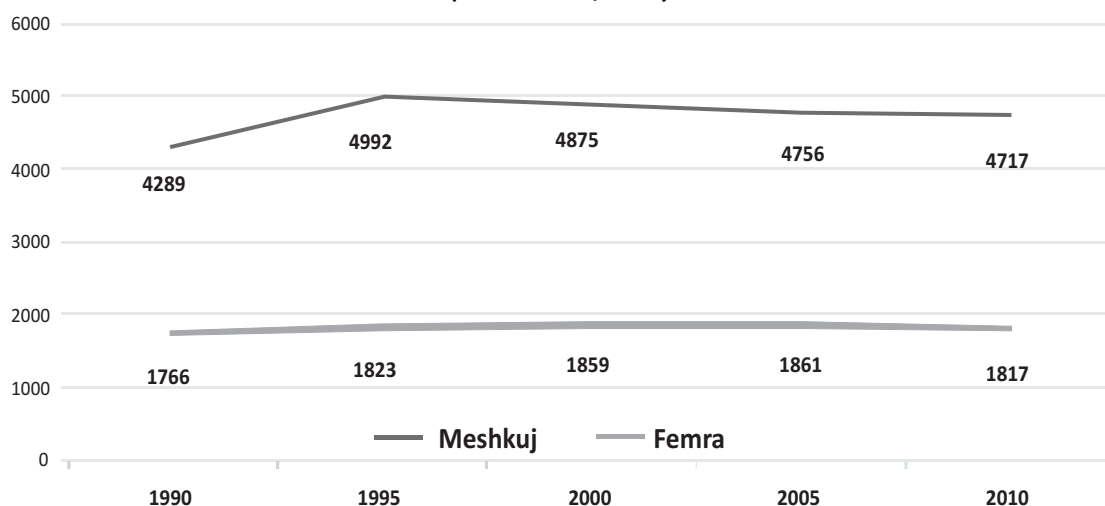
Tabela 37. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për lëndimet nga të gjithë shkaqet në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	4717.2	15.2	4289.3	13.7
Femra	1817.1	7.6	1765.8	6.8
Totali	3268.3	11.9	3058.9	10.6

Analiza më e thelluar seks-specifike, paraqet një rritje të mprehtë të nivelit të lëndimeve nga gjithë shkaqet te meshkujt gjatë periudhës 1990-1995 (Figura 50). Më pas, u vërejt një rënie e lehtë që tregon stabilizimin e këtyre gjendjeve te meshkujt shqiptarë pas rritjes fillestare që koïncidon me vitet e para të vështira të tranzicionit pas rënies së regjimit komunist në fillim të viteve 1990 (ku meshkujt u prekën shumë më tepër sesa femrat veçanërisht nga lëndimet e qëllimta).

Nga ana tjetër, te femrat u vërejt një rritje e moderuar në dekadën e parë të tranzicionit, e ndjekur nga një periudhë stabilizimi (gjatë viteve 2000-2005) dhe më pas një rënie e lehtë (2005-2010), duke paraqitur një tendencë kuadratike jodomethënëse (Figura 50).

Figura 50. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për lëndimet nga gjithë shkaqet në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)



Krahasuar me vendet e tjera të rajonit, barra e lëndimeve nga gjithë shkaqet e standardizuara për moshën në Shqipëri përfaqësonte vlerën më të lartë në vitin 2010 me rreth 3,195 DALY për 100,000 (Tabela 38).

Dy dekada më parë, në kohën e rënies së diktaturës komuniste, Shqipëria renditej diku nga mesi në terma të barrës absolute të lëndimeve nga gjithë shkaqet, ku Kroacia dhe Sllovenia zinin vendet e para. Ky pozicionim rajonal ndryshoi gjatë njëzet viteve të shkuara, duke qenë se pjesa më e madhe e vendeve të rajonit të EJT-së patën progres drejt reduktimit të barrës së lëndimeve, përveç Malit të Zi dhe veçanërisht Shqipërisë ku u vërejt një rritje si në terma absolutë ashtu dhe relativë të barrës së lëndimeve nga gjithë shkaqet (Tabela 38).

Tabela 38. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për lëndimet nga gjithë shkaqet në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Lëndimet nga gjithë shkaqet (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	3098.6	10.1	3194.7	12.0
Bosnje-Hercegovina	3323.9	10.6	2406.1	10.3
Kroacia	4538.1	14.5	2657.3	11.3
Greqia	2544.4	11.1	2043.5	10.4
Maqedonia	2807.2	8.4	2214.5	8.6
Mali i Zi	2679.8	9.5	2877.1	11.2
Serbia	3136.9	10.7	2535.2	10.6
Sllovenia	4335.9	15.1	2787.0	13.6

Analiza shkak-specifike (Tabela 39) tregon që lëndimet e qëllimta janë rritur në Shqipëri në të dy gjinitë gjatë dy dekadave të shkuara, veçanërisht në dekadën e parë të tranzicionit, pas së cilës u vërejt një stabilizim i tyre (të dhënat nuk tregohen në Tabelën 39). Megjithatë, bazuar në natyrën e tyre plotësisht të parandalueshme, këto gjendje paraqesin prevalencë të lartë dhe përbëjnë një shqetësim të veçantë në kontekstin e tranzicionit të shpejtë në Shqipëri. Për sa i përket lëndimeve të paqëllimta, u vërejt një ulje e moderuar në të dy gjinitë, veçanërisht pas pikut të vitit 2000 (të dhënat nuk tregohen në Tabelën 39).

Sidoqoftë, regjistrimi dhe klasifikimi i saktë i lëndimeve të qëllimta dhe të paqëllimta është i diskutueshëm në rastin e Shqipërisë. Prandaj, këto vlerësime duhet të interpretohen gjithnjë me shumë kujdes.

Nga ana tjetër, lëndimet rrugore pësuan rritje në të dy gjinitë, veçanërisht te meshkujt të cilët e përdorin më shpesh infrastrukturën rrugore në cilësinë e drejtuesit të mjeteve motorike. Tendencia e përgjithshme në rritje e lëndimeve nga aksidentet rrugore, thekson nevojën urgjente për marrjen e masave infrastrukturore dhe parandaluese në Shqipërinë që po urbanizohet me ritme të shpejta.

Tabela 39. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-spezifike veçmas për lëndimet e qëllimta, të paqëllimta dhe atyre rrugore në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Gjinia/lloji i lëndimit	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj:				
Lëndime të qëllimta	1026.6	3.3	733.9	2.3
Lëndime të paqëllimta	2091.6	6.7	2241.8	7.2
Lëndime rrugore	1598.9	5.1	1313.6	4.2
Femra:				
Lëndime të qëllimta	329.4	1.4	206.2	0.8
Lëndime të paqëllimta	957.8	4.0	1121.1	4.3
Lëndime rrugore	529.9	2.2	438.5	1.7
Totali:				
Lëndime të qëllimta	678.3	2.5	476.6	1.7
Lëndime të paqëllimta	1525.2	5.6	1695.4	5.9
Lëndime rrugore	1064.9	3.9	886.9	3.1

Sidoqoftë, barra e lëndimeve rrugore e standardizuar për moshën në Shqipëri në vitin 2010 ishte shumë e ngjashme me nivelet e observuara në Malin e Zi ose Kroaci (Tabela 40), por më e lartë sesa në Maqedoninë fqinje, dhe veçanërisht Bosnje-Hercegovinë, të cilat paraqitën një nivel shumë të ulët të lëndimeve rrugore.

Tabela 40. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për lëndimet rrugore në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Lëndimet rrugore (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	823.1	2.7	861.3	3.2
Bosnje-Hercegovina	339.4	1.1	378.8	1.6
Kroacia	1423.6	4.5	868.1	3.7
Greqia	1190.2	5.2	895.1	4.6
Maqedonia	669.5	2.0	590.4	2.3
Mali i Zi	771.5	2.7	863.9	3.4
Serbia	945.7	3.2	786.2	3.2
Sllovenia	1418.0	4.9	795.3	3.9

Në përmblendhje, niveli i barrës së lëndimeve rrugore në Shqipëri është i ngjashëm me mesataren e rajonit të EJT-së, por sidoqoftë është në rritje.

Përveç kësaj, duhet të ekzistojë një nënvlerësim i konsiderueshëm i këtyre ngjarjeve për shkak të nënregjistrimit të aksidenteve të trafikut rrugor në statistikat shëndetësore zyrtare në Shqipëri.

Kjo situatë është veçanërisht shqetësuese në kontekstin e progresit ekonomik të Shqipërisë, i cili është i lidhur me një rritje të konsiderueshme të numrit të mjeteve motorike në vend.

Numri i rritur i mjeteve motorike, nga ana tjetër, së bashku me infrastrukturën e papërshtatshme, çon në mënyrë të paevitueshme në rritjen e lëndimeve rrugore në Shqipëri, një vend ku “nuk lejohej” posedimi i makinave private gjatë regjimit komunist.

Cirroza e mëlçisë

Në total, u vërejt një rritje e barrës së cirrozës së mëlçisë në Shqipëri gjatë njëzet viteve të shkuara (nga rreth 117 në 150 DALY për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht) (Tabela 41).

Kjo rritje ishte e ngjashme te meshkujt dhe femrat, duke sugjeruar që konsumi i tepruar i alkoolit, një tipar i stilit të jetesës shumë më prevalent në meshkuj, mund të mos shpjegojë plotësisht rritjen e barrës së cirrozës në Shqipëri.

Përkundrazi, hepatiti B mund të luajë një rol domethënës në nivelin e rritjes së cirrozës, në kuadër të rritjes së këtij infeksioni gjatë periudhës së tranzicionit në Shqipëri (nëpërmjet marrëdhënieve seksuale të pambrojtura, përdorimit të drogave të injektueshme, si dhe transfuzioneve të gjakut të pasigurt).

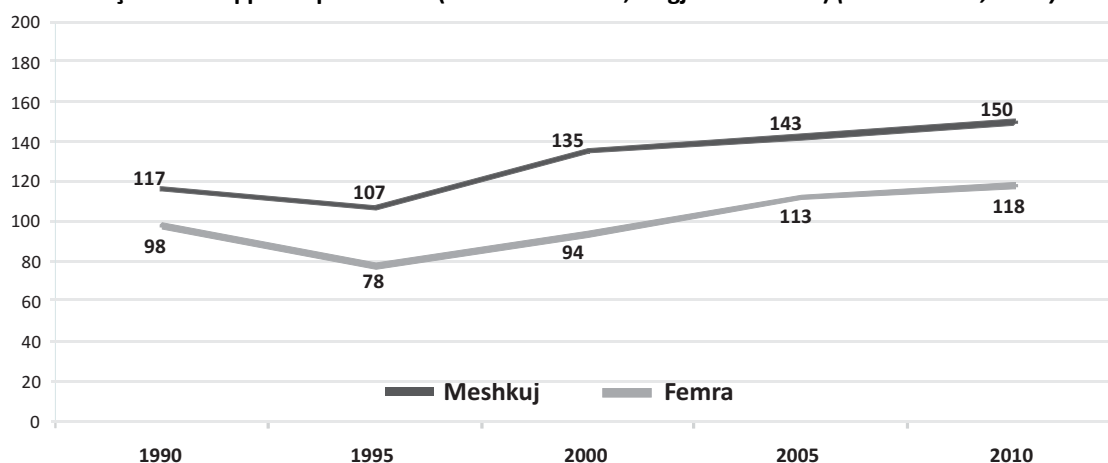
Tabela 41. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për cirrozën e mëlçisë në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	150.0	0.5	116.8	0.4
Femra	117.8	0.5	98.4	0.4
Totali	133.9	0.5	107.8	0.4

Në mënyrë interesante, u vërejt një rënie e moderuar e barrës së cirrozës në të dy gjinitë nga viti 1990 në vitin 1995 (Tabela 41).

Më pas, u vërejt një rritje e qëndrueshme, por e moderuar në të dy gjinitë.

Figura 51. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për cirrozën e mëlçisë në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Pavarësisht kësaj, barra e cirrozës së mëlçisë e standardizuar për moshën në të dy gjinitë në Shqipëri në vitin 2010 (rreth 123 për 100,000 DALY, duke zënë vetëm 0.5% të barrës totale të sëmundjeve) ishte më e ulëta në rajonin e EJT-së përveç Malit të Zi (Tabela 42).

Nivelet e cirrozës së mëlçisë ishin veçanërisht të larta në Slloveni dhe Kroaci në vitin 2010, pavarësisht rënies së konsiderueshme krahasuar me vitin 1990.

Tabela 42. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për cirrozën e mëlçisë në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Cirroza (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	147.2	0.5	123.2	0.5
Bosnje-Hercegovina	403.2	1.3	298.7	1.3
Kroacia	792.1	2.5	493.9	2.1
Greqia	201.2	0.9	140.4	0.7
Maqedonia	192.4	0.6	147.4	0.6
Mali i Zi	104.4	0.4	94.8	0.4
Serbia	220.0	0.8	191.0	0.8
Sllovenia	953.6	3.3	503.5	2.5

Pamjaftueshmëritë nutricionalë

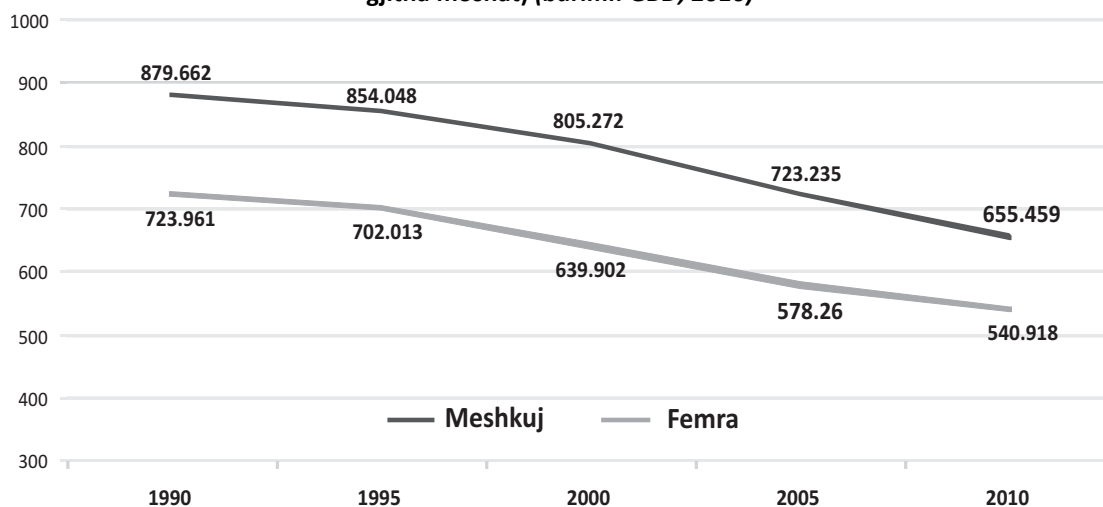
Pamjaftueshmëritë nutricionalë përfaqësojnë një grup sëmundjesh, nivelet e të cilave ndonjëherë janë të vështira për t'u interpretuar dhe komunikuar te politikëbërësit. Në Shqipëri, barra e pamjaftueshmërive nutricionalë pësoi ulje gjatë dy dekadave të shkuara (nga rreth 804 në 598 DALY për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht) (Tabela 43). Rënia e nivelit të pamjaftueshmërive nutricionalë ishte e ngjashme te meshkujt dhe femrat, gjë që mund të lidhet me përmirësimin e disponueshmërisë së ushqimit dhe zhvillimin ekonomik relativ në përgjithësi.

Tabela 43. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për pamjaftueshmëritë nutricionalë në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	655.5	2.1	879.7	2.8
Femra	540.9	2.3	724.0	2.8
Totali	598.2	2.2	803.7	2.8

Me të vërtetë, në të dy gjinitë, u vërejt një rënie e qëndrueshme e barrës së pamjaftueshmërive nutricionalë në Shqipëri, e cila ishte më e mprehtë gjatë dekadës së fundit (d.m.th., nga viti 2000 në vitin 2010) (Figura 52).

Figura 52. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për pamjaftueshmëritë nutricionalë në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Pavarësisht uljes së pamjaftueshmërive nutricionalë, Shqipëria vazhdon të paraqesë barrën më të lartë të këtyre çrregullimeve midis gjithë vendeve të tjera të rajonit, në mënyrë të ngjashme me renditjen në kohën e rënies së periudhës komuniste në vitin 1990 (Tabela 44). Kjo mund të shpjegohet nga fakti që, Shqipëria vazhdon të mbetet ndoshta vendi më i varfër në rajon. Pamjaftueshmëritë nutricionalë ndikohen në një shkallë të madhe nga bollëku ekonomik, dhe për këtë arsye kjo renditje e Shqipërisë nuk është befasuese.

Tabela 44. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për pamjaftueshmëritë nutricionalë në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Pamjaftueshmëritë nutricionale (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	761.012	2.5	608.495	2.3
Bosnje-Hercegovina	553.798	1.8	408.542	1.7
Kroacia	424.233	1.4	415.252	1.8
Greqia	64.6303	0.3	47.24	0.2
Maqedonia	335.554	1.0	297.399	1.2
Mali i Zi	432.253	1.5	429.998	1.7
Serbia	325.259	1.1	318.837	1.3

Sëmundjet diarreike dhe infeksionet respiratore

Barra e sëmundjeve diarreike dhe infeksioneve respiratore ka shënuar një rënie spektakolare në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara. Në kohën e rënies së diktaturës komuniste, këto sëmundje infektive përbënin 21.4% të barrës totale të sëmundjeve (Tabela 45). Në kontrast me këtë, në vitin 2010, kjo shifër ishte vetëm 4.3%.

U vërejt një rënie pak a shumë e ngjashme në të dy gjinitë, që dëshmon për masat efektive të ndërmarra lidhur me ujin dhe sigurinë, si dhe masa të tjera parandaluese në përgjithësi. Gjithashtu, rënia mjaft e mprehtë e niveleve të sëmundjeve diarreike dhe infeksioneve respiratore mund t'i atribuohet rritjes së efektivitetit të kujdesit shëndetësor përgjatë viteve në Shqipëri.

Tabela 45. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet diarreike dhe infeksionet respiratore në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1328.2	4.3	6580.5	21.0
Femra	1030.2	4.3	5733.7	22.0
Totali	1179.4	4.3	6167.6	21.4

Analizat specifike sugjerojnë një rënie domethënëse të sëmundjeve diarreike në të dy gjinitë në Shqipëri, duke zënë vetëm 0.3% të barrës totale të sëmundjeve në vitin 2010 (Tabela 46).

Po kështu, infeksionet respiratore të poshtme (IRP), të cilat zinin pothuajse 18% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri në vitin 1990, pësuan rënie të konsiderueshme gjatë dy dekadave të shkuara, duke përbërë vetëm rreth 3% të barrës totale të sëmundshmërisë në vitin 2010.

Tabela 46. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet diarreike dhe infeksionet respiratore të poshtme në Shqipëri në vitet 1990 dhe 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

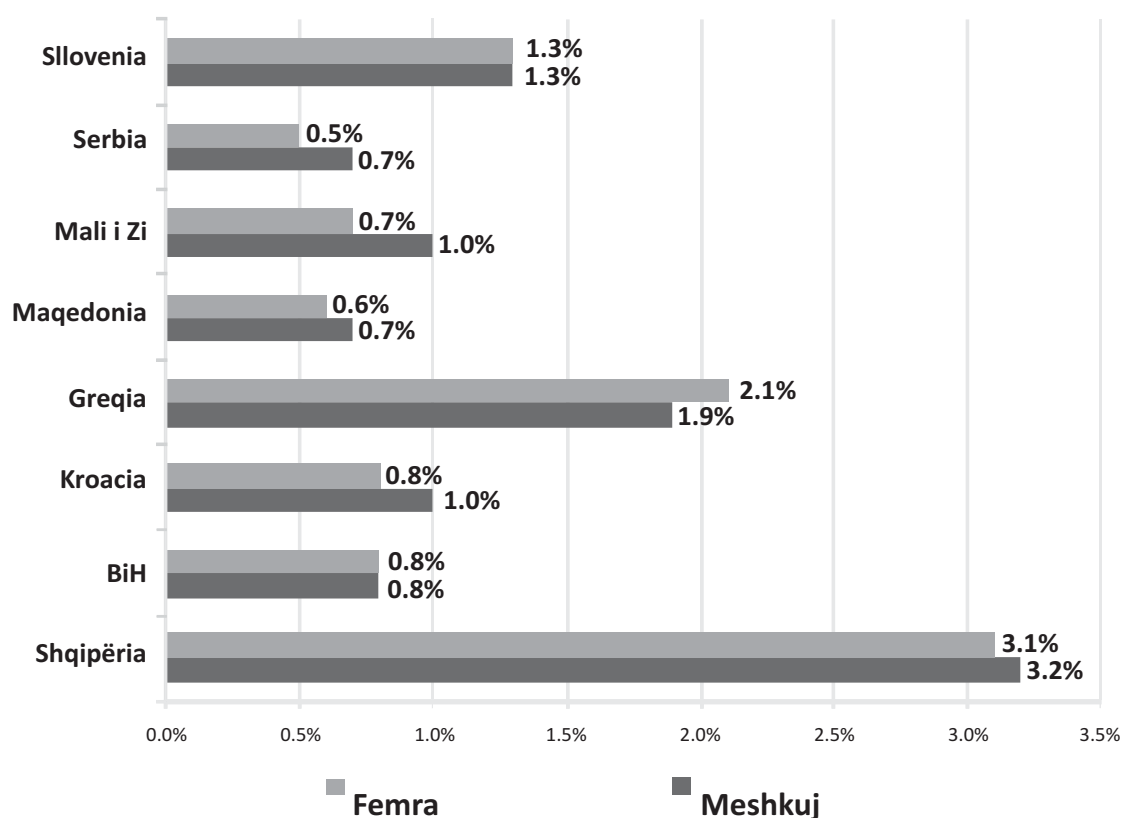
Sëmundjet diarreike	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	72.9	0.2	440.4	1.4
Femra	71.2	0.3	430.9	1.6
Totali	72.1	0.3	435.7	1.5

IRP	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1006.3	3.2	5477.4	17.5
Femra	749.4	3.1	4755.9	18.2
Totali	877.9	3.2	5125.6	17.8

Ulja e shprehur e sëmundjeve diarreike dhe e IRP-ve në Shqipëri, megjithatë, nuk na ndihmon shumë në renditjen tonë në nivelin më të lartë të vendeve të rajonit të Evropës Juglindore (EJL).

Për shembull, në vitin 2010, proporcioni (standardizuar për moshën) i IRP-ve në Shqipëri ishte 3.2%, shifër kjo mjaft më e lartë sesa në vendet fqinje (Figura 53).

Figura 53. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi proporcionale të standardizuara për moshën për infeksionet respiratore të poshtme në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJL-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



HIV/AIDS dhe Tuberkulozi

Në total, u vërejt një ulje e lehtë e barrës së HIV/AIDS dhe tuberkulozit në Shqipëri gjatë njëzet viteve të kaluara (Tabela 47).

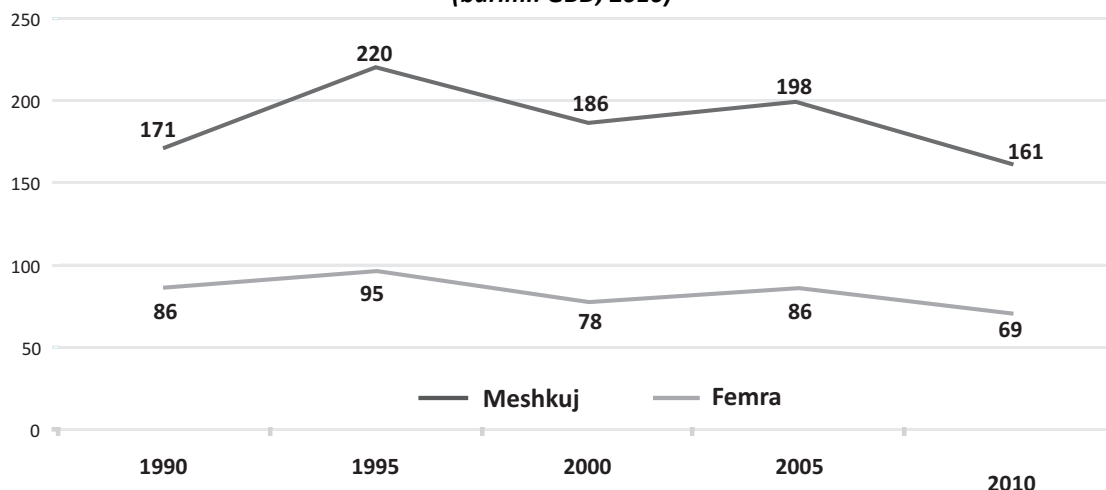
Tabela 47. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për HIV/AIDS dhe tuberkulozin në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	160.7	0.5	171.1	0.5
Femra	69.3	0.3	85.7	0.3
Totali	115.0	0.4	129.4	0.4

Analiza më e detajuar sugjeroi një rritje të barrës së HIV/AIDS-it dhe tuberkulozit gjatë gjysmës së parë të viteve 1990, veçanërisht te meshkujt shqiptarë (Figura 54).

Më pas, pavarësisht disa luhatjeve në të dy gjinitë, u vërejt një rënie e përgjithshme, por ende ka vend për përmirësime të mëtejshme.

**Figura 54. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për HIV/AIDS-in dhe tuberkulozin në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**

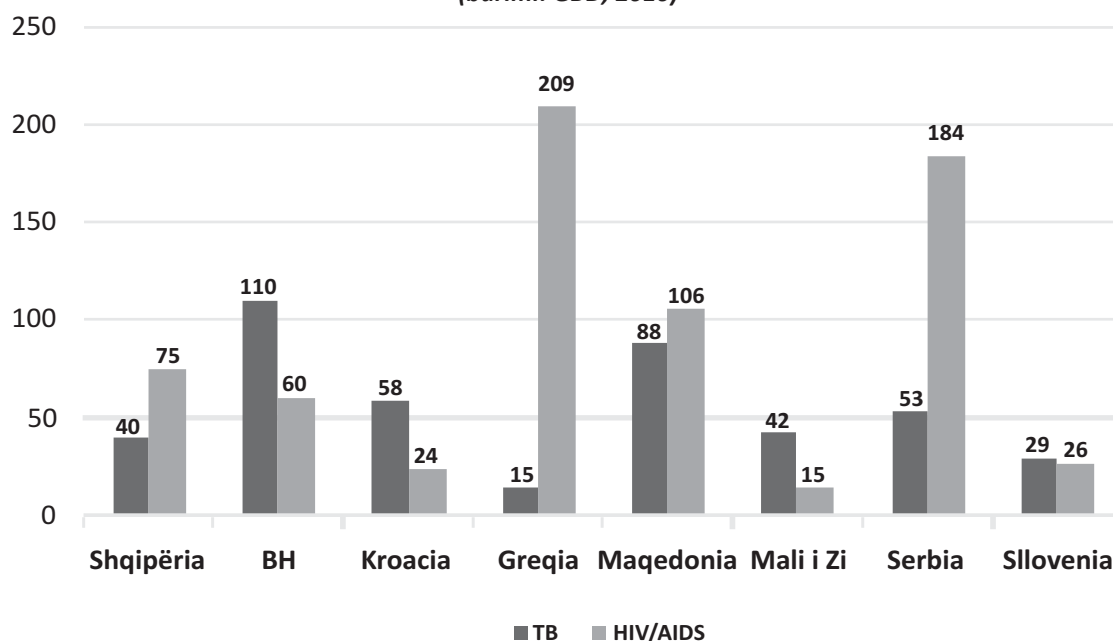


Për sa i përket diferencave rajonale, Shqipëria bën pjesë në vendet me prevalencë të ulët të HIV/AIDS-it dhe tuberkulozit.

Në vitin 2010, barra e tuberkulozit të standardizuar për moshën në Shqipëri ishte ndër më të ulëtat në rajon (40 DALY për 100,000), ndërsa barra e HIV/AIDS-it (75 DALY për 100,000) renditej diku nga mesi i klasifikimit (Figura 55).

Vlen për t'u theksuar se, barra e of HIV/AIDS-it në Greqi në vitin 2010 ishte më e larta në rajon, e ndjekur nga Serbia. Në të kundërt, në Malin e Zi, vend fqinj me Serbinë, u vërejt një barrë jashtëzakonisht e ulët e HIV/AIDS-it (15 për 100,000 DALY), ndjekur nga Kroacia dhe Sllovenia.

Figura 55. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën (për 100,000) për HIV/AIDS-in dhe tuberkulozin në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Sëmundjet e tjera infektive

Përveç sëmundjeve diarreike dhe infeksioneve respiratore, është vërejtur edhe një rënie domethënëse e barrës së sëmundjeve të tjera infektive në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara, përfshirë hepatitin (kryesisht hepatiti A me origjinë hidrike), nefritin, pielonefritin ose infeksionet e traktit urinar.

Rënia e përgjithshme e këtyre infeksioneve varioi nga rreth 262 në 104 DALY për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010 (Tabela 48).

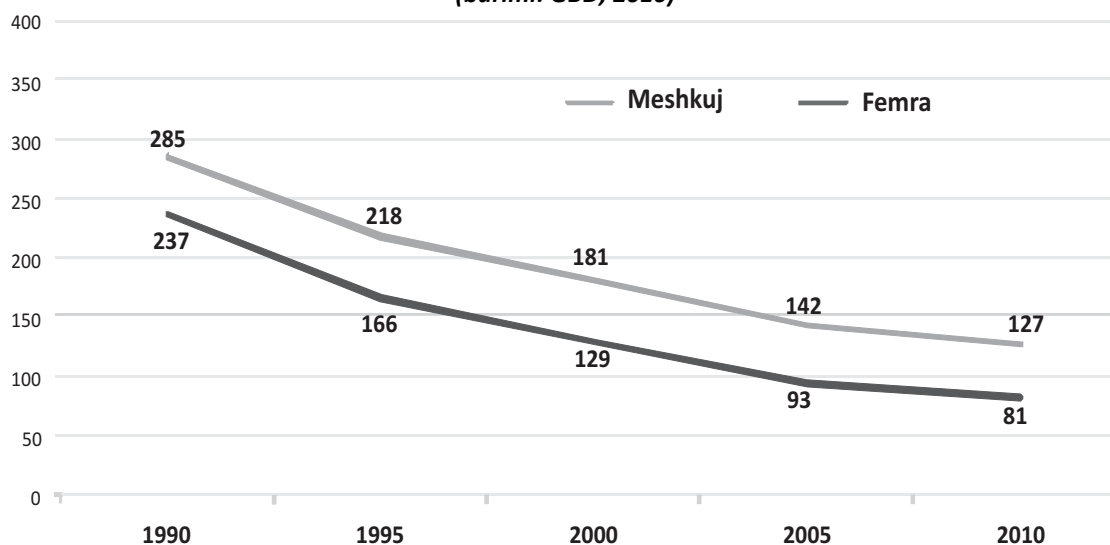
Në vitin 2010, proporcioni i këtyre infeksioneve zinte vetëm 0.4% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri.

Tabela 48. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet e tjera infektive në Shqipëri në 1990 dhe 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	126.7	0.4	285.1	0.9
Femra	81.2	0.3	236.7	0.9
Totali	104.0	0.4	261.5	0.9

Në fakt, u vërejt një rënie e shpejtë lineare e sëmundjeve infektive në të dy gjinitë në Shqipëri, siç paraqitet në Figurën 56.

**Figura 56. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për sëmundjet e tjera infektive në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**



Por sërish, barra e sëmundjeve infektive vazhdon ta mbajë Shqipërinë në krye të vendeve të rajonit të EJT-së dhe, në këtë kontekst, ka shumë vend për përmirësim, duke iu referuar veçanërisht rishfaqjes së disa sëmundjeve infektive “klasike” dhe disa sëmundjeve infektive “të reja”, për të cilat sistemet shëndetësore janë shpesh të papërgatitura për t’u përballur me to në kohë dhe në mënyre efektive.

Sëmundjet neonatale

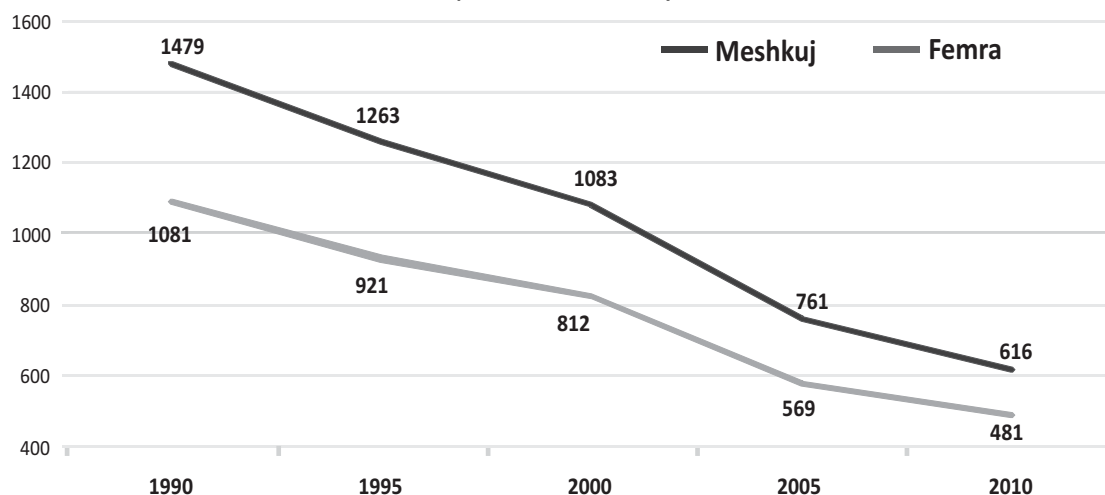
Sëmundjet neonatale kanë pësuar rënie të konsiderueshme në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara. Në total, në vitin 1990 këto sëmundje zinin 4.5% të barrës totale të sëmundjeve, ndërsa në vitin 2010 vetëm 2.0% (Tabela 49).

**Tabela 49. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike për sëmundjet neonatale në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**

Gjinia	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	616.1	2.0	1479.0	4.7
Femra	480.8	2.0	1080.8	4.1
Totali	548.5	2.0	1284.8	4.5

Në të dy gjinitë u vërejt një ulje e fortë lineare, me rënien më të mprehtë në periudhën 2000-2005 (Figura 57). Gjatë dekadës së shkuar, tendenca në rënie ishte më e fortë te meshkujt. Që këtëj, diferenca gjinore në vitin 1990 ishte rreth 400 DALY për 100,000, ndërsa në vitin 2010 ajo u reduktua në 135 DALY për 100,000.

**Figura 57. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për sëmundjet neonatale në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat)
(burimi: GBD, 2010)**



Në mënyrë interesante, në kohën e rënies së diktaturës komuniste, barra e sëmundjeve neonatale të standardizuara për moshën në Shqipëri (rreth 1,017 DALY për 100,000) ishte edhe më e ulët sesa mesatarja e rajonit të EJT-së (Tabela 50). Me përjashtim të Greqisë dhe Sllovenisë, barra e sëmundjeve neonatale në Shqipëri ishte më e ulët në rajon në vitin 1990. Në atë kohë, barra e sëmundjeve neonatale ishte veçanërisht e lartë në Maqedoni, e ndjekur nga Bosnje-Hercegovina, Mali i Zi dhe Serbia.

Sidoqoftë, regjistrimi i saktë i sëmundjeve neonatale në Shqipëri gjatë diktaturës komuniste ishte i diskutueshëm. Gjendja shëndetësore e nënës dhe e fëmijës konsideroheshin si indikatorët më të rëndësishëm të performancës së sistemit të kujdesit shëndetësor dhe prandaj, nënregjistrimi i këtyre ngjarjeve gjatë regjimit komunist duhet të ketë qenë sistematik, ose të paktën deri në njëfarë mase.

Në vitin 2010, me përjashtim të Maqedonisë, barra e sëmundjeve neonatale në Shqipëri, pavarësisht rënies së saj në terma absolute, ishte ndër më të lartat në rajon së bashku me Malin e Zi dhe Bosnje-Hercegovinën. Për t'u theksuar është se, Serbia ia ka dalë mbanë të reduktojë në mënyrë të konsiderueshme (gati tri herë) barrën e sëmundjeve neonatale gjatë njëzet viteve të shkuara.

Tabela 50. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për sëmundjet neonatale në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Sëmundjet neonatale (të dy gjinitë)	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	1016.8	3.3	753.8	2.8
Bosnje-Hercegovina	1621.7	5.2	726.1	3.1
Kroacia	998.5	3.2	484.1	2.1
Greqia	761.3	3.3	325.0	1.7
Maqedonia	2603.2	7.8	890.4	3.5
Mali i Zi	1547.0	5.5	762.4	3.0
Serbia	1472.9	5.0	493.3	2.1
Sllovenia	717.7	2.5	338.7	1.6

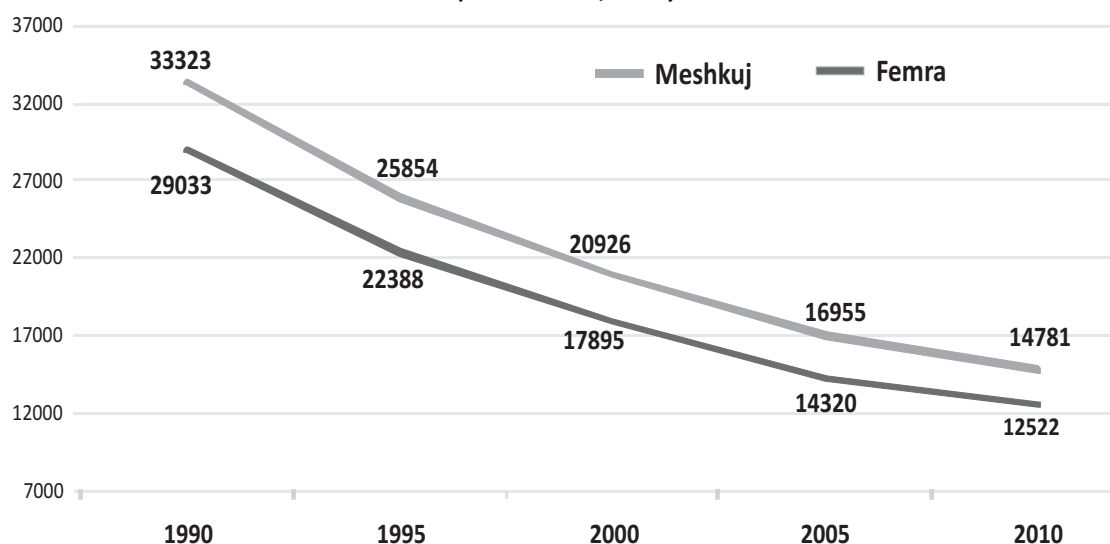
Në përmbledhje është vërejtur një ulje e madhe e sëmundjeve neonatale në Shqipëri, gjatë periudhës së tranzicionit drejt sistemit të ekonomisë së tregut. Kjo rënie e rëndësishme ka të ngjarë t'i atribuohet si përmirësimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, ashtu edhe masave parandaluese efektive.

Sidoqoftë, regjistrimi i saktë i sëmundjeve neonatale vazhdon të përbëjë një shqetësim të veçantë që meriton hetim shkencor të hollësishëm.

Barra e sëmundjeve në fëmijët e moshës 1-4 vjeç

Në total, barra e sëmundjeve në fëmijët e moshës 1-4 vjeç ka rënë në mënyrë të konsiderueshme në Shqipëri gjatë njëzet viteve të shkuara (Figura 58).

Figura 58. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi gjini-specifike (për 100,000) për barrën e sëmundjeve në fëmijët e moshës 1-4 vjeç Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Në të dy gjinitë u vërejt një tendencë lineare në zbritje. Megjithatë, rënia më e madhe në të dy gjinitë u vërejt gjatë pesë viteve të para pas rënies së regjimit komunist (nga viti 1990 në vitin 1995).

Ashtu si në rastin e çrregullimeve neonatale, ky ndryshim i rëndësishëm në barrën e sëmundjeve të fëmijët e moshës 1-4 vjeç, ndoshta i atribuohet progresit dhe modernizimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe zbatimit të programeve të suksesshme parandaluese.

Në vitin 1990, barra e sëmundjeve në fëmijët e moshës 1-4 vjeç në Shqipëri ishte mbi tri herë më e lartë sesa mesatarja e rajonit të EJT-së (31,246 DALY për 100,000) (Tabela 51). Barra shtesë në krahasim me vendin me shifrën e dytë më të lartë (Maqedonia) ishte rreth 19,000 DALY për 100,000.

Në vitin 2010, u vërejt një rënie e theksuar (më shumë se dyfish) e barrës së sëmundjeve në fëmijët 1-4 vjeç në Shqipëri. Megjithatë, Shqipëria vazhdon të paraqesë nivelin më të lartë në rajon, më shumë se dyfishi krahasuar me Malin e Zi, i cili është vendi me barrën e dytë më të lartë në rajonin e EJT-së (Tabela 51).

Tabela 51. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën në të dy gjinitë për barrën e sëmundjeve në fëmijët 1-4 vjeç në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitet 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)

Barra e sëmundjeve në fëmijët 1-4 vjeç (të dy gjinitë)	Viti: 1990	Viti: 2010
Shqipëria	31246.1	13688.1
Bosnje-Hercegovina	8941.6	5908.1
Kroacia	7132.3	5132.9
Greqia	5788.2	3813.3
Maqedonia	12529.4	6238.5
Mali i Zi	10379.3	6292.4
Serbia	8817.9	5098.5
Sllovenia	7061.8	4804.1

Megjithëse infeksionet respiratore akute (IRA) dhe diarrea kanë qenë ndër shkaqet kryesorë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë feminare nën pesë vjeç, vihet re një tendencë zbritëse. Kështu, prevalenca e diarresë është ulur në mënyrë të qëndrueshme nga 14% në vitin 2000 [*Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), 2000*] në 7% në vitin 2005 (MICS 2005), dhe më pas në 5% në vitin 2009 (ADHS, 2010).

Sipas Studimit Demografik dhe Shëndetësor të Shqipërisë 2010 (ADHS), vetëm 5% e fëmijëve nën pesë vjeç kishin simptoma të IRA-s në dy javët përpara anketës. Fëmijët e banesave që përdornin furrë me dru për gatim kishin gjasa dy herë më të mëdha për të patur simptoma të IRA-s, krahasuar me fëmijët e banesave që përdornin rrymën elektrike ose gazin për gatim (respektivisht, 8% kundrejt 4%).

Prevalenca e IRA-s në vitin 2009 për fëmijët shqiptarë mbetet e ngjashme me atë të vitit 2005.

Barra e kequshqyerjes të fëmijët

Pamjaftueshmëritë nutricionalë

Ndonëse rritja ekonomike në Shqipëri ka përmirësuar sigurimin e ushqimit dhe gjendjen e përgjithshme të ushqyerjes, kequshqyerja vazhdon të jetë e pranishme te fëmijët. Shkaqet e kequshqyerjes nga mikronutrientët në Shqipëri janë një kombinim i mospësigurimit të ushqimit në familje, praktikave jo të mira të ushqyerjes dhe kujdesit për foshnjën dhe fëmijën, si dhe aksesit i papërshtatshëm ndaj shërbimeve shëndetësore cilësore (ADHS, 2010).

Prapambetja në rritje (*stunting*) dhe lloje të tjera të nënushqyerjes, ulin shanset e fëmijës për mbijetesë, si dhe pengojnë rritjen dhe shëndetin optimal. Nga ana tjetër, mbipesha dhe obeziteti si shfaqje të mbiushqyerjes, rritin ndjeshëm rrezikun e diabetit dhe SHT-ve në moshën adulte. Nënushqyerja dhe mbiushqyerja kanë pasoja serioze të mbijetesës dhe zhvillimit të fëmijëve, gjendja e tyre shëndetësore në moshën adulte, si dhe të produktivitetit ekonomik të individëve, komuniteteve dhe kombeve (WHO, 2011).

Sipas ADHS 2008-2009, rreth 19% e fëmijëve nën pesë vjeç ishin të shkurtër për moshën, 5% ishin nëneshë dhe 22% mbipeshë (ADHS, 2010).

Pamjaftueshmëria jodike është një prej shkaqeve më të parandalueshme të prapambetjes mendore te fëmijët, e cila mund të sjellë ulje prej 13.5 pikësh të koeficientit të inteligjencës (IQ) dhe rezultate të dobëta në shkollë (WHO, 2014). Kjo pamjaftueshmëri korrigjohet lehtësisht duke përdorur kripë të jodizuar.

Sipas një studimi të kryer nga Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) në vitin 2007, prevalenca e çrregullimeve nga pamjaftueshmëria jodike është ulur në shifrën 55% te fëmijët e moshës shkollore, krahasuar me shifrën 93% në vitin 1993 sipas një tjetër studimi të ISHP-së (ISHP, 2007).

Anemia është një problem i rëndësishëm në shëndet publik, pasojat e së cilës përfshijnë rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, prapambetje në rritje, rezultate të dobëta në shkollë, vonesa konjitive dhe apati. Te të rriturit, anemia shoqërohet me dobësi dhe lodhje, produktivitet të ulët, dhe rrit rrezikun e vdekshmërisë amtare nga hemorragjitë pas lindjes (OBSh, 2014).

Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë 2008-2009 ishte i pari studim kombëtar bazuar në popullatë, i cili raportoi mbi prevalencën e anemisë te fëmijët në Shqipëri. Sipas këtij studimi, 17% e fëmijëve nga 6-59 muajsh kishin një nivel anemie, prej të cilëve 11% kishin anemi të lehtë (10.0-11.9 g/dl) dhe 6% kishin anemi të moderuar (7.0-9.9 g/dl) (ADHS, 2010).

Praktikat e papërshtatshme të ushqyerjes së foshnjës dhe fëmijës, duke përfshirë ushqyerjen nënoptimale me gji dhe ushqyerjen plotësuese, kontribuojnë në kequshqyerjen e fëmijëve dhe pamjaftueshmëritë e mikronutrientëve. ADHS 2008-2009 tregoi se 39% e fëmijëve 0-6 muaj ushqeheshin vetëm me gji, siç rekomandohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) dhe Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF), dhe 25% e tyre ishin ushqyer sipas rekomandimeve të praktikave të ushqyerjes së foshnjës dhe fëmijës (ADHS, 2010).

Mosigurimi i ushqimit në familje luan rol në kequshqyerjen e fëmijëve shqiptarë. Sipas një studimi mbi ushqyerjen të kryer në vitin 2010 në pjesën veriore të Shqipërisë dhe në zonat periferike të Tiranës, 34%-43% e familjeve kishin vështirësi në sigurimin e ushqimit për familjet e tyre gjatë vitit.

Së fundi, sipas një analize kosto-përfitim të kryer në vitin 2010, kequshqyerja lidhej me një të tretën e vdekshmërisë feminare në Shqipëri, dhe barra e kequshqyerjes mbi ekonominë kombëtare mund të arrijë një shifër vjetore prej 100 milionë \$US, ose 0.7% të Produktit të Brendshëm Bruto (PBB). Për çdo \$US të investuar në parandalimin e kequshqyerjes, Shqipëria mund të kursejë 4 \$US (UNICEF, 2010).

Sëmundjet amtare

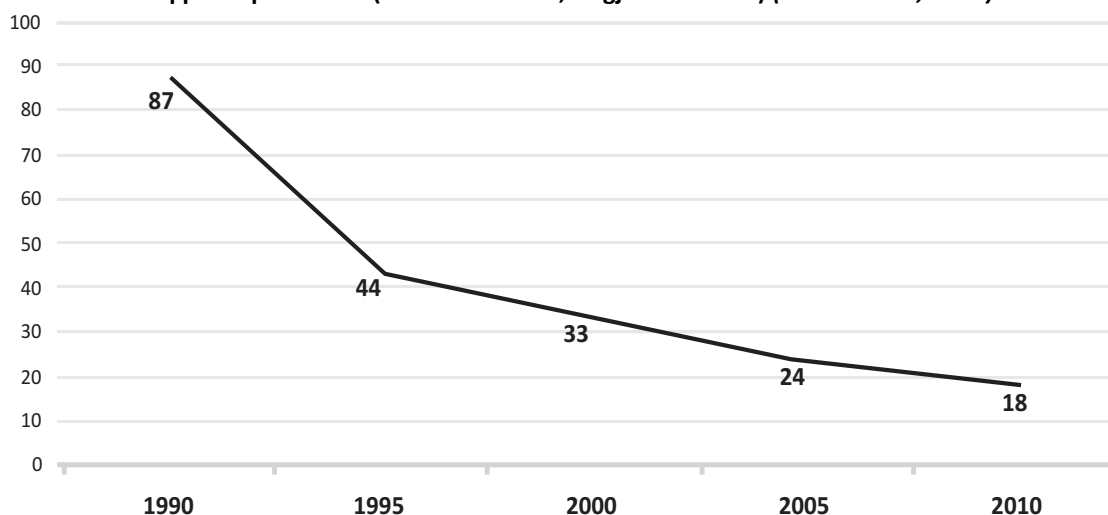
Në të njëjtën linjë me përmirësimin e indikatorëve të shëndetit të fëmijëve, sëmundjet amtare kanë pësuar gjithashtu rënie në Shqipëri nga 87 në 18 DALY për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht (Tabela 52).

Tabela 52. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi për sëmundjet amtare te femrat shqiptare në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)

Viti: 2010		Viti: 1990	
DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
18.0	0.08	87.1	0.33

Rënia më e shpejtë u vërejt në periudhën e parë pas rënies së komunizmit (nga viti 1990 në vitin 1995) (Figura 59). Kjo u pasua nga një rënie e qëndrueshme gjatë periudhës 1995-2010.

Figura 59. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi (për 100,000) për sëmundjet amtare në Shqipëri sipas viteve (vlerësime bruto, të gjitha moshat) (burimi: GBD, 2010)



Në vitin 1990, barra e sëmundjeve amtare në Shqipëri ishte më e larta në rajonin e EJT-së (me rreth 85 DALY për 100,000), duke zënë 0.3% të barrës totale të sëmundjeve te femrat (Tabela 53).

Në vitin 2010, sëmundjet amtare në Shqipëri ishin më të ulëta se në Serbi, Maqedoni dhe Malin e Zi, por më të larta sesa në Kroaci dhe Bosnje-Hercegovinë.

Në të gjithë rastet, regjistrimi i saktë i sëmundjeve amtare mund të jetë i diskutueshëm në Shqipëri dhe prandaj, krahasimet mes vendeve duhet të interpretohen me kujdes.

**Tabela 53. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën për sëmundjet amtare në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së në vitin 1990 dhe në vitin 2010
(burimi: GBD, 2010)**

Sëmundjet amtare	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Shqipëria	85.2	0.31	17.5	0.08
Bosnje-Hercegovina	38.2	0.14	13.9	0.07
Kroacia	26.7	0.10	14.8	0.07
Greqia	13.5	0.07	10.7	0.06
Maqedonia	56.2	0.19	25.3	0.11
Mali i Zi	29.7	0.12	23.9	0.10
Serbia	46.0	0.18	27.2	0.13
Sllovenia	22.8	0.10	9.9	0.06

Së fundi, sëmundjet infektive, amtare, neonatale dhe çrregullimet nutricionalë zinin 30.5% të barrës totale në Shqipëri në vitin 1990, por vetëm 9.5% në vitin 2010.

Përveç kësaj, siç është përmendur më herët, vërehet një rënie lineare e mprehtë dhe domethënëse si e nivelit të vdekshmërisë, ashtu dhe e barrës së përbashkët të sëmundjeve infektive, sëmundjeve të nënës dhe fëmijës dhe pamjaftueshmërive nutricionalë.



FAKTORËT E RREZIKUT



5. FAKTORËT E RREZIKUT

Në përputhje me tranzicionin epidemiologjik në Shqipëri, ekziston një nevojë e qartë për të trajtuar faktorët kryesorë të rrezikut të lidhur me sëmundjet jo të transmetueshme (SJT). Përveç faktorëve biologjikë dhe konstitucionalë (të tillë si mosha, gjinia dhe faktorët gjenetikë), pjesa më e madhe e SJT-ve shkaktohen nga faktorë të rrezikut të lidhur me sjelljen/stilin e jetesës përfshirë duhanpirjen, përdorimin e tepruar dhe të dëmshëm të alkoolit, inaktivitetin fizik dhe zakonet jo të shëndetshme dietetike (të karakterizuar nga marrja e lartë e yndyrnave në përgjithësi dhe yndyrnave të ngopura në veçanti, konsumi i lartë i sheqerit, ose marrja e ulët e frutave dhe perimeve të freskëta). Këta faktorë rreziku të lidhur me sjelljet janë të përbashkët për disa SJT, veçanërisht për sëmundjet kardiovaskulare (SKV), kancerin dhe diabetin.

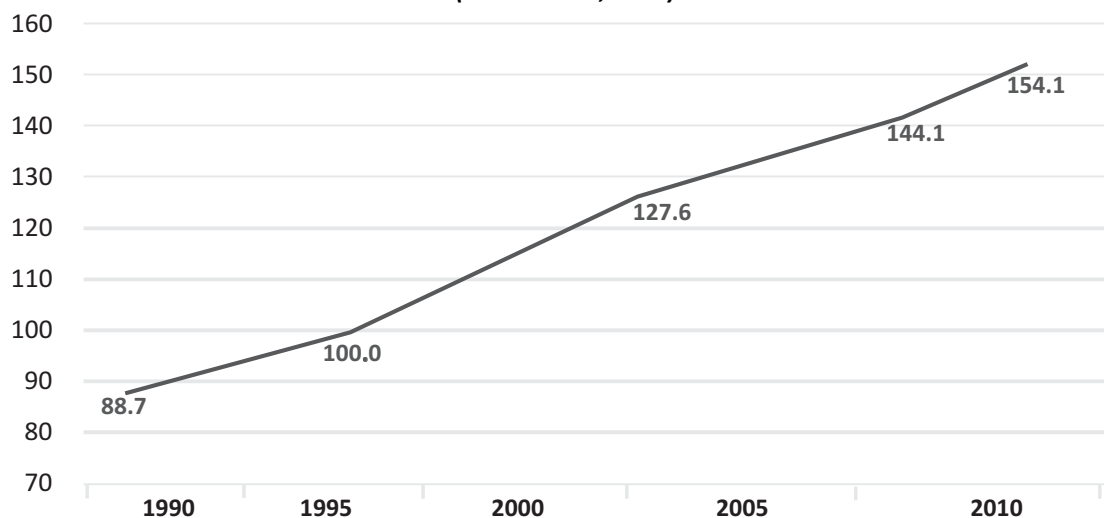
5.1. Duhanpirja

Ka të dhëna të mjaftueshme që lidhin duhanpirjen me disa SJT përfshirë SKV-të, disa lloje kanceresh dhe sëmundje të tjera. Në fakt, duhanpirja konsiderohet si shkak i vetëm më i parandalueshëm i shëndetit jo të mirë (OBSh, 2011).

Sipas studimit të barrës globale të sëmundjeve 2010 (GBD), niveli i vdekshmërisë bruto (NVB) të përgjithshme që i atribuohet duhanpirjes, ka pësuar rritje të konsiderueshme në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara (nga rreth 89 në 154 vdekje për 100,000 banorë në vitin 1990 dhe 2010) (Tabela 54). U vërejt një tendencë lineare në rritje të qëndrueshme gjatë periudhës së tranzicionit (Figura 60). Përveç kësaj, vdekshmëria proporcionale që i atribuohet duhanpirjes u rrit nga rreth 18% në vitin 1990 në 22% në vitin 2010.

Tabela 54. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB-ja totale (për 100,000)	88.7	100.0	127.6	144.1	154.1
Përqindja e NVB-së totale	17.6	18.7	20.4	21.4	21.8

Figura 60. Niveli i Vdekshmërisë Bruto që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Nga ana tjetër, proporcioni i barrës së sëmundjeve që i atribuohet duhanpirjes u rrit nga 9.9% në vitin 1990 në 12.1% (në vitin 2010) (Tabela 55). Rritja ishte shumë më e madhe te meshkujt (nga 11.6% në vitin 1990 në 14.6% në vitin 2010) sesa te femrat (7.9% vs. 8.8%, përkatësisht). Pas vitit 1990 u vërejt një rritje e shpejtë në vitet e jetës të axhustuara për paaftësi (DALY) totale që i atribuohen duhanpirjes (Figura 61).

Tabela 55. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

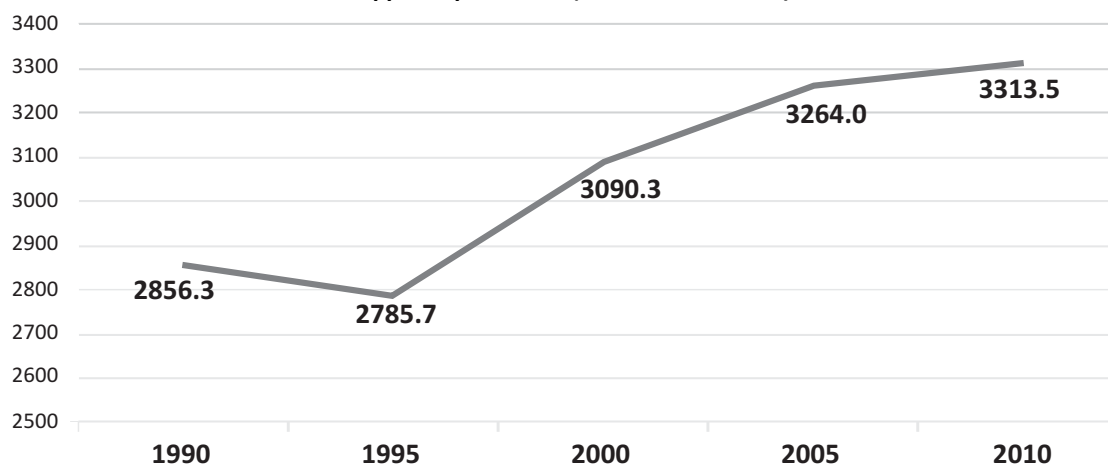
Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	3607.2	11.6	3666.9	12.0	4264.1	13.5	4452.7	14.4	4537.3	14.6
Femra	2067.1	7.9	1890.5	7.7	1921.9	8.1	2078.6	8.8	2087.8	8.8
Totali	2856.3	9.9	2785.7	10.1	3090.3	11.1	3264.0	12.0	3313.5	12.1

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), prevalenca e duhanpirësve ditorë tek individët e moshës 15 vjeç e lart në Shqipëri ishte 39% në vitin 2012 (OBSH, *Health for All database*, 2014). Po e njëjta shifër u raportua edhe për vitin 2000, duke evidentuar një prevalencë të stabilizuar të duhanpirjes tek adultët në Shqipëri.

Gjithsesi, këto vlerësime, që supozohet të jenë gjeneruar nga studime të bazuara në popullatë, përmbajnë mospërputhje të rëndësishme, duke qenë se prevalenca e duhanpirjes ditore në Shqipëri në vitin 2002 u raportua 24.7%. Nga ana tjetër, profili i SJT-ve në vend i publikuar nga OBSH-ja, raportoi që prevalenca e duhanpirjes ditore në Shqipëri në vitin 2008 ishte 19.6% (37.7% te meshkujt dhe 2.5% te femrat) (OBSH, *NCD country profiles*, 2011). Një raport i kohëve të fundit lidhur me Statistikat Shëndetësore Botërore, raportoi një prevalencë të duhanpirjes prej 48% në meshkujt dhe 5% në femrat e moshës 15 vjeç e lart në vitin 2011 (OBSH, *World Health Statistics*, 2014).

Prandaj, gjetjet nga studimet e bazuara në popullatë në Shqipëri duhet të interpretohen me kujdes, për shkak të disa çështjeve që kanë të bëjnë me përfaqësueshmërinë e kampionit në studim dhe gabimet sistematike të informacionit.

Figura 61. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



Raporte të tjera kombëtare argumentojnë që epidemia e duhanpirjes prek kryesisht meshkujt, dhe mendohet që kjo tendencë është në rritje (ADHS, 2010). Nga ana tjetër, proporcioni i femrave duhanpirëse është mjaft i vogël (më pak se 10%) krahasuar me vendet e tjera të rajonit, por duhanpirja te femrat është në rritje të qëndrueshme gjithashtu [Plani Kombëtar për Kontrollin e Kancerit (PKKK), 2011].

Sipas PKKK-së, te meshkujt, diferencat e prevalencës së duhanpirjes në shtresa të ndryshme social-ekonomike nuk janë domethënëse, ndërsa te femrat këto diferenca janë domethënëse (PKKK, 2011). Nga ky këndvështrim, duhanpirja është më e shpeshtë te femrat që jetojnë në pjesën urbane të Tiranës dhe zonat e tjera kryesore urbane në Shqipëri, si dhe te femrat më të “pavarura” (ato me nivel më të lartë edukimi, në punë “zyre”, ose me të ardhura të larta) (ADHS, 2010). Këto gjetje përputhen me teoritë që shpjegojnë ndryshimet që hasen gjatë tranzicionit të shoqërive tradicionale ose patriarkale përfshirë Shqipërinë, ku “*fuqizimi*” i femrave manifestohet kryesisht te femrat më të edukura dhe më të pasura, të cilat priren më shumë të shfaqin një model sjelljeje të tipit “perëndimor” (ADHS, 2010).

Gjithashtu, në bazë të raporteve ekzistuese, prevalenca e duhanpirjes rritet me moshën edhe në Shqipëri, veçanërisht te meshkujt, por tendencat janë mjaft befasuese edhe te të rinjtë, ku prevalenca e atyre që tentojnë të fillojnë duhanin është rreth 25% (PKKK, 2011). Së fundi, niveli i vdekshmërisë nga SJT-të që i atribuohen duhanpirjes është dyfishuar në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara me një tendencë të qartë lineare (në rritje), ndërsa barra e këtyre sëmundjeve është rritur me më shumë se 70%, po në mënyrë lineare (Tabela 56).

Tabela 56. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT-të (për 100,000)	76.8	92.5	123.7	142.1	152.7
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	21.6	22.6	23.9	24.5	24.6
DALY-t për SJT-të (për 100,000)	1842.7	2153.8	2763.4	3092.2	3189.8
Përqindja e DALY-t për SJT-të	10.9	12.0	13.9	14.9	14.9

Për sa i përket rolit specifik të sëmundjeve, NVB-ja nga sëmundjet kardiovaskulare (SKV) që i atribuohen duhanpirjes është dyfishuar në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (Tabela 57). Vdekshmëria proporcionale nga SKV-të që i atribuohen duhanpirjes u rrit nga rreth 23% (në vitin 1990) në 25% (në vitin 2010).

Tabela 57. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve kardiovaskulare që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV-të (për 100,000)	48.9	58.5	77.0	88.3	96.6
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	22.9	23.4	23.8	24.1	24.7
DALY-t për SKV-të (për 100,000)	1049.8	1216.1	1544.6	1724.9	1798.2
Përqindja e DALY-t për SKV-të	24.4	24.8	25.7	26.3	27.1

Një rritje e ngjashme është e pranishme edhe për sëmundjet cerebrovaskulare, ku NVB-ja që i atribuohet duhanpirjes u rrit gati dy herë, ndërsa barra e këtyre sëmundjeve për shkak të duhanpirjes u rrit me mbi 50% (Tabela 58).

Tabela 58. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve cerebrovaskulare që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	22.5	26.7	33.8	37.4	41.1
Përqindja e NVB-së nga sëmundjet cerebrovaskulare	24.4	24.5	24.4	24.6	25.2
DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	431.3	493.2	596.0	640.3	671.4
Përqindja e DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare	26.6	26.7	26.9	27.3	28.1

Përveç kësaj, gjatë periudhës 1990-2010, NVB-ja nga sëmundja ishemike e zemrës (SIZ) që i atribuohet duhanpirjes u rrit më shumë se dy herë (Tabela 59). Gjithashtu, barra e SIZ-it që i atribuohet duhanpirjes pothuajse u dyfishua.

Tabela 59. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ-i (për 100,000)	21.8	26.6	36.7	43.4	47.2
Përqindja e NVB-së nga SIZ-i	26.7	27.0	27.0	27.1	27.5
DALY-t për SIZ-in (për 100,000)	501.4	593.7	793.2	912.2	941.5
Përqindja e DALY-t për SIZ-in	30.3	30.1	30.2	30.3	31.0

U vërejt një rritje më shumë se dy herë e NVB-së nga neoplazmat që i atribuohen duhanpirjes gjatë dy dekadave të kaluara (Tabela 60). Në vitin 2010, rreth 29% e vdekshmërisë nga neoplazmat i atribuohet duhanpirjes. Përveç kësaj, duhanpirja ishte përgjegjëse për një rritje prej më shumë se dy herë të NVB-së nga kanceri i trakesë, bronkeve dhe mushkërive. Në vitin 2010, rreth 84% e vdekjeve nga këto kancere u shkaktuan nga duhanpirja.

Për më tepër, barra e sëmundjeve nga neoplazmat në përgjithësi, dhe kanceri i mushkërive në veçanti, pothuajse u dyfishua gjatë periudhës 1990-2010 (Tabela 60).

Tabela 60. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e neoplazmave që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga neoplazmat (për 100,000)	19.2	23.8	33.4	38.2	39.8
Përqindja e NVB-së nga neoplazmat	26.0	27.8	29.6	30.0	29.1
NVB nga kanceri i trakesë, bronkeve dhe mushkërive (për 100,000)	12.9	16.1	22.6	25.6	27.2
Përqindja e NVB-së nga kanceri i trakesë, bronkeve dhe mushkërive	79.6	80.4	81.9	84.3	83.5
DALY-t për neoplazmat (për 100,000)	494.7	591.1	797.8	885.5	903.7
Përqindja e DALY-t për neoplazmat	23.3	25.4	27.4	27.6	27.1
DALY-t për kancerin e trakesë, bronkeve dhe mushkërive (për 100,000)	324.1	388.9	525.2	575.0	600.6
Përqindja e DALY-t për kancerin e trakesë, bronkeve dhe mushkërive	79.7	80.7	82.2	84.3	83.7

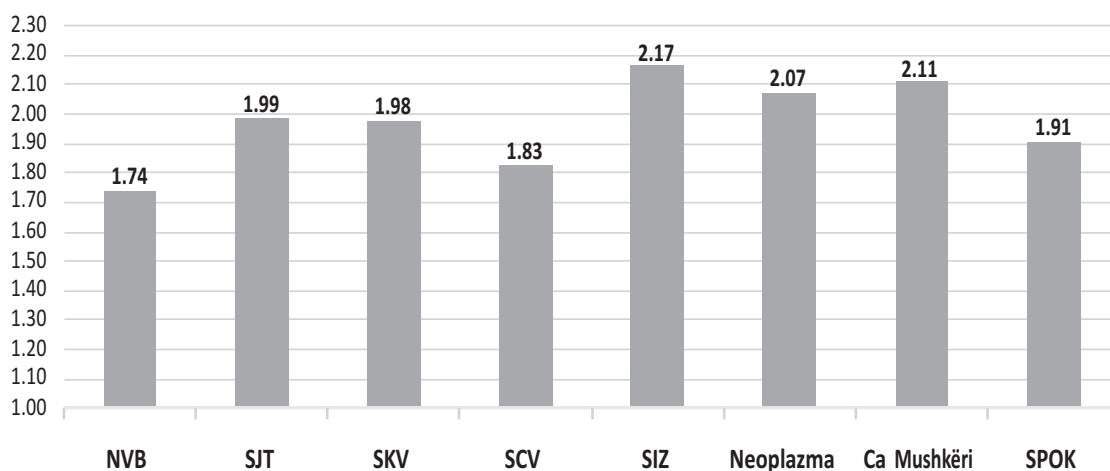
Në mënyrë të ngjashme, niveli i vdekshmërisë nga sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) që i atribuohet duhanpirjes u rrit më shumë se dy herë nga viti 1990 në vitin 2010, ndërsa barra e SPOK-ut u rrit me 65% (Tabela 61). Në vitin 2010, rreth 67% e NVB-së nga SPOK-u, dhe 61% e barrës së SPOK-ut iu atribuon duhanpirjes.

Tabela 61. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes pulmonare obstruktive kronike që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SPOK-u (për 100,000)	6.6	7.6	10.1	12.1	12.6
Përqindja e NVB-së nga SPOK-u	51.8	56.8	63.2	69.7	67.3
DALY-t për SPOK-un (për 100,000)	231.8	266.4	325.5	375.6	382.7
Përqindja e DALY-t për SPOK-un	45.2	48.6	55.3	62.2	60.5

Figura 62 paraqet në mënyrë të përmblendhur rritjen e nivelit të përgjithshëm dhe shkak-spezifik të vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara. Nga ana tjetër, Figura 63 paraqet rritjen e barrës totale të sëmundshmërisë dhe barrën shkak-specifike të sëmundshmërisë që u shkaktua nga duhanpirja gjatë njëzet viteve të fundit në Shqipëri.

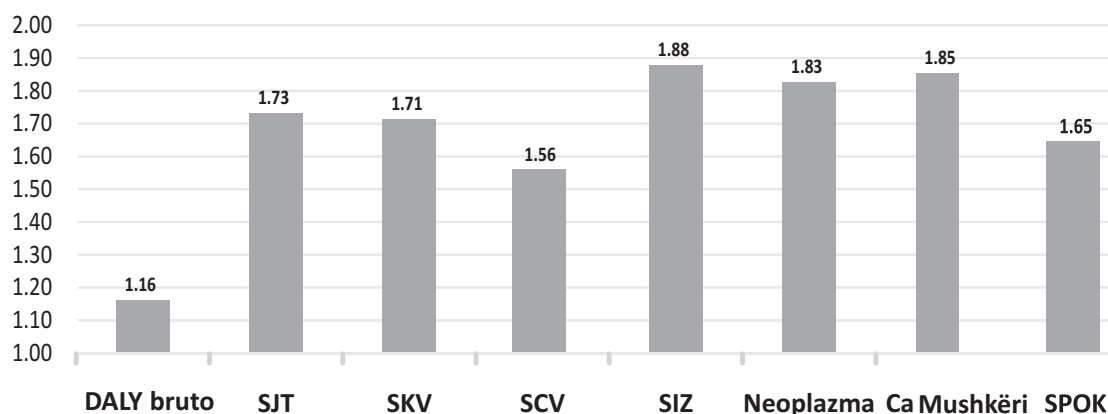
Sipas të dhënave të studimit GBD, duhanpirja përfaqësonte faktorin e tretë të rrezikut përgjegjës për pjesën më të madhe të barrës së sëmundjeve në Shqipëri në vitin 2010, duke u renditur pas faktorëve të rrezikut të lidhur me dietën dhe presionin e lartë të gjakut (GBD, 2010).

Figura 62. Rritja e nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri në vitin 1990, ishin disi nën mesataren e vendeve të tjera të rajonit të Evropës Juglindore (EJL) (Tabela 62). Nga ana tjetër, në vitin 2010, kjo vlerë ishte mbi mesataren e vendeve të këtij rajoni, duke ngjasuar me Bosnje-Hercegovinën ose Malin e Zi. Barra më e madhe e sëmundjes që i atribuohet duhanpirjes në rajon u vërejt në Maqedoni (e standardizuar për moshën: 3,445 DALY për 100,000).

Vlen të theksohet se Sllovenia ka bërë një progres të dukshëm gjatë njëzet viteve të shkuara në drejtim të uljes me gati dy herë të barrës së sëmundjeve që i atribuohen duhanpirjes (Tabela 62).

Figura 63. Rritja e barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet duhanpirjes në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Aktualisht, Shqipëria disponon një program gjithëpërfshirës për kontrollin e duhanit, dhe një koordinator të përkushtuar me kohë të plotë të vendosur në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP), ndërkohë që është në zbatim një plan dinamik dhe gjithëpërfshirës për kontrollin e duhanit (PKKK, 2011).

Prandaj, iniciativat dhe programet e ardhshme nuk rekomandohet të krijojnë një model të veçuar apo të ri, por mundësisht duhet të bashkojnë forcat me këtë program në zhvillim e sipër.

Në çdo rast, rekomandohet të ndërmerren studime periodike të tipit Njohuri, Qëndrime dhe Praktika (KAP surveys) me synim monitorimin e efektivitetit të ndërhyrjeve dhe programeve, si dhe matjen e prevalencës së duhanpirjes në grupe të ndryshme social-ekonomike në Shqipëri. Këto studime kërkojnë burime financiare, prandaj duhet të planifikohen siç duhet në planet kombëtare dhe aktivitetet e Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISHP-së (PKKK, 2011).

Tabela 62. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën (për 100,000) që i atribuohen duhanpirjes në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	3428.1	3248.4	3378.5	3321.0	3072.4
Bosnje-Hercegovina	4643.5	5093.8	3994.5	3570.5	3107.7
Kroacia	3660.6	3330.7	3050.4	2781.7	2391.1
Greqia	2630.8	2531.4	2510.8	2359.6	2256.8
Maqedonia	4468.5	4341.7	4071.5	3885.8	3445.2
Mali i Zi	3579.8	3742.7	3928.4	3501.2	3122.0
Serbia	3897.7	4050.8	3797.9	3596.2	2966.7
Sllovenia	3250.3	2880.9	2510.2	2103.0	1696.2

5.2. Konsumi i alkoolit

Konsumi i dëmshëm i alkoolit përfshin jo vetëm marrjen e sasive të tepërta të alkoolit, por edhe konsumin e tij sipas një modeli të dëmshëm që zakonisht njihet me termin “konsum i vrullshëm” (“binge drinking” që konsiston në marrjen e sasive jodomsdoshmërisht të mëdha të alkoolit, por në një kohë shumë të shkurtër, një model që është karakteristik për republikat e ish-Bashkimit Sovjetik si p.sh. Rusia). Konsumi i dëmshëm i alkoolit është një faktor i mirëpërcaktuar rreziku për sëmundje koronare të zemrës (SKZ) dhe disa lloje kanceri, veçanërisht për kancerin e pankreasit dhe mëlçisë.

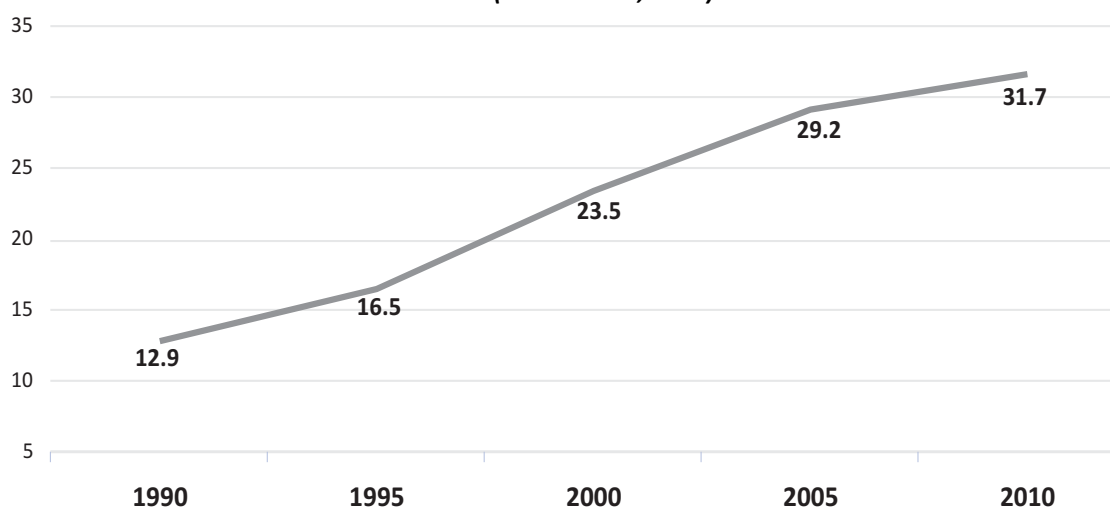
Niveli i vdekshmërisë bruto totale që i atribuohet alkoolit ka pësuar rritje të konsiderueshme në Shqipëri (rreth 2.5 herë nga viti 1990 në 2010) (Tabela 63). Vdekshmëria proporcionale për shkak të konsumit të alkoolit gjithashtu ka pësuar rritje nga 2.6% (në vitin 1990) në 4.5% (në vitin 2010).

Tabela 63. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB totale (për 100,000)	12.9	16.5	23.5	29.2	31.7
Përqindja e NVB-së totale	2.6	3.1	3.8	4.3	4.5

U vërejt një rritje lineare e vdekshmërisë së përgjithshme nga konsumi i alkoolit gjatë periudhës 1990-2010 (Figura 64).

Figura 64. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

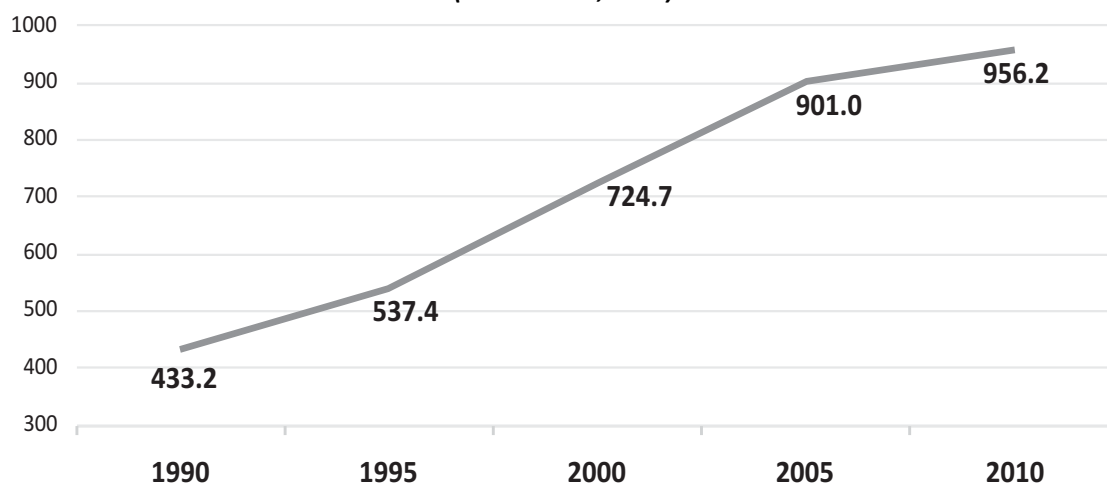


Në mënyrë të ngjashme, barra e sëmundjeve nga konsumi i alkoolit në Shqipëri pësoi një rritje prej 2.2 herë gjatë dy dekadave të shkuara, një rritje kjo më e madhe te meshkujt (2.5 herë) sesa te femrat (1.7 herë) (Tabela 64). Vdekshmëria proporcionale që i atribuohet konsumit të alkoolit u rrit nga 1.5% (në vitin 1990) në 3.5% (në vitin 2010). Te femrat kjo rritje ishte vetëm 0.9%, ndërsa te meshkujt arriti deri në 2.8%.

Tabela 64. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	588.0	1.9	780.4	2.6	1093.2	3.5	1365.5	4.4	1460.2	4.7
Femra	270.4	1.0	290.5	1.2	358.0	1.5	437.7	1.9	451.4	1.9
Totali	433.2	1.5	537.4	1.9	724.7	2.6	901.0	3.3	956.2	3.5

U vërejt një rritje lineare e barrës totale të sëmundjeve që i atribuohen konsumit të alkoolit në periudhën 1990-2010 (Figura 65).

Figura 65. Barra totale e sëmundjeve që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Niveli i vdekshmërisë nga SJT-të për shkak të konsumit të alkoolit u rrit më tepër se dy herë gjatë viteve të shkuara, ndërsa barra e sëmundjeve nga alkooli u rrit me 88% (Tabela 65). Vdekshmëria proporcionale nga konsumi i alkoolit u rrit nga 2.8% (në vitin 1990) në 3.8% (në vitin 2010), ndërsa proporcioni i barrës së SJT-ve të shkaktuara nga alkooli u rrit nga 1.8% në 2.6%.

Tabela 65. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT-të (për 100,000)	10.0	12.5	17.7	21.5	23.5
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	2.8	3.1	3.4	3.7	3.8
DALY-t për SJT-të (për 100,000)	294.9	345.3	448.1	525.7	554.5
Përqindja e DALY-t për SJT-të	1.8	1.9	2.3	2.5	2.6

Niveli i vdekshmërisë nga SKV-të që i atribuohet konsumit të alkoolit pësoi një rritje domethënëse në Shqipëri (nga 5.9 në vitin 1990 në 13.7 në vitin 2010, për 100,000 banorë), kurse vdekshmëria proporcionale u rrit nga 2.8% (në vitin 1990) në 3.5% (në vitin 2010) (Tabela 66).

Nga ana tjetër, barra e SKV-ve të shkaktuara nga alkooli pothuajse u dyfishua gjatë dy dekadave të shkuara (nga rreth 97 në 190 për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht).

Tabela 66. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve kardiovaskulare që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV-të (për 100,000)	5.9	7.6	10.5	12.3	13.7
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5
DALY-t për SKV-të (për 100,000)	97.4	120.4	157.8	178.8	190.1
Përqindja e DALY-t për SKV-të	2.3	2.5	2.6	2.7	2.9

Niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet cerebrovaskulare që i atribuohen konsumit të alkoolit pothuajse u trefishua gjatë njëzet viteve të kaluara, ndërsa vdekshmëria proporcionale u rrit nga 4.8% (në vitin 1990) në 7.5% (në vitin 2010) (Tabela 67).

Barra e sëmundjeve cerebrovaskulare për shkak të alkoolit u rrit me pothuajse 2.5 herë, ndërsa DALY-t proporcionale u rritën nga 5.2 (në vitin 1990) në 8.7% (në vitin 2010).

Tabela 67. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve cerebrovaskulare që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	4.4	6.1	9.0	11.1	12.2
Përqindja e NVB-së nga sëmundjet cerebrovaskulare	4.8	5.6	6.5	7.3	7.5
DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	85.2	113.9	161.3	196.2	207.4
Përqindja e DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare	5.2	6.2	7.3	8.4	8.7

Në mënyrë interesante, niveli i vdekshmërisë nga SIZ për shkak të alkoolit pësoi ulje në Shqipëri nga 1.2 në 0.4 (për 100,000) në vitin 1990 dhe 2010, përkatësisht (Tabela 68). Kjo çoi në uljen e vdekshmërisë proporcionale të tyre nga 1.5% në 0.3%.

Në mënyrë të ngjashme, barra e SIZ-it pësoi ulje si në terma absolutë ashtu dhe në ato relativë, pavarësisht mungesës së domethënies statistikore të tyre (GBD, 2010).

Tabela 68. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ-i (për 100,000)	1.2	1.1	1.0	0.5	0.4
Përqindja e NVB-së nga SIZ-i	1.5	1.2	0.7	0.3	0.3
DALY-t për SIZ-in (për 100,000)	5.0	-2.8	-17.2	-37.6	-40.3
Përqindja e DALY-t për SIZ-in	0.3	-0.1	-0.7	-1.3	-1.3

Në kontrast me këtë, niveli i vdekshmërisë nga cirroza e mëlçisë që i atribuohet alkoolit, në Shqipëri u rrit nga 1.8 në 3.3 (për 100,000) në vitin 1990 dhe 2010 (Tabela 69). Në vitin 2010, vdekshmëria porpocionale nga cirroza e mëlçisë për shkak të alkoolit ishte më shumë se 55%.

Barra e cirrozës së mëlçisë u rrit nga rreth 44 në 78 DALY (për 100,000) në vitin 1990 dhe 2010, me një rritje proporcionale nga 41% (në vitin 1990) në 59% (në vitin 2010).

Bazuar në efekte të tjera negative shëndetësore, por edhe në rritjen e rrezikut të cirrozës së mëlçisë, kancerit primar të qelizave të mëlçisë dhe kancerit të pankreasit, rekomandohet që lufta kundër konsumit të dëmshëm të alkoolit të përfshihet në programin e ardhshëm gjithëpërfshirës, të rritjes së ndërgjegjësimit të publikut rreth SJT-ve dhe faktorëve të parandalueshëm të rrezikut në Shqipëri.

Tabela 69. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e cirrozës së mëlçisë që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga cirroza e mëlçisë (për 100,000)	1.8	1.7	2.4	3.0	3.3
Përqindja e NVB-së nga cirroza e mëlçisë	41.0	44.8	49.7	54.6	55.4
DALY-t për cirrozën e mëlçisë (për 100,000)	44.1	41.6	58.7	73.2	78.4
Përqindja e DALY-t për cirrozën e mëlçisë	40.9	44.9	51.2	57.4	58.5

Figura 66 paraqet një përmbledhje të ndryshimit të nivelit të përgjithshëm dhe shkak-spezifiek të vdekshmërisë që i atribuohet konsumit të alkoolit për periudhën 1990-2010.

Figura 66. Ndryshimi i nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet konsumit të alkoolit në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)

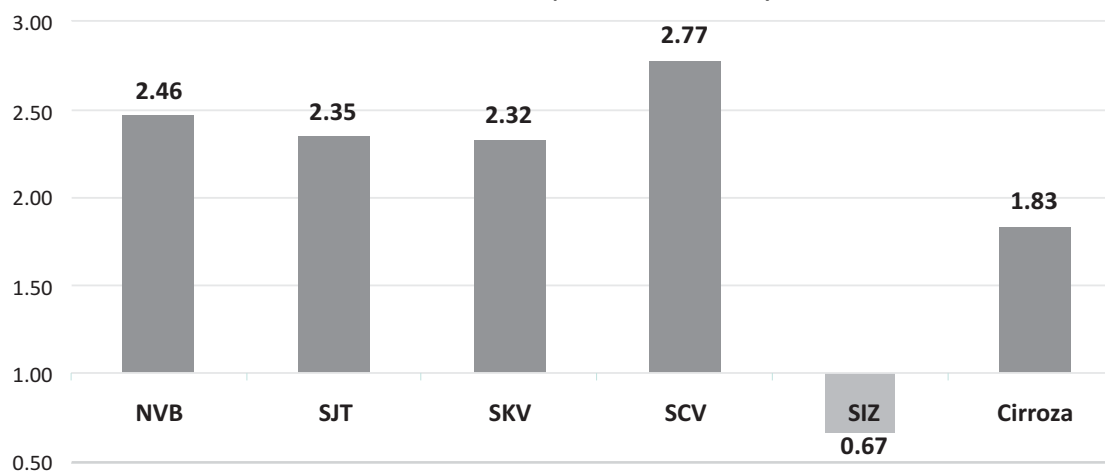
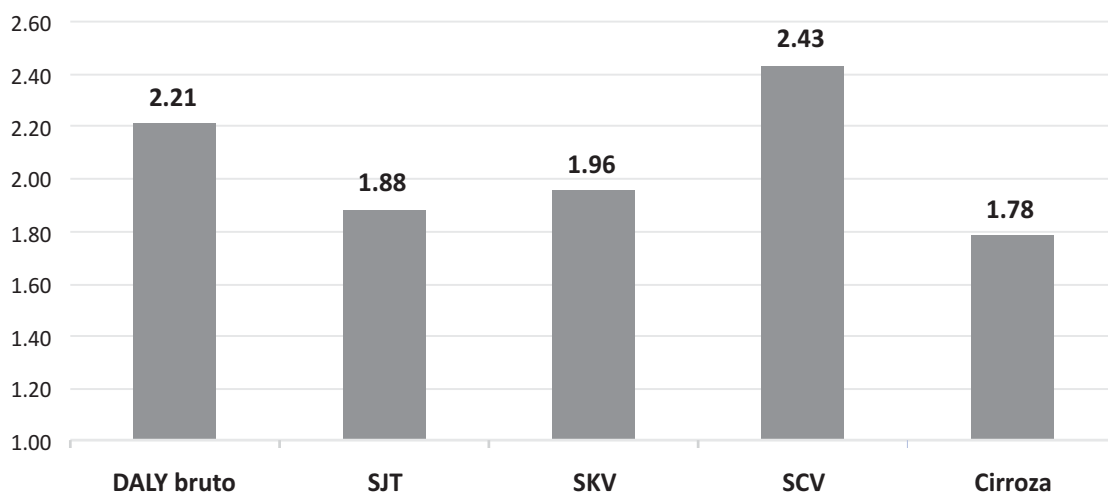


Figura 67 paraqet ndryshimin e barrës totale të sëmundshmërisë dhe barrës shkak-specifike të sëmundshmërisë nga konsumi i alkoolit gjatë periudhës 1990-2010.

Figura 67. Ndryshimi i barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet konsumit të alkoolit në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Krahasuar me vendet e tjera të rajonit të EJL-së, barra e sëmundjeve e standardizuar për moshë që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri ishte ndër më të ulëtat në rajon në vitin 1990, me rreth 540 DALY për 100,000 (Tabela 70). Sidoqoftë, Maqedonia dhe Mali i Zi paraqitën një barrë jashtëzakonisht të ulët të sëmundjeve nga konsumi i alkoolit në kohën e rënies së diktaturës komuniste.

Në vitin 2010, barra e sëmundjeve për shkak të konsumit të alkoolit në Shqipëri u rrit deri në 899 DALY për 100,000, shifër kjo më e ulët sesa në Bosnje-Hercegovinë (në mënyrë interesante, ky vend me popullsi kryesisht të besimit mysliman shfaq barrën më të lartë të sëmundjeve nga konsumi i alkoolit në rajon), Kroaci dhe Slloveni, por më e lartë sesa

në Serbi dhe Malin e Zi, të cilët nga ana tjetër shfaqën një barrë shumë të ulët të sëmundjeve nga konsumi i alkoolit.

Në çdo rast, vlerësimet rreth konsumit të alkoolit duhet të interpretohen me shumë kujdes, duke qenë se ato zakonisht përfaqësojnë madhësi të agreguara (bazuar në prodhimin dhe shitjen e alkoolit), dhe jo matje individuale nga studime të bazuara në popullatë.

Tabela 70. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën (për 100,000) që i atribuohen konsumit të alkoolit në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	540.4	631.9	783.4	904.7	899.0
Bosnje-Hercegovina	3000.4	3411.9	2509.5	2274.9	2148.9
Kroacia	4398.4	3479.3	2693.6	2228.2	1928.2
Greqia	792.7	700.9	640.9	576.4	562.7
Maqedonia	191.4	398.8	655.9	1006.5	919.1
Mali i Zi	196.2	266.2	324.9	369.4	366.2
Serbia	363.3	429.4	432.6	457.6	429.2
Sllovenia	2984.5	2719.3	2370.2	1995.2	1633.8

Në të vërtetë, të paktën në Shqipëri, ka pak të dhëna shkencore lidhur me modelet e konsumit të alkoolit në popullatën e përgjithshme. Megjithatë, të dhënat ekzistuese sugjerojnë që shpërndarja e konsumit të alkoolit në popullatë ndjek modele të ngjashme me ato të duhanpirjes, dhe një tendencë në rritje veçanërisht te femrat dhe të rinjtë (ADHS, 2010).

Nga ky këndvështrim, të dhënat ekzistuese nga studimi Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë (ADHS) 2008-2009 sugjerojnë që prevalenca e konsumit të shpeshtë (pothuajse përditë) të alkoolit te femrat po rritet në Shqipëri. Individët e klasës së lartë sociale dhe ekonomike dhe ata që banojnë në qendrat e mëdha urbane, duket se konsumojnë më shumë alkool krahasuar me individët e klasave më të ulëta social-ekonomike.

Veç kësaj, në Shqipëri, konsumi i alkoolit te femrat adoleshente është i ngjashëm me atë të vënë re te femrat adulte (mbi 40%), dhe proporcioni i këtij indikator mbetet gjithashtu i lartë edhe midis të rinjve. Në total, sipas studimit ADHS 2008-2009, prevalenca e konsumit të shpeshtë të alkoolit në Shqipëri është rreth 20% (ADHS, 2010).

Një studim i bazuar në popullatë në Shqipëri, duke përfshirë një kampion përfaqësues burrash dhe grash të moshave të mesme, raportoi një prevalencë shumë të ulët të konsumit të alkoolit te femrat (Burazeri G, dhe bp., 2010). Prevalenca e konsumit pothuajse të përditshëm të alkoolit ishte rreth 31% në meshkuj dhe 6% në femra. Veç kësaj, 17% e meshkujve dhe 47% e femrave nuk konsumonin alkool. Te meshkujt, konsumi i shpeshtë lidhej pozitivisht me moshën, por shfaqti një lidhje të fortë negative me praktikën fetare, si

te myslimanët ashtu dhe te të krishterët. Te femrat, konsumi i alkoolit ishte i lidhur me duhanpirjen dhe lëvizshmërinë e rritur sociale. Nga ana tjetër, konsumi i alkoolit nuk rezultoi i lidhur me përkatësinë fetare në të dy gjinitë. Te meshkujt, konsumi i pijeve të forta alkoolike (kryesisht rakisë) dhe birrës ishte i lidhur me nivelin e ulët social-ekonomik, duhanpirjen dhe obezitetin (vetëm për birrën), ndërsa konsumi i verës ishte i lidhur me sigurinë financiare dhe të qenit jobesimtar. Te meshkujt, rreth 11% raportoi konsum të lartë (≥ 210 gr alkool të pastër/javë) dhe 6% konsum shumë të lartë (≥ 420 gr/javë) të alkoolit. Për t'u theksuar është se, konsumi i sasive të mëdha të alkoolit ishte më shumë i lidhur me përdorimin e shpeshtë sesa episodik të tij. Së fundi, konsumi i vazhdueshëm i sasive të mëdha të alkoolit ishte më i shpeshtë te meshkujt shqiptarë sesa në meshkujt e vendeve të tjera ish-komuniste të Evropës (Burazeri G dhe bp., 2010).

Sipas OBSH-së, konsumi i alkoolit të pastër në Shqipëri (OBSH, *Health for All database*, 2014) ishte rreth 5 litra për frymë në popullatën e moshës 15 vjeç e lart në vitin 2010. Kjo shifër përfaqëson një ulje të lehtë krahasuar me vitet e mëparshme (5.6 në vitin 2009, 5.4 në 2008 dhe 5.2 në 2007).

Në Shqipëri, niveli i aksidenteve nga trafiku rrugor ku përfshihet alkooli ishte 1.88 për 100,000 banorë në vitin 2009 (OBSH, *Health for All database*, 2014). Në vitin 2008, kjo shifër arriti në 2.07 për 100,000 banorë. Nga ana tjetër, në vitin 2007, kjo shifër u raportua vetëm 0.48 për 100,000 (OBSH, 2014).

Një analizë ekologjike (korrelacionale) ku u përfshinë të gjitha vendet e rajonit evropian të OBSH-së, evidentoi një lidhje të moderuar por statistikisht domethënëse midis konsumit të alkoolit (në litra për frymë) dhe nivelit të përgjithshëm të aksidenteve nga trafiku rrugor ($r=0.46$, $95\%CI=0.20-0.66$) (OBSH, *Health for All database*, 2014).

5.3. Inaktiviteti fizik

Matja e aktivitetit fizik paraqet vështirësi në studimet e bazuara në popullatë. Aktiviteti fizik i përgjithshëm përbëhet nga aktiviteti fizik në punë, në shtëpi, si dhe gjatë kohës së lirë. Për secilin komponent, një madhësi e përshtatshme njehsimi duhet të përfshijë shpeshtësinë, intensitetin dhe kohëzgjatjen e aktivitetit fizik.

Deri më sot, në Shqipëri nuk ka studime të bazuara në popullatë ku të jetë vlerësuar aktiviteti fizik, nëpërmjet kampioneve përfaqësues të meshkujve dhe femrave adulte në shkallë kombëtare.

Informacioni ekzistues konsiston kryesisht në vlerësimet e studimit GBD për vitin 2005 dhe 2010 të cilët raportojnë rreth vdekshmërisë dhe barrës (putative) të sëmundjeve që i atribuohen aktivitetit fizik në popullatën shqiptare.

Bazuar në këto të dhëna, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë në Shqipëri për shkak të inaktivitetit fizik ishte 52 dhe 56 për 100,000 banorë në vitin 2005 dhe 2010, (Tabela 71). Rreth 8% e nivelit të përgjithshëm të vdekshmërisë në Shqipëri i atribuohet inaktivitetit fizik në vitin 2010.

Tabela 71. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet inaktivitetit fizik në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB totale (për 100,000)	51.9	56.0
Përqindja e NVB-së totale	7.7	7.9

Barra totale e sëmundjeve që i atribuohet inaktivitetit fizik është më e lartë te meshkujt sesa te femrat (në vitin 2010: përkatësisht 1346 dhe 987 DALY për 100,000) (Tabela 72).

Në total, në vitin 2010, 4.3% e barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri i atribuohet inaktivitetit fizik.

Tabela 72. Vitet e jetës të axhustuar për paaftësi bruto që i atribuohen inaktivitetit fizik në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Seksi	Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1288.2	4.2	1346.5	4.3
Femra	959.8	4.1	987.2	4.1
Totali	1123.8	4.1	1167.0	4.3

Efektet shëndetësore veçanërisht dëmtoese të stilit sedentar të jetesës lidhen me zhvillimin e një sërë SJT-sh ku përfshihen SKV-të, diabeti dhe kanceri. Në Shqipëri, në vitin 2010, 9% e NVB-së nga SJT-të dhe 5.4% e barrës totale të SJT-ve u shkaktuan nga inaktiviteti fizik (Tabela 73).

Tabela 73. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen inaktivitetit fizik në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT-të (për 100,000)	51.9	56.0
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	9.0	9.0
DALY-t për SJT-të (për 100,000)	1123.8	1167.0
Përqindja e DALY-t për SJT-të	5.4	5.4

Në Shqipëri, sjelljet sedentare ishin përgjegjëse për 13% të nivelit të vdekshmërisë nga SKV-të në vitin 2010 (Tabela 74). Nga ana tjetër, në të njëjtin vit, rreth 14% e barrës totale të SKV-ve në Shqipëri u shkaktua nga inaktiviteti fizik.

Tabela 74. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve kardiovaskulare që i atribuohen inaktivitetit fizik në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV-të (për 100,000)	47.2	51.0
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	12.9	13.0
DALY-t për SKV-të (për 100,000)	925.3	955.1
Përqindja e DALY-t për SKV-të	14.1	14.4

Në terma relativë, efekti shëndetësor negativ i inaktivitetit fizik në çrregullimet metabolike, përfshirë diabetin, është edhe më i madh. Kështu, pavarësisht NVB-së së ulët nga diabeti për shkak të inaktivitetit fizik (1.6 për 100,000 në vitin 2010), rreth 25% e këtij niveli vdekshmërie nga diabeti i atribuohet inaktivitetit fizik në vitin 2010 (Tabela 75). Përveç kësaj, në të njëjtin vit, 27% e barrës totale të diabetit i atribuohet stilit sedentar të jetesës.

Tabela 75. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e diabetit që i atribuohen inaktivitetit fizik në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga diabeti (për 100,000)	1.5	1.6
Përqindja e NVB-së nga diabeti	24.6	24.6
DALY-t për diabetin (për 100,000)	108.7	117.4
Përqindja e DALY-t për diabetin	26.7	27.0

Një studim i bazuar në popullatën shqiptare, ku përfshihej një kampion përfaqësues i meshkujve dhe femrave në moshë të mesme, raportoi që energjia e shpenzuar gjatë aktivitetit fizik në kohën e lirë ishte një faktor i rëndësishëm mbrojtës, veçanërisht te meshkujt (Burazeri G dhe bp., 2008).

Prevalenca e aktivitetit fizik gjatë regjimit komunist në Shqipëri, ku deri në vitin 1990 nuk lejohej zotërimi i makinave private dhe bujqësia nuk ishte e mekanizuar, mendohet të ketë qenë e lartë (Shapo L dhe bp., 2004). Në periudhën pasuese, zotërimi i makinave u rrit shpejt dhe zonat për këmbësorët u kufizuan më tej në Tiranë, duke reflektuar tranzicionin e shpejtë drejt një shoqërie të mekanizuar, në të cilën aktiviteti fizik në kohën e lirë u kthye në një indikator të vlefshëm të nivelit të përgjithshëm të aktivitetit fizik tek adultët.

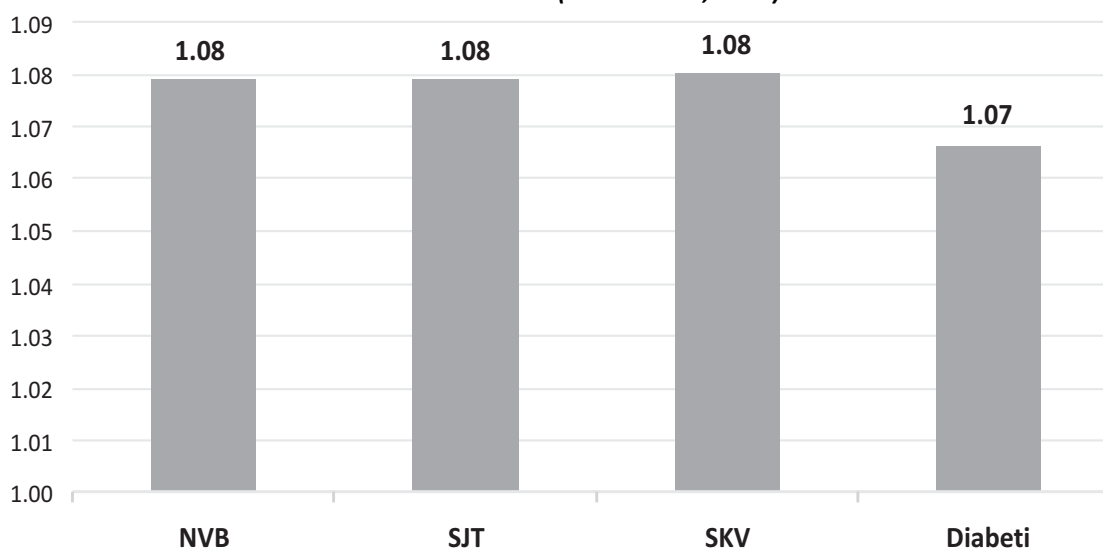
Gjetjet e studimit të sipërpërmendur në Shqipëri evidentuan se rreth një e pesta e popullatës “së shëndetëshme” (19% e meshkujve dhe 26% e femrave) shpenzonin jashtëzakonisht pak energji në nivelin e <45 Kkal/ditë.

Një studim i vitit 2001 raportoi që aktivitetet sedentare (kryesisht leximi dhe shikimi i TV-së) gjatë kohës së lirë ishin të pranishme në 50% të meshkujve dhe 58% të femrave në Tiranë (Shapo L dhe bp., 2004).

Prandaj, shkalla e ulët aktivitetit fizik gjatë kohës së lirë tek adultët shqiptarë përbën një shqetësim të shëndetit publik, duke ndikuar në tendencat e ardhshme të obezitetit, tolerancës së dëmtuar të glukozës, diabetit, hipertensionit arterial dhe SKV-ve.

Figura 68 paraqet rritjen e vdekshmërisë së përgjithshme dhe shkak-specifike që i atribuohet inaktivitetit fizik në Shqipëri për periudhën 2005-2010 (baza e të dhënave e GBD-së përmban informacione lidhur me aktivitetin fizik në Shqipëri vetëm për këtë pesëvjeçar). Në total, u vërejt një rritje prej 8% e NVB-së nga inaktiviteti fizik, SJT-ve në përgjithësi dhe SKV-ve në veçanti. Përveç kësaj, niveli i vdekshmërisë nga diabeti u rrit me 7%.

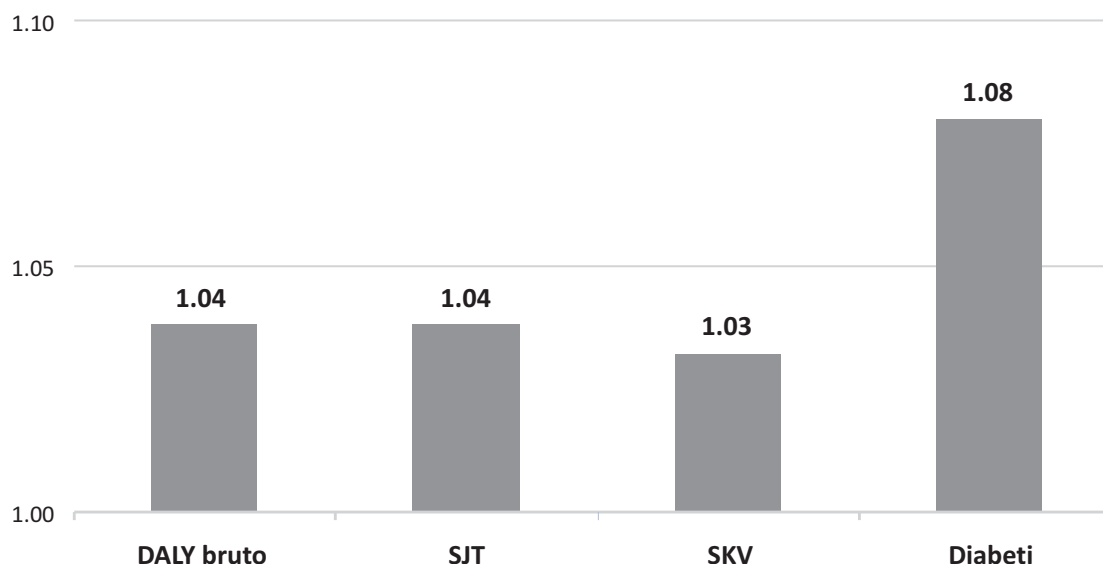
Figura 68. Rritja e nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet inaktivitetit fizik në Shqipëri nga viti 2005 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Në anën tjetër, Figura 69 paraqet rritjen e barrës totale dhe shkak-specifike të sëmundshmërisë në Shqipëri nga inaktiviteti fizik për periudhën 2005-2010.

Barra totale e sëmundjeve dhe/ose barra e SJT-ve që i atribuohen inaktivitetit fizik u rrit me 4%. Barra e diabetit nga inaktiviteti fizik u rrit në mënyrë domethënëse më shumë se barra e SKV-ve (8% vs. 3%, përkatësisht).

Figura 69. Rritja e barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet inaktivitetit fizik në Shqipëri nga viti 2005 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Barra e përgjithshme e sëmundshmërisë e standardizuar për moshën që i atribuohet inaktivitetit fizik në Shqipëri, në vitin 2010 ishte rreth 1064 DALY për 100,000 (Tabela 76), shifër kjo lehtësisht më e ulët sesa mesatarja e rajonit të EJT-së. Greqia dhe Sllovenia paraqitën barrën më të ulët nga sjelljet sedentare, ndërsa Serbia dhe veçanërisht Maqedonia shfaqën barrën më të madhe të sëmundjeve që i atribuohen inaktivitetit fizik. Sidoqoftë, siç është theksuar më lart në këtë raport, në Shqipëri është veçanërisht e vështirë të përftohen informacione të vlefshme dhe të besueshme lidhur me aktivitetin fizik.

Studimet bazuar në popullatë duhet të hartohen me kujdes dhe të realizohen në mënyrën e duhur, për të vlerësuar me saktësi nivelet e aktivitetit fizik në popullatën adulte shqiptare.

Tabela 76. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën (për 100,000) që i atribuohen inaktivitetit fizik në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	1132.2	1063.6
Bosnje-Hercegovina	1442.7	1309.1
Kroacia	1226.6	1117.4
Greqia	846.8	818.4
Maqedonia	1627.4	1496.3
Mali i Zi	1304.1	1203.8
Serbia	1675.6	1416.4
Sllovenia	954.3	826.1

5.4. Treguesi i lartë i masës trupore

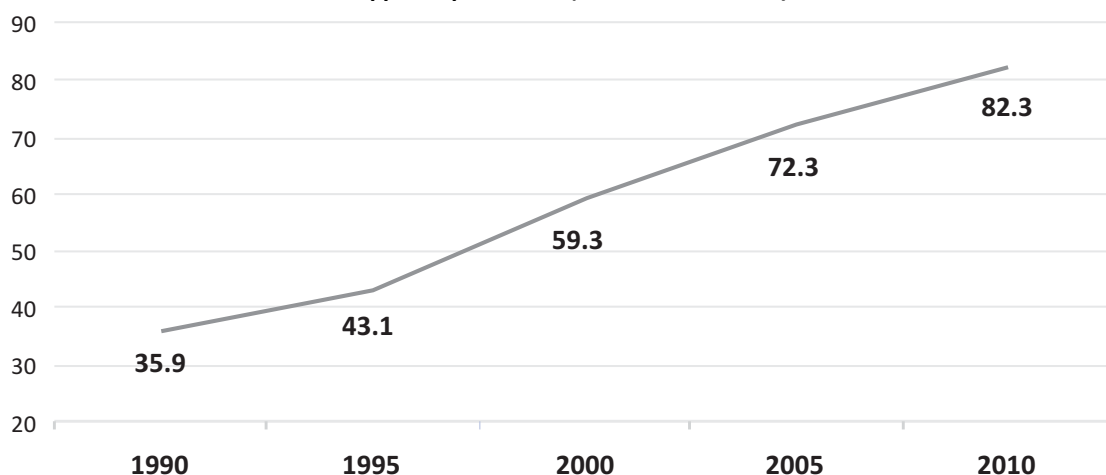
Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet treguesit të lartë të masës trupore (TMT) ka pësuar rritje të konsiderueshme në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara (nga rreth 36 në 82 vdekje për 100,000 në vitin 1990 dhe 2010) (Tabela 77). NVB-ja proporcionale për shkak të TMT-së së lartë u rrit nga rreth 7% (në vitin 1990) në 12% (në vitin 2010).

Tabela 77. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB totale (për 100,000)	35.9	43.1	59.3	72.3	82.3
Përqindja e NVB-së totale	7.1	8.1	9.5	10.7	11.6

U vërejt një rritje lineare e shpejtë e nivelit të përgjithshëm të vdekshmërisë në Shqipëri, që i atribuohet TMT-së së lartë, veçanërisht pas vitit 1995 (vlera e sinjifikancës statistikore për trend linear: $P < 0.01$) (Figura 70).

Figura 70. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



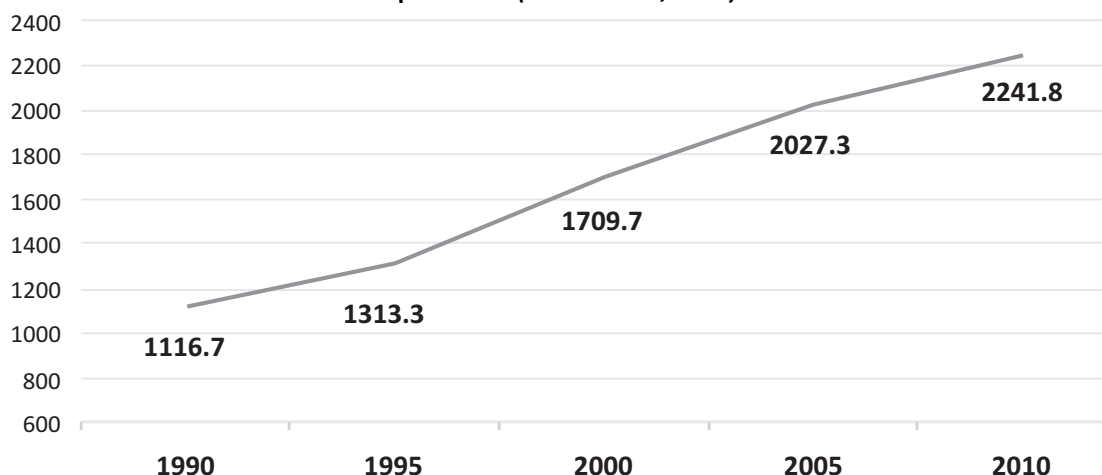
Gjatë njëzet viteve të shkuara, barra e sëmundjeve për shkak të TMT-së së lartë u rrit në mënyrë të konsiderueshme dhe lineare në të dy gjinitë në Shqipëri. Barra totale e sëmundjeve që i atribuohen TMT-së së lartë ishte 8.2% në vitin 2010, me një rritje mbi dy herë krahasuar me vitin 1990 (3.9%) (Tabela 78).

Tabela 78. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Seksi	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	1159.0	3.7	1417.0	4.6	1932.2	6.1	2291.6	7.4	2563.1	8.3
Femra	1072.2	4.1	1208.1	4.9	1488.3	6.2	1763.8	7.5	1920.0	8.1
Totali	1116.7	3.9	1313.3	4.8	1709.7	6.2	2027.3	7.4	2241.8	8.2

Përveç kësaj, u vërejt një tendencë në rritje e barrës së sëmundjeve që i atribuohen TMT-së së lartë gjatë periudhës 1990-2010 (Figura 71).

Figura 71. Barra e sëmundjeve që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



Niveli i vdekshmërisë nga SGT-të për shkak të TMT-së së lartë u rrit mbi dy herë gjatë njëzet viteve të shkuara në Shqipëri (Tabela 79). Në vitin 2010, proporcioni i vdekshmërisë nga SGT-të që i atribuohen TMT-së së lartë ishte 13.3%, ndërsa proporcioni i barrës totale të sëmundjeve nga TMT-ja e lartë ishte 10.4%.

Tabela 79. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SGT-të (për 100,000)	35.9	43.1	59.3	72.3	82.3
Përqindja e NVB-së nga SGT-të	10.1	10.5	11.4	12.5	13.3
DALY-t për SGT-të (për 100,000)	1116.7	1313.3	1709.7	2027.3	2241.8
Përqindja e DALY-t për SGT-të	6.6	7.3	8.6	9.8	10.4

Niveli i vdekshmërisë nga SKV-të që i atribuohet rritjes së TMT-së u rrit nga 31 vdekje në 71 vdekje (për 100,000 banorë) nga viti 1990 në 2010 (Tabela 80). Kjo bëri që vdekshmëria proporcionale nga SKV-të që i atribuohet TMT-së së lartë të ishte 18.3% në vitin 2010. Po kështu, barra e SKV-ve nga TMT-ja e lartë u dyfishua nga viti 1990 në 2010, ndërsa DALY-t proporcionale që i atribuohen TMT-së së lartë ishin mbi 22% në vitin 2010 (Tabela 80).

Tabela 80. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve kardiovaskulare që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV-të (për 100,000)	31.5	37.5	51.4	62.6	71.4
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	14.7	15.0	15.9	17.1	18.3
DALY-t për SKV-të (për 100,000)	726.0	848.7	1129.6	1337.7	1465.1
Përqindja e DALY-t për SKV-të	16.8	17.3	18.8	20.4	22.1

Përveç kësaj, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet cerebrovaskulare që i atribuohen rritjes së TMT-së u dyfishua gjatë dy dekadave të shkuara, me një vdekshmëri proporcionale që i atribuohet këtij faktori rreziku prej 7.1% në vitin 2010 (Tabela 81).

Një rritje e ngjashme u vërejt për barrën e sëmundjeve cerebrovaskulare që i atribuohet TMT-së së lartë, e cila u dyfishua në periudhën 1990-2010. Në vitin 2010, TMT-ja e rritur ishte përgjegjëse për 5.2% të barrës së sëmundjeve cerebrovaskulare në popullatën shqiptare (Tabela 81).

Tabela 81. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve cerebrovaskulare që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	3.5	3.5	4.7	5.8	7.1
Përqindja e NVB-së nga sëmundjet cerebrovaskulare	3.7	3.2	3.4	3.8	4.4
DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare (për 100,000)	66.8	68.7	88.8	107.0	122.8
Përqindja e DALY-t për sëmundjet cerebrovaskulare	4.1	3.7	4.0	4.6	5.2

Në veçanti, niveli i vdekshmërisë nga SIZ-i që i atribuohet TMT-së së lartë u rrit në mënyrë domethënëse në periudhën 1990-2010 (nga 19 në 47 vdekje për 100,000 banorë në vitin 1990 dhe 2010) (Tabela 82). Në vitin 2010, vdekshmëria proporcionale e SIZ-it për shkak të TMT-së së rritur ishte rreth 28% në popullatën e përgjithshme shqiptare.

Një tendencë e ngjashme u vërejt lidhur me barrën e SIZ-it, ku TMT-ja e rritur ishte përgjegjëse për rreth 32% të DALY-t proporcionale në vitin 2010 (Tabela 82).

Tabela 82. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

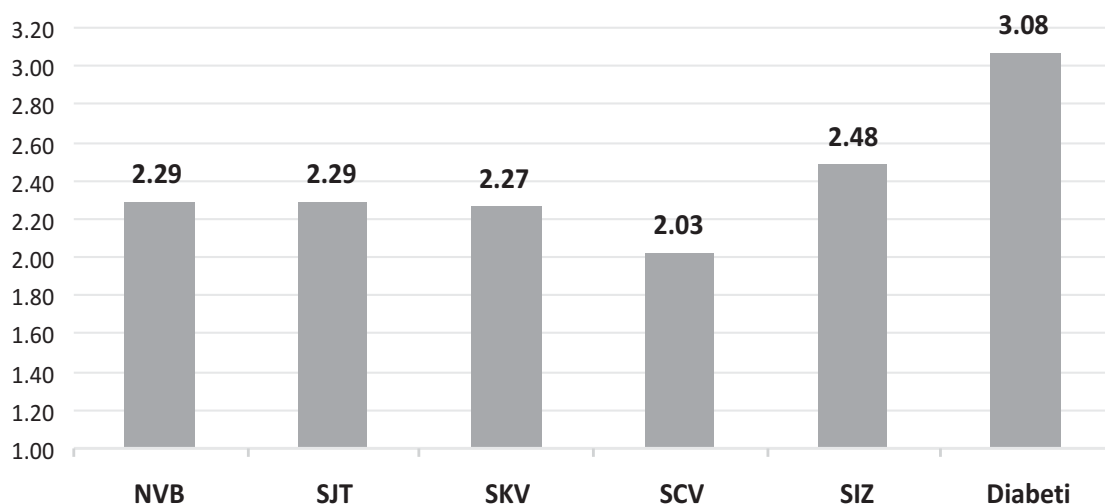
Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ-i (për 100,000)	19.0	24.0	34.1	41.9	47.2
Përqindja e NVB-së nga SIZ-i	23.4	24.3	25.1	26.1	27.5
DALY-t për SIZ-in (për 100,000)	440.6	539.3	746.5	893.1	965.2
Përqindja e DALY-t për SIZ-in	26.7	27.4	28.4	29.7	31.8

Pavarësisht nivelit të vdekshmërisë relativisht të ulët nga diabeti, efekti i dëmshëm i TMT-së së rritur është i konsiderueshëm. Në vitin 2010, TMT-ja e lartë shpjegoi rreth 62% të nivelit të përgjithshëm të vdekshmërisë nga diabeti, dhe 69% të barrës totale të kësaj sëmundjeje në popullatën shqiptare (Tabela 83).

Tabela 83. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e diabetit që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

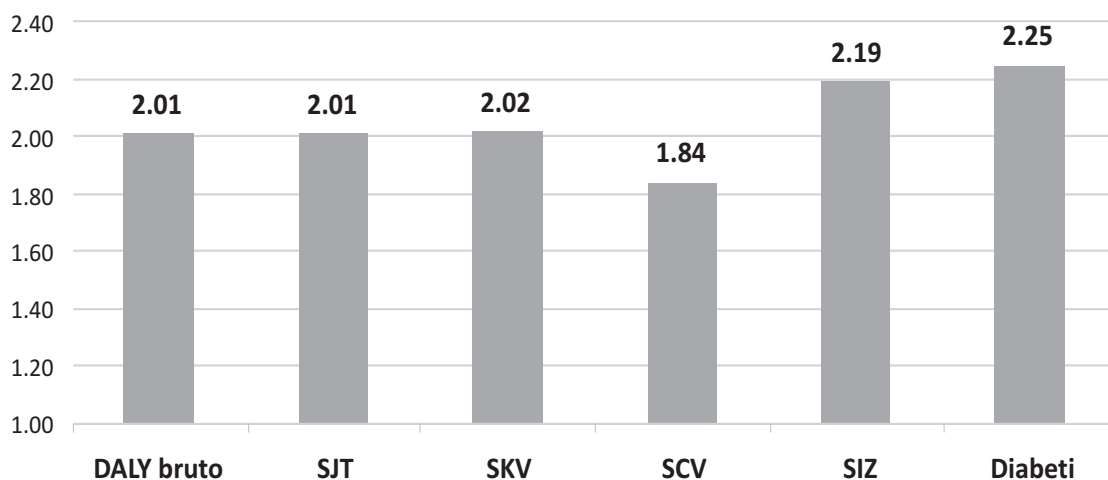
Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga diabeti (për 100,000)	1.3	1.9	2.9	3.7	4.0
Përqindja e NVB-së nga diabeti	54.4	57.1	58.5	60.1	62.2
DALY-t për diabetin (për 100,000)	132.6	165.6	214.6	268.4	297.7
Përqindja e DALY-t për diabetin	58.0	59.5	62.1	65.9	68.5

Figura 72 paraqet rritjen e niveleve të përgjithshme dhe shkak-specifike të vdekshmërisë, që i atribuohen TMT-së së rritur në Shqipëri për periudhën 1990-2010. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë për shkak të TMT-së së lartë u rrit më shumë se dy herë (2.3 herë). Në veçanti, niveli i vdekshmërisë nga SIZ-i që i atribuohet TMT-së së lartë u rrit 2.5 herë, ndërsa niveli i vdekshmërisë nga diabeti u trefishua.

Figura 72. Rritja e nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Nga ana tjetër, Figura 73 paraqet rritjen e barrës totale dhe shkak-specifike të sëmundshmërisë nga TMT-ja e lartë në popullatën shqiptare në periudhën 1990-2010. Barra totale e sëmundjeve nga TMT-ja e lartë u dyfishua në Shqipëri gjatë dy dekadave të shkuara. U vërejt një rritje prej më shumë se dy herë e barrës së disa SJT-ve kryesore, përfshirë SIZ-in dhe diabetin.

Figura 73. Rritja e barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Vlen të theksohet se, në vitin 1990, barra totale e sëmundjeve e standardizuar për moshën që i atribuohet TMT-së së lartë në Shqipëri ishte me distancë të madhe, më e ulëta në rajonin e EJT-së, përveç Greqisë (Tabela 84). Nga ana tjetër, në vitin 2010, kjo barrë në Shqipëri ishte e ngjashme me mesataren e rajonit.

Serbia dhe Maqedonia paraqitën barrën më të lartë në rajon të sëmundjeve që i atribuohen TMT-së së rritur, ndërsa Sllovenia dhe Greqia paraqitën vlerën më të ulët të këtij indikatori (Tabela 84).

Tabela 84. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara për moshën (për 100,000) që i atribuohen treguesit të masës trupore të lartë në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	1572.8	1652.5	1886.7	2040.9	2056.2
Bosnje-Hercegovina	2630.2	3106.8	2687.0	2600.3	2500.2
Kroacia	2570.9	2415.9	2319.8	2242.1	2145.6
Greqia	1486.6	1449.8	1472.7	1454.7	1459.3
Maqedonia	2578.5	2657.7	2645.0	2678.2	2596.6
Mali i Zi	2351.6	2468.8	2655.7	2505.4	2464.6
Serbia	2777.1	2897.5	2877.2	2828.7	2555.4
Sllovenia	2342.5	2221.2	2070.7	1877.8	1698.4

Sipas profilit të shteteve të realizuar nga OBSH-ja së fundmi, vlerësohet se prevalenca e mbipeshës në Shqipëri në vitin 2008 ishte 54.4% (60.5% te meshkujt dhe 48.5% te femrat) (OBSH, *NCD country profiles*, 2011). Nga ana tjetër, prevalenca e obezitetit ishte 21.3% (21.8% te meshkujt dhe 20.8% te femrat).

“*World Health Statistics 2014*” raportoi të njëjtën prevalencë të obezitetit te meshkujt dhe femrat shqiptare në vitin 2008, me disa korrigjime të vogla (21.7% në meshkuj dhe 20.5% në femra) (OBSH, *World Health Statistics*, 2014).

Nga ana tjetër, studimi ADHS 2008-2009 raportoi një variacion të konsiderueshëm të TMT-së te femrat e moshës 15-49 vjeç në Shqipëri (ADHS, 2010). Vlera mesatare e TMT-së ishte 24.5 (duke variuar nga 22 në 27 në kategori të ndryshme të femrave). Pak më shumë se 3% e femrave shqiptare kishin $TMT < 18.5$, gjë që evidenton një nivel të ulët të pamjaftueshmërisë nutricionalë. Në kontrast me këtë, 39% e femrave ishin mbipeshë ose obeze (rreth 29% mbipeshë dhe 10% obeze). Mbipesha dhe obeziteti ishin më prevalente midis femrave të moshuara dhe atyre që banonin në rajonin bregdetar në Shqipëri. Megjithatë, pavarësisht vendndodhjes gjeografike, mbipesha dhe obeziteti ishin të lidhur pozitivisht me moshën te femrat. Femrat në kuintilin e poshtëm të pasurisë shfaqën nivelet më të ulëta të mbipeshës dhe obezitetit; megjithatë, sipas raportit, nuk u gjetën fakte të një modeli të përgjithshëm sipas kuintileve të pasurisë (ADHS, 2010).

Nga ana tjetër, te meshkujt, vlera mesatare e TMT-së ishte 25.4 (e ngjashme me atë të femrave) dhe rritej me moshën. Vetëm 1% e meshkujve ishin të dobët, kundrejt 3% të femrave. Prevalenca e mbipeshës te meshkujt (53%) ishte më e lartë sesa te femrat (39%), por niveli i obezitetit te meshkujt (9%) ishte lehtësisht më i ulët sesa te femrat (10%). Modelet demografike dhe social-ekonomike të mbipeshës dhe obezitetit te meshkujt dhe femrat ishin shumë të ngjashme (ADHS, 2010).

Një studim transversal i realizuar në Tiranë, duke përfshirë një kampion përfaqësues të meshkujve dhe femrave adulte të moshës 35-74 vjeç, raportoi një prevalencë më të lartë të obezitetit ($TMT \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) në meshkuj sesa në femra (përkatesisht 18% vs. 13%) (Burazeri G dhe bp., 2007).

Në kontrast, një studim i mëparshëm i bazuar në popullatën e Tiranës në vitin 2001, ku u përfshinë 1120 adultë të moshës 25 vjeç e lart, raportoi një prevalencë të përgjithshme më të lartë të obezitetit (22% te meshkujt dhe 31% te femrat) (Shapo L dhe bp., 2003).

Në çdo rast, pavarësisht mospërputhjeve midis burimeve të ndryshme të informacionit, çka përbën një sfidë urgjente për Shqipërinë, mbipesha dhe obeziteti përfaqësojnë një shqetësim serioz për shëndetin publik në kontekstin e ndryshimeve të shpejta të stilit të jetës, ku ushqimet e përpunuara po zëvendësojnë gjithnjë e më shumë ushqimet tradicionale në vendin tonë (Burazeri G dhe bp., 2011).

5.5. Hipertensioni arterial

Sipas të dhënave të GBD-së, hipertensioni arterial (HTA) ishte faktori i dytë i rrezikut, shkaktar për pjesën më të madhe të barrës së sëmundjeve në Shqipëri në vitin 2010, pas faktorëve të rrezikut të lidhur me dietën (GBD, 2010).

Sipas një profili të fundit të OBSH-së, bazuar mbi të dhënat zyrtare të marra nga institucionet kombëtare, prevalenca e HTA-së në Shqipëri në vitin 2008 ishte 46.3% (49.3% te meshkujt dhe 43.5% te femrat) (OBSH, *NCD country profiles*, 2011).

Nga ana tjetër, “*World Health Statistics 2014*” raportoi një rritje të prevalencës së hipertensionit, 39.5% te meshkujt dhe 31.7% te femrat, në individët 25 vjeç e lart të të dy gjinive për vitin 2008 (OBSH, *World Health Statistics*, 2014).

Edhe një herë, mospërputhja ndërmjet të dhënave kombëtare dhe vlerësimeve të OBSH-së thekson nevojën urgjente për forcimin e organeve kombëtare, për vendosjen e një sistemi efektiv dhe eficient të informacionit shëndetësor në Shqipëri.

Studimi Demografik dhe Shëndetësor i Shqipërisë 2008-2009 ka raportuar të dhëna për matjen e presionit të gjakut te meshkujt dhe femrat e grupmoshave 15-49 vjeç. Në total, gjetjet e këtij studimi treguan se 20% e femrave dhe 28% e meshkujve në Shqipëri kishin HTA (ADHS, 2010). Prevalenca e hipertensionit arterial ishte më e lartë tek individët më të rritur (45-49 vjeç), ku 40% e femrave dhe 45% e meshkujve në këtë grupmoshë kishin HTA. Më tej, 80% e femrave dhe 90% e meshkujve me hipertension nuk ishin të vetëdijshëm për gjendjen e tyre (ADHS, 2010).

Një studim i bazuar në popullatë i kryer në Tiranë në vitet 2000, që përfshiu një kampion përfaqësues meshkujsh dhe femrash të moshës 35-74 vjeç, tregoi se prevalenca e vetëraportuar e hipertensionit arterial ishte 15% te meshkujt dhe 19% te femrat (Burazeri dhe bp., 2007).

Një studim i mëparshëm bazuar në popullatë i realizuar në Tiranë në vitin 2001, raportoi një prevalencë të hipertensionit në shifrat 37% te meshkujt dhe 27% te femrat (Shapo dhe bp., 2003).

Sipas vlerësimeve të GBD 2010, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet tensionit të lartë të gjakut në Shqipëri ka patur një rritje domethënëse gjatë njëzet viteve të fundit.

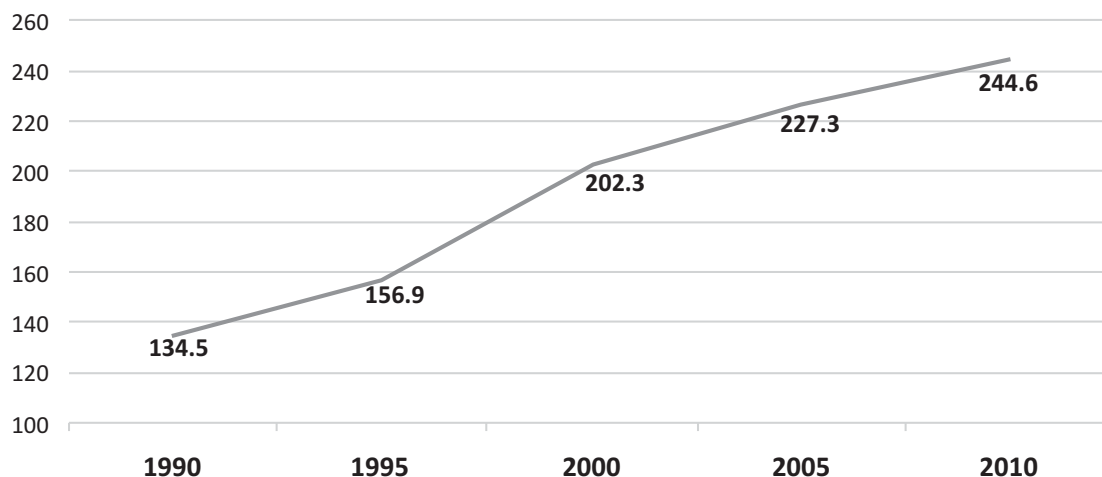
Në fakt, HTA ishte shkaktar i rreth 35% të NVB-së total në Shqipëri për vitin 2010, ndërsa në vitin 1990 ishte rreth 27% (Tabela 85).

Tabela 85. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB total (për 100,000)	134.5	156.9	202.3	227.3	244.6
Përqindja e NVB-së totale	26.8	29.4	32.3	33.7	34.5

Më tej, pati një tendencë të shpejtë rritjeje në nivelin e përgjithshëm të vdekshmërisë për shkak të HTA-së nga viti 1990 në 2010, sidomos në periudhën 1995-2000, e cila përkon me trazirat civile të viteve 1997-1998, dhe në vijim me luftën në Kosovë, një periudhë pesëvjeçare e karakterizuar nga një barrë veçanërisht e lartë e SKV-ve që i atribuohet në një masë të madhe tensionit të lartë të gjakut (Figura 74).

Figura 74. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

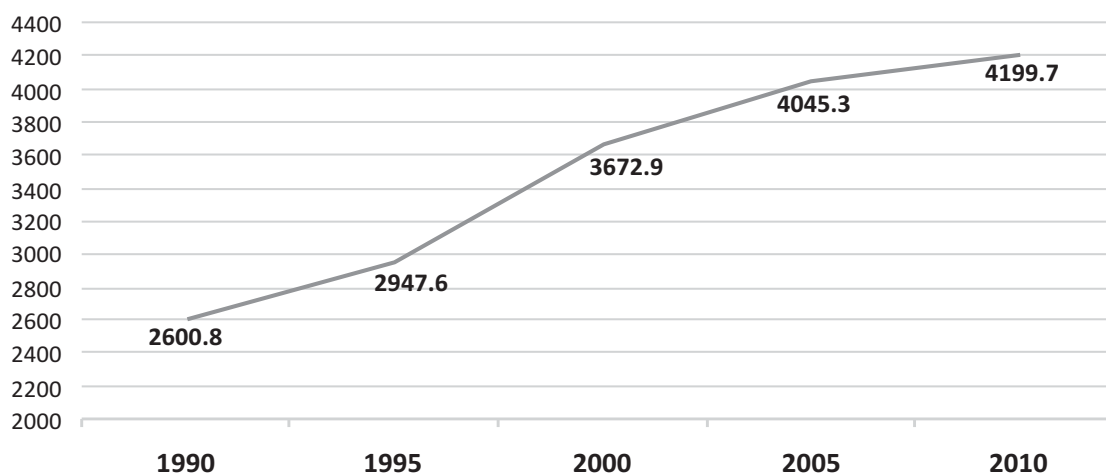


Barra totale e sëmundjeve nga HTA-ja u rrit nga rreth 2,601 në 4,200 DALY për 100,000 nga viti 1990 në 2010 (Tabela 86). Rritja e DALY-t në përqindje ishte nga rreth 9% (viti 1990) në 15% (viti 2010). Barra e sëmundjeve nga HTA-ja ishte dukshëm më e lartë te meshkujt sesa te femrat (në vitin 2010: respektivisht 5,070 kundrejt 3,328 për 100,000).

Tabela 86. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	2852.5	9.1	3343.8	10.9	4385.6	13.9	4812.0	15.6	5070.4	16.4
Femra	2336.3	9.0	2545.2	10.4	2963.4	12.5	3280.8	13.9	3327.5	14.0
Totali	2600.8	9.1	2947.6	10.7	3672.9	13.2	4045.3	14.9	4199.7	15.3

Ashtu si për nivelin e vdekshmërisë, u vërejt një rritje lineare në barrën totale të sëmundjeve që i atribuohen HTA-së në Shqipëri për periudhën 1990-2010, veçanërisht në vitet 1995-2000 (Figura 75).

Figura 75. Barra e sëmundshmërisë që i atribuohet hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Niveli i vdekshmërisë nga SJT-të për shkak të HTA-së u rrit nga 135 në 245 vdekje për 100,000, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010 (Tabela 87). Në vitin 2010, përqindja e vdekshmërisë nga SJT-të shkaktuar nga rritja e tensionit të gjakut në Shqipëri ishte rreth 40%. Nga ana tjetër, përqindja e barrës nga SJT-të që i atribuohet HTA-së në vitin 2010 ishte rreth 20%.

Tabela 87. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT (për 100,000)	134.5	156.9	202.3	227.3	244.6
Përqindja e NVB nga SJT	37.8	38.3	39.0	39.2	39.5
DALY për SJT (për 100,000)	2600.8	2947.6	3672.9	4045.3	4199.7
Përqindja e DALY nga SJT	15.4	16.4	18.5	19.5	19.6

Vdekshmëria nga SKV-të shkaktuar nga HTA-ja u rrit deri në 240 vdekje për 100,000 në vitin 2010, përgjegjëse e rreth 61% të nivelit të përgjithshëm të vdekjeve nga SKV-të (Tabela 88).

Barra totale e SKV-së që i atribuohet HTA-së ishte 4,076 DALY për 100,000 në vitin 2010, përgjegjëse e rreth 62% të barrës së përgjithshme të kësaj sëmundjeje.

Tabela 88. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve kardiovaskulare që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV (për 100,000)	131.7	153.8	198.3	222.9	239.8
Përqindja e NVB nga SKV	61.6	61.5	61.2	61.0	61.3
DALY për SKV (për 100,000)	2517.8	2860.6	3564.7	4045.3	4076.4
Përqindja e DALY për SKV	58.4	58.4	59.3	59.9	61.5

Në veçanti, niveli i vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare për shkak të HTA-së u rrit nga 66 në 115 vdekje për 100,000, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010 (Tabela 89). Në vitin 2010, HTA-ja ishte përgjegjëse për 70% të nivelit të vdekshmërisë dhe 73% të barrës së sëmundjes cerebrovaskulare.

Tabela 89. Niveli i vdekshmërisë dhe barra nga sëmundja cerebrovaskulare që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	66.3	77.9	98.2	107.1	114.5
Përqindja e NVB nga sëmundja cerebrovaskulare	71.7	71.3	70.7	70.3	70.4
DALY për sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	1150.0	1306.7	1572.3	1673.9	1731.5
Përqindja e DALY nga sëmundja cerebrovaskulare	70.8	70.7	71.0	71.4	72.6

Më tej, niveli i vdekshmërisë nga SIZ për shkak të tensionit të lartë të gjakut është dyfishuar gjatë njëzet viteve të fundit në Shqipëri (Tabela 90). Në vitin 2010, HTA-ja ishte përgjegjëse për 56% të vdekshmërisë nga SIZ dhe 59% të barrës nga SIZ në popullsinë shqiptare.

Tabela 90. Niveli i vdekshmërisë dhe barra nga sëmundja ishemike e zemrës që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ (për 100,000)	46.4	56.0	76.4	89.6	96.4
Përqindja e NVB-së nga SIZ	57.1	56.7	56.3	55.9	56.1
DALY nga SIZ (për 100,000)	969.9	1142.9	1516.7	1736.9	1791.9
Përqindja e DALY nga SIZ	58.7	58.0	57.7	57.7	59.0

Figura 76 përmbledh rritjen e nivelit të vdekshmërisë në total dhe shkak-specifike si pasojë e tensionit të lartë të gjakut në Shqipëri gjatë njëzet viteve të fundit. Vlen për t'u theksuar se niveli i vdekshmërisë nga SIZ që i atribuohet HTA-së është rritur dy herë në Shqipëri, ndërsa niveli i vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare është rritur me 73%.

Figura 76. Rritja e nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet hipertensionit arterial në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

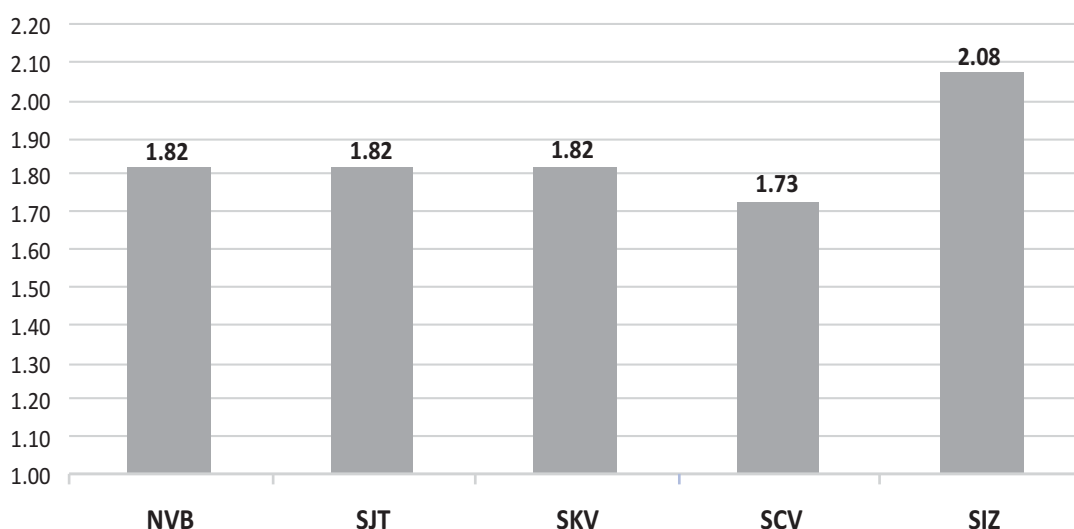
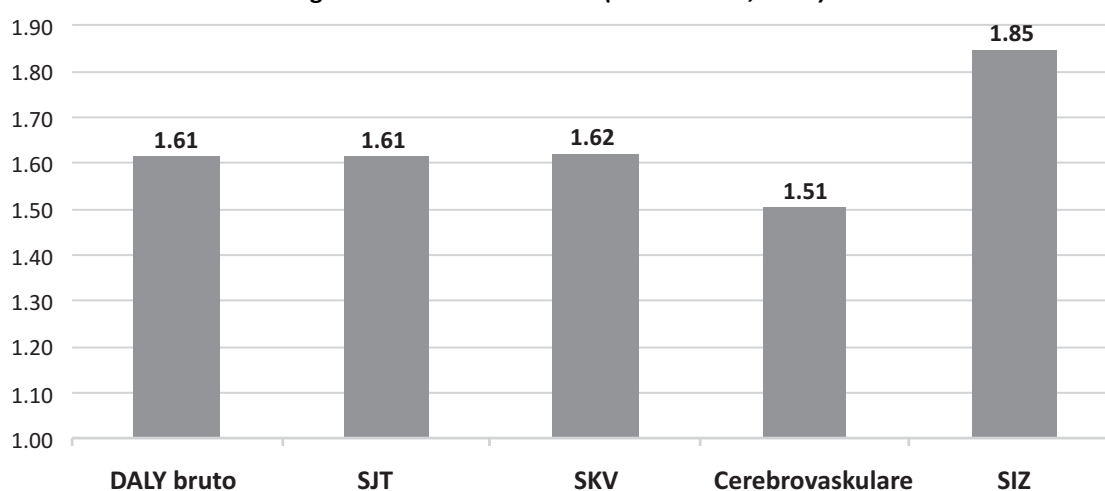


Figura 77 paraqet rritjen e barrës së sëmundshmërisë në total dhe shkak-specifike si pasojë e HTA-së në Shqipëri për periudhën 1990-2010.

Barra e SIZ që i atribuohet HTA-së në Shqipëri është rritur me 85%, ndërsa barra e sëmundjes cerebrovaskulare është rritur me 51%.

Figura 77. Rritja e nivelit të sëmundshmërisë që i atribuohet hipertensionit arterial në Shqipëri nga viti 1990 në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)



Krahasuar me vendet e tjera të rajonit, barra totale e sëmundjeve që i atribuohet HTA-së në Shqipëri në vitin 1990 ishte nën mesataren e vendeve të EJT-së (Tabela 91). Pas rënies së regjimit komunist, një barrë veçanërisht e lartë sëmundjesh për shkak të HTA-së vërehet në disa republika të ish-Jugosllavisë, si Bosnje-Hercegovina, Kroacia dhe sidomos Maqedonia.

Njëzet vite më vonë, barra e sëmundjeve nga HTA-ja në Shqipëri ishte më e lartë se mesatarja e rajonit (Tabela 91). Por çka është më shqetësuese, Shqipëria është i vetmi vend në rajon që nuk ka zbatuar ndonjë program për garantimin e një kontrolli dhe menaxhimi efektiv të hipertensionit në nivel popullate, në ndryshim nga republikat e ish-Jugosllavisë, të cilat kanë bërë një progres domethënës në këtë aspekt (OBSh, *World Health Statistics*, 2014).

Tabela 91. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara (për 100,000) që i atribuohen hipertensionit arterial në Shqipëri dhe vendet e tjera të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	3792.9	3792.2	4092.1	4071.7	3773.8
Bosnje-Hercegovina	5228.6	5658.6	4519.2	4039.0	3594.5
Kroacia	5221.2	4558.2	3990.9	3502.3	3027.5
Greqia	2837.0	2537.4	2375.0	2038.7	1797.4
Maqedonia	6069.1	6010.1	5573.6	5286.0	4766.3
Mali i Zi	4956.7	5176.5	5444.3	4768.2	4274.9
Serbia	4897.9	5118.2	4931.8	4476.0	3591.3
Sllovenia	4124.9	3398.8	2817.4	2207.9	1854.1

5.6. Niveli i lartë i glukozës në gjak

Sipas “*World Health Statistics 2014*”, prevalenca e nivelit të lartë të glukozës në gjak ishte 10.3% te meshkujt dhe 9.0% te femrat, ndër individët me moshë 25 vjeç e lart në vitin 2008 (OBSh, *World Health Statistics*, 2014).

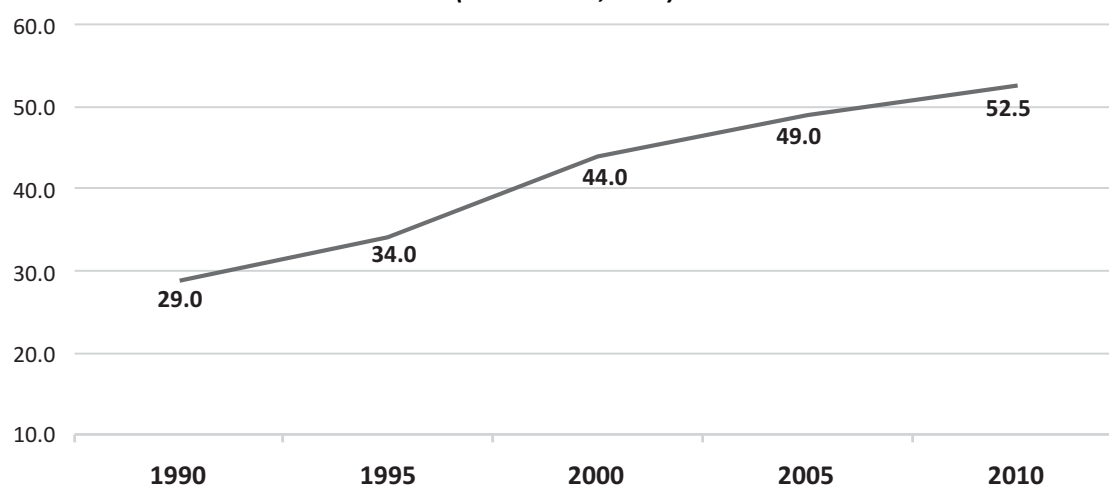
Sipas GBD 2010, vdekshmëria e përgjithshme për shkak të nivelit të lartë të glukozës në gjak në Shqipëri është rritur nga 29 në 53 vdekje për 100,000 banorë nga viti 1990 në vitin 2010 (Tabela 92). Në vitin 2010, përqindja e vdekshmërisë që i atribuohet hiperglicemisë ishte 7.4%.

Tabela 92. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB-ja në total (për 100,000)	29.0	34.0	44.0	49.0	52.5
Përqindja e NVB-së në total	5.8	6.4	7.0	7.3	7.4

Më tej, vihet re një rritje lineare në nivelin e përgjithshëm të vdekshmërisë për shkak të nivelit të lartë të glukozës në gjak, gjatë njëzet viteve të fundit në Shqipëri (Figura 78).

Figura 78. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

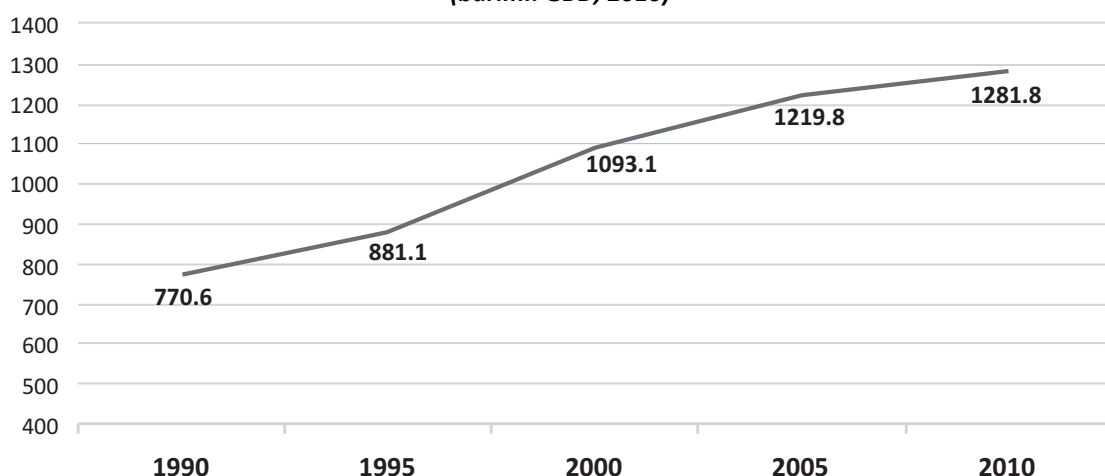


Në mënyrë të ngjashme ka patur një rritje në barrën totale të sëmundjeve, për shkak të hiperglicemisë gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri. Në vitin 2010, vlera totale e DALY-t që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri ishte rreth 1,282 për 100,000 (1,532 për meshkujt kundrejt 1,032 për femrat), ndërsa përqindja e barrës së sëmundjeve që i atribuohet hiperglicemisë ishte 4.7% (4.9% për meshkujt kundrejt 4.3% për femrat) (Tabela 93).

Tabela 93. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	864.9	2.8	1016.4	3.3	1314.9	4.2	1448.1	4.7	1531.7	4.9
Femra	671.5	2.6	743.6	3.0	872.4	3.7	992.2	4.2	1031.6	4.3
Totali	770.6	2.7	881.1	3.2	1093.1	3.9	1219.8	4.5	1281.8	4.7

Veç kësaj, vihet re një rritje lineare e barrës totale të sëmundjeve për shkak të hiperglicemisë gjatë periudhës 1990-2010 në Shqipëri, sidomos në periudhën 1995-2000 (Figura 79). Pas vitit 2005, pati vetëm një rritje të ulët, pavarësisht tendencës lineare të përgjithshme domethënëse.

Figura 79. Barra e sëmundshmërisë që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Niveli i vdekshmërisë nga SJT-të, në përgjithësi shkaktuar nga niveli i lartë i glukozës në gjak, pothuajse u dyfishua gjatë viteve të tranzicionit (1990-2010) në Shqipëri (Tabela 94). Në vitin 2010, përqindja e vdekshmërisë dhe përqindja e barrës së sëmundjeve nga SJT-të që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri ishin respektivisht 8.4% dhe 6%.

Tabela 94. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT (për 100,000)	28.8	33.8	43.8	48.8	52.3
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	8.1	8.3	8.5	8.4	8.4
DALY nga SJT (për 100,000)	764.8	875.4	1087.7	1215.0	1277.1
Përqindja e DALY-t nga SJT-të	4.5	4.9	5.5	5.9	6.0

Nga ana tjetër, niveli i vdekshmërisë nga SKV-të u rrit nga rreth 25 në 43 vdekje për 100,000 banorë gjatë njëzet viteve të fundit (Tabela 95). Përqindja e vdekshmërisë dhe përqindja e barrës së sëmundjeve nga SKV-të që i atribuohen hiperglicemisë në vitin 2010 ishin respektivisht 11% dhe 12%.

Tabela 95. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes kardiovaskulare që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV (për 100,000)	24.5	28.4	36.1	39.8	42.7
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	11.5	11.4	11.2	10.9	10.9
DALY nga SKV (për 100,000)	500.7	564.6	696.1	750.9	778.9
Përqindja e DALY-t nga SKV-të	11.6	11.5	11.6	11.5	11.8

Niveli i vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare që i atribuohet hiperglicemisë gjithashtu është rritur, me gjithë uljen graduale në përqindjen e vdekshmërisë të kësaj sëmundjeje (Tabela 96).

Diçka e ngjashme u vërejt për barrën e sëmundjes cerebrovaskulare që i atribuohet hiperglicemisë, e cila pësoi një rritje në vlerë absolute, por një ulje të qëndrueshme në vlerë relative.

Tabela 96. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes cerebrovaskulare që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	13.0	14.8	18.0	19.1	20.5
Përqindja e NVB-së nga sëmundja cerebrovaskulare	14.0	13.5	13.0	12.5	12.6
DALY nga sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	243.0	268.1	312.7	323.6	336.7
Përqindja e DALY-t nga sëmundja cerebrovaskulare	15.0	14.5	14.1	13.8	14.1

Nga ana tjetër, vdekshmëria nga SIZ që i atribuohet hiperglicemisë u dyfishua nga viti 1990 në vitin 2010 (Tabela 97). Në vitin 2010, niveli i lartë i glukozës në gjak ishte përgjegjës për rreth 13% të NVB-së nga SIZ dhe 15% e barrës së kësaj sëmundjeje.

Tabela 97. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ (për 100,000)	11.6	13.6	18.1	20.7	22.2
Përqindja e NVB-së nga SIZ	14.2	13.8	13.4	12.9	12.9
DALY nga SIZ (për 100,000)	257.7	296.5	383.4	427.3	442.2
Përqindja e DALY-t nga SIZ	15.6	15.0	14.6	14.2	14.5

Për sa i përket diabetit, niveli i vdekshmërisë për shkak të hiperglicemisë u rrit nga 2.3 në 6.4 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010 (Tabela 98).

Në vitin 2010, niveli i lartë i glukozës në gjak ishte përgjegjës për rreth 99% të nivelit të vdekshmërisë nga diabeti dhe 95% të barrës së përgjithshme të kësaj sëmundjeje kronike.

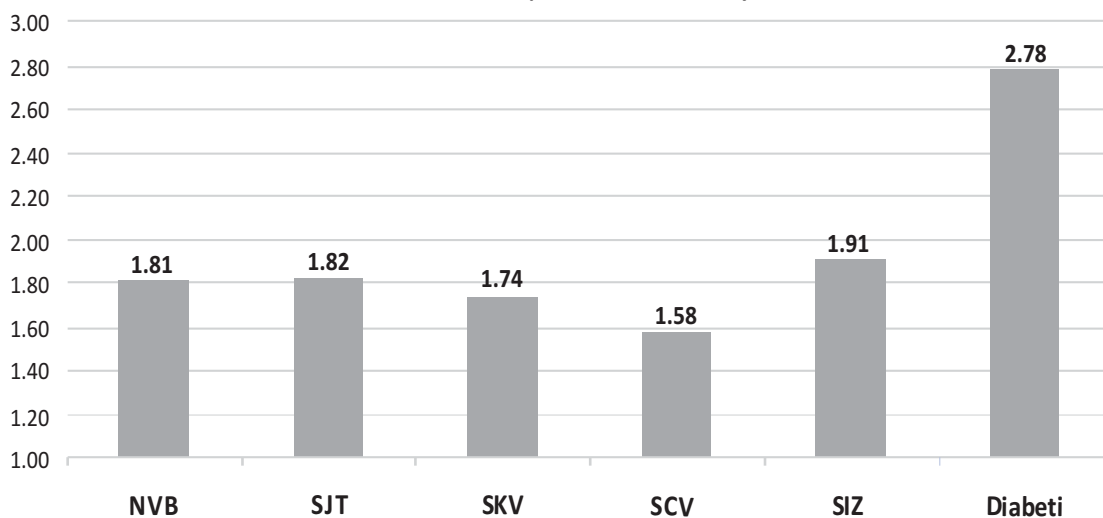
Tabela 98. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e diabetit që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga diabeti (për 100,000)	2.3	3.2	4.9	6.1	6.4
Përqindja e NVB-së nga diabeti	94.4	96.4	97.9	98.4	98.8
DALY nga diabeti (për 100,000)	203.2	248.3	315.6	384.5	414.5
Përqindja e DALY-t nga diabeti	89.0	89.3	91.3	94.5	95.4

Figura 80 përmbledh rritjen e nivelit të vdekshmërisë së përgjithshme dhe shkak-specifike nga hiperglicemia gjatë periudhës 1990-2010 në Shqipëri.

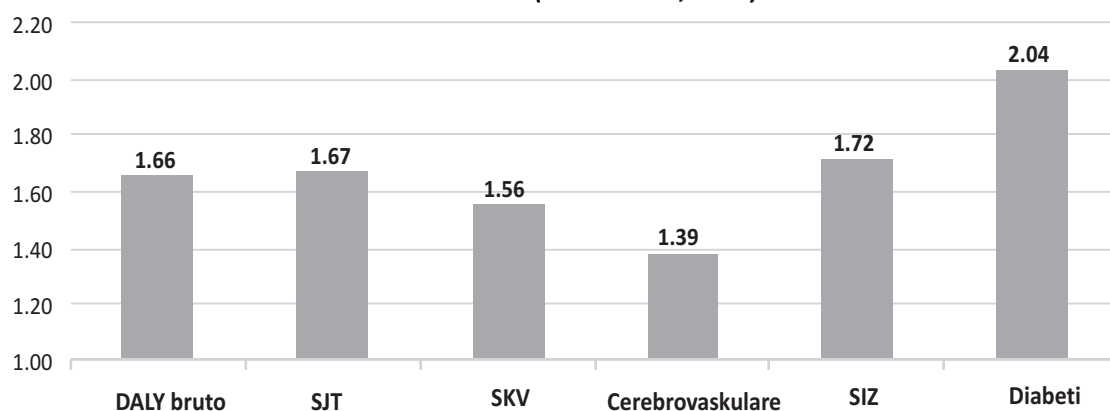
Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë për shkak të nivelit të lartë të glukozës në gjak u rrit me 81%. Veç kësaj, pati një rritje pothuajse dyfish të nivelit të vdekshmërisë nga SIZ, dhe një rritje trefish të nivelit të vdekshmërisë nga diabeti për shkak të hiperglicemisë.

Figura 80. Rritja e nivelit të vdekshmërisë që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)



Ndërkohë, Figura 81 paraqet rritjen në nivelin e përgjithshëm të sëmundshmërisë dhe atë sipas sëmundjeve specifike nga niveli i lartë i glukozës në gjak, gjatë periudhës 1990-2010 në Shqipëri.

Figura 81. Rritja në barrën e sëmundjeve që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)



Barra e standardizuar e sëmundjeve që i atribuohet hiperglicemisë në Shqipëri ishte më ulëta në rajon për vitin 1990 (pa përfshirë Greqinë) (Tabela 99).

Në vitin 2010, Shqipëria pati një barrë sëmundjeje që i atribuohet hiperglicemisë të krahasueshme me atë të Kroacisë, por shumë më të ulët se Bosnje-Hercegovina, dhe sidomos Maqedonia. Nga ana tjetër, në vitin 2010, Greqia dhe veçanërisht Sllovenia, kishin barrën më të ulët të sëmundjeve që i atribuohen hiperglicemisë (Tabela 99)

Tabela 99. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara (për 100,000) që i atribuohen hiperglicemisë në Shqipëri dhe vendet e tjera të rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	1101.0	1117.8	1209.6	1225.7	1164.5
Bosnje-Hercegovina	1953.9	2203.6	1787.4	1643.8	1473.8
Kroacia	1494.6	1378.5	1252.3	1173.9	1097.8
Greqia	933.7	859.4	833.3	797.5	780.6
Maqedonia	1900.8	1922.1	1889.3	1860.6	1711.9
Mali i Zi	1606.3	1616.6	1652.8	1427.6	1292.4
Serbia	1599.9	1617.3	1574.6	1510.8	1343.5
Sllovenia	1276.9	1229.5	1090.0	929.6	769.8

5.7. Niveli i lartë i kolesterolit

Sipas një profili për Shqipërinë botuar së fundmi nga OBSH-ja, prevalenca e nivelit të lartë të kolesterolit në vendin tonë ishte 46.1% në vitin 2008 (46.8% për meshkujt dhe 45.4% për femrat) (OBSH, *NCD country profiles*, 2011).

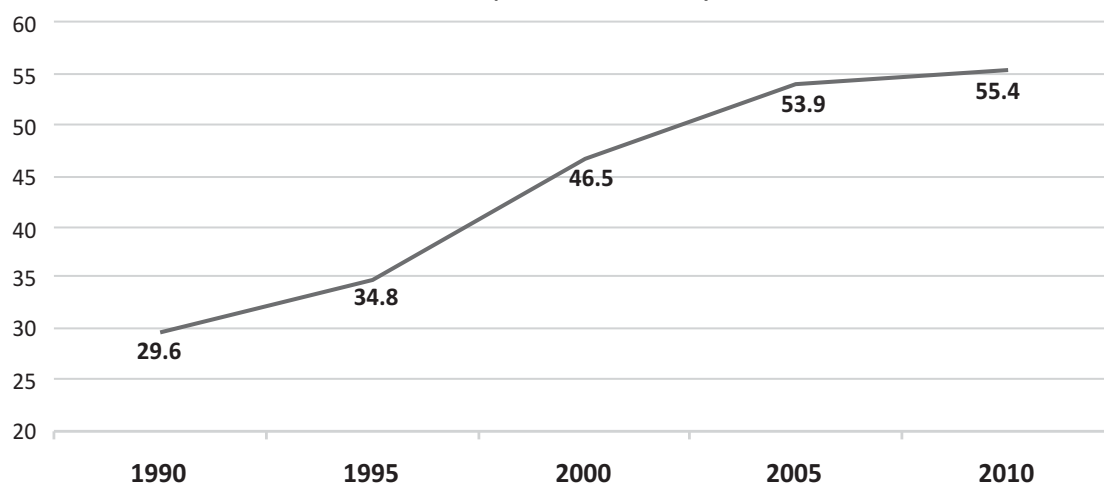
Sipas vlerësimeve të GBD 2010, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri është rritur nga rreth 30 në 55 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010 (Tabela 100). Në vitin 2010, përqindja e vdekshmërisë për shkak të hiperkolesterolemisë ishte 7.8%.

Tabela 100. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB total (për 100,000)	29.6	34.8	46.5	53.9	55.4
Përqindja e NVB-së total	5.9	6.5	7.4	8.0	7.8

Veç kësaj, u vërejt një rritje e qëndrueshme e nivelit të vdekshmërisë për shkak të nivelit të lartë të kolesterolit, sidomos nga viti 1995 në 2005, pasuar nga një stabilizim gjatë viteve 2005-2010 (Figura 82).

Figura 82. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

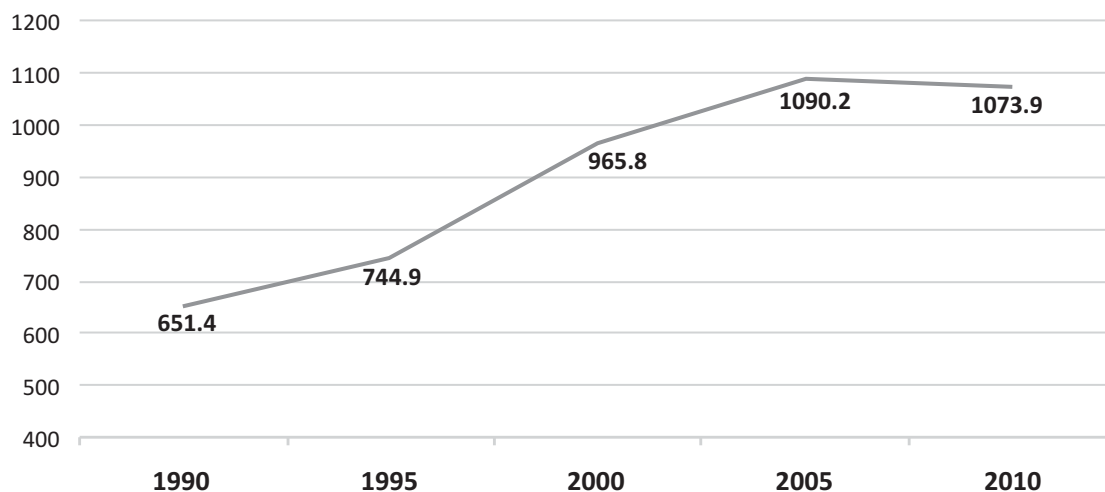


Barra e sëmundjeve për shkak të hiperkolesterolemisë është rritur në të dy gjinitë gjatë periudhës 1990-2010 në Shqipëri. Në vitin 2010, hiperkolesterolemia ishte shkaktare e 3.9% të barrës totale të sëmundjeve në popullatën e përgjithshme shqiptare (Tabela 101).

Tabela 101. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	754.2	2.4	889.9	2.9	1193.2	3.8	1328.3	4.3	1318.4	4.3
Femra	543.4	2.1	597.5	2.5	739.5	3.1	852.7	3.6	829.0	3.5
Totali	651.4	2.3	744.9	2.7	965.8	3.5	1090.2	4.0	1073.9	3.9

Barra e sëmundjeve që i atribuohen hiperkolesterolemisë u rrit ndjeshëm në periudhën 1995-2000 (Figura 83). Në vitet 2000-2005 ajo pati një rritje të moderuar, dhe më pas u nivelua në vitet në vijim (2005-2010).

Figura 83. Barra e sëmundjeve që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Niveli i vdekshmërisë nga SJT-të për shkak të nivelit të lartë të kolesterolit u rrit nga 30 në 55 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010 (Tabela 102), duke përsëritur shifrat e vdekshmërisë së përgjithshme (pra, faktin që roli i nivelit të lartë të kolesterolit është tërësisht i lidhur me zhvillimin e SJT-ve).

Në vitin 2010, pothuajse 9% e vdekshmërisë dhe 5% e barrës së SJT-ve i atribuohen hiperkolesterolemisë.

Tabela 102. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT (për 100,000)	29.6	34.8	46.5	53.9	55.4
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	8.3	8.5	9.0	9.3	8.9
DALY nga SJT (për 100,000)	651.4	744.9	965.8	1090.2	1073.9
Përqindja e DALY-t nga SJT-të	3.9	4.1	4.9	5.3	5.0

Më hollësisht, hiperkolesterolemia lidhet me praninë e SKV-së, e cila përbën, tërësisht dhe e vetme, efektin e dëmshëm shëndetësor të këtij faktori rreziku. Siç është paraqitur në Tabelën 103, niveli i vdekshmërisë nga SKV-të për shkak të nivelit të lartë të kolesterolit, reflekton shifrat e lartpërmendura për vdekshmërinë e përgjithshme ose për vdekshmërinë nga SJT-të.

Në vitin 2010, rreth 14% e vdekjeve nga SKV-të dhe 16% e barrës së SKV-ve ishte për shkak të hiperkolesterolemisë.

Tabela 103. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes kardiovaskulare që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV (për 100,000)	29.6	34.8	46.5	53.9	55.4
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	13.8	13.9	14.4	14.8	14.1
DALY nga SKV (për 100,000)	651.4	744.9	965.8	1090.2	1073.9
Përqindja e DALY-t nga SKV-të	15.1	15.2	16.1	16.6	16.2

Për sa i përket sëmundjes cerebrovaskulare, ka një rritje të vogël në nivelin absolut të vdekshmërisë, por një ulje në terma relativë, për shkak të nivelit të lartë të kolesterolit gjatë viteve 1990-2010 në popullatën shqiptare (Tabela 104). E njëjta gjë vërehet edhe për barrën e sëmundjes cerebrovaskulare që i atribuohet hiperkolesteolemisë.

Tabela 104. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes cerebrovaskulare që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	1.4	1.4	1.7	1.9	1.9
Përqindja e NVB-së nga sëmundja cerebrovaskulare	1.5	1.3	1.2	1.2	1.2
DALY nga sëmundja cerebrovaskulare (për 100,000)	38.9	37.7	45.5	50.6	50.1
Përqindja e DALY-t nga sëmundja cerebrovaskulare	2.4	2.0	2.1	2.2	2.1

Veç kësaj, niveli i vdekshmërisë nga SIZ është rritur gjatë njëzet viteve të fundit në Shqipëri (nga rreth 28 në 54 vdekje për 100,000 banorë, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010) (Figura 105). Në vitin 2010, 31% e vdekshmërisë nga SIZ dhe 34% e barrës së kësaj sëmundjeje u shkaktua nga hiperkolesterolemia.

Tabela 105. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SIZ (për 100,000)	28.2	33.4	44.8	52.0	53.5
Përqindja e NVB-së nga SIZ	34.7	33.9	33.0	32.5	31.1
DALY nga SIZ (për 100,000)	612.5	707.1	920.3	1039.5	1023.8
Përqindja e DALY-t nga SIZ	37.0	35.9	35.0	34.5	33.7

Figura 84 paraqet rritjen e nivelit të vdekshmërisë në total dhe sipas sëmundjeve specifike, që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri gjatë viteve 1990-2010. I vetmi efekt shëndetësor negativ i nivelit të lartë të kolesterolit lidhet me prekjen nga SKV-të. Në vitin 2010, krahasuar me dy dekada më parë, pati një rritje me 87% të nivelit të vdekshmërisë nga SKV-të për shkak të hiperkolesterolemisë. Rritja e numrit të vdekjeve nga sëmundjet cerebrovaskulare ishte më e ulët (36%), ndërsa vdekshmëria nga SIZ që i atribuohet hiperkolesterolemisë u rrit me 90%.

Figura 84. Rritja në nivelin e vdekshmërisë që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)

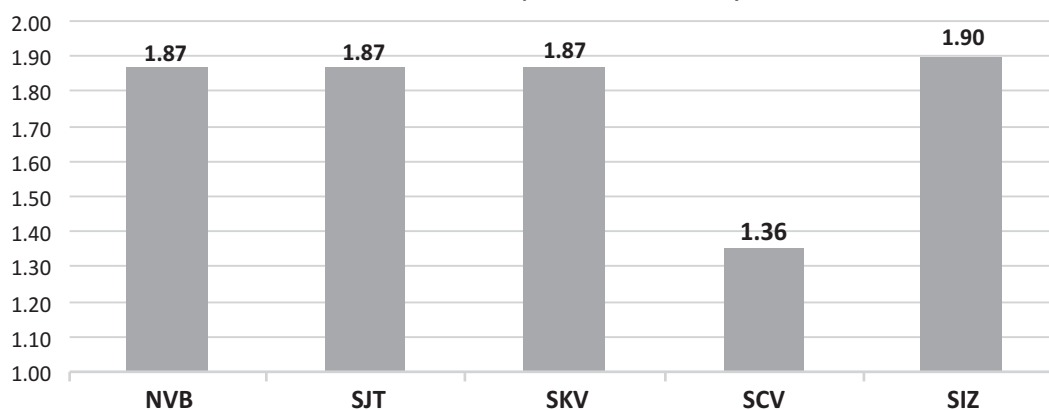
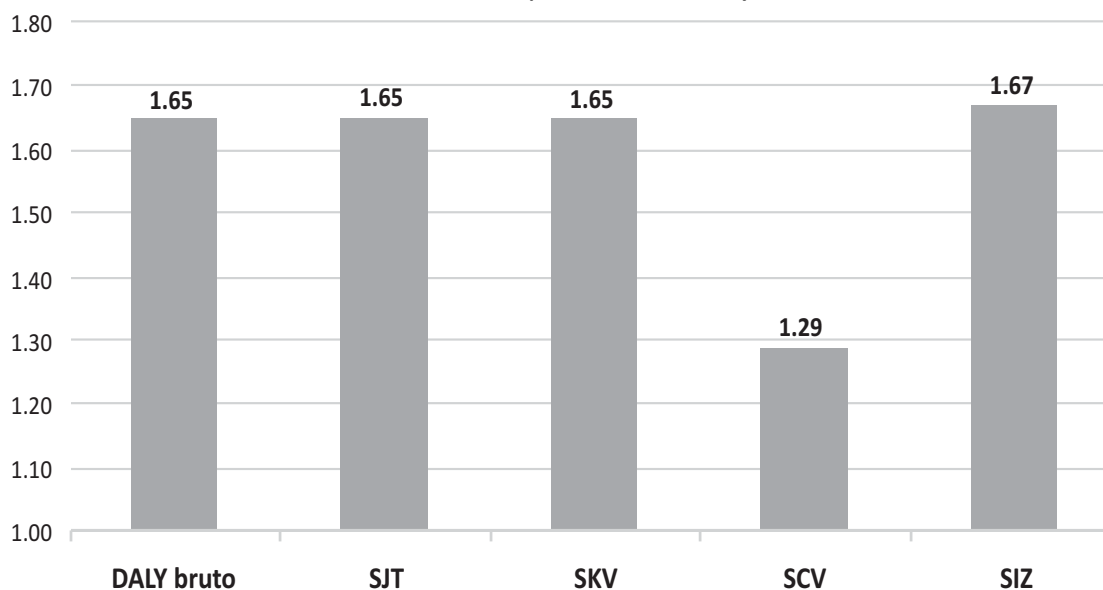


Figura 85 paraqet rritjen e barrës së sëmundjeve në total dhe sipas sëmundjeve specifike, që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri gjatë viteve 1990-2010. Ka patur një rritje me 29% të barrës së sëmundjes cerebrovaskulare dhe 67% të barrës së SIZ që i atribuohet hiperkolesterolemisë.

Figura 85. Rritja në barrën e sëmundjeve që i atribuohet hiperkolesterolemisë në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)

Barra e sëmundjeve e standardizuar e hiperkolesterolemisë në Shqipëri ishte më e ulëta në rajonin e EJT-së në vitin 1990 (Tabela 106). Kroacia, e ndjekur nga Maqedonia, kishte barrën më të lartë të hiperkolesterolemisë në fund të regjimit komunist.

Në të kundërt, dy dekada më vonë, Shqipëria kishte barrën e sëmundjeve më të lartë për shkak të hiperkolesterolemisë pas Maqedonisë. Megjithatë, të gjitha vendet e rajonit përveç Shqipërisë, kanë bërë progres të rëndësishëm për sa i përket uljes së barrës së sëmundjeve që i atribuohen hiperkolesterolemisë. Kroacia tregon një ulje të dyfishtë, kurse Sllovenia ka ulur me 2.5 herë barrën e sëmundjeve që lidhen me kolesterolin e lartë (Tabela 106).

Tabela 106. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara (për 100,000) që i atribuohen hiperkolesterolemisë në Shqipëri dhe vendet e rajonit të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	935.1	947.9	1070.4	1096.7	975.5
Bosnje-Hercegovina	1302.1	1352.0	1025.1	866.8	753.6
Kroacia	1682.4	1401.8	1178.1	990.3	833.8
Greqia	1069.1	933.1	851.7	729.7	665.1
Maqedonia	1585.3	1467.1	1276.5	1128.9	990.4
Mali i Zi	1263.9	1266.5	1296.8	1117.4	955.5
Serbia	1049.3	1077.4	1013.9	924.8	756.0
Sllovenia	1346.3	1110.3	870.5	648.9	523.3

5.8.Faktorët e rrezikut të lidhur me dietën ushqimore

Sipas GBD 2010, tre faktorët e rrezikut që ishin përgjegjës për pjesën dërrmuese të barrës së sëmundjeve në Shqipëri për vitin 2010 ishin rreziqet e lidhura me dietën ushqimore, tensioni i lartë i gjakut dhe duhanpirja. Prandaj, është e nevojshme për vendin tonë që t'i kushtohet rëndësi e veçantë rreziqeve të lidhura me dietën ushqimore.

Studimi GBD 2010 ka përdorur një listë të gjerë të rreziqeve të lidhura me dietën ushqimore që ndikojnë në zhvillimin e sëmundjeve kronike, duke përfshirë frutat, perimet, drithërat e plota, mishin e kuq, mishin e përpunuar, arrat/farat, omega-3 të prodhimeve të detit, acideve yndyrore trans, dhe acideve yndyrore të pangopura (GBD, 2010).

Përcaktimi i sasisë së efektit, dhe sidomos i vlerësimit të dietës në kontekstin e Shqipërisë, mbart sidoqoftë një pasiguri të konsiderueshme. Prandaj, vlerësimet e GBD-së për barrën e sëmundjeve që i atribuohet rreziqeve të dietës duhet të interpretohen me kujdes.

Sipas GBD 2010, niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri u rrit nga rreth 144 në 271 vdekje për 100,000 banorë (Tabela 107).

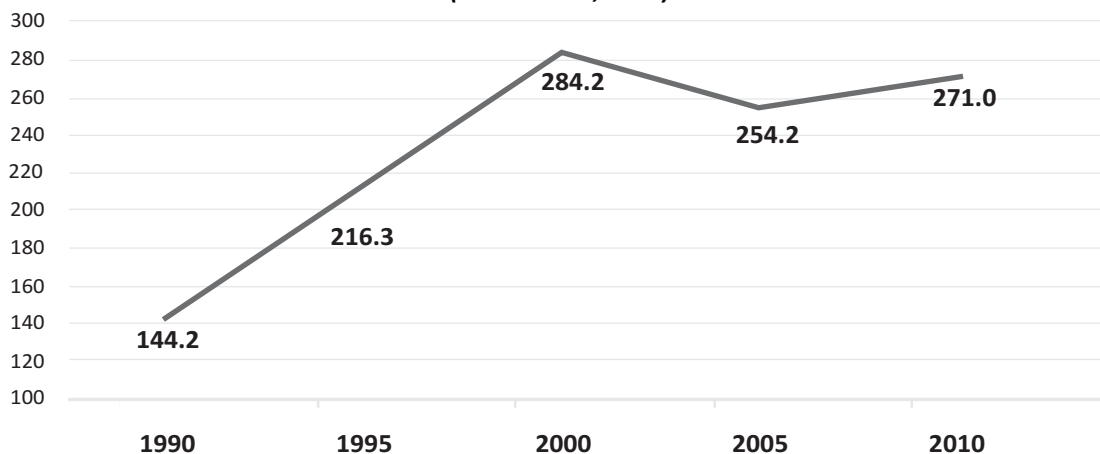
Në vitin 2010, rreziqet e dietës ishin përgjegjëse për 38.3% të nivelit total të vdekshmërisë, duke përbërë faktorin e parë të rrezikut në Shqipëri (i dyti ishte hipertensioni, përgjegjës për 34.5% të vdekshmërisë së përgjithshme, i ndjekur nga duhanpirja, përgjegjëse për 21.8% të vdekshmërisë së përgjithshme) (GBD, 2010).

Tabela 107. Niveli i përgjithshëm i vdekshmërisë që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB total (për 100,000)	144.2	216.3	284.2	254.2	271.0
Përqindja e NVB-së total	28.7	40.6	45.3	37.7	38.3

Në total, ka patur një rritje mjaft të theksuar të nivelit të vdekshmërisë për shkak të rreziqeve të dietës nga viti 1990 në 2010 në Shqipëri, e ndjekur nga një ulje e lehtë (2000-2005), e cila më pas u nivelua në vitin 2010 (Figura 86).

Figura 86. Niveli i vdekshmërisë bruto që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



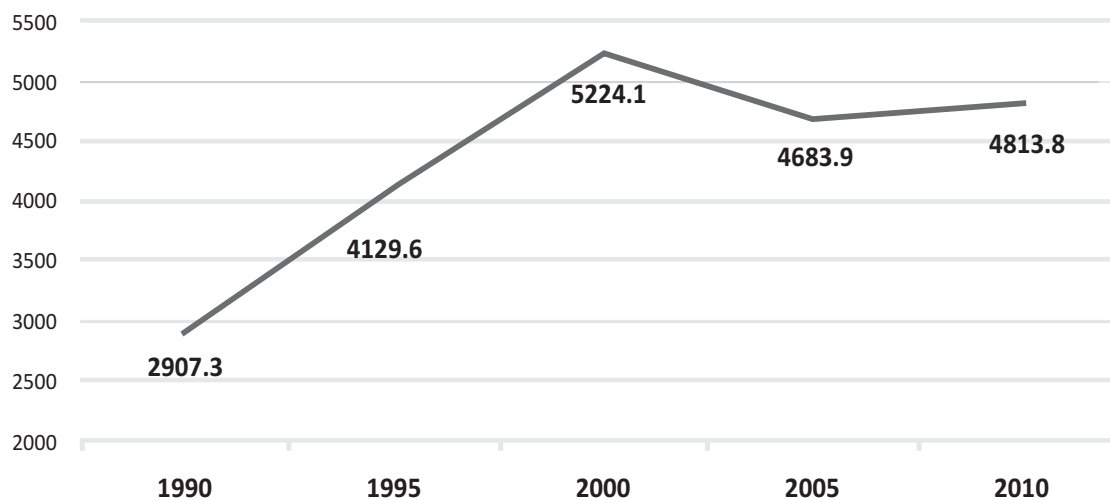
Më tej u vërejt një rritje dërmuese në barrën e sëmundjeve, që i atribuohet rreziqeve të dietës gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri. Kështu, në vitin 2010 rreziqet e dietës ishin të lidhura me më shumë se 4,800 DALY për 100,000, duke përbërë rreth 18% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri [kjo më tepër te meshkujt (19%) se te femrat (15%)] (Tabela 108).

Tabela 108. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi bruto që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Gjinia	Viti: 1990		Viti: 1995		Viti: 2000		Viti: 2005		Viti: 2010	
	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY	DALY (100,000)	Përqindja DALY
Meshkuj	3411.2	10.9	4910.3	16.1	6456.8	20.5	5803.2	18.8	6002.8	19.4
Femra	2377.8	9.1	3336.5	13.7	3997.2	16.8	3567.8	15.1	3622.8	15.2
Totali	2907.3	10.1	4129.6	15.0	5224.1	18.8	4683.9	17.2	4813.8	17.6

Rritja në barrën e sëmundjeve për shkak të rreziqeve të dietës ngjason me tendencën e vdekshmërisë së përgjithshme, me një rritje lineare të theksuar në periudhën 1990-2000, e pasuar nga një ulje (gjatë 2000-2005), dhe në vazhdim me një rritje të moderuar (2005-2010) (Figura 87).

Figura 87. Barra e sëmundjeve që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)



Rreziqet e dietës lidhen me zhvillimin e SJT-ve dhe prandaj, niveli absolut i vdekshmërisë nga SJT-të (paraqitur në Tabelën 109) reflekton shifrat e vdekshmërisë së përgjithshme për shkak të rreziqeve të dietës.

Në vitin 2010, rreziqet e dietës ishin përgjegjëse për rreth 44% të vdekshmërisë nga SJT-të dhe 22% të barrës së SJT-ve në përgjithësi (Tabela 109).

Tabela 109. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjeve jo të transmetueshme që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SJT (për 100,000)	144.2	216.3	284.2	254.2	271.0
Përqindja e NVB-së nga SJT-të	40.6	52.8	54.8	43.8	43.7
DALY nga SJT (për 100,000)	2907.3	4129.6	5224.1	4683.9	4813.8
Përqindja e DALY-t nga SJT-të	17.3	22.9	26.3	22.6	22.4

Gjatë njëzet viteve të fundit, niveli i vdekshmërisë nga SKV-të për shkak të rreziqeve të dietës në Shqipëri, është rritur nga rreth 136 në 256 vdekje për 100,000 banorë (Tabela 110). Në vitin 2010, rreziqet e dietës ishin përgjegjëse për 65% të nivelit të vdekjeve nga SKV-të dhe 66% e barrës totale nga SKV-të në Shqipëri.

Tabela 110. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes kardiovaskulare që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga SKV (për 100,000)	135.5	199.6	262.5	240.2	256.2
Përqindja e NVB-së nga SKV-të	63.3	79.8	81.1	65.7	65.4
DALY nga SKV (për 100,000)	2615.3	3595.6	4559.0	4242.2	4350.3
Përqindja e DALY-t nga SKV-të	60.7	73.5	75.9	64.7	65.6

Në vendin tonë, niveli i vdekshmërisë nga sëmundja cerebrovaskulare që i atribuohet rreziqeve të dietës ka patur gjithashtu rritje të konsiderueshme. Në vitin 2010, rreth 70% e vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare dhe 73% e barrës totale nga kjo sëmundje janë shkaktuar nga rreziqet e dietës (Tabela 111).

Tabela 111. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes cerebrovaskulare që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB-ja për sëmundjen cerebrovaskulare (për 100,000)	65.9	97.7	124.1	106.8	113.5
Përqindja e NVB-së nga sëmundja cerebrovaskulare	71.3	89.5	89.3	70.2	69.7
DALY për sëmundjen cerebrovaskulare (për 100,000)	1163.8	1596.8	1929.7	1685.7	1730.4
Përqindja e DALY-t për sëmundjen cerebrovaskulare	71.7	86.4	87.1	71.9	72.5

Gjatë njëzet viteve të fundit, niveli i vdekshmërisë nga SIZ që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri është rritur më shumë se dy herë (Tabela 112). Në vitin 2010, përqindja e vdekshmërisë nga SIZ për shkak të rreziqeve të dietës ishte rreth 79%, ndërsa përqindja e barrës totale të SIZ nga rreziqet e dietës ishte 81%.

Tabela 112. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e sëmundjes ishemike të zemrës që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB për SIZ (për 100,000)	64.9	92.9	127.5	126.5	135.0
Përqindja e NVB-së për SIZ	79.9	94.1	94.0	79.0	78.6
DALY për SIZ (për 100,000)	1354.2	1811.8	2408.3	2420.3	2471.2
Përqindja e DALY-t për SIZ	81.9	91.9	91.7	80.4	81.3

Niveli i vdekshmërisë nga diabeti që i atribuohet rreziqeve të dietës është shumë i ulët në Shqipëri, pavarësisht se është rritur dyfish gjatë njëzet viteve të fundit (Tabela 113). Nga ana tjetër, barra e diabetit për shkak të rreziqeve të dietës pothuajse është dyfishuar (nga 65 në 123 DALY për 100,000, respektivisht në vitet 1990 dhe 2010). Në vitin 2010, rreziqet e dietës ishin përgjegjëse për rreth 28% të barrës totale të diabetit në popullatën shqiptare (Tabela 113).

Tabela 113. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e diabetit që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

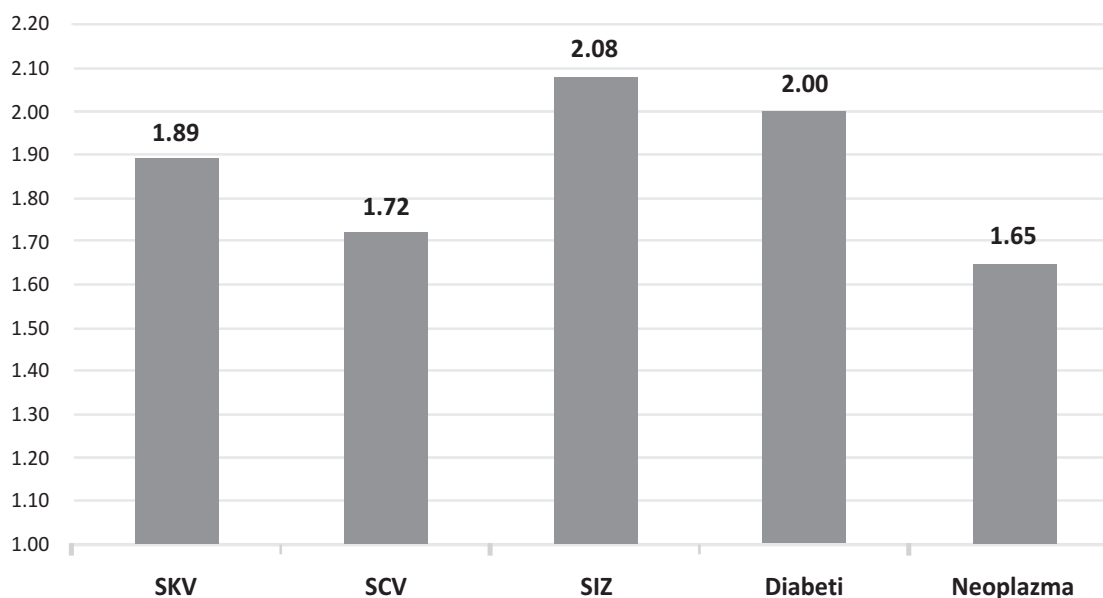
Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga diabeti (për 100,000)	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
Përqindja e NVB-së nga diabeti	2.2	4.6	4.9	2.7	2.8
DALY nga diabeti (për 100,000)	65.1	117.9	143.0	110.5	122.7
Përqindja e DALY-t nga diabeti	27.8	41.7	40.7	26.5	27.6

Niveli i vdekshmërisë nga neoplazmat që i atribuohet rreziqeve të dietës u rrit nga rreth 8 në 13 vdekje për 100,000 (Tabela 114). Në vitin 2001, rreth 10% e vdekjeve dhe 9% e barrës totale nga neoplazmat i atribuohen rreziqeve të dietës.

Figura 88 përmbledh rritjen e nivelit të vdekshmërisë sipas sëmundjeve specifike, që i atribuohen rreziqeve të dietës gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri. Niveli i vdekshmërisë nga SIZ dhe diabeti për shkak të rreziqeve të dietës është dyfishuar gjatë viteve 1990-2010, kurse niveli i vdekjeve nga sëmundjet cerebrovaskulare dhe neoplazmat është rritur me rreth 70%.

Tabela 114. Niveli i vdekshmërisë dhe barra e neoplazmave që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Indikatori	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
NVB nga neoplazmat (për 100,000)	8.1	15.2	19.7	12.8	13.4
Përqindja e NVB-së nga neoplazmat	11.0	17.8	17.5	10.0	9.8
DALY nga neoplazmat (për 100,000)	208.7	378.5	474.2	303.3	310.3
Përqindja e DALY-t nga neoplazmat	9.8	16.3	16.3	9.5	9.3

Figura 88. Rritja në nivelin e vdekshmërisë që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri nga viti 1990 në 2010 (burimi: GBD, 2010)

Interesant paraqitet fakti se, në vitin 1990 barra e standardizuar e sëmundjeve që i atribuohet rreziqeve të dietës në Shqipëri (rreth 4,200 DALY për 100,000) ishte më e ulëta në rajonin e EJT-së, pa përfshirë Greqinë (Tabela 115).

Në vitin 2010, barra e sëmundjeve për shkak të rreziqeve të dietës në Shqipëri (rreth 4,350 DALY për 100,000) ishte më e larta në rajon pas Maqedonisë.

Vlen të theksohet se barra e sëmundjeve për shkak të rreziqeve të dietës ishte më e larta në vitin 2000, pothuajse në të gjitha vendet e EJT-së. Më pas, barra e sëmundjeve që i atribuohet rreziqeve të dietës është ulur ndjeshëm në pjesën më të madhe të këtyre vendeve (Tabela 115).

Tabela 115. Vitet e jetës të axhustuara për paaftësi të standardizuara (për 100,000) që i atribuohen rreziqeve të dietës në Shqipëri dhe në vendet e tjera të EJT-së sipas viteve (burimi: GBD, 2010)

Vendi	Viti: 1990	Viti: 1995	Viti: 2000	Viti: 2005	Viti: 2010
Shqipëria	4207.0	5304.6	5822.1	4721.0	4347.1
Bosnje-Hercegovina	5811.2	7911.8	6317.3	4493.4	3992.6
Kroacia	5530.1	6323.4	5682.7	3999.0	3532.8
Greqia	2975.4	3618.2	3467.3	2282.7	2130.2
Maqedonia	6023.7	7707.6	7333.9	5545.6	5059.2
Mali i Zi	4850.6	6421.7	6833.5	4833.9	4327.4
Serbia	4770.0	6541.6	6390.4	4622.3	3852.4
Sllovenia	4349.6	4942.8	4213.2	2576.9	2216.4

Përmbledhje e faktorëve të mënyrës së jetesës

Në vitin 1990, karakteristikat e stilit të jetesës ishin përgjegjëse për 40.6% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri, kurse në vitin 2010, përqindja e DALY-t për shkak të këtyre faktorëve u rrit me 71.2% (Tabela 116).

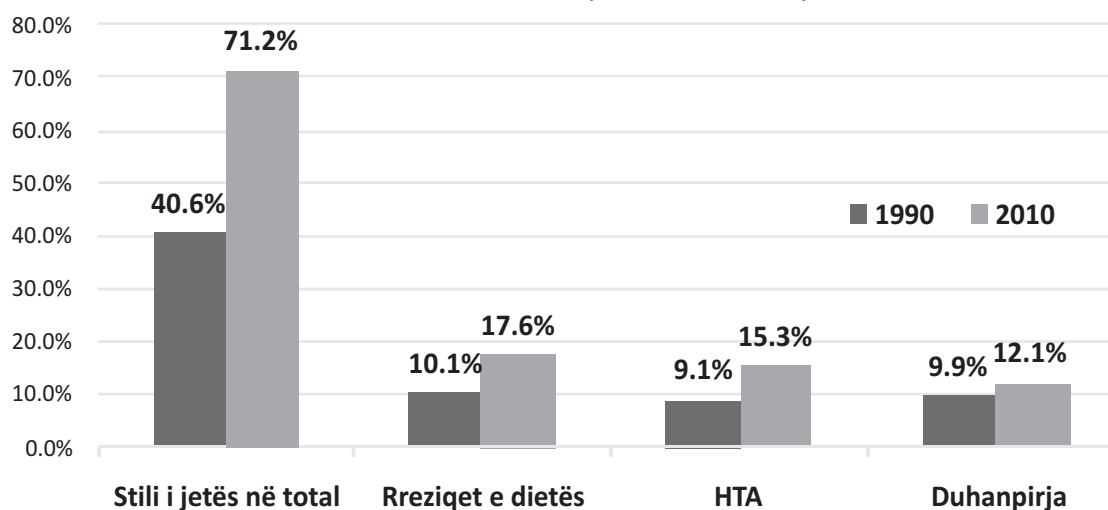
Siç u theksua më parë, tre rreziqet kryesorë të stilit të jetesës për shëndetin ishin rreziqet e lidhura me dietën ushqimore (17.6%), pasuar nga HTA-ja (15.3%) dhe duhanpirja (12.1%). TMT i lartë u rendit i katërti (8.2%), pasuar nga niveli i lartë i glukozës (4.7%) dhe inaktiviteti fizik (4.3%).

Është interesant fakti se, ka patur një rritje domethënëse në barrën e sëmundjeve, që i atribuohet çdo karakteristike të stilit të jetesës në Shqipëri gjatë njëzet viteve të fundit.

Tabela 116. Barra e sëmundjeve që i atribuohet të gjithë faktorëve të stilit të jetesës në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

Faktori i stilit të jetesës	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Inaktiviteti fizik	-	-	1167.0	4.3
Rreziqet e dietës	2907.3	10.1	4813.8	17.6
Dendësia e ulët e mineraleve në kocka	45.8	0.2	84.7	0.3
TMT i lartë	1116.7	3.9	2241.8	8.2
Tensioni i lartë i gjakut	2600.8	9.1	4199.7	15.3
Niveli i lartë i kolesterolit	651.4	2.3	1073.9	3.9
Niveli i lartë i glukozës	770.6	2.7	1281.9	4.7
Konsumi i drogës	268.8	0.9	369.2	1.3
Konsumi i alkoolit	433.2	1.5	956.2	3.5
Duhanpirja	2856.3	9.9	3313.5	12.1
Stili i jetesës në total	11650.9	40.6	19501.7	71.2

Figura 89 paraqet rrezikun që i atribuohet faktorëve të përgjithshëm, dhe tre më kryesorëve të stilit të jetesës në Shqipëri në vitet 1990 dhe 2010.

Figura 89. Rreziku që i atribuohet faktorëve kryesorë të stilit të jetesës në Shqipëri në vitin 1990 dhe në vitin 2010 (burimi: GBD, 2010)

5.9. Faktorët e tjerë të rrezikut

Tabela 117 paraqet barrën e sëmundjeve për disa faktorë të tjerë rreziku në popullatën shqiptare.

Rreziku profesional vazhdon të ketë një barrë relativisht të lartë në Shqipëri, me gjithë tendencën zbritëse gjatë dy dekadave të fundit. Kështu, në vitin 2010, barra e sëmundjeve që i atribuohet rreziqeve profesionale ishte 3%, shifër e cila është e lartë krahasuar me pjesën më të madhe të vendeve në rajonin e EJT-së.

Barra për shkak të ndotjes së ajrit në banesë është ulur ndjeshëm gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri. Megjithatë, në vitin 2010, ky faktor rreziku ishte përgjegjës për 6.4% të barrës totale të sëmundjeve në Shqipëri.

Në mënyrë të ngjashme, barra e sëmundjeve për shkak të ndotjes mjedisore nga grimcat (PM) ka patur ulje në Shqipëri (në vitin 2010, ishte përgjegjës për 3.4% të barrës totale të sëmundjeve).

Sipas GBD 2010, faktori kryesor i rrezikut në vitin 2010 për fëmijët nën pesë vjeç ishte ndotja e ajrit në banesë nga lëndët djegëse të ngurta. Nga ana tjetër, po në vitin 2010, faktori kryesor i rrezikut për të rriturit e moshës 15-49 vjeç ishin rreziqet profesionale (https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_albania.pdf).

Pamjaftueshmëritë nga mikronutrientët përgjithësisht janë duke u ulur në Shqipëri, gjë që reflektohet në uljen e qëndrueshme të barrës së sëmundjeve që i atribuohet këtyre faktorëve të rrezikut.

Vlen të theksohet se barra e sëmundjeve që i atribuohet nënpeshës në fëmijëri është ulur dhjetë herë gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri (Tabela 117).

Tabela 117. Barra e sëmundjeve që i atribuohet disa faktorëve të tjerë të rrezikut në Shqipëri në vitet 1990 dhe 2010 (burimi: GBD, 2010)

Faktorët e rrezikut	Viti: 1990		Viti: 2010	
	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY	DALY (për 100,000)	Përqindja DALY
Rreziqet profesionale	979.9	3.4	828.6	3.0
Ndotja e ajrit në banesë	3837.2	13.0	1752.9	6.4
Ndotja mjedisore nga grimcat	1478.5	5.1	933.0	3.4
Dhuna nga partneri	-	-	198.1	0.7
Abuzimi seksual në fëmijëri	-	-	55.5	0.2
Pamjaftueshmëria e zinkut	198.8	0.7	21.8	0.1
Pamjaftueshmëria e vitaminës A	49.3	0.2	-	-
Pamjaftueshmëria e hekurit	499.4	1.7	387.7	1.4
Nënpesha në fëmijëri	890.0	3.1	81.9	0.3
Ekspozimi ndaj plumbit	136.2	0.5	436.0	1.6
Radoni	-	-	117.6	0.4
Ndotja nga ozoni	15.5	-	-	-
Uji i papastër	29.1	0.1	-	-



SISTEMI SHËNDETËSOR



6. SISTEMI SHËNDETËSOR

6.1. Burimet njerëzore në shëndetësi

Burimet njerëzore në sektorin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri përfshijnë mjekët (mjekët e përgjithshëm, mjekët e familjes dhe specialistët), infermierët dhe mamitë, si dhe punonjës të tjerë të kujdesit shëndetësor, të cilët janë të gjithë të rëndësishëm për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë në nivel popullate. Informacioni mbi burimet njerëzore dhe nivelin e kualifikimit është shumë i rëndësishëm, me qëllim që të planifikohet dhe organizohet ofrimi i shërbimeve për një popullatë të caktuar bazuar në nevojat dhe kërkesat e saj. Vlerësimet për shpërndarjen e personelit shëndetësor bazohen mbi fuqinë punëtore aktive, dmth. fuqia punëtore që është pjesë e tregut shëndetësor të punës (OBSh, 2014). Sipas të dhënave nga Statistikat Botërore për Shëndetin (OBSh, *World Health Statistics*, 2014), gjatë periudhës 2006-2013, ka patur mesatarisht 115 mjekë dhe 399 infermiere dhe mami për 100,000 banorë në Shqipëri (Tabela 118). Mesatarisht, numri i mjekëve të përgjithshëm ishte 50 për 100,000 banorë gjatë viteve 2006-2012. Veç kësaj, kishte 33 dentistë dhe 43 farmacistë për 100,000 banorë, respektivisht në vitin 2006 dhe në vitin 2011.

**Tabela 118. Burimet njerëzore në sektorin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri
(burimi: OBSh, 2014)**

Indikatori	Numri për 100,000 banorë	Viti
Mjekë në total	115	2006-2013
Mjekë të përgjithshëm	50	2006-2012
Psikiatër	2	2006-2010
Infermiere dhe mami	399	2006-2013
Dentistë	33	2006
Farmacistë	43	2011
Mjekë të diplomuar	8	2009
Infermierë të diplomuar	34	2010
Mami të diplomuar	6	2010
Farmacistë të diplomuar	3	2008-2010
Dentistë të diplomuar	4	2008-2010

Studimet e fundit tregojnë se ka një shkallë të lehtë keqshpërndarjeje të mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri (Adhami A, 2014), një pjesë e të cilëve shërbejnë edhe si pediatër në nivel rajonal. Kjo mund të sjellë pabarazi në aksesin ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Tabela 119 paraqet disa tregues të pabarazisë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri për vitin 2011 (Adhami A, 2014).

Tabela 119. Treguesit e pabarazisë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri për vitin 2011 (burimi: Adhami A, PhD, 2014)

Indikatori	Bruto	Axhustuar për vdekshmërinë nën 5 vjeç
Koeficienti Gini	0.139	0.121
Indeksi Atkinson	0.09	0.08
Indeksi Robin Hood	5.8% (N=97)	6.1% (N=102)

Koeficienti Gini bruto (i paaxhustuar) ishte rreth 0.14, duke treguar një pabarazi të lehtë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri për vitin 2010. Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, vihet re një ulje e vogël e koeficientit Gini (0.12), që tregon se një pjesë (por jo e gjithë) e pabarazisë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm, ishte si pasojë e nevojës për t'i "mbishërbyer" zonave që kishin nivel të lartë vdekshmërie feminare në Shqipëri (Adhami A, 2014).

Treguesit e pabarazisë

- Koeficienti Gini është njësi e nivelit të agreguar të pabarazisë, që varion nga 0 në 1, ku vlerat më të larta tregojnë nivele më të larta pabarazie (Munga MA, et al., 2009).
- Indeksi Atkinson është një tregues më sensitiv për pabarazitë në pjesë të ndryshme të shpërndarjes së pasurisë. Ashtu si koeficienti Gini, vlerat e indeksit Atkinson variojnë nga 0 (shpërndarje e barabartë) në 1 (shpërndarje tejet e pabarabartë) (De Maio FG, 2007).
- Indeksi Robin Hood varion 0 në 1 (ose, 0-100 përqind) dhe mund të interpretohet si "përqindja e të ardhurave që duhet të transferohet nga individët me të ardhura mbi mesataren tek ata nën mesataren, në mënyrë që të arrihet një shpërndarje e barabartë" (De Maio FG, 2007).

Në vitin 2011, indeksi Atkinson bruto për shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri ishte 0.09 (Tabela 119), i cili ishte pak më i ulët se koeficienti Gini. Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, indeksi Atkinson pati një ulje të lehtë në 0.08, duke treguar se, ashtu si koeficienti Gini, një pjesë e vogël e shpërndarjes së pabarabartë të mjekëve ishte si pasojë e ofrimit të shërbimeve shtesë në zonat me nivel më të lartë vdekshmërie feminare (Adhami A, 2014).

Në vitin 2011, indeksi Robin Hood bruto (i paaxhustuar) ishte 5.8% (ose, N=97) (Tabela 119), duke treguar se 97 mjekë (nga 1,500 të tillë) duhet të rishpërndaheshin në mënyrë që të arrihej një shpërndarje kombëtare e barabartë e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri. Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, indeksi Robin Hood pati një rritje të vogël, që tregon se në total, 105 mjekë të përgjithshëm duhet të rishpërndahen në mënyrë që të arrihet një shpërndarje e barabartë e mjekëve në Shqipëri (Adhami A, 2014).

6.2. Mbulimi me shërbime shëndetësore

Informacioni mbi infrastrukturën shëndetësore (duke përfshirë numrin e spitaleve, numrin e shtretërve, si dhe numrin e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor), teknologjitë dhe pajisjet mjekësore (radioterapia, njësitë e tomografisë dhe mamografisë) dhe medikamentet bazë (antibiotikët bazë dhe medikamente të tjerë të nevojshëm) është mjaft i rëndësishëm për politikëbërësit dhe vendimmarrësit, me qëllim që të sigurohen shërbime cilësore të kujdesit shëndetësor në nivel popullate.

Numri i shtretërve spitalorë tregon disponueshmërinë e shërbimeve spitalore. Statistikat mbi numrin e shtretërve spitalorë në Shqipëri u bazuan në regjistrimet administrative rutinë, por përfshijnë vetëm shtretërit e sektorit publik, për shkak se sektori privat i spitaleve sapo ka lulëzuar në Shqipëri.

Numri i spitaleve në Shqipëri në vitin 2013 ishte 1.4 për 100,000 banorë (Tabela 120). Gjatë periudhës 2006-2012, kishte mesatarisht 260 shtretër spitalorë, rreth 236 shtretër urgjence dhe 21 shtretër psikiatrikë për 100,000 banorë. Megjithatë, numri i spitaleve nuk është shumë i rëndësishëm. Shifrat tregojnë se çdo spital ka mesatarisht (vetëm) 186 shtretër, por duhet theksuar se ka diferenca të mëdha; pra, ka shumë spitale të vegjël në disa rrethe të Shqipërisë. Nga ana tjetër, kishte rreth 76 qendra të kujdesit shëndetësor parësor për 100,000 banorë.

Për sa i përket teknologjisë shëndetësore, në vitin 2013 kishte 5.4 njësi tomografie dhe 0.3 njësi radioterapie për një milion banorë. Së fundi, kishte rreth 54 njësi mamografie për një milion femra të moshës 50-69 vjeç (Tabela 120), që ishte më e ulëta ndër vendet e Evropës Juglindore (EJL) ku varionte nga 84.6 njësi (në Serbi) në 206.5 (në Kroaci) (OBSh, 2014). Por në përgjithësi, teknologjia shëndetësore është përmirësuar ndjeshëm gjatë vitit të fundit në Shqipëri.

Tabela 120. Infrastruktura dhe teknologjia shëndetësore në Shqipëri (burimi: WHO, 2014)

Indikatori	Numri	Viti
Spitale (për 100,000 banorë)	1.4	2013
Shtretër spitalorë (për 100,000 banorë)	260.0	2006-2012
Shtretër për sëmundje akute (për 100,000 banorë)	236.2	2012
Shtretër psikiatrikë (për 100,000 banorë)	21.0	2006-2010
Qendra të kujdesit parësor (për 100,000 banorë)	76.2	2009
Njësi tomografie (për milion banorë)	5.4	2013
Njësi radioterapie (për milion banorë)	0.3	2013
Njësi mamografie (për milion femra 50-69 vjeç)	54.4	2013

Infrasktruktura e plotë e kujdesit shëndetësor dhe teknologjia shëndetësore e përshtatshme janë kushtet bazë për një mbulim efektiv dhe eficient të disa shërbimeve kryesore të kujdesit shëndetësor. Në fakt, sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), indikatorët që lidhen me mbulimin e shërbimit shëndetësor tregojnë masën në të cilën njerëzit në nevojë, marrin apo përfitojnë aktualisht shërbimin e duhur mjekësor (OBSh, 2014).

Këto trajtime mund të përfshijnë shërbimet e shëndetit riprodhues, kujdesin e kualifikuar për gratë gjatë shtatzënisë dhe lindjes, vaksinimin kundër infeksioneve të fëmijërisë, suplementet me vitaminë A të fëmijët, si dhe shërbime parandaluese dhe kuruese për fëmijët, adoleshentët dhe të rriturit (WHO, 2014). Megjithatë, duhet theksuar se Shqipëria nuk ka programe për depistimin prenatal dhe neonatal. Por, së fundmi është zhvilluar një fushatë aktive për depistimin e kancerit të gjirit dhe kancerin e qafës së mitrës në femra. Tabela 121 paraqet nivelin e mbulimit për disa shërbime shëndetësore kryesore në Shqipëri, bazuar mbi një raport të botuar së fundmi (OBSh, *World Health Statistics*, 2014).

Prevalenca e përgjithshme e nevojës së paplotësuar për planifikimin familjar (kryesisht këshillim) në Shqipëri ishte mesatarisht 13% gjatë viteve 2006-2012. Po në këtë periudhë, prevalenca e përdorimit të kontraceptivëve ishte 69%. Pjesa dërrmuese e grave shtatzëna (97%) kishin bërë të paktën një vizitë antenatale gjatë viteve 2006-2013, ndërsa 67% e grave kishin bërë të paktën katër të tilla.

Pothuajse të gjitha lindjet (99%) në Shqipëri gjatë viteve 2006-2013 u asistuan nga punonjës shëndetësorë të kualifikuar. Sipas statistikave zyrtare, prevalenca e lindjeve Cezariene ishte 19% gjatë periudhës 2006-2012. Por, gjasat janë që ky të jetë një nënvlerësim i prevalencës së vërtetë, duke marrë parasysh faktin se ka raste të lindjeve Cezariene në spitalet private. Gjatë kësaj periudhe, 83% e të porsalindurve në Shqipëri kanë kryer një vizitë postnatale brenda dy ditëve nga lindja.

Në vitin 2012, mbulimi total i imunizimit ishte 99% për fruthin, DTP3, HepB3, dhe Hib3. Gjatë periudhës 2006-2013, ndër fëmijët nën pesë vjeç, 70% e atyre me simptoma të infeksioneve respiratore akute (IRA) u dërguan në një qendër shëndetësore, 60% e

fëmijëve të dyshuar për pneumoni morën antibiotikë, kurse 68% e fëmijëve me diarre u trajtuan me terapi rehidrimi oral (ORT).

Niveli i zbulimit të rasteve me tuberkuloz në Shqipëri ishte 81% në vitin 2012, ndërsa niveli i trajtimit me sukses të tuberkulozit ishte 93% në vitin 2011 (Tabela 121). Duhet theksuar se numri i rasteve të diagnostikuara me tuberkuloz nuk është në rritje në Shqipëri.

**Tabela 121. Shkalla e mbulimit me disa shërbime shëndetësore kryesore në Shqipëri
(burimi: OBSH, 2014)**

Shërbimi shëndetësor	Prevalenca (në %)	Viti
Nevoja të paplotësuara për planifikim familjar	13	2006-2012
Përdorimi i kontraceptivëve	69	2006-2012
Kujdesi antenatal:		
≥1 vizitë	97	2006-2013
≥ 4 vizita	67	
Lindje të asistuar nga staf i kualifikuar shëndetësor	99	2006-2013
Lindje Cezariane	19	2006-2012
Vizita postnatale brenda dy ditëve nga lindja	83	2006-2012
Vaksinimi kundër tetanozit te të porsalindurit	87	2012
Imunizimi nga fruthi për moshën 1 vjeç:		
1990	88	-
2000	95	
2012	99	
Imunizimi nga DTP3	99	2012
Imunizimi nga HepB3	99	2012
Imunizimi nga Hib3	99	2012
Nën 5 vjeç me simptoma IRA	70	2006-2013
Nën 5 vjeç dyshuar për pneumoni që marrin antibiotikë	60	2006-2013
Nën 5 vjeç me diarre trajtuar me ORT	68	2006-2013
Diagnostikimi i rasteve për të gjitha llojet e tuberkulozit:		
2000	81	-
2012	81	
Trajtimi me sukses i rasteve të tuberkulozit	93	2011

Për sa i përket kushteve të përgjithshme mjedisore dhe sanitare, 96% e popullatës shqiptare përdorte ujë të pijshëm të pastruar në vitin 2012 (Tabela 122).

Më tej, 91% e popullatës kishte kushte higjieno-sanitare të përshtatshme në vitin 2012, krahasuar me vetëm 79% të popullatës në vitin 1990.

Nga ana tjetër, në vitin 2012, 38% e popullatës përdorte lëndë djegëse të ngurta, një faktor rreziku i mirënjohur për sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) dhe sëmundje të tjera respiratore.

Tabela 122. Kushtet mjedisore dhe sanitare të popullatës shqiptare (burimi: WHO, 2014)

Kushtet mjedisore	Prevalenca (në %)
Popullata që përdor ujë të pijshëm të pastër:	
2000	96
2012	96
Popullata me kushte higjieno-sanitare të përshtatshme:	
1990	79
2000	84
2012	91
Popullata që përdor lëndë djegëse të ngurta (në 2012)	38

6.3. Shpenzimet në shëndetësi

Shpenzimet e shëndetit përbëhen nga shpenzimet e qeverisë dhe shpenzimet private për shëndetin (OBSh, 2014). Në Shqipëri, shpenzimet private të shëndetit kryesisht janë “shpenzime nga xhepi”, ndërsa “planet private të sigurimit” janë ende në fazat e para të zhvillimit. OBSh-ja ka mbledhur të dhëna për shpenzimet e shëndetit që në vitin 1999. Në shumë vende të zhvilluara, lista e plotë e shpenzimeve të shëndetit merret nga llogaritë kombëtare të shëndetit (*National Health Accounts*) që mbledhin të dhënat e shpenzimeve, bazuar në një protokoll ndërkombëtar të standardizuar të emërtuar “sistemi i llogarive shëndetësore” (OBSh, 2014). Në rastin e Shqipërisë, ende nuk ka një llogari kombëtare shëndetësore. Prandaj, OBSh-ja i mbledh të dhënat për Shqipërinë me anë të kontakteve me teknikienë/ekspertë, ose nga dokumentet dhe raportet zyrtare (OBSh, 2014).

Tabela 123 paraqet disa indikatorë të shpenzimeve të shëndetit në Shqipëri, bazuar në një raport të fundit (OBSh, *World Health Statistics*, 2014).

Në vitin 2011, shpenzimet totale për shëndetin në Shqipëri, si përqindje ndaj PBB-së (GDP-së), ishin 6%, duke pësuar një ulje të vogël krahasuar me vitin 2000 (6.4%). Krahasuar me vendet e tjera të rajonit të EJT-së, shpenzimet e Shqipërisë për shëndetin si përqindje ndaj PBB-së ishin më të ulëtat. Shpenzimet e shëndetit në vende të tjera të rajonit në vitin 2011 varionin nga një minimum prej 6.8%-6.9% (respektivisht në Kroaci dhe Maqedoni) në një maksimum prej 10.3% (në Serbi). Vlen të përmendet se Bosnje-Hercegovina, një nga vendet me të ardhura më të ulëta në Evropë, shpenzoi 9.9% të PBB-së për shëndetin në vitin 2011 (OBSh, 2014).

Tabela 123. Indikatorët e shpenzimeve shëndetësore në Shqipëri në vitin 2000 dhe në vitin 2011 (burimi: OBSH, 2014)

Indikatori	Vlera
Shpenzimet totale në shëndetësi si përqindje e PBB-së:	
2000	6.4
2011	6.0
Shpenzimet qeveritare në shëndetësi si përqindje shpenzimeve totale në shëndetësi:	
2000	36.1
2011	47.9
Shpenzimet private në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi:	
2000	63.9
2011	52.1
Shpenzimet qeveritare në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale qeveritare:	
2000	7.1
2011	9.8
Burimet e jashtme në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi:	
2000	6.0
2011	1.0
Shpenzimet e sigurimeve shoqërore në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve qeveritare në shëndetësi:	
2000	20.4
2011	74.1
Shpenzimet nga xhepi si përqindje e shpenzimeve private në shëndetësi:	
2000	99.9
2011	99.7
Shpenzimet totale për frymë sipas kursit mesatar të këmbimit (në \$US):	
2000	70
2011	243
Shpenzimet totale për frymë në shëndetësi (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	
2000	248
2011	534
Shpenzimet qeveritare për frymë në shëndetësi sipas kursit mesatar të këmbimit (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	
2000	25
2011	116
Shpenzimet qeveritare për frymë në shëndetësi (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	
2000	89
2011	256

Në të kundërt, shpenzimet e qeverisë në shëndetësi, si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi, u rritën nga 36% në vitin 2000 në 48% në vitin 2011. Kjo do të thotë se përqindja e shpenzime private për shëndetin u ul nga rreth 64% (viti 2000) në 52% (viti 2011). Megjithatë, nuk është e qartë nëse këtu përfshihen pagesat në spitalet private. Sidoqoftë, kjo ishte shifra më e lartë në rajon, ku përqindja e shpenzimeve private në shëndet për vitin 2011 varionte nga 17.5% (në Kroaci) në 41.8% (në Malin e Zi) (OBSh, 2014). Shpenzimet private në shëndetësi në Shqipëri janë pothuajse tërësisht shpenzime nga xhepi, ku përfshihen si pagesat formale ashtu edhe ato informale. Deri më sot, nuk ka informacion zyrtar mbi shpenzimet shëndetësore të mëdha (katastrofike) të familjeve shqiptare. Megjithatë, sipas një deklarate për shtyp nga Banka Botërore (BB), ka mbrojtje të kufizuar financiare për të varfërit në Shqipëri, me shpenzime të mëdha nga xhepi për këto shtresa në nevojë, që zënë 55% të shpenzimeve totale në shëndetësi (BB, 2014). Në vitin 2011, rreth 10% e shpenzimeve totale të qeverisë në Shqipëri ishin në sektorin shëndetësor. Shpenzimet e sigurimeve shoqërore përbënin 74% të shpenzimeve të qeverisë në shëndetësi për vitin 2010. Më përjashtim të Greqisë, kjo shifër ishte shumë më e ulët se në vendet e tjera të rajonit të EJT-së, ku varionte nga një minimum prej 89% (në Malin e Zi) në një maksimum prej 94% (në Kroaci). Së fundi, shpenzimi për frymë në shëndetësi është rritur ndjeshëm gjatë dekadës së fundit në Shqipëri (Tabela 123). Megjithatë, sektori i shëndetit mbetet i nënfinancuar, siç tregohet dhe nga mungesa e aksesit për disa shtresa në nevojë, ose nga listat e pritjes për disa ekzaminime dhe ndërhyrje, kryesisht për sëmundjet e zemrës. Në vitin 2011, shpenzimet totale për frymë në shëndet (në \$US, të axhustuara për fuqi blerëse) në Shqipëri ishin 534, që përbën shifrën më të ulët në rajon (ku varion nga një minimum prej 784 në Maqedoni, në një maksimum prej 2,423 në Slloveni) (OBSh, 2014).

6.4. Pabarazitë në shëndet

Tabela 124 paraqet disa indikatorë të shëndetit të fëmijëve për Shqipërinë, në nivel kombëtar. Në vitin 2010, prevalenca e lindjeve premature ishte 9%. Sipas Studimit Demografik dhe Shëndetësor të Shqipërisë (ADHS) 2008-2009, prevalenca e ushqyerjes vetëm me gji në gjashtë muajt e parë të jetës ishte rreth 39%. Gjatë viteve 2006-2012, ndër fëmijët shqiptarë nën pesë vjeç, prevalenca e peshës së ulët për moshën (*wasting*), prapambetjes në rritje (*stunting*) nën-peshës dhe mbipeshës ishte respektivisht 9%, 23%, 6% dhe 23%.

**Tabela 124. Disa indikatorë të shëndetit të fëmijës në popullatën shqiptare
(burimi: WHO, 2014)**

Indikatori i shëndetit të fëmijës	Prevalenca (në %)	Viti
Lindjet premature (për 100 lindje të gjalla)	9	2010
Foshnje të ushqyera vetëm me gji 6 muajt e parë	38.6	ADHS, 2010
Fëmijë nën 5 vjeç të dobët për moshën (<i>wasting</i>)	9.4	2006-2012
Fëmijë nën 5 vjeç të shkurtër për moshën (<i>stunting</i>)	23.1	2006-2012
Fëmijë nën 5 vjeç nëneshë	6.3	2006-2012
Fëmijë nën 5 vjeç mbipeshë	23.4	2006-2012

Në përgjithësi, raportimi i indikatorëve shëndetësorë ka të bëjë me mesataret kombëtare, të cilat kanë rëndësi primare për vendimmarrësit dhe politikëbërësit e qeverisë.

Por, për politikën e shëndetit publik, është e rëndësishme që të ketë edhe tregues të disagreguar për prevalencën e problemeve shëndetësore ndërmjet grupeve të ndryshme të popullatës apo rretheve, në mënyrë që politikën të fokusohen te njerëzit që kanë më tepër nevojë. Gjithashtu, është thelbësore që të zbuten “diferencat e padrejta dhe të shmangshme në shëndet dhe shërbimet shëndetësore” (OBSh, 2014).

Megjithatë, shpeshherë mungojnë të dhënat mbi shpërndarjen e gjendjes shëndetësore dhe shërbimeve shëndetësore midis kategorive të ndryshme të popullatës.

Parametrat kryesorë për të vlerësuar pabarazitë në shëndet dhe shërbimet shëndetësore në kontekstin shqiptar, përfshijnë indikatorët demografikë dhe social-ekonomikë si gjinia, vendbanimi (urban kundrejt rural), niveli i arsimit, ose të ardhurat ekonomike.

Tabela 125 paraqet disa indikatorë të pabarazisë në shëndet në Shqipëri, bazuar në gjetjet e ADHS 2008-2009. Theksi vihet te pabarazitë e rëndësishme që në lindje.

U vërejt një prevalencë pak më e lartë e përdorimit të kontraceptivëve ndër individët që banojnë në zonat urbane, krahasuar me ata në zonat rurale (përkatesisht 12% kundrejt 10%). Më tej, metodat moderne kontraceptive ishin më prevalente ndër individët që i përkisnin shtresës së pasur, krahasuar me ata të shtresës së varfër (respektivisht 14% kundrejt 11%).

Për sa i përket kujdesit antenatal, prevalenca e të paktën katër vizitave ishte thelbësisht më e lartë në zonat urbane (82%), krahasuar me zonat rurale (57%). Në mënyrë të ngjashme, ishte konsiderueshëm më e lartë ndër të pasurit (91%) krahasuar me të varfërit (49%).

Më tej, pati një diferencë të vogël në nivelin e lindjeve të asistuar nga personeli mjekësor i kualifikuar ndër grupet me të ardhura të ndryshme (95% te të varfërit dhe 100% te të pasurit). Mbulimi i imunizimit nga DTP3 ishte pak më i lartë te femrat (98%) se te meshkujt (97%). Gjithashtu, ai ishte më i lartë në zonat urbane (99%) krahasuar me zonat rurale (97%). Megjithatë, në kategorinë e individëve me të ardhura të ulëta, niveli i vaksinimit ishte 100%.

Për sa i përket prapambetjes në rritje për moshën nën pesë vjeç, prevalenca ishte më e lartë për femrat sesa për meshkujt (respektivisht 21% dhe 18%), por sidomos, ishte më e lartë për të varfërit sesa për të pasurit (respektivisht 27% dhe 13%).

Së fundi, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç (për 1,000 lindje të gjalla) ishte konsiderueshëm më i lartë për meshkujt krahasuar me femrat (27 kundrejt 16), në zonat rurale krahasuar me zonat urbane (28 kundrejt 13) dhe sidomos, për shtresat e varfëra krahasuar me shtresat e pasura (34 kundrejt 13) (Tabela 125).

Tabela 125. Disa indikatorë të pabarazisë në shëndet në Shqipëri bazuar në gjetjet e Studimit Demografik dhe Shëndetësor të Shqipërisë 2008-2009 (burimi: ADHS, 2010)

Indikator	Prevalenca (përqindja, përveç vdekshmërisë nën 5 vjeç)
Përdorimi i kontraceptivëve (metoda moderne):	
Rural	10
Urban	12
Përdorimi i kontraceptivëve (metoda moderne):	
Kuintili më i varfër	11
Kuintili më i pasur	14
Përdorimi i kontraceptivëve (metoda moderne):	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (<25 raste)</i>
I mesëm ose i lartë	13
Të paktën 4 vizita antenatale:	
Rural	57
Urban	82
Të paktën 4 vizita antenatale:	
Kuintili më i varfër	49
Kuintili më i pasur	91
Të paktën 4 vizita antenatale:	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (<25 raste)</i>
I mesëm ose i lartë	80
Lindje të asistuar nga staf i kualifikuar:	
Rural	99
Urban	100
Lindje të asistuar nga staf i kualifikuar:	
Kuintili më i varfër	98
Kuintili më i pasur	100
Lindje të asistuar nga staf i kualifikuar:	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (<25 raste)</i>
I mesëm ose i lartë	100
Imunizimi nga DTP3 ndër fëmijët e moshës 1 vjeç:	
Meshkuj	97
Femra	98
Imunizimi nga DTP3 ndër fëmijët e moshës 1 vjeç:	
Rural	97
Urban	99
Imunizimi nga DTP3 ndër fëmijët e moshës 1 vjeç:	
Kuintili më i varfër	100
Kuintili më i pasur	97 (bazuar në numër të vogël)
Imunizimi nga DTP3 ndër fëmijët e moshës 1 vjeç:	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (<25 raste)</i>
I mesëm ose i lartë	97
Fëmijë nën 5 vjeç të shkurtër për moshën:	
Meshkuj	18
Femra	21
Fëmijë nën 5 vjeç të shkurtër për moshën:	
Rural	19
Urban	20
Fëmijë nën 5 vjeç të shkurtër për moshën:	
Kuintili më i varfër	27
Kuintili më i pasur	13
Fëmijë nën 5 vjeç të shkurtër për moshën:	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (<25 raste)</i>
I mesëm ose i lartë	17
Vdekshmëria nën 5 vjeç (për 1000 lindje të gjalla):	
Meshkuj	27
Femra	16
Vdekshmëria nën 5 vjeç (për 1000 lindje të gjalla):	
Rural	28
Urban	13
Vdekshmëria nën 5 vjeç (për 1000 lindje të gjalla):	
Kuintili më i varfër	34
Kuintili më i pasur	13
Vdekshmëria nën 5 vjeç (për 1000 lindje të gjalla):	
Pa arsim	<i>e pallogaritur (numër të vegjël)</i>
I mesëm ose i lartë	19

Tabela 126 paraqet disa tregues të pabarazisë për shëndetin e nënës dhe fëmijës në Shqipëri, sërish bazuar në gjetjet e ADHS 2008-2009 (BB, 2012).

Indeksi i përqendrimit si matës i pabarazisë

Indeksi i përqendrimit varion nga -1 deri 1, ku shenja negative tregon se efekti shëndetësor është më i lartë te të varfërit. Sa më i madh indeksi i përqendrimit në vlerë absolute, aq më e madhe pabarazia (BB, 2012).

Sipas raportimeve të ADHS-së dhe bazuar në llogaritjet e BB-së, niveli i vdekshmërisë foshnjore në Shqipëri ishte më i lartë për të varfërit, një diferencë që sidoqoftë nuk ishte statistiki domethënëse. Nga ana tjetër, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç ishte në mënyrë domethënëse më i përqendruar te të varfërit (40.1 për 1,000 lindje të gjalla) sesa te të pasurit (12.9 për 1,000 lindje të gjalla) (indeksi i përqendrimit: -0.19, $P \leq 0.01$). Në mënyrë të ngjashme, prapambetja në rritje (*stunting*) rezultoi me vlerë negative (indeksi i përqendrimit: -0.12), duke treguar se ishte më e përqendruar ndër të varfërit ($P \leq 0.01$). Gjithashtu, nënpesha ishte në mënyrë domethënëse më e përqendruar ndër të varfërit ($P \leq 0.05$). Kujdesi antenatal ishte në mënyrë domethënëse më i përqendruar te më të pasurit (indeksi i përqendrimit: 0.14, $P \leq 0.01$). Ndihma nga stafi i kualifikuar në lindje ishte më e përqendruar ndër të të pasurit, ndonëse në një shkallë më të ulët (indeksi i përqendrimit 0.003, $P \leq 0.01$). Veç kësaj, prevalenca e përdorimit të kontraktivëve ishte më e përqendruar ndër të pasurit (indeksi i përqendrimit: 0.11, $P \leq 0.01$) (Tabela 126).

Tabela 126. Pabarazitë në shëndetin e nënës dhe fëmijëve në Shqipëri bazuar në gjetjet e Studimit Demografik dhe Shëndetësor të Shqipërisë 2008-2009 (burimi: World Bank, 2012)

Indikatori	Q1 (më të varfërit)	Q2	Q3	Q4	Q5	Total	Indeksi i përqendrimit	P
Vdekshmëria foshnjore	29.9‰	10.3‰	24.7‰	17.4‰	14.3‰	19.9‰	-0.127	>0.05
Vdekshmëria nën 5 vjeç	40.1‰	18.7‰	29.2‰	14.2‰	12.9‰	24.2‰	-0.194	≤ 0.01
Prapambetja në rritje	30.6%	24.8%	19.9%	20.8%	15.9%	22.7%	-0.122	≤ 0.01
Nënpesha	9.6%	5.1%	5.4%	5.4%	3.7%	6.0%	-0.153	≤ 0.05
Diarreja	5.5%	5.9%	7.2%	3.4%	4.2%	5.4%	-0.063	>0.05
IRA	9.6%	8.8%	12.7%	5.5%	6.6%	8.9%	-0.098	>0.05
Ethet	8.1%	8.7%	9.6%	6.8%	5.0%	7.8%	-0.078	>0.05
Imunizimi i plotë	91.3%	91.5%	89.7%	86.9%	91.7%	90.2%	-0.002	>0.05
≥ 4 vizita antenatale	49.3%	53.8%	67.3%	81.3%	91.4%	67.3%	0.137	≤ 0.01
Lindjet me personel të kualifikuar	98.7%	99.2%	99.4%	100.0%	100.0%	99.4%	0.003	≤ 0.01
Prevalenca e kontraktivëve	7.2%	6.1%	7.5%	7.1%	11.4%	7.9%	0.110	≤ 0.01

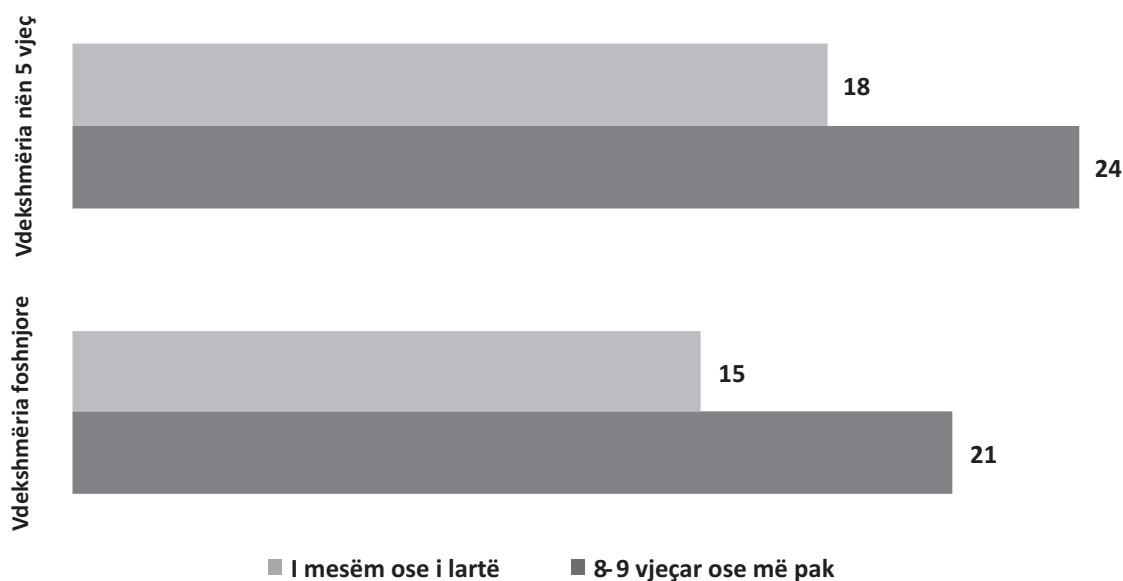
Pavarësisht një tendence në ulje të nivelit të vdekshmërisë foshnjore dhe fëminore në Shqipëri, diferencat brenda vendit janë të dukshme. Sipas ADHS 2008-2009, vdekshmëria foshnjore në zonat rurale (24 vdekje për 1,000 lindje të gjalla) ishte dy herë më e lartë sesa në zonat urbane (12 vdekje për 1,000 lindje të gjalla).

Siç u përmend më lart, e njëjta tendencë u vërejt për vdekshmërinë nën 5 vjeç (25 vdekje për 1,000 lindje në zonat rurale dhe 13 vdekje për 1,000 lindje në zonat urbane) (Tabela 125). Foshnjët dhe fëmijët nën pesë vjeç në zonat malore të Shqipërisë kishin nivel më të lartë vdekshmërie, krahasuar me mesataren kombëtare (respektivisht 42 kundrejt 22 për 1,000 lindje të gjalla) (ADHS, 2010).

Niveli arsimor më i lartë zakonisht lidhet me një nivel më të ulët vdekshmërie në fëmijërinë e hershme, pjesërisht sepse arsimimi i jep femrave informacion mbi praktikën e ushqyerjes së fëmijës, sëmundjeve dhe trajtimit, dhe rëndësisë së planifikimit të lindjeve (ADHS, 2010).

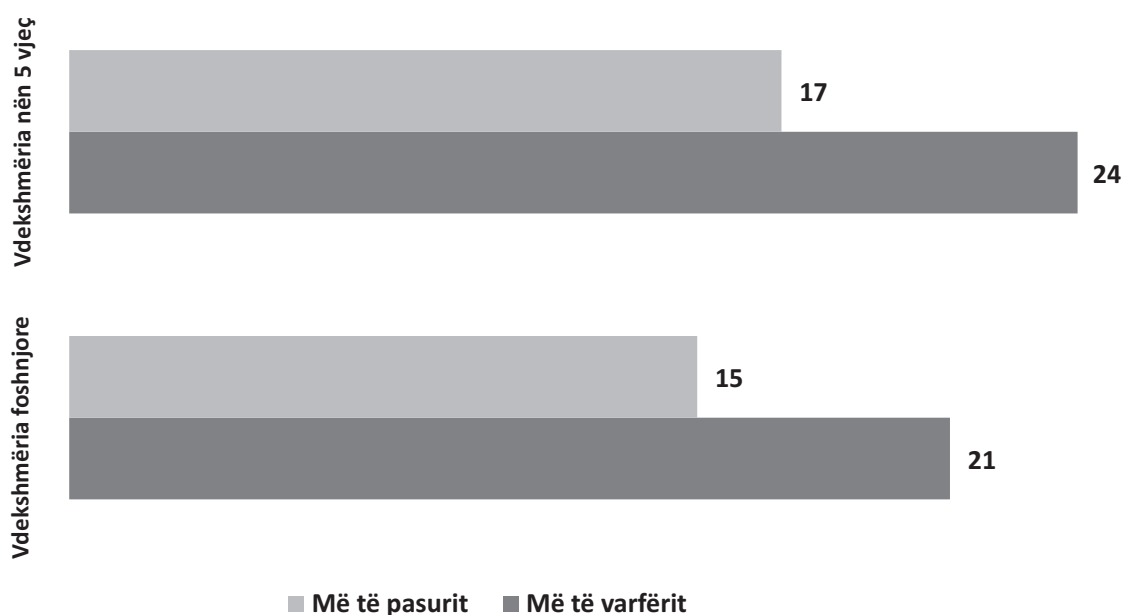
Në Shqipëri, diferencat në nivelin e vdekshmërisë sipas nivelit arsimor të nënave tregojnë se fëmijët e nënave me arsim 8-vjeçar ose më pak janë më të predispozuar të vdesin para 1 ose 5 viteve, sesa fëmijët e nënave me arsim të mesëm apo të lartë (Figura 90).

Figura 90. Vdekshmëria e fëmijëve sipas nivelit arsimor të nënave në Shqipëri gjatë periudhës 1998-2008 (vdekjet mesatare vjetore për 1,000 lindje të gjalla) (burimi: ADHS, 2010)



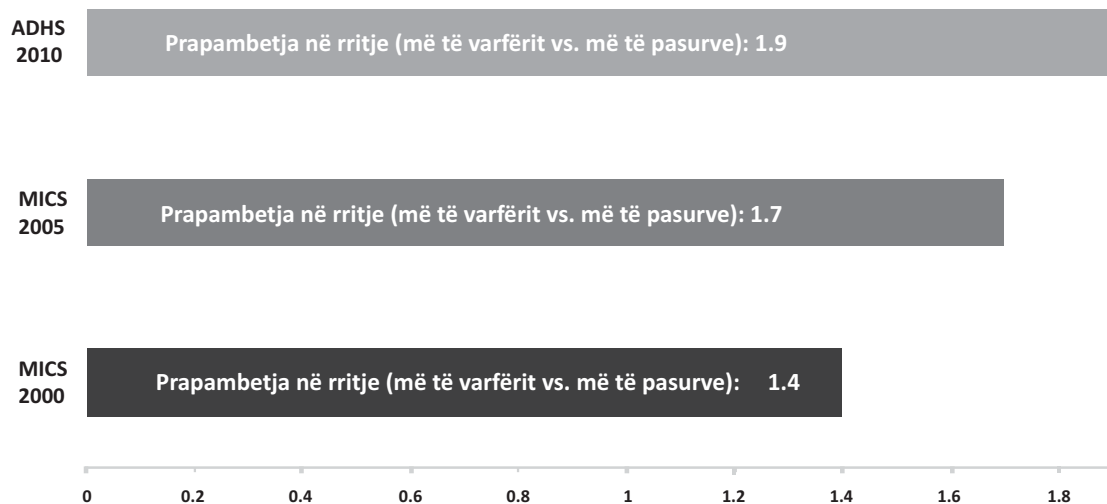
Veç kësaj, shifrat e vdekshmërisë sipas nivelit të të ardhurave në Shqipëri tregojnë diferenca të pritshme; nivelet e vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijëve nën pesë vjeç janë më të ulëta për familjet që i përkasin kuintilit më të pasur, dhe më të larta për ato që i përkasin kuintilit më të varfër. Për shembull, vdekshmëria foshnjore ishte 21 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në 60% të popullsisë më të varfër, krahasuar me 15 vdekje për 1,000 lindje në 40% të popullsisë më të pasur. Kështu, ka 40% më shumë vdekje fëminore në familjet e varfëra se në ato e pasura (ADHS, 2010).

Figura 91. Vdekshmëria e fëmijëve sipas indeksit të pasurisë në Shqipëri gjatë periudhës 1998-2008 (vdekjet mesatare vjetore për 1,000 lindje të gjalla) (burimi: ADHS, 2010)



Më tej, mbështetur në analizën e prapambetjes në rritje (*stunting*) ndër kuintilet e pasurisë në “Multiple Indicator Cluster Survey” (MICS) 2000, MICS 2005 dhe ADHS 2008-2009 u vërejt se, së bashku me uljen në vlera absolute të prevalencës së prapambetjes në rritje, hendeku i pabarazisë është rritur. Siç tregohet në Figurën 92, në vitin 2000, më të varfërit (Q1) ishin 1.4 herë më të predispozuar për të qenë të shkurtër për moshën sesa më të pasurit (Q5). Ky raport ka kapur shifrën 1.7 në vitin 2005, dhe më pas 1.9 në vitin 2009 (BB, 2012).

Figura 92. Tendanca e hendekut të pabarazisë për prapambetjen në rritje ndër fëmijët shqiptarë (burimi: BB, 2012)



Për sa i përket sjelljeve të rrezikshme të rriturit, sipas përlogaritjeve të BB-së që bazohen në të dhënat e ADHS 2008-2009, duhanpirja në femrat shqiptare ishte më e lartë në mënyrë domethënëse ndër më të pasurit (indeksi i përqendrimit: 0.52, $P \leq 0.01$) (Tabela 127).

Veç kësaj, marrëdhënia me më shumë partnerë ishte më e përqendruar te individët e pasur (indeksi i përqendrimit: 0.27, $P \leq 0.01$), ashtu si dhe përdorimi i kontraktivëve për më shumë se një partner (indeksi i përqendrimit: 0.31, $P \leq 0.01$).

Në total, prevalenca e përdorimit të kontraktivëve në meshkujt shqiptarë nga moshë 15-49 vjeç gjatë sjelljeve seksuale me rrezik të lartë ishte 37% në vitin 2010 (OBSh, 2014). Në të njëjtin vit, prevalenca e femrave me njohuri të sakta për HIV/AIDS-in ishte më e lartë sesa e meshkujve (36% kundrejt 22%, respektivisht) (këto të dhëna nuk janë paraqitur në tabelë).

Tabela 127. Pabarazitë në tiparet e sjelljeve shëndetësore në Shqipëri bazuar në gjetjet e Studimit Demografik dhe Shëndetësor të Shqipërisë 2008-2009 (burimi: BB, 2012)

Indikatori	Q1 (më të varfërit)	Q2	Q3	Q4	Q5	Total	Indeksi i përqendrimit	P
Duhanpirja në femra	0.8%	1.1%	2.1%	5.0%	11.6%	4.2%	0.519	≤ 0.01
Disa partnerë seksualë	2.5%	2.7%	3.3%	5.5%	8.2%	4.5%	0.268	≤ 0.01
Përdorimi i kontraktivëve (>1 partner)	11.6%	2.9%	15.0%	24.0%	40.1%	25.0%	0.310	≤ 0.01



PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME



7. PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

Ky raport gjithëpërfshirës informon mbi gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare bazuar në të dhënat zyrtare kombëtare, si dhe në burimet më të besueshme ndër-kombëtare, përfshi agjencitë e Kombeve të Bashkuara (KB), Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe Fondin e Kombeve të Bashkuara për Fëmijë (UNICEF).

Duke marrë në konsideratë mangësitë në të dhënat dhe informacionin shëndetësor ekzistues, ky raport paraqet në mënyrë të përmbledhur, aq sa është e mundur, modelet e vdekshmërisë dhe të sëmundshmërisë që kanë karakterizuar popullatën shqiptare gjatë dy dekadave të fundit. Këto modele janë ndikuar nga një tranzicion veçanërisht i shpejtë politik dhe social-ekonomik, nga një regjim komunist i ashpër drejt një sistemi demokratik dhe ekonomisë së tregut, e karakterizuar me ndryshime në mënyrën e jetesës dhe në nivelin social-ekonomik.

Në esencë, ky raport nënvizon shkaqet madhore të vdekshmërisë dhe të barrës së sëmundshmërisë krahas faktorëve madhorë të rrezikut dhe faktorëve të tjerë përcaktues të shëndetit në popullatën shqiptare.

Gjithashtu, ky raport përshkruan shkurtimisht burimet njerëzore në sektorin shëndetësor, mbulesën me shërbime shëndetësore, si dhe shpenzimet në sektorin e shëndetësisë në Shqipëri.

Së fundi, por jo nga rëndësia, ky raport paraqet në mënyrë të përmbledhur disa të dhëna të disagreguara të cilat dëshmojnë për praninë e pabarazive shëndetësore, që konsiderohen nga Organizata Botërore e Shëndetësisë si *“ndryshime të padrejta dhe të shmangshme në shëndet dhe në aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore”* (OBSH, 2014).

Është e rëndësishme të theksohet se ka mospërputhje serioze ndërmjet burimeve të ndryshme të të dhënave, duke përfshirë Institutin e Statistikave (INSTAT), të dhënat operative të Ministrisë së Shëndetësisë, agjencive të Kombeve të Bashkuara, si dhe vlerësimet e studimit Barra Globale e Sëmundjeve (GBD) 2010. Mospërputhjet midis të dhënave (zyrtare) kombëtare dhe vlerësimeve të bëra nga agjencitë ndërkombëtare dëshmojnë për nevojën kritike për një cilësi më të mirë të regjistrimit të të dhënave shëndetësore në Shqipëri, veçanërisht për treguesit e vdekshmërisë dhe shkaqet e vdekjeve, me qëllim që të formulohen dhe të hartohen në mënyrë adekuate politikat shëndetësore.

Pavarësisht nga këto kufizime metodologjike, nga ky punim rezultuan disa gjetje të spikatura, të cilat janë përmbledhur shkurtimisht më poshtë së bashku me disa rekomandime specifike:

Jetëgjatësia, vdekshmëria dhe barra e sëmundshmërisë në popullatën adulte shqiptare:

- Jetëgjatësia e pritshme në Shqipëri është rritur në mënyrë të qëndrueshme gjatë njëzet viteve të fundit në të dyja gjinitë (në meshkuj, nga 67 vjeç në vitin 1990 në 73 vjeç në vitin 2012; në femra, nga 71 vjeç në vitin 1990 në 75 vjeç në vitin 2012; OBSH, 2014).
- Shumë ndryshime, mes të cilave edhe tranzicioni demografik (11% e popullsisë ishte me moshë mbi 65 vjeç në vitin 2011 në Shqipëri) kanë çuar në mënyrë të natyrshme në një tranzicion të qartë epidemiologjik gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri me një ulje të ndjeshme të sëmundjeve infektive, por me rritje të madhe të sëmundjeve kronike.
- Në vitin 2012, sëmundjet infektive përbënin 11% të barrës totale të sëmundshmërisë në Shqipëri, duke manifestuar një tendencë të dukshme zbritëse gjatë njëzet viteve të fundit. Gjithsesi, duke marrë parasysh ritmin aktual të përmirësimit, mesatarja evropiane prej 5% e barrës së përgjithshme të sëmundshmërisë mund të arrihet në vendin tonë brenda 10-12 vitesh.
- Në vitin 2010, sëmundjet kronike në Shqipëri përbënin rreth 88% të të gjitha vdekjeve (55% sëmundjet kardiovaskulare dhe 19% kanceri; GBD, 2010). Në këtë mënyrë, Shqipëria i është bashkuar shumicës së vendeve evropiane që përballen me epideminë e sëmundjeve kronike si sfida më madhore e shëndetit publik.
- Në mënyrë të veçantë, barra totale e sëmundjeve në meshkujt dhe femrat shqiptarë në vitin 2010 ishte më e larta në rajonin e Evropës Juglindore (EJL) (GBD, 2010).
- Në mënyrë specifike, vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës (SIZ) në Shqipëri është më e larta në rajonin e Evropës Juglindore (GBD, 2010). Gjithashtu, Shqipëria është vendi i vetëm në rajon i cili ka pësuar një rritje të nivelit të vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare gjatë dy dekadave të fundit (GBD, 2010), duke dëshmuar për një fazë të hershme në evolucionin e epidemisë koronare, e cila ka qenë e pranishme shumë dekada më parë në vendet Perëndimore.
- Në fakt, sëmundja ishemike e zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare dhe infeksionet e rrugëve të poshtme respiratore (IRP) ishin shkaqet kryesore të viteve të humbura të jetës si pasojë e vdekjes së parakohshme në Shqipëri në vitin 2010 (GBD, 2010).
- Ka evidencë të një rritjeje graduale në nivelin e vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri në të dyja gjinitë. Megjithatë, në vitin 2010, niveli i vdekshmërisë nga neoplazmat në Shqipëri ishte më i ulët në rajonin e Evropës Juglindore (GBD, 2010). Kjo mund të lidhet me prevalencën jo aq të lartë të duhanpirjes në të kaluarën, e cila aktualisht po rritet dhe do të ketë pasoja shëndetësore negative.

- Niveli i vdekshmërisë nga diabeti në Shqipëri në vitin 2010 ishte një nga më të ulëtët në rajonin e Evropës Juglindore (GBD, 2010).
- Nga ana tjetër, niveli i vdekshmërisë nga sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) në Shqipëri është një nga më të lartët në rajon (GBD, 2010).

Ka një rritje të madhe të barrës së përgjithshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri, përfshi sëmundjet e zemrës, kancerin, sëmundjet e mushkërive, sëmundjet e mëlçisë dhe diabetin.

Në këtë kuadër, ka një nevojë urgjente për një qasje të integruar, si për parandalimin ashtu edhe për përmirësimin e kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të përballohet me sukses barra e lartë e sëmundjeve kronike në Shqipëri.

Rëndësia e sistemeve të informacionit shëndetësor për formulimin e politikave të bazuara në fakte (evidencë), është një prioritet i mirëpranuar i axhendës ndërkombëtare, veçanërisht në fushën e sëmundjeve kronike, ku nevojiten veprime dhe aksione urgjente konkrete për monitorimin e shëndetit publik (OBSh, 2014).

Nga kjo pikëpamje, monitorimi i sëmundjeve kronike duhet të bazohet në krijimin e regjistrave kombëtare të sëmundjeve, pavarësisht nga sfidat organizative dhe financiare. Me të vërtetë, rritja e shpejtë e barrës së sëmundjeve kronike në Shqipëri duhet të nxisë të gjithë aktorët dhe institucionet për të ndërmarrë veprime konkrete dhe për të trajtuar këtë çështje shëndetësore shumë të rëndësishme.

Regjistrat kombëtarë të sëmundjeve kronike mund të sigurojnë mbledhjen afatgjatë të të dhënave që lejojnë krahasimin dhe ndarjen e informacionit për praktikën më të mira, nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe individëve që vuajnë nga këto sëmundje (në praktikën klinike të emërtuar si “pacientë”). Regjistrat mund të përqendrojnë informacionin dhe të standardizojnë protokollin kombëtar të trajtimit. Të dhënat elektronike mjekësore dhe kujdesi shëndetësor i strukturuar janë të lidhura edhe me rritjen e përfitimeve dhe përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës.

Raportimi dhe monitorimi i rregullt nëpërmjet regjistrave të sëmundjeve mund të çojë në një përmirësim të ndjeshëm në shumicën e faktorëve të rrezikut dhe treguesve shëndetësorë. Efekti mund t’i atribuohet një panorame më të plotë dhe të rregullt, si dhe kujdesit më të mirë shëndetësor në popullatë të shoqëruar me monitorim të vazhdueshëm (OBSh, 2014).

Shëndeti i nënës dhe i fëmijëve:

- Në vitin 2013, vdekshmëria foshnjore në Shqipëri ishte 13 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (UNICEF, 2014), e cila përbën një nga nivelet më të larta në rajon dhe është shumë më e lartë në krahasim me raportimet zyrtare kombëtare, sipas të cilave ky tregues është 7.8 vdekje për 1,000 lindje të gjalla (INSTAT, 2014).
- Vdekshmëria e fëmijëve nën pesë vjeç në Shqipëri është ulur gradualisht gjatë dekadës së fundit (8.4 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013; Ministria e Shëndetësisë, 2014). Megjithatë, ashtu sikurse për vdekshmërinë foshnjore, ekziston

një nënraportim i ndjeshëm nga të dhënat zyrtare të institucioneve shqiptare si pasojë e nënregjistrimit të numrit të vdekjeve.

- Gjithashtu, ka evidencë të një uljeje të qëndrueshme të nivelit të vdekshmërisë amtare gjatë dy dekadave të fundit. Në tërësi, ndryshimi nga viti 1990 në vitin 2013 i referohet një uljeje prej 33% (OBSh, 2014).
- Sëmundjet infektive, sëmundjet neonatale dhe ato amtare përbënin rreth 22% të vdekshmërisë së përgjithshme në Shqipëri në vitin 1990, por vetëm 6% në vitin 2010.
- Pavarësisht nga përmirësimi i treguesve shëndetësorë dhe i ushqyerjes të fëmijët, ka pabarazi sipas moshës, gjinisë, nivelit social-ekonomik, zonave gjeografike dhe vendbanimit.
- Barra e dyfishtë e kequshqyerjes dhe zhvendosja drejt mbipeshës dhe obezitetit të fëmijët, tregojnë se Shqipëria është në fazën e tranzicionit nutricional.

Pavarësisht nga rënia e konsiderueshme e vdekshmërisë foshnjore dhe amtare, ka ende vend për përmirësim të mëtejshëm për të arritur standardet e vendeve të tjera evropiane. Në të vërtetë, kequshqyerja është ende e dukshme te fëmijët shqiptarë, veçanërisht në zonat jo të favorizuara rurale dhe shtresat me nivel social-ekonomik të ulët.

Dëshmitë në pabarazitë e shëndetit dhe ushqyerjes së fëmijëve evokojnë për prioritizimin e nënave dhe të fëmijëve më të rrezikuar në procesin e planifikimit për Mbulim Universal Shëndetësor në Shqipëri.

Shqipëria ka nevojë për të përgatitur një përgjigje specifike programatike për të trajtuar pasojat e problemeve të nënshqyerjes dhe të mbiushqyerjes. Ndërhyrjet specifike janë të nevojshme për të promovuar praktikën e mira të ushqyerjes të foshnjat dhe fëmijët e vegjël që mbështesin rritjen lineare, pa çuar në zhvillimin e mbipeshës.

Siç dëshmohej nga Fondi i Kombeve të Bashkuara për Fëmijët, Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Banka Botërore, rritja ekonomike nuk është e mjaftueshme për të adresuar barrën e dyfishtë të kequshqyerjes. Një kombinim i ndërhyrjeve *specifike* (nëpërmjet sektorit të shëndetësisë) dhe ndërhyrjeve *sensitive* (përmes sektorëve të tjerë, përfshi edhe bujqësinë), si dhe ndërhyrje të tjera të gjera multisektoriale, janë të nevojshme për të adresuar këtë problem serioz për shëndetin publik.

Faktorët e rrezikut:

- Në Shqipëri, tre faktorët e rrezikut që janë përgjegjës për pjesën dërrmuese të barrës së sëmundshmërisë në vitin 2010 ishin rreziqet e lidhura me dietën ushqimore (i pari), hipertensioni arterial (i dyti) dhe duhanpirja (i treti) (GBD, 2010). Prevalenca e duhanpirjes mund të rritet nëse nuk merren masa, dhe kjo mund të frenojë seriozisht rritjen e jetëgjatësisë së pritshme dhe uljen e mundshme të barrës së sëmundjeve kronike.

- Vlen të theksohet se ka patur një rritje domethënëse në barrën e sëmundshmërisë, që i atribuohet secilës karakteristikë të mënyrës së jetesës në Shqipëri gjatë 20 viteve të fundit. Në vitin 2010, faktorët e stilit të jetesës përbënin më tepër se 70% të barrës totale të sëmundshmërisë në Shqipëri.
- Në vitin 2010, rreziqet e lidhura me dietën ushqimore përbënin 38% të nivelit total të vdekshmërisë në Shqipëri, duke u bërë për nga madhësia, faktori më i rëndësishëm i rrezikut në shoqërinë tonë tranzicionale.
- Në vitin 2010, duhanpirja ishte shkaktare e 22% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri. Gjatë dy dekadave të tranzicionit të shpejtë politik dhe social-ekonomik, niveli i vdekshmërisë që i atribuohet duhanpirjes pothuajse është dyfishuar për sëmundjet kronike në përgjithësi, sëmundjet kardiovaskulare (SKV), sëmundjen ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare, neoplazmat totale, kancerin e mushkërive dhe sëmundjen pulmonare obstruktive kronike, në veçanti.
- Niveli total i vdekshmërisë dhe barra totale e sëmundshmërisë që i atribuohen konsumit të alkoolit është rritur 2.5 herë në Shqipëri gjatë dy dekadave të fundit. Në veçanti, niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare dhe cirroza e mëlçisë për shkak të konsumit të alkoolit është dyfishuar, kurse niveli i vdekjeve nga sëmundja cerebrovaskulare pothuajse është trefishuar gjatë periudhës 1990-2010.
- Gjatë dy dekadave të fundit në Shqipëri, niveli total i vdekshmërisë për shkak të mbipeshës dhe obezitetit është rritur më shumë se dy herë. Në veçanti, niveli i vdekjeve nga sëmundja ishemike e zemrës është rritur 2.5 herë, ndërsa niveli i vdekjeve nga diabeti është trefishuar.
- Niveli i vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës që i atribuohet hipertensionit është rritur dy herë në Shqipëri gjatë 20 viteve të fundit, kurse niveli i vdekjeve nga sëmundjet cerebrovaskulare për shkak të hipertensionit arterial (HTA) është rritur me më tepër se 70%.
- Gjatë 20 viteve të fundit, në Shqipëri ka patur një rritje pothuajse të dyfishtë të nivelin të vdekshmërisë nga sëmundja ishemike e zemrës dhe një rritje të trefishtë të nivelit të vdekshmërisë nga diabeti, për shkak të nivelit të lartë të glukozës, dietës jo të shëndetshme, obezitetit dhe inaktivitetit fizik.
- Në vitin 2010, vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës që i atribuohet hiperkolesterolemisë pothuajse është dyfishuar në Shqipëri, i cili është i vetmi vend në rajonin e Evropës Juglindore, që po kalon një rritje graduale të barrës së sëmundshmërisë që i atribuohet nivelit të lartë të kolesterolit total.

Aktualisht në Shqipëri, një grup faktorësh rreziku të parandalueshëm (duhanpirja, abuzimi me alkoolin, mbipesha, dieta jo e shëndetshme dhe mungesa e aktivitetit fizik) po kontribuojnë në mënyrë shqetësuese në rritjen e barrës totale të sëmundjeve kronike si kanceri, sëmundja e zemrës, sëmundjet e mushkërive dhe mëlçisë, si dhe diabeti. Parandalimi i fillimit të duhanit nga rinia shqiptare, shmangia e abuzimit me alkoolin, shmangia e një diete jo të shëndetshme, si dhe promovimi i aktivitetit fizik, aktualisht janë ndër sfidat kryesore për Shqipërinë.

Sistemi shëndetësor, mbulimi me shërbime dhe shpenzimet shëndetësore:

- Numri i përgjithshëm i mjekëve në Shqipëri është i pamjaftueshëm dhe paraqet një shpërndarje disi të pabarabartë.
- Numri i spitaleve dhe i shtretërve spitalorë është ulur gjatë viteve të fundit në Shqipëri, por niveli shfrytëzimit të shtratit është ende i ulët.
- Pothuajse të gjitha lindjet në Shqipëri asistohen nga personel shëndetësor i kualifikuar.
- Mbulimi i përgjithshëm i vaksinimit të fëmijëve është mjaft i lartë (99%).
- Shumica absolute e femrave (97%) kanë bërë të paktën një vizitë antenatale gjatë periudhës 2006-2013, ndërsa 67% e tyre kanë bërë të paktën katër të tilla.
- Në vitin 2011, shpenzimet totale shëndetësore në Shqipëri zinin 6% të Produktit të Brendshëm Bruto (GDP-së).
- Rreth 10% shpenzimeve qeveritare totale në Shqipëri u kryen në sektorin shëndetësor.
- Shpenzimet e sigurimeve shoqërore përbënin 74% të shpenzimeve qeveritare në shëndet në vitin 2011.

Përgjithësisht, popullata shqiptare është e mbuluar në mënyrë adekuate me shërbimet bazë të kujdesit shëndetësor, i cili është kusht thelbësor për garantimin e një mbulimi të plotë (universal).

Shpenzimet shëndetësore për frymë janë rritur ndjeshëm gjatë dekadës së shkuar. Sidoqoftë, sektori shëndetësor shqiptar mbetet i nënfinancuar.

Megjithatë, në vitin e fundit ka patur një progres domethënës për sa i përket teknologjisë shëndetësore në Shqipëri, duke përfshirë pajisjen me njësi tomografie, radioterapie dhe mamografie.

Pabarazitë shëndetësore:

- Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç ishte shumë më i lartë në zonat rurale krahasuar me zonat urbane të Shqipërisë (28 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla), e sidomos ndër të varfërit krahasuar me të pasurit (34 kundrejt 13 vdekje, për 1,000 lindje të gjalla) (ADHS, 2010).
- Në vitet 2008-2009, niveli i vdekshmërisë nën pesë vjeç dhe prapambetja në rritje ishin përqendruar te të varfërit në mënyrë domethënëse. Në të kundërt, kujdesi antenatal, ndihma e kualifikuar gjatë lindjes dhe përdorimi i kontraktivëve ishin më të përqendruar te të pasurit (BB, 2012).

- Në Shqipëri ekziston një mbrojtje e kufizuar financiare për të varfërit, e cila karakterizohet me shpenzime të larta nga “xhepi”, që arrijnë deri në 55% të shpenzimeve shëndetësore totale (BB, 2014).

Matja dhe raportimi i pabarazive shëndetësore i siguron politikëbërësve të dhëna të vlefshme për hartimin dhe zbatimin e programeve dhe aktiviteteve të fokusuara në barazi, që mund të jenë të realizueshëm në kontekstin shqiptar. Qëllimi final do të ishte garantimi i një shpërndarjeje më të barabartë të shëndetit dhe aksesit ndaj kujdesit shëndetësor, si parakushte thelbësore për mbulimin shëndetësor universal të popullatës shqiptare.



PËRFUNDIM



PËRFUNDIM

Në përmbledhje, barra e sëmundshmërisë për pasoja si kanceri, sëmundjet kardio-vaskulare, diabeti dhe sëmundja pulmonare obstruktive kronike, përbën shqetësimin kryesor për Shqipërinë, me një rritje potenciale të mëtejshme në dekadat e ardhshme, nëse nuk merren masat e duhura. Përveç krijimit të një sistemi shëndetësor eficient, të arritshëm (të aksesueshëm) dhe të përballueshëm, ekzistojnë mundësi për shmangien e të rinjve nga duhanpirja, abuzimi me alkoolin, inaktiviteti fizik dhe dietat jo të shëndetshme, të cilat kontribuojnë në barrën e ardhshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri.

Sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri ka nevojë për reformim dhe rinovim, që të bëjë të mundur menaxhimin dhe vlerësimin e përshtatshëm të sistemit shëndetësor shqiptar. Këtu përfshihet monitorimi i ndërhyrjeve parandaluese dhe i hapave kryesore në rinovimin ose reformimin e kujdesit shëndetësor.

Statistikat më të mira, anketat shëndetësore periodike dhe përmirësimi i të dhënave administrative të kujdesit shëndetësor do të bëjnë të mundur hartimin e programeve për rritjen e cilësisë së sistemit shëndetësor shqiptar, si dhe do të ndihmojnë në vendosjen e prioriteteve dhe politikave shëndetësore bazuar në fakte (evidencë).

Në fakt, të paktën në Shqipëri, ka pak informacion lidhur me tendencat e stilit të jetesës dhe determinantë të tjerë të shëndetit në popullatën e përgjithshme. Prandaj, ka shumë nevojë për anketa shëndetësore periodike dhe studime të hollësishme të herëpashershme të tipit të anketave të ekzaminimit shëndetësor (*health examination surveys*). Këto studime mund të kryhen në bashkëpunim të ngushtë me universitetet dhe institucionet e tjera të kërkimit shkencor, për të rritur më tej kapacitetet epidemiologjike të komunitetit shkencor në Shqipëri.

Nevojitet një sistem solid i shëndetit publik që të mbrojë nga rreziqet shëndetësore dhe të promovojë sjellje të shëndetshme në popullatën shqiptare. Një sistem solid i kujdesit shëndetësor, me personel të mjaftueshëm dhe të trajnuar, duhet të ofrojë akses të barabartë dhe adekuat në kujdesin shëndetësor. Së fundi, duhet një angazhim i veçantë për të luftuar ndryshimet e papranueshme në shëndet dhe në aksesin ndaj shërbimeve kurative dhe parandaluese, të cilat janë të pranishme në vendin tonë.

Fokusimi në sëmundjet kronike do të luftojë barrën kryesore të sëmundshmërisë dhe do të sigurojë një shëndet më të mirë në të ardhmen. Megjithatë, kjo nuk do të thotë që të neglizhohen problemet shëndetësore ekzistuese. Lufta kundër sëmundjeve infektive, ndër

të cilat AIDS dhe tuberkulozi, ulja e përdorimit të drogës, zhdukja e varfërisë së skajshme, kushtet e papërshtatshme në banesa dhe rreziqet e papranueshme në mjedisin e punës, si dhe përmirësimi i kushteve dhe kujdesit gjatë shtatzënisë dhe lindjes, duhet të mbeten gjithashtu në axhendën e shëndetit publik në Shqipëri.

Si përfundim, ky raport mund të shërbejë si dokument bazë, qoftë për vlerësimin aktual të gjendjes shëndetësore të popullatës shqiptare, ashtu dhe për krahasimet me vendet fqinje dhe më gjerë, por edhe për monitorimin e tendencave të ardhshme të niveleve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatën shqiptare. Këto mund t'i ofrojnë vendimmarrësve dhe politikëbërësve të dhëna të vlefshme për vendosjen e prioriteteve shëndetësore.



BIBLIOGRAFIA



8. BIBLIOGRAFIA

Adhami A (2014). Assessment of geographical distribution of health care personnel in Albania. Doctoral dissertation. University of Medicine, Tirana, Albania.

Ban K (2010). The Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations.

Black RE et al. Global, regional and national causes of child mortality, 2008. *Lancet* 2010;375:1969-87.

Burazeri G, Goda A, Kark JD. Television viewing, leisure-time exercise and acute coronary syndrome in transitional Albania. *Prev Med* 2008;47:112-5.

Burazeri G, Goda A, Sulo G, Stefa J, Kark JD. Financial loss in pyramid saving schemes, downward social mobility and acute coronary syndrome in transitional Albania. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:620-6.

Burazeri G, Goda A, Sulo G, Stefa J, Roshi E, Kark JD. Conventional risk factors and acute coronary syndrome during a period of socioeconomic transition: population-based case-control study in Tirana, Albania. *Croat Med J* 2007;48:225-33.

Burazeri G, Goda A, Tavanxhi N, Sulo G, Stefa J, Kark JD. The health effects of emigration on those who remain at home. *Int J Epidemiol* 2007;36:1265-72.

Burazeri G, Kark JD. Alcohol intake and its correlates in a transitional predominantly Muslim population in southeastern Europe. *Addict Behav* 2010;35:706-13.

Burazeri G, Kark JD. Prevalence and determinants of binge drinking in middle age in a transitional post-communist country: a population-based study in Tirana, Albania. *Alcohol & Alcoholism* 2010;45:180-7.

Chan M. From new estimates to better data. *Lancet* 2012;380:2054. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62135-7.

De Maio FG. Income inequality measures. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:849-52.
Gjonca A, Bobak M. Albanian paradox, another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? *Lancet* 1997;350:1815-7.

Gjonca A, Wilson C, Falkingham J. Paradoxes of health transition in Europe's poorest country: Albania 1950-1990. *Popul Develop Rev* 1997;23:585-609.

Horton R. GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *Lancet* 2012;380:2053-4. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62133-3.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Gjendet në: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf (Vizituar më: 20 tetor 2014).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2014). GBD Database. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Gjendet në: <http://www.healthdata.org/search-gbd-data?s=albania> (Vizituar më: 20 tetor 2014).

Institute of Public Health (IPH) (1993). Iodine deficiency disorders in schoolchildren in Albania. IPH, Tirana, Albania.

Institute of Public Health (IPH) (2005). Albania Reproductive Health Survey, 2002. Available Gjendet në: <http://ghdx.healthdata.org/record/albania-reproductive-health-survey-2002> (Vizituar më: 20 tetor 2014).

Institute of Public Health (IPH) (2007). Iodine deficiency disorders in schoolchildren in Albania. IPH, Tirana, Albania.

Institute of Public Health (IPH) and Institute of Statistics (INSTAT) (2010). Baseline nutrition and food security survey 2010: Final report. IPH, Tirana, Albania.

Institute of Statistics (INSTAT). URL: <http://www.instat.gov.al/al/home.aspx>.

Institute of Statistics (INSTAT) (2000). Multiple indicator cluster survey. Tirana: INSTAT.

Institute of Statistics (INSTAT) (2005). Albania in figures. Tirana: INSTAT.

Institute of Statistics (INSTAT) (2005). Multiple indicator cluster survey. Tirana: INSTAT.

Institute of Statistics (INSTAT) (2012). Population and housing census, 2011. Tirana: INSTAT. Gjendet në: http://www.instat.gov.al/media/178070/rezultatet_kryesore_t__censusit_t__popullsis__dhe_banesave_2011_n__shqip_ri.pdf (Accessed: November 23, 2014).

Institute of Statistics (INSTAT) (2014). Women and men in Albania, 2014. Gjendet në: http://www.instat.gov.al/media/257796/femra_e_meshkuj_2014.pdf (Vizituar më: 20 tetor 2014).

Institute of Statistics, Institute of Public Health (Albania) and ICF Macro (2010). Albania Demographic and Health Survey 2008-09. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro.

Kim JY. Data for better health—and to help end poverty. *Lancet* 2012;380:2055. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62162-X.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60.

Ministry of Health of the Republic of Albania. URL: <http://shendetesia.gov.al/>.

Ministry of Health of the Republic of Albania (2004). Public Health and Health Promotion Strategy: Towards a healthy country with healthy people. Tirana, Albania.

Munga MA, Maestad O. Measuring inequalities in the distribution of health workers: The case of Tanzania. *Hum Res Health* 2009;7:4. doi: 10.1186/1478-4491-7-4.

Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, Naghavi M, Salomon JA, Shibuya K, Vos T, Wikler D, Lopez AD. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet* 2012;380:2063-6. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61899-6.

Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, Naghavi M, Salomon JA, Shibuya K, Vos T, Lopez AD. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet* 2012;380:2055-8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62134-5.

Nuri B, Tragakes E (2002). Health care systems in transition: Albania. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, Denmark.

Rechel B, McKee M (2003). Healing the crisis: a prescription for public health action in South Eastern Europe. New York, USA: Open Society Institute Press.

Roshi E, Kamberi A, Goda A, Burazeri G. Myocardial infarction and religion: hospital-based case-control study in Tirana, Albania. *Croat Med J* 2005;46:977-83.

Salomon JA, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2144-62.

Secretary-General UN (2004). Integrated and coordinated implementation of and follow-up to the outcomes of the major United Nations conferences and summits in the economic, social and related fields: report of the Secretary-General. New York, NY: United Nations.

Shapo L, Gilmore AB, Coker R, McKee M, Shapo E. Prevalence and determinants of smoking in Tirana city, Albania: a population-based survey. *Public Health* 2003;117:228-36.

Shapo L, McKee M, Coker R, Ylli A. Type 2 diabetes in Tirana, Albania: a rapid increase in a country in transition. *Diabetic Med* 2003;21:77-83.

Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition: a population-based survey in Tirana city, Albania. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:734-9.

Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Physical inactivity in a country in transition: a population-based survey in Tirana city, Albania. *Scand J Public Health* 2004;32:60-7.

Shapo L, Pomerleau J, McKee M, Coker R, Ylli A. Body weight patterns in a country in transition: a population-based survey in Tirana city, Albania. *Public Health Nut* 2003;6:471-7.

UNFPA (2014). State of World population 2014: The power of 1.8 billion. Gjendet në: <http://www.unfpa.org/swop> (Vizituar më: 20 tetor 2014).

UNICEF (2007). The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2009). The state of the world's children 2009. Maternal and newborn health. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2010). Levels and trends in child mortality report 2010. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2011). Levels and trends in child mortality report 2011. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2012). Levels and trends in child mortality report 2012. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2013). Committing to child survival: A promise renewed. Progress report 2013. New York, NY: United Nations Children's Fund.

UNICEF (2013). Levels and trends in child mortality report 2013. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, NY: United Nations Children's Fund.

United Nations Population Division (2013). United Nations World Population Prospects 1950-2100 - 2012 Revision. New York City, United States, United Nations Population Division.

United Nations (2011). World population prospects – the 2010 revision. New York, United Nations Population Division.

United Nations Department of International Economic and Social Affairs (1988). Mortality of children under age 5: world estimates and projections, 1950–2025. Herndon, VA: United Nations. USAID. Child survival: call to action. Ending preventable child deaths. June 14, 2012. <http://5thbday.usaid.gov/pages/responsesub/roadmap.pdf> (Vizituar më: 20 tetor 2014).

Wang H, Liddell CA, Coates MM, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:957-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60497-9.

Watts C, Cairncross S. Should the GBD risk factor rankings be used to guide policy? *Lancet* 2012;380:2060-1. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62121-7.

World Bank (2011). Nutrition at a glance: Albania. Washington DC: World Bank.

World Bank (2012). Health equity and financial protection datasheet : Albania. Washington, DC: World Bank.

World Bank (2014). Remarks by the country manager at the review of Albania's pharmaceutical policy workshop (Press release, July 16, 2014). Gjendet në: <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2014/07/16/remarks-by-country-manager-review-of-albanian-pharmaceutical-policy-workshop> (Vizituar më: 20 tetor 2014).

World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2010). Trends in maternal mortality. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2011). Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2011). Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Gjendet në: http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf (Vizituar më: 20 tetor 2014).

World Health Organization (2011). Non-communicable diseases country profiles, 2011. Gjendet në: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf?ua=1 (Vizituar më: 20 tetor 2014).

World Health Organization (2011). World Health Statistics 2011. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Geneva, Switzerland.

ISBN: 978-99956-32-52-6



9 789995 632526