

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Dorina Toçi

Anëtarë:

**Alban Ylli, Dritan Ulqinaku, Silvia Bino,
Lindita Molla, Gentiana Qirjako**

Redaktore shkencore:

Eni Tresa

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola

ISBN: 978-99956-32-59-5

Buletini i Institutit të Shëndetit Publik

Nr. 2-2025

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 2-2025

EDITORIAL

Blerta Brati

Rezistenca antimikrobike: Pandemia e heshtur që kërkon veprim të menjëhershëm.....7

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Alban Ylli, Anisa Xhaferi, Dorina Toçi, Bajram Dedja, Gentiana Qirjako, Genc Burazeri

Survejanca dhe kontrolli i hipertensionit në Shqipëri.....11

RISHIKIM I LITERATURËS

Alban Ylli, Dorina Toçi, Anisa Xhaferi, Ervin Toçi

Aktiviteti fizik dhe shëndeti publik.....19

NJOFTIM PËR POLITIKA SHËNDETËSORE

Rustem Paci

Rreziqet nga rrezatimi jonizues në qendrat radiologjike: një vlerësim shkencor.....27

EDITORIAL

EDITORIAL

REZISTENCA ANTIMIKROBIKE: PANDEMIA E HESHTUR QË KËRKON VEPRIM TË MENJËHERSHËM**Blerta Brati¹**¹ Instituti i Shëndetit Publik

Nga përdorimi pa kriter te nevoja për një strategji globale, bota sot përballet me një sfidë ekzistenciale për shëndetin publik siç është Rezistenca Antimikrobike (AMR).

Në imagjinatën kolektive, kërcënimet më të mëdha për shëndetin vijnë në formën e pandemive dramatike, viruseve të reja, që pushtojnë titujt e lajmeve. Por ndërsa sytë tanë janë drejtuar gjetkë, një krizë po aq e rrezikshme, një pandemi e heshtur, po rritet në heshtje në spitalet, komunitetet dhe fermat tona. Kjo është Rezistenca Antimikrobike (AMR) – fenomeni ku bakteret, viruset dhe kërpudhat evoluojnë për t'i rezistuar ilaçeve që janë krijuar për t'i shkatërruar ato^{1,2,3}.

Rezistenca Antimikrobike (AMR) është një nga kërcënimet kryesore globale për shëndetin publik dhe zhvillimin. Vlerësohet se AMR bakteriale ishte drejtpërdrejt përgjegjëse për 1.27 milionë vdekje globale në vitin 2019 sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh)^{1,4}.

Për dekada, antibiotikët kanë qenë guri i themelit të mjekësisë moderne. Ata kanë shndërruar infeksione dikur vdekjeprurëse në sëmundje lehtësisht të trajtueshme dhe kanë bërë të mundur procedura komplekse si: transplantet e organeve, kimioterapinë dhe ndërhyrjet kirurgjikale. Sot, ky gur themeli po dridhet. Po hyjmë në mënyrë të rrezikshme në një epokë post-antibiotike, ku një gërvishtje e thjeshtë apo një infeksion urinar mund të bëhen sërish kërcënuese për jetën.

Rritja globale e rezistencës ndaj antibiotikëve përbën një kërcënim të rëndësishëm, duke zvogëluar efikasitetin e antibiotikëve të zakonshëm kundër infeksioneve të përhapura bakteriale. Raporti i Sistemit Global të Mbikëqyrjes së Rezistencës dhe Përdorimit të Antimikrobikëve (GLASS) i vitit 2022 thekson shkallë alarmante të rezistencës midis patogjenëve bakterialë të përhapur. Shkallët mesatare të raportuara në 76 vende prej 42% për E. coli rezistent ndaj cefalosporinës së gjeneratës së tretë dhe 35% për Staphylococcus aureus rezistent ndaj metikilinës, janë një shqetësim i madh. Për infeksionet e traktit urinar të shkaktuara nga E. coli, 1 në 5 raste shfaq një reduktuar ndaj antibiotikëve standard si: ampicilina, co-trimoksazoli dhe fluorokinolonet për vitin 2020. Kjo po e bën më të vështirë trajtimin efektiv të infeksioneve të zakonshme^{5,6}.

Që nga nëntori i vitit 2023, 178 vende kishin hartuar plane veprimi kombëtare për AMR-në, të përputhura me Planin Global të Veprimit (GAP-in). Për të siguruar progres të qëndrueshëm, vendet duhet të krijojnë një mekanizëm shumë sektorial funksional të qeverisjes së AMR-së, t'i japin përparësi aktiviteteve, të zhvillojnë një plan operativ me kosto të përcaktuar, të mobilizojnë burimet (si të brendshme, ashtu edhe të jashtme) dhe të zbatojnë në mënyrë efektive planin e tyre. Nevojiten mekanizma monitorimi për të ndjekur progresin, për të identifikuar sfidat dhe për të raportuar periodikisht. Për të ndjekur globalisht progresin në zbatimin e planit kombëtar të veprimit për AMR-në, vendet plotësojnë anketën vjetore shumë sektoriale të Vetëvlerësimit të Vendit për Ndjekjen e AMR-së (TrACSS) e cila u lançua në vitin 2016 me rezultatet e publikuara në <https://www.amrcountryprogress.org/>. Shqipëria gjithashtu është pjesë në plotësimin e pyetësorit të vetëvlerësimit nga secili shtet për ndjekjen e AMR-së (Tracking AMR Country Self-Assessment Survey – TrACSS).

Në Shqipëri, ky kërcënim është veçanërisht i prekshëm. Kultura e përdorimit të antibiotikëve "për çdo rast", presioni i pacientëve për të marrë një recetë dhe praktika fatkeqësisht e përhapur e vetëmjekimit me antibiotikë të blerë pa recetë në farmaci, po e ushqejnë këtë krizë çdo ditë. Çdo tabletë antibiotiku e marrë pa kriter për një ftohje virale, apo çdo kurë e ndërprerë në gjysmë, është një stërvitje për "superbakteret" e së ardhmes.

Problemi nuk ndalet vetëm te mjekësia humane. Koncepti "Një Shëndet" (One Health) na tregon se shëndeti i njerëzve, kafshëve dhe mjedisit janë të ndërlidhura në mënyrë të pashmangshme. Përdorimi i gjerë i antibiotikëve në blegtori dhe bujqësi, jo vetëm për të trajtuar sëmundjet por shpesh edhe për të nxitur rritjen, kontribuon në mënyrë direkte në zhvillimin e baktereve rezistente, që më pas mund të kalojnë te njerëzit përmes zinxhirit ushqimor apo mjedisit.

Pra, çfarë duhet bërë? Të presësh nuk është më një opsion. Beteja kundër AMR-së kërkon një mobilizim total dhe një përgjegjësi të përbashkët:

Nga ana e Politikëbërësve dhe Institucioneve: Nevojitet urgjentisht zbatimi i rreptë i ligjit, që ndalon shitjen e antibiotikëve pa recetë. Duhet të investohet në sisteme kombëtare të monitorimit (survejancës) së AMR-së për të kuptuar hartën e rezistencës në vend. Fushatat ndërgjegjëse kombëtare nuk janë luks, por një domosdoshmëri për të edukuar publikun mbi rreziqet.

Nga ana e Profesionistëve të Shëndetësisë: Mjekët dhe farmacistët duhet të jenë gardianët e vijës së parë. Kjo kërkon kurajon për t'i thënë "jo" një patienti, që kërkon antibiotikë për një virozë dhe durimin për të edukuar mbi rëndësinë e përdorimit të duhur. Programet e "Kujdestarisë së Antibiotikëve" (Antibiotic Stewardship) në spitale duhet të bëhen standard.

Nga ana e Publikut: Përgjegjësia individuale është thelbësore. Duhet t'u besojmë gjykimin të mjekut dhe të mos bëjmë presion për antibiotikë. Nëse na jepet një recetë, duhet ta ndjekim atë me përpikëri, duke e përfunduar të gjithë kurën, edhe nëse ndihemi më mirë. Duhet të kuptojmë se mbrojtja e fuqisë së antibiotikëve sot, është një garanci për shëndetin e fëmijëve tanë nesër.

Teksa i afrohem muajit nëntor, muajit të ndërgjegjësimit botëror për Rezistencën Antimikrobike, le të mos e trajtojmë këtë si një temë abstrakte. Le ta shohim për atë që është: një emergjencë e shëndetit publik që kërcënon të zhbëjë një shekull progres mjekësor. E ardhmja e mjekësisë moderne dhe shëndeti i brezave që vijnë, varet nga zgjedhjet që ne të gjithë bëjmë sot. Koha për të vepruar është tani.

Instituti i Shëndetit Publik dhe Plan i Kombëtar i Veprimit për AMR-në

Institucioni më i lartë teknik në fushën e shëndetit publik në Shqipëri është Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) i cili është një institucion kombëtar në varësi të drejtpërdrejtë të Ministrisë së Shëndetësisë së Shqipërisë.

Detyrat e tij përfshijnë studimin dhe monitorimin e faktorëve të rrezikut, mbikëqyrjen e sëmundjeve infektive, referencën laboratorike, menaxhimin e programeve të vaksinimit, promocionin dhe edukimin.

Plan i Kombëtar i Veprimit për AMR-në ofron një kornizë për adresimin e çështjes, por efektiviteti i tij duhet të vlerësohet. Në përputhje me Planin e Veprimit, brenda kuadrit të Planit Kombëtar të AMR-së, gjatë periudhës 2023-2024, dhe objektivat e ISHP-së si institucion kombëtar i referencës, puna vazhdon në disa drejtime, duke përfshirë:

- Survejancën laboratorike,
- Kontrollin e infeksioneve spitalore,
- Ndërgjegjësimin përmes promocionit shëndetësor në popullatë,
- Protokollet e punuara duke u mbështetur në eksperiencë, direktivat e OBSH-së dhe Qendrës Europiane për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (ECDC)⁷.

Deri tani shtamet më të raportuara kanë qenë:

<i>Escherchia coli</i>	38%
<i>Staphylococcus aureus</i>	29%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	13 %
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11%

Këto bëjnë 91 % të raportimeve (gjashtëmujori i II 2024).

Antibiotikët më të raportuar kanë qenë:

- Fluoroquinolone.
- Aminoglycoside.
- Cefalosporina Gjenerata. III
- Cefalosporina Gjenerata. IV

Rezistencë e lartë vihet re në klasën e penicilinave me 88,8 % dhe cefalosporinat e Gjenerata. IV me 86, 7%.

Konkluzione

Pas një periudhe relativisht të gjatë dhe sfiduese, dhe pas përgatitjes së materialeve të nevojshme si Protokollat (SOP-et), udhëzimet dhe të gjitha materialet e nevojshme është zbatuar dhe po funksionon sistemi Kombëtar i Mbikëqyrjes së AMR-së i udhëhequr nga ISHP-ja, nga i cili janë mbledhur të dhënat, disa prej të cilave u paraqitën më sipër. Kjo periudhë ka shërbyer gjithashtu për të krijuar një pasqyrë të shpejtë të situatës së AMR-së në qarkullim, por edhe për të identifikuar disa mangësi në proces dhe për të gjetur hapat dhe zgjidhjet më racionale.

Si pjesë e zbatimit të Planit të Veprimit të AMR-së 2022-2025 dhe Javës Botërore të Ndërgjegjësimit për AMR-në janë përgatitur dhe shpërndarë materiale informuese me mesazhe të ndryshme për të rritur ndërgjegjësimin e popullatës në lidhje me përdorimin e antibiotikëve dhe antimikrobikëve në përgjithësi. Të gjitha materialet informuese janë hartuar, bazuar në udhëzimet e OBSH-së për javën botërore 18-24 nëntor dhe sipas qasjes "Një Shëndet".

Për më tepër, nevojiten më shumë kërkime për të kuptuar prevalencën dhe modelet e rezistencës ndaj antibiotikëve në mjedise të ndryshme dhe midis patogjenëve të ndryshëm. Gjithashtu, duhet të vazhdojmë të mbështesim planin e veprimit AMR (2022/25) në drejtim të përforcimit të elementëve kryesorë të sistemeve aktuale të mbikëqyrjes për të monitoruar trendet e rezistencës ndaj antibiotikëve dhe për të informuar e zbatuar ndërhyrjet, kur është e nevojshme⁸.

Referenca

1. What is antibiotic resistance. Science Museum, 2021. Link: <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/antibiotic-resistance#>
2. 'Silent' mutations help bacteria to evade antibiotics. Imperial College London, 2022. Link: <https://www.imperial.ac.uk/news/239854/silent-mutations-help-bacteria-evade-antibiotics/#>
3. Antibiotics: are you misusing them? Mayo Clinic, April 2024. Link: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/antibiotics/art-20045720#>
4. Antimicrobial resistance, WHO, Nov. 2023. Link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
5. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Murray, Christopher J L et al. The Lancet, Volume 399, Issue 10325, 629 – 655.
6. Antimicrobial resistance (AMR) – DHSC, UKHSA, et al. Last updated, Oct. 2024. Link: <https://www.gov.uk/government/collections/antimicrobial-resistance-amr-information-and-resources>
7. Brati B. Takimi i Përbashkët i Ndërgjegjësimit në Javën Botërore të Ndërgjegjësimit AMR (WAAW) 2024 me mbështetjen e OBSH-së.
8. www.sciensano.be/en/health-topics/antimicrobial-resistance-amr

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

SURVEJANCA DHE KONTROLLI I HIPERTENSIONIT NË SHQIPËRI

Përmbledhje sistematike e gjetjeve nga studimet në Shqipëri lidhur me faktorët e riskut, prirjet e prevalencës dhe të kontrollit të hipertensionit në popullatë.

Alban Ylli^{1,2}, Anisa Xhaferi¹, Dorina Toçi¹, Bajram Dedja¹, Genta Qirjako^{1,2}, Genc Burazeri²

1 Instituti i Shëndetit Publik,

2 Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë Tiranë.

Abstrakt

Hipertensioni arterial përbën faktor risku kryesor për vdekshmërinë dhe barrën e sëmundjeve në Shqipëri por edhe në botë, duke kontribuar në mbi një të katërtën e vdekjeve dhe në rreth 15% të Viteve të Jetës së Axtuara për Aftësinë e Kufizuar (Disability Adjusted Life Year - DALY) sipas vlerësimeve të Barrës Globale të Sëmundjeve (Global Burden of Disease – GBD) 2021.^{1,2} Ky raport përmbledh gjetjet kryesore nga burime të ndryshme të të dhënave, përfshi: Anketën Demografike dhe Shëndetësore të Shqipërisë (ADHS) 2009 dhe 2018, fushatat “May Measurement Month” (MMM) 2018–2022, Programin Kombëtar të Kontrollit Shëndetësor Bazë (2015–2022), si dhe të dhënat e INSTAT dhe Intitutit për Matje dhe Vlerësime të Shëndetit (Intitute for Health Metrics and Evaluation – IHME).

Rezultatet tregojnë, se prevalenca e hipertensionit në popullatën shqiptare ka ardhur në rritje, sidomos në grup-moshat mbi 40 vjeç dhe tek personat me mbipeshë ose obezitet, por njëkohësisht është vërejtur përmirësim i dukshëm në njohjen dhe kontrollin e tij. Në ADHS nga viti 2009 në vitin 2018, prevalenca e hipertensionit u rrit nga 28% në 38% tek burrat dhe nga 20% në 24% tek gratë, ndërsa përqindja e rasteve të njohura dhe të kontrolluara pothuajse u dyfishua. Të dhënat e MMM-së konfirmojnë një rënie të rasteve të identifikuar me hipertension nga viti 2021 në 2022 nga 47.3% në 39.7%.³ Programi kombëtar i check-up-it ka luajtur rol të rëndësishëm në identifikimin e rasteve të reja dhe në përmirësimin e menaxhimit në kujdesin parësor. Megjithatë, mbeten diferenca të theksuara sipas gjinisë, statusit socio-ekonomik dhe vendbanimit duke treguar nevojën për ndërhyrje të targetuara.

Hipertensioni mbetet sfidë madhore për shëndetin publik në Shqipëri, por tendencat pozitive në diagnostikim dhe kontroll tregojnë efektivitetin e ndërhyrjeve të ndërmarra, duke nënvizuar domosdoshmërinë e forcimit të programeve parandaluese dhe të menaxhimit të integruar të faktorëve të riskut kardiometabolik.

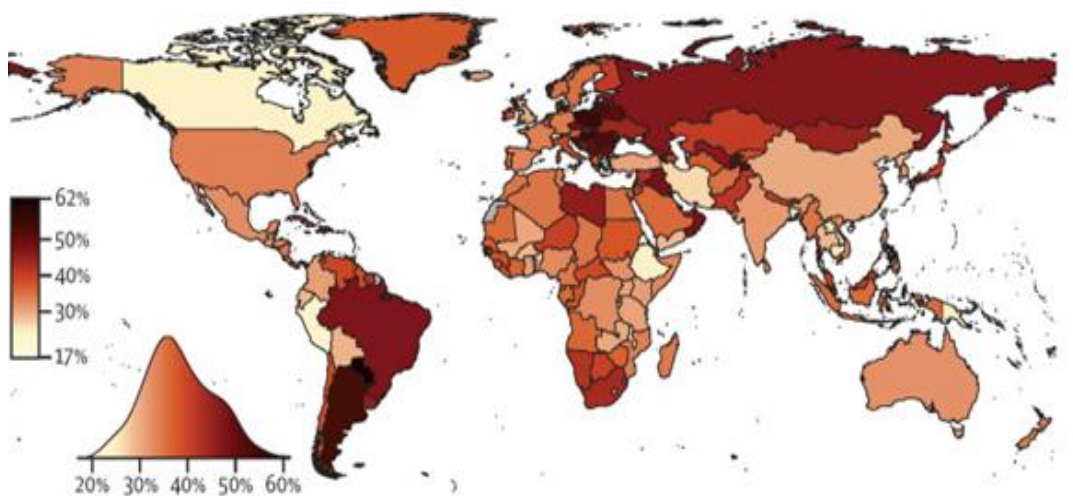
Fjalë kyç: hipertension, faktor risku, vdekshmëri, shëndet publik, Shqipëri.

Hyrje

Hipertensioni arterial (HTA), ose presioni i lartë i gjakut ndodh, kur muret e arterieve humbasin elasticitetin dhe ngushtohen. Kjo rritje e presionit të gjakut rrit rrezikun për sëmundje ishemike të zemrës, sëmundje cerebrovaskulare, aterosklerozë, sëmundje të veshkave, diabet mellitus, sindromë metabolike dhe sëmundje të syve. Hipertensioni shpesh shfaqet pa simptoma, duke u konsideruar një "vrasës i heshtur". Mënyra e vetme për ta identifikuar është kontrolli dhe matja e presionit të gjakut. Klasifikimi i popullatës me hipertension bazohet zakonisht në praninë e të paktën njërit prej faktorëve të mëposhtëm: presioni sistolik në momentin e matjes ≥ 140 mmHg, presioni diastolik në momentin e matjes ≥ 90 mmHg, ose trajtim i rekomanduar nga mjeku për hipertension.

Një nga objektivat globale për sëmundjet jo të transmetueshme është ulja e prevalencës së hipertensionit me 33% nga 2010 në 2030.

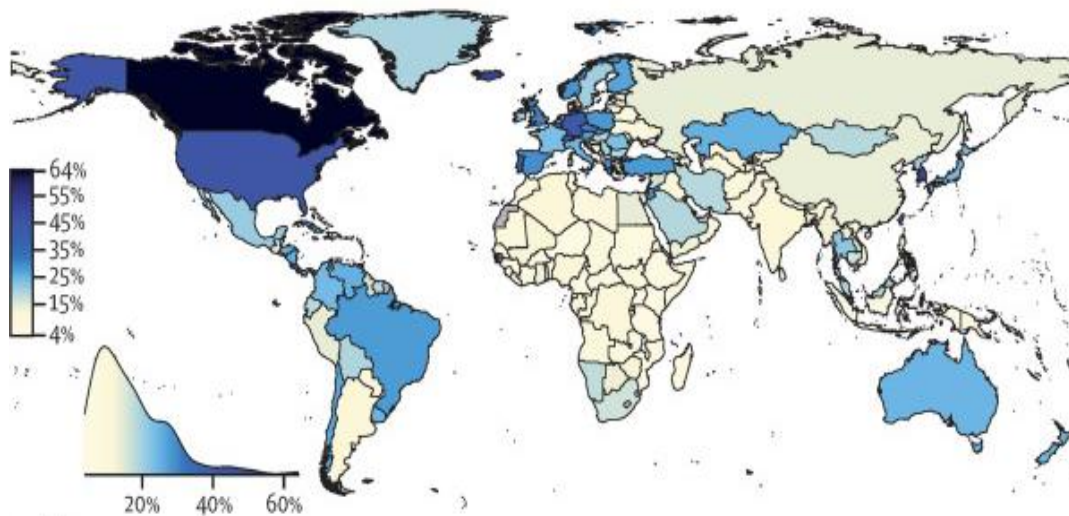
Prevalenca e hipertensionit në vendin tonë, ashtu si në vendet e Europës Lindore ka qenë tradicionalisht e lartë. Figura 1 paraqet shpërndarjen e prevalencës së hipertensionit në botë për burrat mbi 30 vjeç për vitin 2019¹.



Burimi: Të dhëna mbi botën (Our World Data – OWD)

Figura 1. Prevalenca e hipertensionit në botë në burra mbi 30 vjeç, 2019

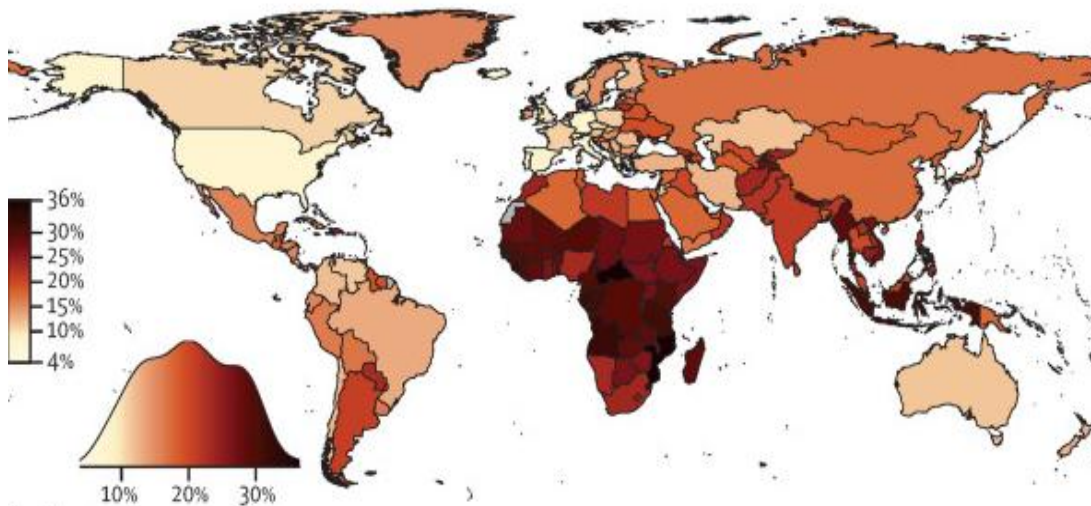
Nga ana tjetër, kontrolli i hipertensionit në popullatë monitorohet përmes treguesit që mat përqindjen e personave me hipertension të njohur (d.m.th. një mjek i ka diagnostikuar ata me HTA) të cilët rezultojnë me tension sistolik dhe tension diastolik përkatësisht nën 140 mmHg dhe 90 mmHg (figura 2)¹.



Burimi: OWD

Figura 2. Proporcioni i personave me hipertension të njohur të cilët e kanë atë nën kontroll për burra mbi 30 vjeç, 2019

Një mënyrë tjetër për të monitoruar kontrollin e hipertensionit në një popullatë është edhe prevalenca e HTA stadi II të padiagnostikuar më parë (Sis>160 mmHg ose Dias>100 mmHg). Ky tregues shpreh përmasat e problemit të panjour dhe për rrjedhojë krejtësisht të pakontrolluar, si në figurën 3¹.



Burimi: OWD

Figura 3. Prevalenca e HTA stadi II të padiagnostikuar më parë (Sis>160 ose Dias>100) për burra mbi 30 vjeç, 2019

Faktorët e riskut

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), faktorët e riskut të hipertensionit klasifikohen në dy kategori. Faktorët e modifikueshëm të riskut përfshijnë: dietat e pashëndetshme (konsumimi i tepërt i kripës, një dietë me yndyrna të larta, konsumimi i ulët i frutave dhe perimeve), inaktiviteti fizik, konsumi i duhanit dhe alkoolit dhe të qenit mbipeshë ose obez. Përveç kësaj, ekzistojnë faktorë risku mjedisor për hipertensionin dhe sëmundjet e shoqëruara, ku ndotja e ajrit është më e rëndësishmja. Faktorët jo të modifikueshëm të riskut përfshijnë histori familjare me hipertension, mosha mbi 65 vjeç dhe sëmundje bashkëshoqëruese si diabeti ose sëmundje të veshkave².

Ndryshimet në stilin e jetesës si: konsumi i një diete më të shëndetshme, ndërprerja e duhanit dhe të qenit më aktiv fizikisht, mund të ndihmojnë në uljen e presionit të gjakut. Së bashku me një dietë të shëndetshme dhe një stil jetese të mirë disa njerëz mund të kenë ende nevojë të përdorin medikamente për mbajtjen e presionit të gjakut nën kontroll.

Tabela 1. Pozicioni i HTA si faktor thelbësor risku për sëmundjet jo të trasmetueshme

Faktorë socio-ekonomikë, kulturorë, politikë dhe determinantët mjedisorë	Faktorë risku të modifikueshëm	Faktorë risku të ndërmjetëm	Sëmundje të tjera bashkëshoqëruese
- Globalizimi	- Dietë e pashëndetshme	- Hipertensioni	- Sëmundjet ishemike të zemrës
- Urbanizimi	- Duhani	- Hiperglicemia	- Sëmundjet cerebrovaskulare
- Plakja e popullatës	- Alkooli	- Yndyrna të larta në gjak	- Kanceri
	- Inaktiviteti fizik	- Mbipesha dhe obeziteti	- Sëmundjet kronike të veshkave

Materiali dhe metodat

Ky është një studim përshkrues. Rishikimi u realizua përmes një analize dytësore të burimeve ekzistuese të të dhënave mbi hipertensionin në Shqipëri duke kombinuar si studime në popullatë, ashtu edhe të dhëna administrative. Në mënyrë të veçantë, u analizuan rezultatet e ADHS-së të viteve 2009 dhe 2017–2018, që ofrojnë informacion për prevalencën dhe kontrollin e hipertensionit në popullatën 15–59 vjeç. Gjithashtu, u përdorën të dhënat e fusha-

tave ndërkombëtare May Measurement Month (MMM-së) të zhvilluara çdo vit gjatë periudhës 2018–2022 të cilat matën presionin e gjakut në mënyrë standarde tek pjesëmarrësit mbi 18 vjeç dhe siguruan tregues të vlefshëm për ndërgjegjësimin, trajtimin dhe kontrollin e sëmundjes. Një burim tjetër kryesor ishte Programi Kombëtar i Kontrollit Bazë Shëndetësor (2015–2022) i cili mbulon popullatën 35–70 vjeç dhe ka kontribuar në identifikimin e rasteve të reja, si dhe në monitorimin e faktorëve shoqëruar të rrezikut kardiometabolik. U shfrytëzuan gjithashtu të dhënat e European Health Interview Survey (EHIS 2020) për vlerësimin e vetëraportuar të hipertensionit dhe shërbimeve të përdorura, si dhe të dhënat administrative të sistemit të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor për rastet e regjistruara e të trajtuara. Për të vlerësuar barrën në vdekshmëri dhe sëmundshmëri u përdorën vlerësimet e GBD-së të publikuara nga IHME për vitet 2017 dhe 2021.

Të gjitha këto burime u analizuan në mënyrë krahasuese për të identifikuar prirjet në prevalencë, nivelet e diagnostikimit, trajtimit dhe kontrollit të hipertensionit, si dhe për të kuptuar ndikimin e faktorëve socialë, ekonomikë dhe biologjikë në përhapjen e tij.

Burimet bazë të informacionit mbi hipertensionin në Shqipëri

Në këtë raport paraqitet prevalenca e hipertensionit në grupe të ndryshme të popullsisë në Shqipëri, bazuar në burime të ndryshme informacioni (presioni i matur i gjakut, si dhe prania e vetëraportuar e hipertensionit).

Për herë të parë hipertensioni në popullatë është vlerësuar në shkallë vendi nga ADHS në 2009, studim i cili është përsëritur me metodologji të ngjashme edhe në vitin 2017-2018. Ky studim synon mbledhjen dhe sigurimin e informacionit demografik dhe shëndetësor në nivel vendi. Kampionimi ka qënë i rastësishëm, përfaqësues i gjithë popullatës dhe u përfshinë grup-moshat 15-49 vjeç për ADHS 2009 dhe 15-59 vjeç për ADHS 2018-2019. Studimi bazohej në një pyetësor të strukturuar ku midis pyetjeve lidhur mbi faktorët e riskut, që ndikojnë në problemet shëndetësore pjesëmarrësit janë pyetur, nëse janë në dijeni që kanë hipertension dhe si e kontrollojnë atë^{3,4}.

Prej vitit 2018, në vendin tonë është zhvilluar MMM, fushata e depistimit të hipertensionit në popullatën mbi 18 vjeç, me qëllim vlerësimin e vlerave të presionit të gjakut në popullatë. Përgjatë muajit maj në të gjithë vendin ngrihen pika për matjen e presionit të gjakut dhe pjesëmarrja është vullnetare. Në këto fushata pjesëmarrësit në anketim janë pyetur lidhur me presionin e lartë të gjakut, nëse ishin në dijeni që kishin hipertension dhe nëse merrnin mjekim për trajtimin e tij. Që nga viti 2018 deri në vitin 2021 janë botuar rezultatet e të paktën tre studimeve MMM mbi prevalencën dhe kontrollin e tensionit të lartë të gjakut^{5,6,7}.

Kontrolli Shëndetësor Bazë (Check-up) është një program kombëtar, pa pagesë për përfituesit e tij, që synon depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundshmërinë më prevalente me qëllim kujdesin për shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe komplikacioneve, zbulimin e hershëm të çrregullimeve, mjekimin në fazat e hershme dhe

përmirësimin e kulturës shëndetësore. Programi i kontrollit bazë shëndetësor për qytetarët 35-70 vjeç aplikohet në të gjithë territorin e Shqipërisë në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor duke mbuluar një popullatë target prej 900.000 banorësh. Programi i cili është në funksionim prej vitit 2015 lejon qytetarët e rritur (adult) të kryejnë një ekzaminim të plotë shëndetësor çdo vit duke përfshirë edhe kontrollin e vlerave të presionit të gjakut.

Hipertensioni i regjistruar në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor është problemi shëndetësor më i shpeshtë në sistemin shëndetësor shqiptar. Në kujdesin shëndetësor parësor janë të identifikuar dhe menaxhohen në vijimësi mbi 280.000 persona me hipertension në vendin tonë. Në vitin 2015, vit në të cilin ka filluar zbatimi i programit të kontrollit bazë, vërehet një rritje e rëndësishme e rasteve të regjistruara në regjistrat e mjekëve të familjes. Me shumë gjasë, kjo është shkaktuar nga identifikimi i shumë rasteve të reja të cilat ekzistojnë në popullatë, por nuk ishin në dijeni për problemin shëndetësor. Nga 236.000 raste nën trajtim pranë kujdesit parësor në vitin 2014 vërehet një rritje në 267.000 raste në vitin 2015. Një rritje vërehet edhe në vitin pandemik 2021 me 282.000 raste prevalente të regjistruara hipertensionit.

Në Shqipëri është kryer nga INSTAT për herë të parë në vitin 2020 Studimi - Intervista mbi Shëndetin Europian (European Health Interview Survey – EHIS) në të cilin është intervistuar një kampion përfaqësues i popullatës mbi 15 vjeç, nëse ka pasur një prej problemeve shëndetësore të listuara (përfshi hipertensionin) gjatë 12 muajve para studimit.

Studime të tjera të kufizuara ose në grupe të vogla të popullatës mund të sjellin gjithashtu informacion shtesë në lidhje me hipertensionin në popullata specifike.

Së fundi, janë shfrytëzuar vlerësime të IHME nga projekti i GBD për barrën e hipertensionit në shëndetin e shoqërisë shqiptare.

Rezultatet

1.1 Prirjet e hipertensionit në popullatën shqiptare dhe faktorët e lidhur me të

Vlerësimi i peshës së hipertensionit në vdekshmëri dhe barrë sëmundjeje në popullatën shqiptare

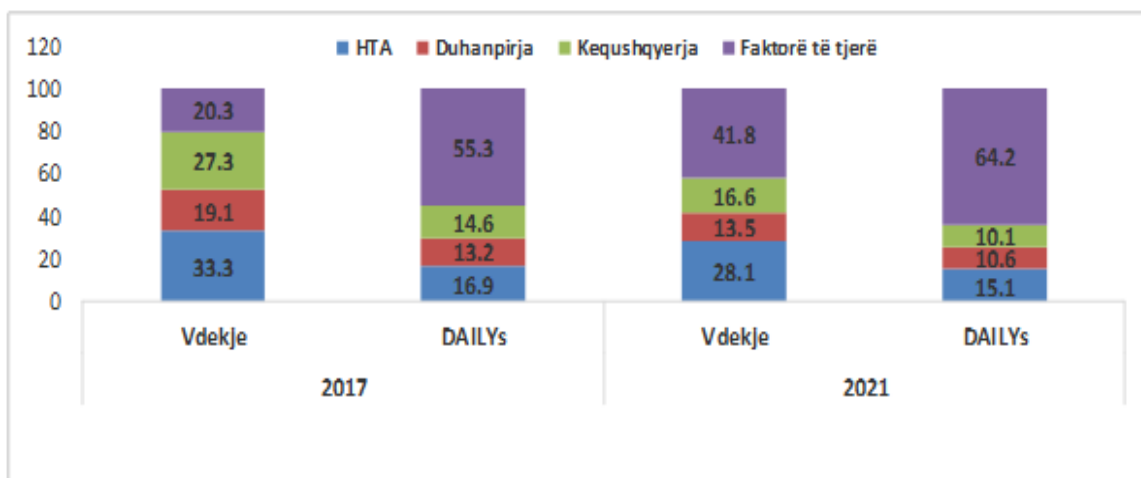
Në Shqipëri hipertensioni është vlerësuar si faktori më i madh risk për vdekshmërinë dhe vitet e shëndetëshme të humbura të jetës.

Presioni i lartë i gjakut mbetet një faktor risku në Shqipëri në vitin 2021, i ndjekur nga një dietë jo e shëndetshme, pirja e duhanit, indeksi i masës trupore (BMI) i lartë dhe hiperglicemia. Rreth 28% e të gjitha vdekjeve dhe 15% e barrës së përgjithshme të sëmundjeve në popullatën shqiptare në vitin 2021 i atribuoheshin vetëm presionit të lartë sistolik të gjakut, krahasuar me një vlerësim më të lartë në vitin 2017, ku 33% e vdekjeve dhe 17% e barrës së përgjithshme të sëmundjeve i atribuoheshin HTA-së (Tabela 2).⁸ Ndërkohë figura 4 paraqet vdekshmërinë e atribuar dhe DALYs për Shqipërinë, për vitin 2017 dhe 2021⁸.

Tabela 2. Pasojat shëndetësore të presionit të lartë sistolik të gjakut (vlerësimet e GBD për vitin 2017 dhe 2021)

	Vdekshmëria e atribuar % (95%CI)	Sëmundshmëria e atribuar, DALY*s, të gjitha shkaqet % (95%CI)
2017	33.3 (28.97%-37.72)	16.9 (14.6%-19.58)
2021	28.1 (22.1%-34.3)	15.1 (11.9%-18.5)

Një DALY është ekuivalente e një viti me shëndet të plotë të humbur si pasojë e sëmundjes apo vdekjes së parakohshme. Burimi: IHME



Burimi: IHME

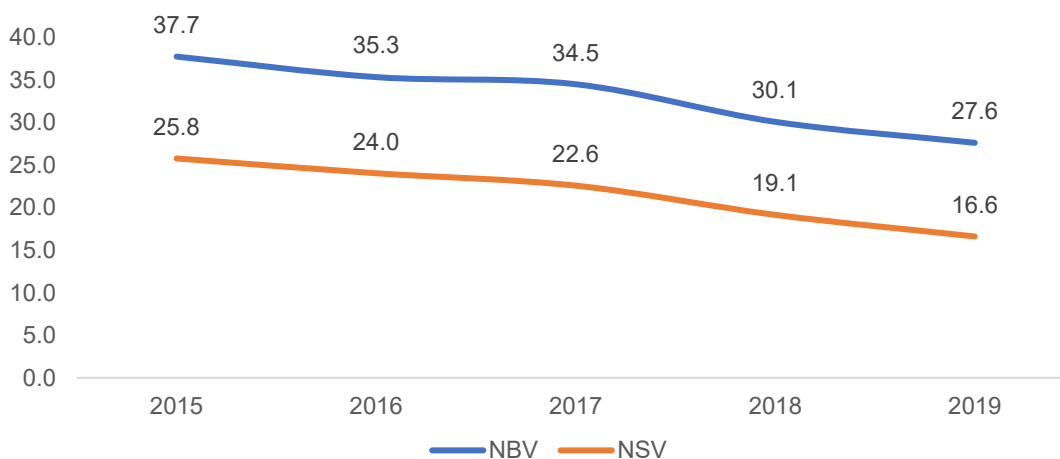
Figura 4. Vdekshmëria e atribuar dhe DALYs për Shqipërinë, për vitin 2017 dhe 2021

Vdekshmëria që i atribuohet presionit të lartë sistolik të gjakut në Shqipëri në vitin 2017 ishte një nga më të lartat në rajonin e Evropës Juglindore, së bashku me Malin e Zi, Serbinë dhe Maqedoninë e Veriut. Vlen të përmendet, se presioni i lartë i gjakut është ende faktori kryesor i rrezikut në të gjitha vendet e Evropës Juglindore krahasuar me vendet e Evropës Perëndimore, ku duhanpirja përbën pjesën më të madhe të vdekshmërisë.

Në Shqipëri, hipertensioni arterial (HTA) ka treguar një tendencë ulëse midis viteve 2017 dhe 2021 si në vdekshmëri, ashtu edhe në DALYs. Në vitin 2017, 33.3% e vdekjeve i atribuoheshin HTA-së, ndërsa në vitin 2021 kjo përqindje ra në 28.1%, duke reflektuar një reduktim të ndikimit të tij në mortalitet. Një rënie e ngjashme vërehet edhe në barrën e përgjithshme shëndetësore, ku DALYs e lidhura me HTA u ulën nga 16.9% në 15.1% gjatë të njëjtës periudhë. Këto të dhëna sugjerojnë përmirësime në menaxhimin e hipertensionit, përmes diagnostikimit më të hershëm, trajtimit më efektiv dhe masave parandaluese, megjithëse HTA vijon të mbetet një faktor madhor rreziku për shëndetin publik në vend.

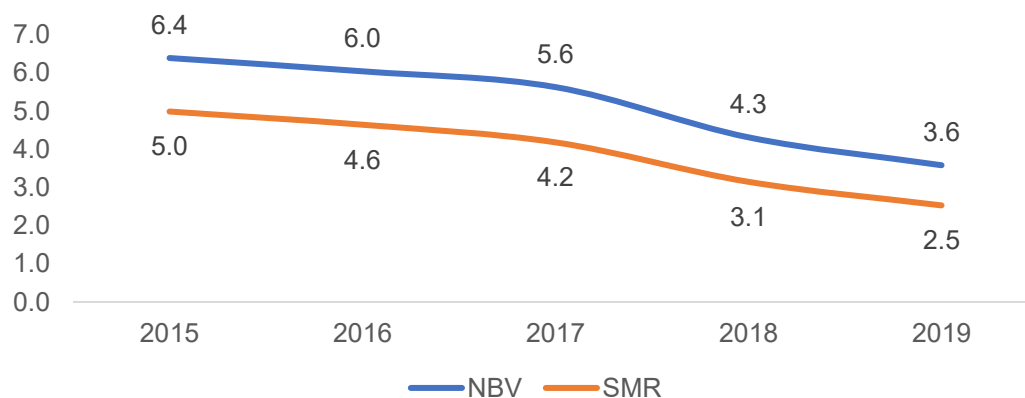
1.2 Prirjet e nivelit të vdekshmërisë së drejtpërdrejtë nga hipertensioni në Shqipëri

Hipertensioni arterial i jep pasojat e tij në nivelin e vdekshmërisë kryesisht në mënyrë të tërthortë nëpërmjet sëmundjeve të tjera të qarkullimit të gjakut, aksidenteve cerebrovaskulare dhe sëmundjeve ishemike të zemrës. Megjithatë një pjesë e vdekjeve shkaktohen edhe në mënyrë të drejtpërdrejtë nga sëmundja e hipertensionit. Për periudhën 2015-2019 (para pandemike) vërehet një prirje e qëndrueshme për ulje prej më shumë se 10% në vit e nivelit të vdekshmërisë nga hipertensioni (Figura 5). Kjo prirje është akoma më e shprehur për grupmoshat 30-69 vjeç ku përfitimet në vite jete janë edhe më të mëdha (Figura 6).



Të dhëna të INSTAT të analizuar nga ISHP

Figura 5. Niveli bruto dhe i standardizuar i vdekshmërisë nga Hipertensioni Arterial (100000 banorë)

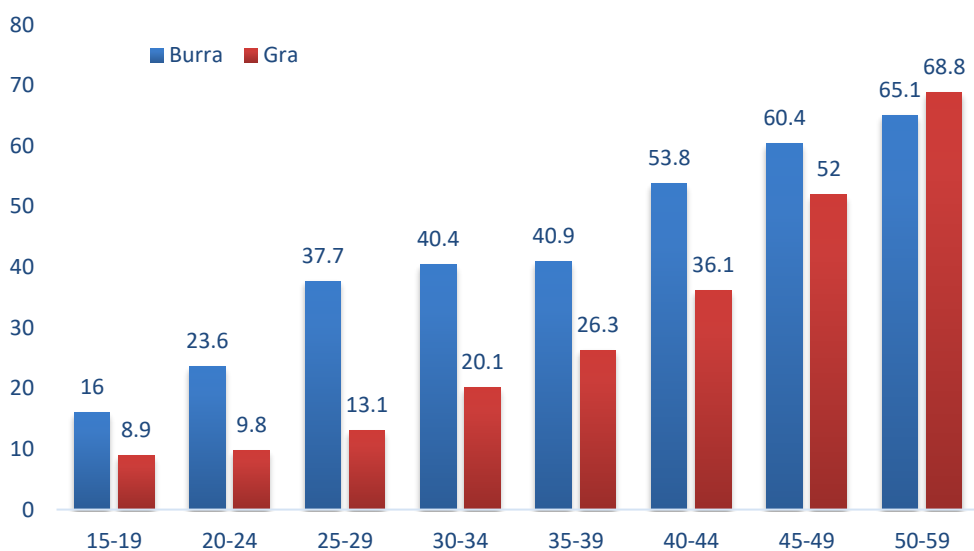


Të dhëna të INSTAT të analizuar nga ISHP

Figura 6. Niveli bruto dhe i standartizuar i vdekshmërisë së parakohëshme 30-69 vjeç nga Hipertensioni Arterial (100000 banorë)

1.3 Faktorët e lidhur me hipertensionin në popullatën shqiptare

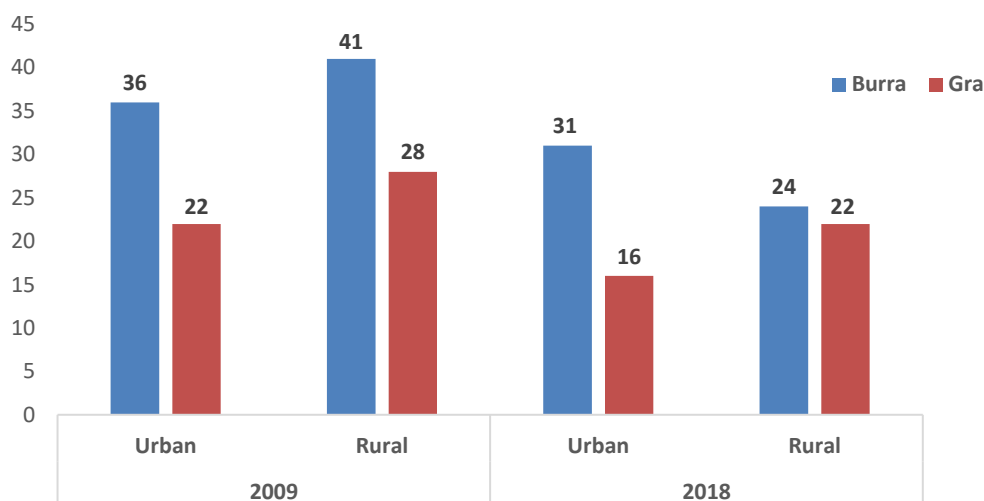
Risku për HTA është më i lartë te meshkujt dhe rritet me moshën. Kështu në grup-moshat nën 40 vjeç tek meshkujt prevalenca luhet nga 16% në 40%, ndërsa tek femrat nga 9% në 26%. Sipas të dhënave të studimit ADHS 2018, prevalenca e hipertensionit tek meshkujt dhe femrat e moshës 50-59 vjeç ishte përkatësisht 65% dhe 69%, ndërsa tek meshkujt dhe femrat e moshës 45-49 vjeç ishte përkatësisht 60% dhe 52%. Mbi moshën 40 vjeç prevalenca rritet në mënyrë të vazhdueshme deri në moshën 60 vjeç (kufiri i moshës së kampionit të studimit ADHS 2018). Me rritjen e moshës, prevalenca e hipertensionit tek femrat ka prirje të barazohet dhe më tej ta kalojë atë tek meshkujt (Figura 7).



Burimi: ADHS 2017-2018

Figura 7. Prevalenca e hipertensionit (%) tek burrat dhe gratë shqiptare të moshës 15-59 vjeç

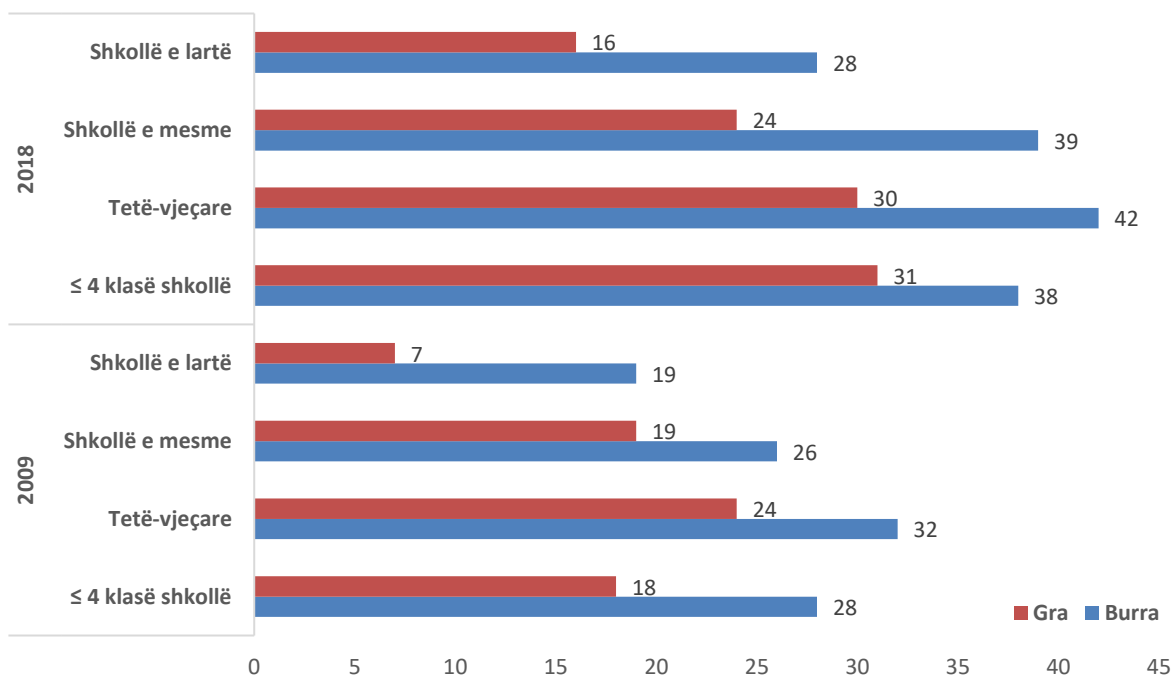
Studimet MMM (shih më poshtë) gjithashtu raportojnë një tendencë lineare në rritje të presionit sistolik të gjakut tek gratë edhe mbi 80 vjeç, ndërsa tek burrat kishte prova të rritjes së tij pas moshës 60 vjeç, madje edhe një trend i lehtë në rënie pas moshës 65 vjeç. Anasjelltas, për sa i përket presionit diastolik të gjakut, tek burrat u evidentua një tendencë në rritje deri në moshën 60 vjeç, e ndjekur nga një tendencë në rënie, ndërsa tek gratë, një trend në rritje deri në moshën 60 vjeç e pasuar nga një nivel linear në vazhdim^{5,6,7}.



Burimi: ADHS 2009 dhe 2018

Figura 8. Prevalenca e hipertensionit (%) tek burrat dhe gratë sipas vendbanimit

Prevalenca e hipertensionit në Shqipëri është më e lartë në fshat krahasur me qytetin dhe më e lartë në kategoritë më të ulëta socio-ekonomike (Figura 8). Më të arsimuarit dhe më të pasurit kanë gjithmonë risk më të ulët për HTA (Figura 9). Ky profil që dëshmon për nevoja më të larta për ndërgjegjësim dhe ndërhyrje mes popullatave më vulnerabël në vendin tonë, është mjaft i qëndrueshëm dhe haset në të gjitha studimet në popullatë.



Burimi: ADHS 2009 dhe 2018

Figura 9. Prevalenca e hipertensionit (%) tek burrat dhe gratë sipas arsimimit

Mbipesha/obeziteti, sheqeri dhe yndyrnat e larta në gjak ngelen faktorë risku të rëndësishëm të lidhur me hipertensionin dhe kjo është e demonstruar edhe në vendin tonë nga analiza e të dhënave të programit të kontrollit bazë.

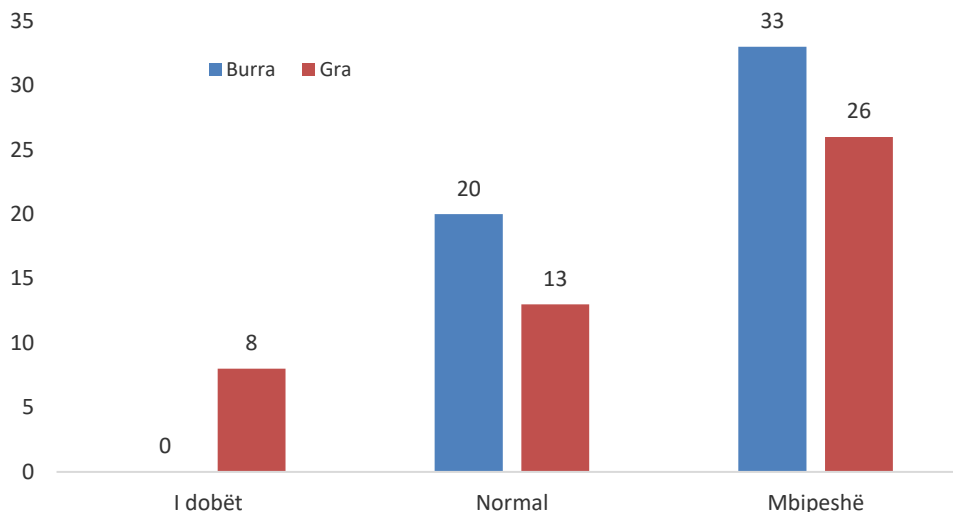
Në mënyrë të pavarur nga njëri-tjetri këto faktorë e rrisin riskun për hipertension tek një person. Përkatësisht mbipesha e rrit riskun me 58%, obeziteti me 82%, paradiabeti me 41%, diabeti me 63%, kolesterolin i rritur dhe HDL e ulët përkatësisht me nga 8%, siç vërehet në tabelën 3 më poshtë.

Tabela 3. Lidhja e hipertensionit me faktorë risku në programin e kontrollit bazë

VARIABLAT	Crude (unadjusted)		Multivariable adjusted	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
BMI		<0.001 (2)		<0.001 (2)
<25 (peshë normale)	1.00 (referencë)	-	1.00 (referencë)	-
25-29.9 (mbipeshtë)	1.71 (1.68-1.74)	<0.001	1.58 (1.55-1.61)	<0.001
≥30 (obezë)	3.30 (3.25-3.36)	<0.001	2.82 (2.77-2.87)	<0.001
Hiperglicemi:		<0.001 (2)		<0.001 (2)
Normal	1.00 (referencë)	-	1.00 (referencë)	-
Pre-diabet	2.03 (1.98-2.09)	<0.001	1.41 (1.37-1.45)	<0.001
Diabet	2.49 (2.43-2.56)	<0.001	1.63 (1.59-1.68)	<0.001
Kolesterol i lartë				
Jo	1.00 (referencë)	-	1.00 (referencë)	-
Po	1.39 (1.38-1.41)	<0.001	1.08 (1.08-1.10)	<0.001
HDL kolesterol				
Normal	1.00 (referencë)	-	1.00 (referencë)	-
I ulët	1.33 (1.31-1.35)	<0.001	1.08 (1.06-1.09)	<0.001

Databazë e programit të kontrollit bazë shëndetësor 35-70 vjeç

Edhe studimet në popullatë e dëshmojnë lidhjen e qëndrueshme të mbipeshës me hipertensionin si tek meshkujt, ashtu edhe te femrat. Kështu në studimin ADHS vërehet, se femrat mbipeshtë e kanë praktikisht dy herë më të lartë prevalencën e HTA (26% kundrejt 13%), se sa ato me peshë normale (BMI 25-30). Edhe te meshkujt prevalenca në kategorinë e atyre mbipeshtë është pothuajse 50% më e lartë (33% kundrejt 20%). Në mënyrë interesante vërehet, se prevalenca e HTA është më e ulët tek personat nënpeshë (BMI nën 18) [Figura10].



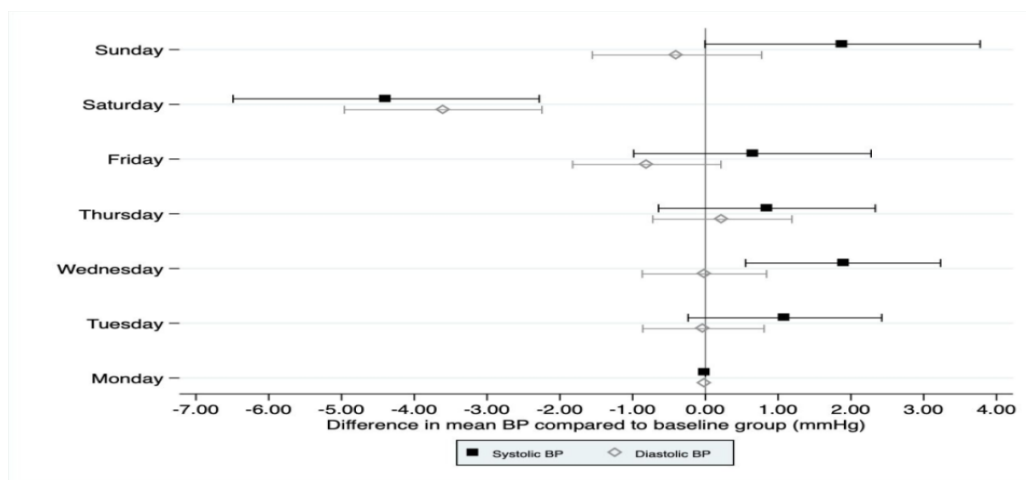
Burimi: ADHS 2018

*Në grafik mungojnë meshkujt sepse nuk u gjetën meshkuj nënpeshë në studim.

Figura 10. Prevalenca e hipertensionit (%) tek burrat dhe gratë sipas peshës trupore (ADHS)*

Gjithashtu, në studimet MMM konfirmohet profili i vërejtur më sipër në lidhje me hipertensionin dhe peshën trupore. Pjesëmarrësit mbipeshë dhe/ose obezë shfaqën vlera mesatare më të larta të presionit të gjakut sistolik dhe diastolik. Anasjelltas, individët e dobët (nënpeshë) shfaqën një vlerë mesatare më të ulët të presionit sistolik të gjakut.

Një fakt tjetër interesant i identifikuar nga MMM dhe paraqitur në figurën 11 është vlera më e ulët e tensionit të gjakut ditën e shtunë krahasur me ditët e tjera të javës. Ky është një rezultat i nxjerrë nga studimet MMM, por ngelet të verifikohet edhe nga studimë të tjera.



Burimi: May Measurement Month (MMM) 2018

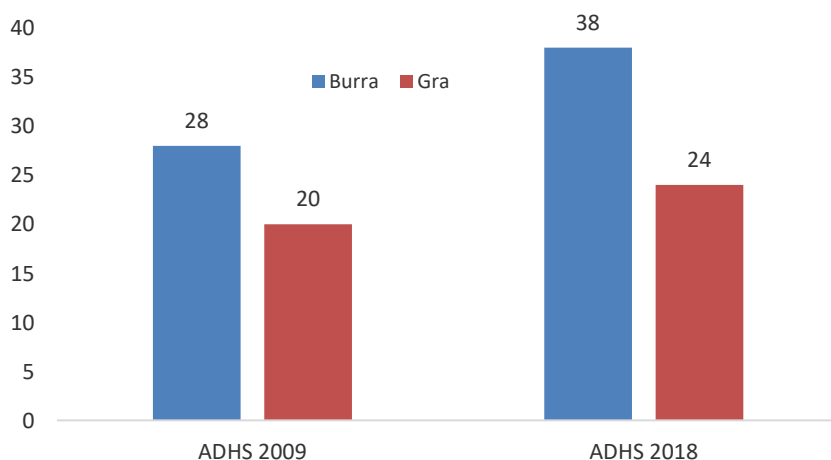
Figura 11. Prevalenca e hipertensionit gjatë ditëve të javës

1.4 Prirjet e prevalencës së hipertensionit dhe të kontrollit të tij

Vërehet se në Shqipëri gjatë viteve të fundit, ndërkohë që prevalenca e hipertensionit ka shënuar rritje, kontrolli i tij ka ardhur duke u përmirësuar. Kjo është e dëshmuar si nga dy studimet ADHS, ashtu edhe nga tre studimet MMM të publikuara^{1,2,3,4,5}.

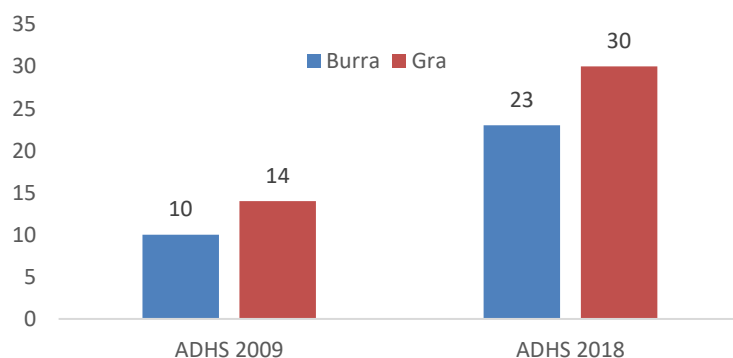
Studimi ADHS 2017-2018 tregoi se 24% e femrave dhe 38% e meshkujve të moshës 15-49 vjeç kishin presion të lartë HTA në momentin e matjes, ose merrnin mjekim kundër hipertensionit. Shifrat ishin në rritje krahasuar me ADHS 2009, ku 20% e femrave dhe 28% e meshkujve të së njëjtës moshë ishin me hipertension. Duke krahasuar dy anketat e ADHS të kryera në Shqipëri në vitet 2008-2009 (raundi i parë) dhe më pas në 2017-2018 (raundi i dytë), prevalenca e HTA është rritur si tek meshkujt (nga 28% në 38%) dhe tek femrat (nga 20% deri në 24%).

Nga ana tjetër proporcioni i personave me HTA të njohur, që e kanë nën kontroll presionin e gjakut është rritur dukshëm nga 10% e 14% përkatësisht te burrat dhe gratë, tek ADHS 2009, në 23% dhe 30% të ADHS 2018.



Burimi: ADHS 2009-2018

Figura 12. Prevalenca (%) e hipertensionit në ADHS 2009 dhe 2018



Burimi: ADHS 2009-2018

Figura 13. Proporcioni (%) i personave që e kanë nën kontroll hipertensionin në ADHS 2009-2018

Studimet bazuar në fushatat e MMM-së gjithashtu e konfirmojnë se është rritur proporcioni i personave me HTA të njohur, që e kanë nën kontroll atë. Nga një prevalencë prej 37.2% në 2018 vërehet një rritje minimale në 2019, por dhe një rritje e rëndësishme në 2021 në 47.3%. Kjo rritje në vitin pandemik 2021 mund të jetë e lidhur edhe me efektin e njohur tashmë të COVID-19 në presionin e gjakut në shumë individë. Fushata e studimit MMM për vitin 2022 ka treguar, se është shënuar një ulje e prevalencës së hipertensionit të matur në popullatë në 39.7%.

Por, nga ana tjetër studimet MMM dëshmojnë se proporcioni i personave, që janë të ndërgjegjshëm se kanë hipertension (numri i individëve që e dinë se kanë HTA mes atyre që rezultojnë me HTA gjatë matjes) është në rritje. Nga 52.1% në vitin 2018 ky proporcion është rritur në 64.7% në vitin 2019 dhe ka kaluar në mbi 70% në vitin 2021, për të shënuar sërish një ulje të lehtë në vitin 2022, në 64.6%.

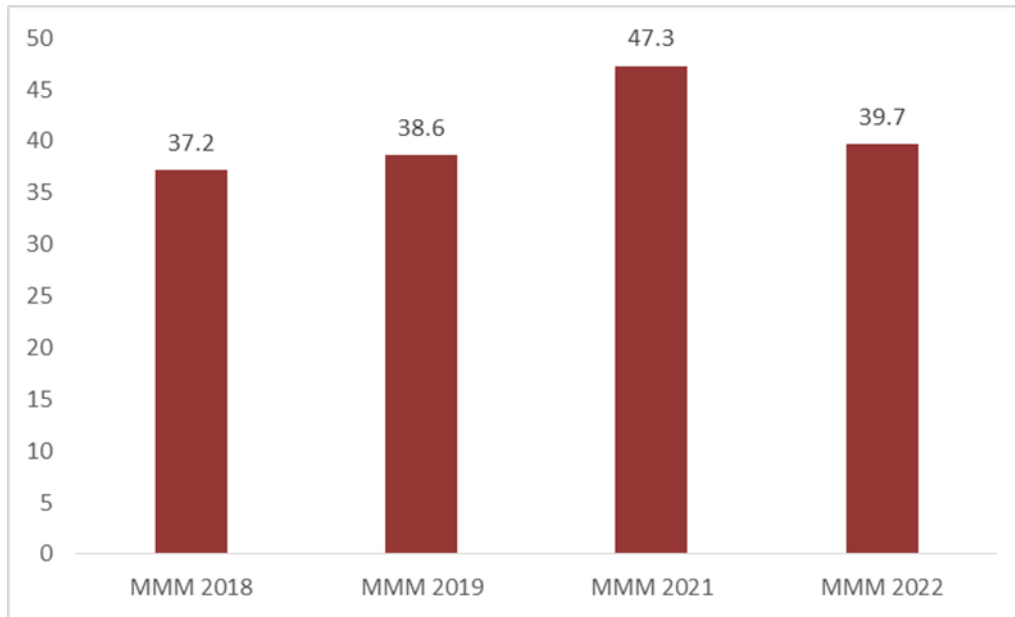
Kontrolli i hipertensionit vendoset atëherë, kur ai haset nën vlerat kufi (140 mmHg për tensionin sistolik dhe nën 90 mmHg për diastolikun) te personat e njohur si hipertensivë.

Studimet MMM dëshmojnë se numri i personave, që e kanë nën kontroll hipertensionin e diagnostikuar është gjithashtu në rritje. Nga më pak se një e katërta në vitin 2018 janë më shumë se një e treta e hipertensivëve të njohur në 2022, që e kanë tensionin në vlera normale në momentin e matjes (Tabela 4).

Tabela 4. Përmbledhje e rezultateve të studimeve MMM 2018-2022

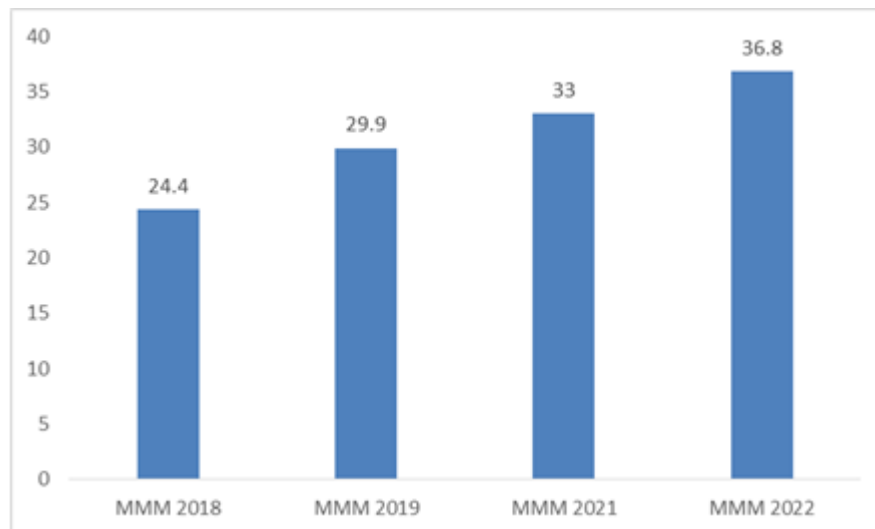
	Viti 2018	Viti 2019	Viti 2021	Viti 2022
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Total i pjesëmarrësve	7046	19154	11788	12 348
Numri personave me hipertension	2624 (37.2)	7393 (38.6)	5580 (47.3)	4908 (39.7)
Numri i personave që janë në dijeni që kanë hipertension	1367 (52.1)	4783 (64.7)	3912 (70.1)	3170 (64.6)
Numri i personave me hipertension që mjekohen	1268 (48.3)	4580(62.0)	3739 (67.0)	3053 (62.2)
Numri i personave me hipertension që mjekohen dhe e kanë në kontroll presionin e gjakut	639 (50.4)	2211 (48.3)	1843 (49.3)	1807 (59.2)
Numri personave me hipertension që e kanë në kontroll presionin e gjakut	640 (24.4)	2211 (29.9)	1842 (33.0)	1806 (36.8)

Burimi: MMM 2018, 2019, 2021, 2022



Burimi: MMM 2018, 2019, 2021, 2022

Figura 14. Prevalenca (%) e hipertensionit në studimet MMM 2018-2022

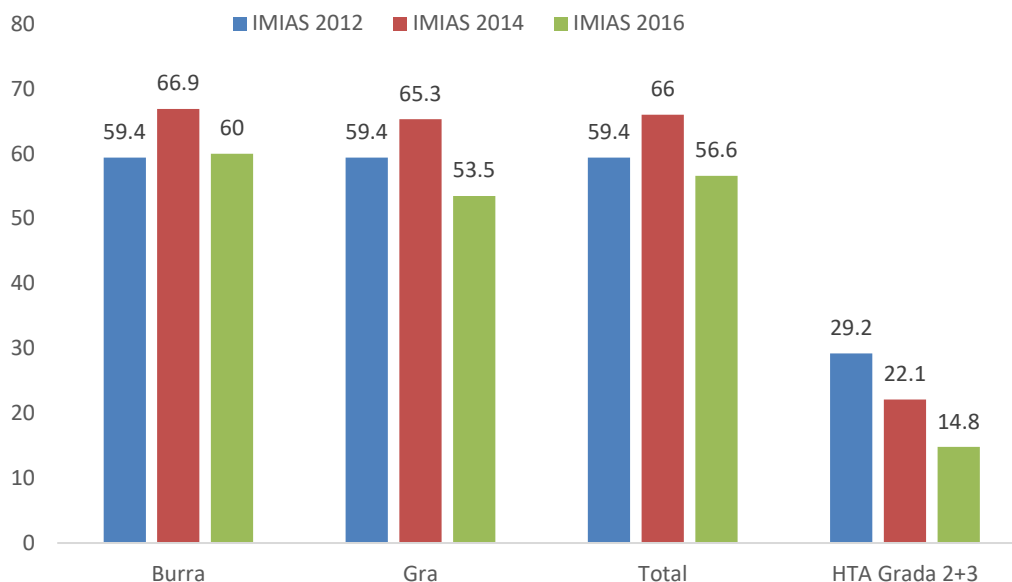


Burimi: MMM 2018, 2019, 2021, 2022

Figura 15. Proporcioni (%) i personave që e kanë nën kontroll hipertensionin në MMM 2018-2022

Një studim i kufizuar vetëm në qytetin e Tiranës, Studimi Ndërkombëtar i Lëvizshmërisë gjatë Moshimit (International Mobility in Aging Study -IMIAS 2012-2016) në një popullatë personash të moshuar 65-75 vjeç sjell të dhëna shtesë lidhur me prevalencën e HTA tek të moshuarit dhe sidomos të prirjeve dhe kontrollit të tij në këtë kategori.

Kjo për arsye se studimi në fjalë ka qënë pjesë e një projekti kërkimor multi centrik në 3 kontinente dhe ka mundësuar ndjekjen në 5 vite të një kohorti identik personash të moshuar. IMIAS dëshmon, se ndërsa prevalenca e HTA (presioni sistolik mbi 140 mmHg ose diastolik mbi 90 mmHg) në popullatën 65-75 vjeç ngelet e lartë, HTA i gradës II dhe III (sistolik mbi 160 mmHg dhe diastolik mbi 100 mmHg) ka ardhur në rënie: nga 29% në 2012 në më pak se 15% në vitin 2016.



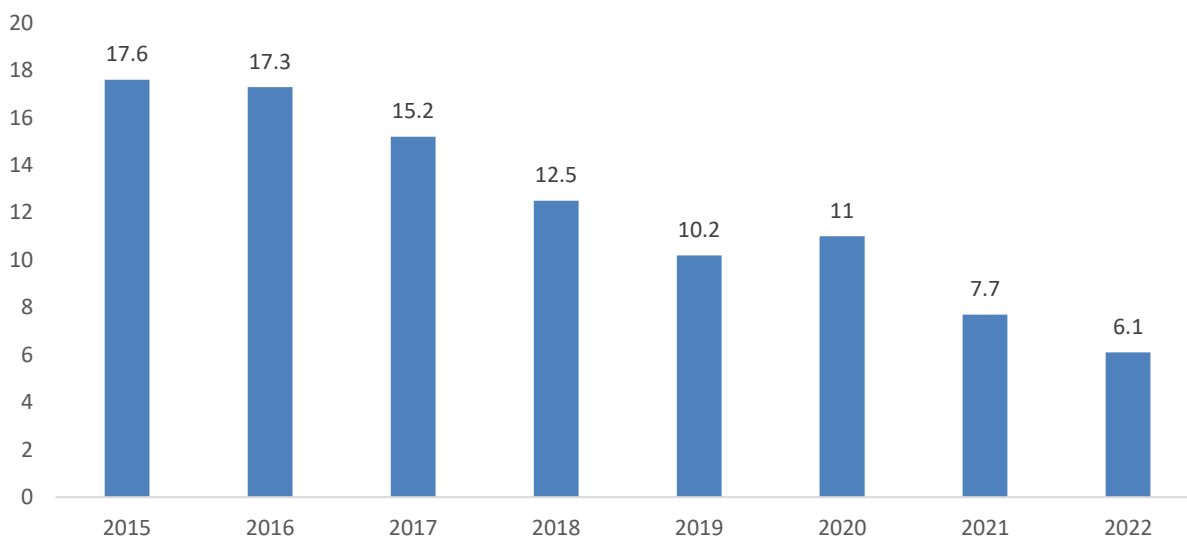
Burimi: IMIAS 2012-2016

Figura 16. Prevalenca e HTA në një kohort 65-75 vjeç (2012-2016)

Një nga arsyet kryesore të rritjes së prevalencës është edhe ndërjegjësimi më i madh i popullatës për hipertensionin, ç'ka lejon identifikimin e rasteve të panjohura më parë. Programi i kontrollit shëndetësor bazë duhet të ketë luajtur një rol thelbësor në këtë profil edhe në përmirësimin e treguesve të kontrollit të HTA në vendin tonë.

Gjithashtu vërehet që incidenca e hipertensionit (raste të reja të identifikuar çdo vit) në programin kombëtar të kontrollit shëndetësor bazë ka ardhur në rënie, nga 17.6% raste të reja mes totalit të rasteve në program në vitin 2015 në 6.1% në vitin 2022.

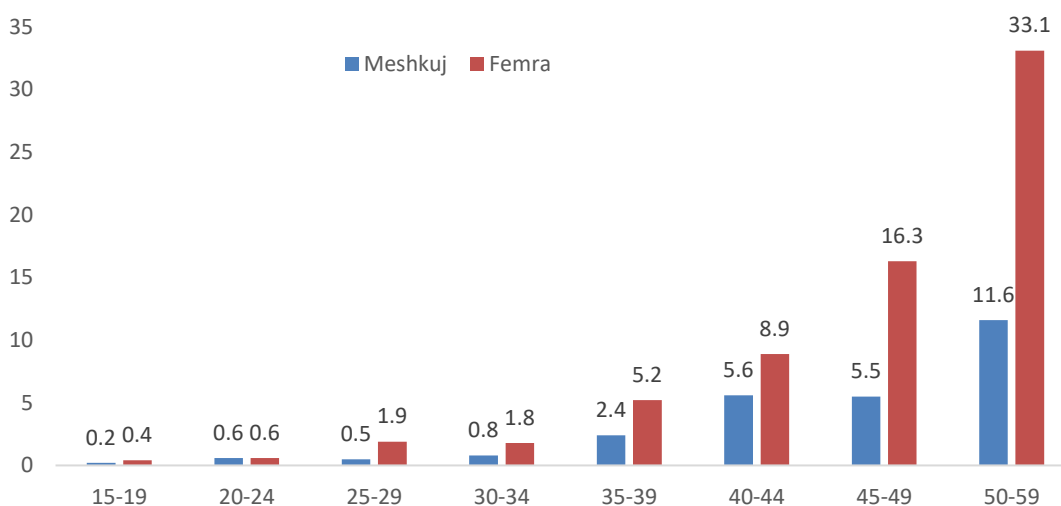
Sërish, rritja e lehtë e vërejtur në vitin 2020 duhet të jetë e lidhur me efektin e pandemisë COVID-19.



Burimi: Programi i kontrollit bazë shëndetësor 35-70 vjeç

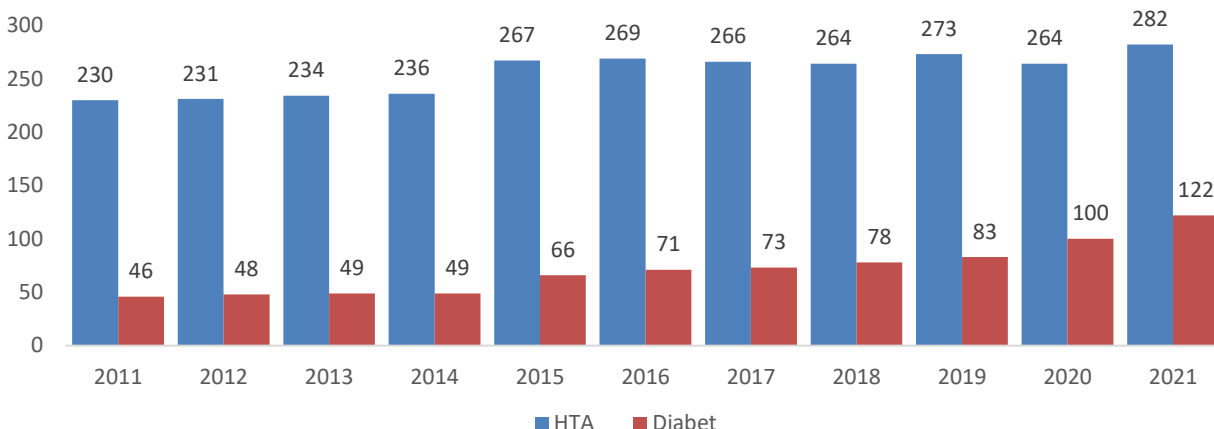
Figura 17. Niveli i incidencës (% e rasteve të reja) së hipertensionit të identifikuar çdo vit në programin kombëtar të kontrollit shëndetësor bazë

Një e dhënë me interes që del nga studimet pararendëse, ka të bëjë me diferencën mes meshkujve dhe femrave në përdorimin e shërbimeve shëndetësore lidhur me kontrollin për tensionin e gjakut. Vërehet se janë në mënyrë të qëndrueshme më shumë femra se meshkuj që e vetëraportojnë HTA-në, ose që janë të diagnostikuara me HTA nga një mjek. Ky profil është shprehje e përdorimit më të madh nga ana e femrave e shërbimeve shëndetësore sidomos atyre parandaluese, konfirmuar kjo edhe nga rezultatet e përdoruesve të programit check-up (Figura 18).



Burimi ADHS 2019

Figura 18. Proporcioni (%) i vetëraportimit të HTA sipas gjinisë

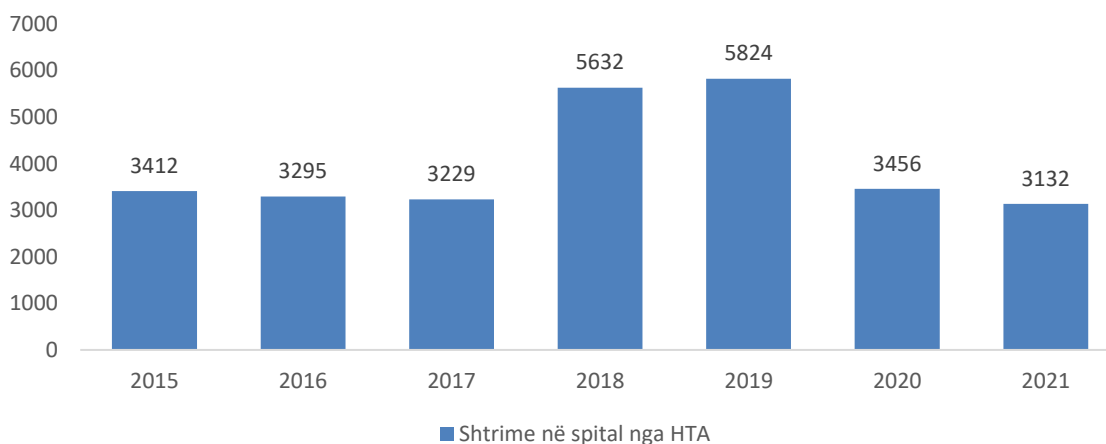


Burimi: ISHP

Figura 19. Rastet me hipertension të regjistruara në kujdesin shëndetësor parësor x (herë) 1000

Megjithëse është vënë re një rritje në periudhën para pandemisë e numrit të shtrimeve në spital për hipertension, numri i shtrimeve për këtë problem shëndetësor ngelet i ulët krahasuar me prevalencën e sëmundjeve në popullatë dhe barrën e lartë të mbajtur në nivelin e kujdesit parësor.

Rastet në kujdesin parësor janë 30-100 herë më të larta krahasuar me shtrimet në spitale, duke kuptuar kështu një menaxhim të mirë të rastit nga mjeku i familjes (kontrollin shëndetësor bazë). Në vitin 2019 janë vërejtur vetëm rreth 5800 shtrime lidhur me hipertensionin, i cili shënon dhe vitin me numrin më të lartë të shtrimeve nga HTA.



Burimi: ISHP

Figura 20. Numri i rasteve të shtruar në spital me hipertension

Hipertensioni duket të jetë problemi shëndetësor më i shpeshtë i vetëraportuar nga popullata adulte në Shqipëri. Studimi EHIS tregon se 25.3% e personave të intervistuar (mbi 15 vjeç) në 2020 raportojnë, se kanë pasur hipertension gjatë viti të kaluar. Probleme të tjera të shpeshta të vetëraportuara janë dhimbjet e shpinës/mesit, problemet me yndyrnat në gjak dhe diabeti.

Kontrolli shëndetësor bazë si qasje për parandalimin e pasojave të lidhura me hipertensionin në Shqipëri.

Një ndër ndërhyrjet më kosto-efektive në shërbimet e kujdesit parësor është ajo që fokusohet në kontrollin e riskut kardiometa-bolik dhe që përfshin diagnozën e hershme dhe menaxhimin përmes këshillimit dhe terapisë me medikamente për hipertensionin. OBSH ka vlerësuar, se në nivel global, nga vlerësimi sistematik i riskut kardiometa-bolik dhe trajtimi afatgjatë për personat me risk të lartë, do të përfitoheshin rreth 60 milionë vite jetë të shëndetshme, ç'ka përbën rreth 35% të barrës së sëmundjeve kardiovaskulare në botë.

Në vendin tonë vlerësimi i përgjithshëm i një numri faktorësh risku bazohet kryesisht në kujdesin shëndetësor parësor nëpërmjet programit kombëtar të kontrollit shëndetësor bazë. Menaxhimi i integruar i faktorëve të riskut kardiometa-bolik është një prej komponentëve kryesorë të këtij programi. Në të, vëmendje i është kushtuar vlerësimit të hipertensionit si faktor madhor risku për sëmundjet e zemrës dhe insul-teve cerebrovaskulare. Ky program diagnostikon, ndjek dhe trajton pacientët me sëmundje kardiovaskulare të njohur ose me faktorë risku kardiovaskularë nëpërmjet aplikimit të koncepteve të parandalimit parësor dhe dytësor. Parandalimi parësor identifikon dhe mjekon në vijimësi individët pa sëmundje kardiovaskulare, por me faktorë risku (përfshi hipertensionin, etj.) si dhe vlerëson shkallën e rrezikut për ngjarje të rëndë kardiovaskulare. Përmes parandalimit dytësor ndiqen dhe trajtohen në vazhdimësi pacientët me sëmundje kardiovaskulare të njohur së bashku me faktorët shoqërues të riskut. Për të vlerësuar riskun individual në 10 vite, përdoren tabelat e rrezikut SCORE. Të gjithë individët me tregues SCORE $\geq 5\%$ rezultojnë me rrezik të lartë për sëmundje kardiovaskulare fatale në 10 vitet e ardhshme dhe kanë nevojë për menaxhim të integruar të gjithë faktorëve të riskut, përfshi hipertensionin.

Diskutime

Rezultatet e paraqitura tregojnë, se hipertensioni arterial (HTA) mbetet një nga sfidat më të mëdha të shëndetit publik në Shqipëri, duke kontribuar ndjeshëm si në vdekshmëri, ashtu edhe në barrën e përgjithshme të sëmundshmërisë. Të dhënat nga Global Burden of Disease (GBD) konfirmojnë, se presioni i lartë sistolik i gjakut vijon të jetë faktori kryesor i rrezikut për vdekshmërinë dhe vitet e humbura të jetës, megjithëse është vërejtur një ulje në vitin 2021 krahasuar me vitin 2017. Kjo sugjeron, se ndërhyrjet e viteve të fundit kanë pasur një ndikim pozitiv në reduktimin e barrës së përgjithshme të hipertensionit. Megjithatë, evidencat epidemiologjike tregojnë, se numri i rasteve të reja me hipertension është rritur sidomos në grup-moshat mbi 40 vjeç dhe te individët mbipeshë, obezë apo me diabet dhe hiperglicemi. Kjo prirje është reflektuar në studimet popullatës si ADHS 2009 dhe 2018, por edhe në

fushatat ndërkombëtare May Measurement Month (MMM), të cilat kanë evidentuar prevalencë të lartë të hipertensionit në Shqipëri. Nga ana tjetër, rezultatet e MMM tregojnë, se është rritur ndjeshëm edhe përqindja e individëve që janë të vetëdijshëm për gjendjen e tyre dhe që e mbajnë nën kontroll hipertensionin, çka përbën një zhvillim pozitiv në menaxhimin afatgjatë të kësaj patologjie. Ky përmirësim lidhet ngushtë me implementimin e programit kombëtar të kontrollit shëndetësor bazë, i cili ka luajtur rol kyç në identifikimin më të hershëm të rasteve, rritjen e qasjes në kujdesin parësor dhe ofrimin e trajtimit më të standardizuar. Në këtë kuptim, edhe pse hipertensioni mbetet determinant kryesor i shëndetit publik në vend, tendenca e uljes së barrës së tij mbi vdekshmërinë dhe DALYs është tregues se politikat dhe ndërhyrjet e aplikuara kanë filluar të japin rezultat, duke hapur rrugën për përmirësime të mëtejshme në kontrollin dhe menaxhimin e kësaj sëmundjeje kronike.

Përfundime dhe Rekomandime

Prevalenca e hipertensionit ka ardhur në rritje gjatë dekadës së fundit, veçanërisht në grupmoshat mbi 40 vjeç dhe tek individët me mbipeshë ose obezitet, ndërkohë që janë evidentuar pabarazi të qarta sipas gjinisë, vendbanimit dhe statusit socio-ekonomik. Nga ana tjetër, ndërhyrjet e viteve të fundit si programi kombëtar i kontrollit bazë shëndetësor dhe fushatat e depistimit të tipit ‘May Measurement Month’ kanë sjellë një përmirësim të dukshëm në diagnostikimin, ndërgjegjësimin dhe kontrollin e hipertensionit, me një rritje të qëndrueshme të rasteve të njohura dhe të menaxhuara në mënyrë efektive në kujdesin parësor. Kjo tregon, se politikat e zbatuara deri tani kanë qenë të suksesshme, megjithatë mbetet ende një hendek i madh për të arritur objektivat globale. Për këtë arsye, është e domosdoshme forcimi i politikave të parandalimit përmes promovimit të një stili të shëndetshëm jetese, reduktimit të konsumit të kripës, luftës kundër duhanpirjes dhe inaktivitetit fizik, si dhe përmirësimit të aksesit dhe vazhdimësisë së trajtimit. Menaxhimi i integruar i faktorëve të rrezikut kardiometabolik dhe përfshirja më aktive e komunitetit do të jenë hapa kyç për të reduktuar barrën e hipertensionit në Shqipëri në vitet që vijnë.

Referenca:

1. Our World in Data, Prevalence rate of hypertension in adults aged 30-79: <https://ourworldindata.org/grapher/hypertension-adults-30-79>
2. World Health Organisation (WHO), Hypertension: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Albania Demographic and Health Survey ADHS 2009: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>
4. Albania Demographic and Health Survey ADHS 2018: <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/04/ADHS-2017-18-Complete-PDF-FINAL-ilovepdf-compressed-1.pdf>
5. May Measurement Month 2018: an analysis of blood pressure screening results from Albania: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32884455/>
6. May Measurement Month 2019: an analysis of blood pressure screening results from Albania: https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article/23/Supplement_B/B6/6279134
7. May Measurement Month 2021: an analysis of blood pressure screening results from Albania: https://academic.oup.com/eurheartjsupp/article/26/Supplement_3/iii5/7719209
8. Global Burden of Disease, Institute for Health Metric nd Evaluation: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>

Rishikim i literaturës

RISHIKIMI I LITERATURËS

AKTIVITETI FIZIK DHE SHËNDETI PUBLIK

Alban Ylli^{1,2}, Dorina Toçi¹, Anisa Xhaferi¹, Ervin Toçi²¹Departamenti i Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.²Departamenti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë.

Abstrakt

Aktiviteti fizik përbën një element thelbësor të shëndetit publik dhe një faktor parandalues kyç për sëmundjet kronike, duke ndikuar drejtpërdrejt në cilësinë e jetës dhe jetëgjatësinë e popullsisë. Ky artikull synon të analizojë përfitimet shëndetësore të aktivitetit fizik, trendet kombëtare të përfshirjes së popullatës shqiptare në aktivitete fizike.

Metodologjia e punimit bazohet në rishikimin e literaturës ndërkombëtare dhe kombëtare, analizimin e udhëzimeve të institucioneve ndërkombëtare (Organizata Botërore e Shëndetësisë, Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve), si dhe përpunimin e të dhënave nga burime kombëtare si Anketa Demografike dhe Shëndetësore e Shqipërisë 2017–2018, studimi ndërkombëtar mbi lëvizshmërinë në procesin e plakjes (International Mobility in Aging Study - IMIAS 2016–2017) dhe anketa mbi sjelljet shëndetësore tek fëmijët në moshë shkollore.

Rezultatet tregojnë, se aktiviteti i rregullt fizik përmirëson shëndetin kardiovaskular, muskulator dhe kockor, ndikon pozitivisht në shëndetin mendor dhe redukton ndjeshëm rrezikun e sëmundjeve kronike si: diabeti, hipertensioni dhe disa lloje kanceri. Megjithatë, të dhënat e Barrës Globale të Sëmundjeve 2021 (Global Burden of Diseases) për Shqipërinë theksojnë një rritje të konsiderueshme të barrës së sëmundjeve të lidhura me inaktivitetin fizik dhe faktorë të tjerë të stilit të jetesës, duke e bërë urgjente nevojën për politika promovuese dhe ndërhyrje komunitare.

Ky studim nënvizon rëndësinë e zbatimit të strategjive gjithëpërfshirëse, përfshirë krijimin e hapësirave publike për aktivitete fizike, edukimin shëndetësor dhe mbështetjen e politikave të favorshme për një mjedis aktiv. Përmirësimi i niveleve të aktivitetit fizik në Shqipëri është një prioritet i domosdoshëm për reduktimin e kostove shëndetësore dhe rritjen e mirëqenies së popullatës.

Fjalë kyç: aktivitet fizik, shëndet publik, ADHS, OBSH

Hyrje

Aktiviteti fizik është një komponent thelbësor i shëndetit publik dhe një faktor kryesor në parandalimin e sëmundjeve kronike, duke luajtur një rol të rëndësishëm në mbështetje të një jetese më të shëndetshme dhe aktive. Si profesionistë të shëndetit publik, ne e shohim aktivitetin fizik jo vetëm si një mënyrë për të përmirësuar mirëqenien individuale, por edhe si një strategji të fuqishme dhe efektive për të reduktuar barrën e sëmundjeve dhe për të rritur cilësinë e jetës në nivel popullate. Aktiviteti i rregullt fizik ka përfitime të shumta, duke përfshirë përmirësimin e shëndetit kardiovaskular, forcimin e muskujve dhe kockave, si dhe mbështetje për shëndetin mendor.¹ Përveç përfitimeve të mëdha shëndetësore, një shoqëri më aktive mund të kontribuojë në uljen e kostove shëndetësore dhe në rritjen e produktivitetit, duke reduktuar mungesën e përfshirjes së tyre në aktivitetet e ditës dhe shkallën e sëmundshmërisë. Ky angazhim për aktivitetin fizik ka potencialin për të krijuar një ndikim pozitiv dhe të qëndrueshëm në shëndetin dhe mirëqenien e gjithë popullatës.

Aktiviteti fizik nuk është thjesht një zgjedhje personale, është një çështje e rëndësishme shëndeti publik që ka ndikim të drejtpërdrejtë në cilësinë e jetës dhe jetëgjatësinë e popullsisë. Një nivel i ulët i aktivitetit fizik është i lidhur me një rritje të ndjeshme të obezitetit dhe rasteve të sëmundjeve kronike si: diabeti, hipertensioni, sëmundjet kardiovaskulare, si dhe probleme të tjera shëndetësore të lidhura me çrregullimet e sistemit muskular dhe kockor.² Këto kushte jo vetëm që e ndikojnë shëndetin individual, por gjithashtu shtojnë barrën e sistemeve shëndetësore dhe rrisin kostot për shoqërinë. Qëllimi i këtij raporti është të analizojë përfitimet shëndetësore të aktivitetit fizik dhe të vlerësojë nivelin e përfshirjes së popullatës shqiptare në ushtrime të rregullta. Gjithashtu, synohet të identifikohen sfidat dhe të nxiten rekomandime për politika publike, që promovojnë një stil jetese aktiv dhe të shëndetshëm.

Materiali dhe metodat

Ky punim është konceptuar si një rishikim narrativ i literaturës dhe analizë e të dhënave të disponueshme kombëtare dhe ndërkombëtare mbi aktivitetin fizik dhe ndikimin e tij në shëndetin publik. Procesi metodologjik ka përfshirë disa hapa:

Përzgjedhja e literaturës ndërkombëtare: Janë shqyrtuar publikime shkencore të indeksuara në bazat e të dhënave PubMed dhe Scopus, si dhe raporte të institucioneve ndërkombëtare të shëndetit publik, përfshirë Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC). Përzgjedhja është fokusuar tek artikuj dhe raporte të publikuara gjatë dekadës së fundit, të cilat trajtojnë përfitimet e aktivitetit fizik, udhëzimet për grup-mosha të ndryshme dhe politikat e promovimit.

Analiza e të dhënave kombëtare: Janë përdorur burime të ndryshme zyrtare që përfshijnë:

Anketa Demografike dhe Shëndetësore e Shqipërisë (ADHS 2017–2018), për vlerësimin e prevalencës së ushtrimeve të përjavshme në popullatën 15–49 vjeç; Studimi IMIAS (2016–2017), për të dhënat mbi aktivitetin fizik tek popullata mbi 65 vjeç; Anketa mbi sjelljet shëndetësore tek fëmijët në moshë shkollore (HBSC) 2013–2018, për të vlerësuar sjelljet e shëndetshme të fëmijëve në moshë shkollore dhe tendencat në aktivitetin fizik.

Vlerësimi i barrës së sëmundshmërisë: Është kryer një analizë e të dhënave nga Barra Globale e Sëmundjeve – (Global Burden of Disease - GBD 2021) për Shqipërinë, duke u përqendruar tek Vitet e jetës së axhustuara për aftësinë e kufizuar (Disability Adjusted Life Year - DALY) që i atribuohen inaktivitetit fizik dhe faktorëve të tjerë të stilit të jetesës. Kjo analizë është përdorur për të nxjerrë në pah impaktin afatgjatë të sjelljes sedentare në shëndetin e popullatës.

Integrimi i evidencës: Të dhënat dhe gjetjet janë sintetizuar për të krijuar një pasqyrë gjithëpërfshirëse mbi gjendjen aktuale të aktivitetit fizik në Shqipëri, përfitimet e tij të shumëanshme shëndetësore dhe sfidat e lidhura me mungesën e tij. Krahësimi i burimeve kombëtare dhe ndërkombëtare ka shërbyer për të nxjerrë rekomandime praktike dhe për të argumentuar nevojën për politika të orientuara drejt nxitjes së aktivitetit fizik.

Kjo qasje metodologjike siguron kombinimin e evidencës shkencore me realitetin epidemiologjik dhe social të Shqipërisë, duke e bërë punimin një kontribut të vlefshëm për hartimin e strategjive të shëndetit publik.

Rishikim i literaturës

Llojet e aktivitetit fizik dhe përfitimet e tyre

Në kuadër të shëndetit publik, promovimi i një jetese aktive duhet të përfshijë forma të ndryshme të aktivitetit fizik, të përshtatura sipas nevojave të popullatës.

- **Aktiviteti aerobik:** Ky aktivitet përfshin lëvizje ritmike të muskujve të mëdhenj të trupit për një periudhë të gjatë kohe. Shembuj të tij përfshijnë: ecjen e shpejtë, vrapimin, notin dhe çiklizmin. Aktiviteti aerobik ka tre komponentë kryesorë:

- *Intensiteti:* Sa shumë punon/përpiqet një person për të kryer aktivitet fizik. Intensitetet që studiohen më shpesh janë ato të moderuara (ekuivalente në përpjekjen për të ecur shpejt) dhe të fuqishme (ekuivalente në përpjekjen për të vrapuar).

- *Frekuenca:* Sa shpesh një person kryen aktivitet fizik aerobik.

- *Kohëzgjatja:* Sa gjatë zgjat çdo seancë e aktivitetit fizik.

- **Forcimi i muskujve:** Aktiviteti fizik, përfshin stërvitjen, që rrit forcën, fuqinë, qëndrueshmërinë dhe masën e muskujve skeletorë. Shembujt e tij përfshijnë: ngritjen e peshave, përdorimin e brezave të rezistencës, ushtrimet me peshën trupore, mbajtjen e ngarkesave të rënda dhe kopshtarinë e rëndë. Ky aktivitet ka tre komponentë kryesorë:

- **Intensitetin:** Sa peshë ose forcë përdoret në lidhje me sa një person është në gjendje të ngrejë/mbajë peshë.

- **Frekuencën:** Sa shpesh kryhet aktivitet fizik për forcimin e muskujve.

- **Përsëritjet dhe kompletimet:** Numri i herëve që kryhet aktiviteti fizik, i krahasueshëm me kohëzgjatjen për aktivitetin aerobik.
- **Forcimi i kockave:** Aktiviteti fizik që stimulon rritjen dhe forcimin e kockave duke prodhuar ndikim ose forcë tensioni mbi to. Gjithashtu quhet aktivitet, kur mban pesha ose ngarkon pesha. Ky aktivitet shpesh përfshin edhe elemente të forcimit të muskujve dhe aerobisë. Shembujt përfshijnë: vrapimin, kërcimin me litar dhe ngritjen e peshave.

Tabela 1. Përkufizimi i intensitetit të aktivitetit fizik

Lloji i Intensitetit	Shkalla Absolute (METs)	Shkalla Relative (nga 0-10)
Intensitet i Moderuar	3.0 - 5.9 METs	5 ose 6
Intensitet i Lartë/Fortë	6.0 ose më shumë METs	7 ose 8

**METs (Ekuivalenti Metabolik i një Aktiviteti) mat sasinë e energjisë së përdorur. Për shembull: 1 MET është sasia e energjisë që përdorim kur qëndrojmë ulur, leximi përdor 1.3 METs, vrapimi 8-9 METs.³*

Testi i të folurit

Një mënyrë praktike për të vlerësuar intensitetin e një aktiviteti fizik është testi i të folurit:

- Gjatë një aktiviteti aerobik të moderuar, një person mund të flasë, por nuk mund të këndojë.
- Gjatë një aktiviteti të fuqishëm, një person nuk mund të thotë më shumë se disa fjalë pa ndaluar për të marrë frymë.

Përfitimet e aktivitetit fizik për popullatën

Aktiviteti fizik është një faktor kyç për ruajtjen e shëndetit dhe mirëqenies së individëve në çdo moshë dhe është thelbësor për parandalimin e shumë problemeve shëndetësore. Studimet shkencore kanë treguar, se angazhimi i rregullt në aktivitet fizik ka një ndikim të fuqishëm në përmirësimin e shëndetit të përgjithshëm dhe uljen e rrezikut të sëmundjeve të ndryshme. Kjo praktikë e shëndetshme nuk ndihmon vetëm në ruajtjen e një peshe të shëndetshme, por gjithashtu luan një rol të rëndësishëm në përmirësimin e shëndetit mendor dhe në rritjen e cilësisë së jetës për individët, pavarësisht nga mosha e tyre. Përfitimet e aktivitetit fizik janë të shumta dhe ndihmojnë në ndërtimin e një shoqërie më të shëndetshme dhe më produktive, duke përfshirë:

- *Uljen e rrezikut të sëmundjeve kronike*, si sëmundje të zemrës, diabeti i tipit 2 dhe disa lloje kanceri.
- *Përmirësimin e shëndetit mendor*, duke reduktuar simptomat e depresionit dhe ankthit dhe duke përmirësuar cilësinë e gjumit.
- *Rritjen e jetëgjatësisë* dhe përmirësimin e cilësisë së jetës, veçanërisht tek të moshuarit.

- *Reduktimin e shpenzimeve shëndetësore*, pasi një popullatë më aktive kërkon më pak kujdes mjekësor.

Barra e sëmundshmërisë së atribuar faktorëve të stilit të jetesës në Shqipëri

Stili i jetesës ka ndikuar ndjeshëm në shëndetin e popullatës shqiptare.⁴ Tabela e mëposhtme tregon paraqitjen e sëmundshmërisë së atribuar faktorëve të stilit të jetesës në Shqipëri.

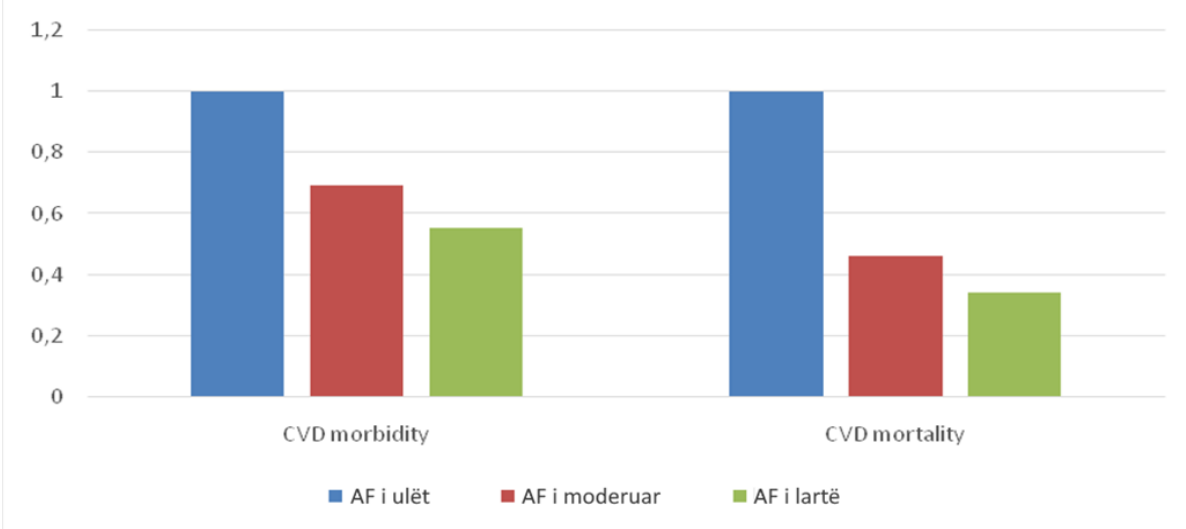
Tabela 2. Barra e sëmundshmërisë së atribuar faktorëve të stilit të jetesës në Shqipëri

	1990		2010		2019		2021	
	DALYs (për 100,000)	% DALY	DALYs (për 100,000)	% DALY	DALYs (për 100,000)	% DALY	DALYs (për 100,000)	% DALY
Inaktiviteti fizik	59.9	0.2	120.4	0.5	179	0.6	174.3	0.5
Rreziqet e dietës	2171.3	7.5	3016.5	12.3	3875.5	13.8	3496.1	10.1
Dendësia e ulët kocka	132.6	0.5	200.8	0.8	257.9	0.9	228.2	0.65
BMI e lartë	1231.4	4.3	2182.4	8.9	3011.7	10.7	2235.1	6.43
Tension i lartë i gjakut	2715.7	9.4	3859.1	15.7	4966.6	17.6	5220	15.1
Nivel i lartë i kolesterolit	988.7	3.4	1525.6	6.2	1906.3	6.8	1729.6	5
Nivel i lartë i glicemisë	665.1	2.3	1226.7	5	1806.5	6.4	1218.1	5.2
Konsumi i drogës	124.9	0.4	166.7	0.7	206.8	0.7	224	0.6
Konsumi i alkoolit	480.3	1.7	894.9	3.6	964.4	3.4	790.5	2.3
Duhanpirja	2145.4	7.4	2767.2	11.3	3829.4	13.6	3666.3	10.6
Stili i jetesës në total	10715.1	37	15960.3	65	21004.1	74.6	18982.2	56.5

*Burimi: *Global Burden of Disease*⁴

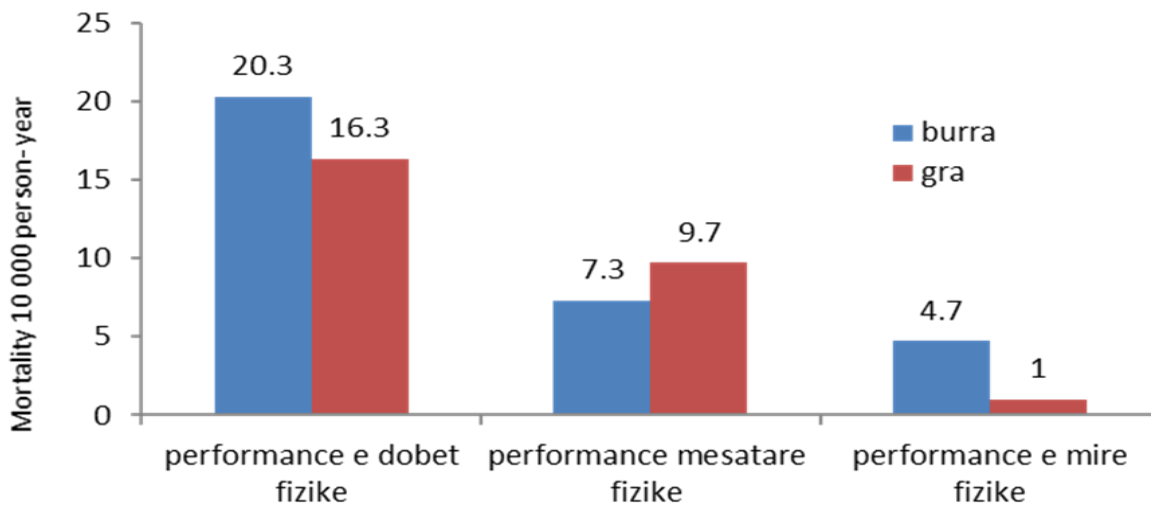
Këto të dhëna tregojnë nevojën e menjëhershme për promovimin e aktivitetit fizik si një strategji kyç për përmirësimin e shëndetit publik dhe reduktimin e barrës së sëmundjeve kronike në Shqipëri.

Grafiku 1 paraqet lidhjen midis nivelit të aktivitetit fizik (AF) dhe sëmundshmërisë e vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare (CVD). Rezultatet tregojnë qartë se individët me aktivitet fizik të ulët kanë nivelet më të larta si të sëmundshmërisë, ashtu edhe të vdekshmërisë nga CVD. Ndërkohë, tek personat me aktivitet fizik të moderuar këto tregues janë dukshëm më të ulët dhe vazhdojnë të bien edhe më shumë tek grupi me aktivitet fizik të lartë. Ky model sugjeron një lidhje të fortë mbrojtëse të aktivitetit fizik, ku rritja e nivelit të tij shoqërohet me reduktim progresiv të rrezikut për t'u prekur nga sëmundjet kardiovaskulare dhe për të humbur jetën si pasojë e tyre.



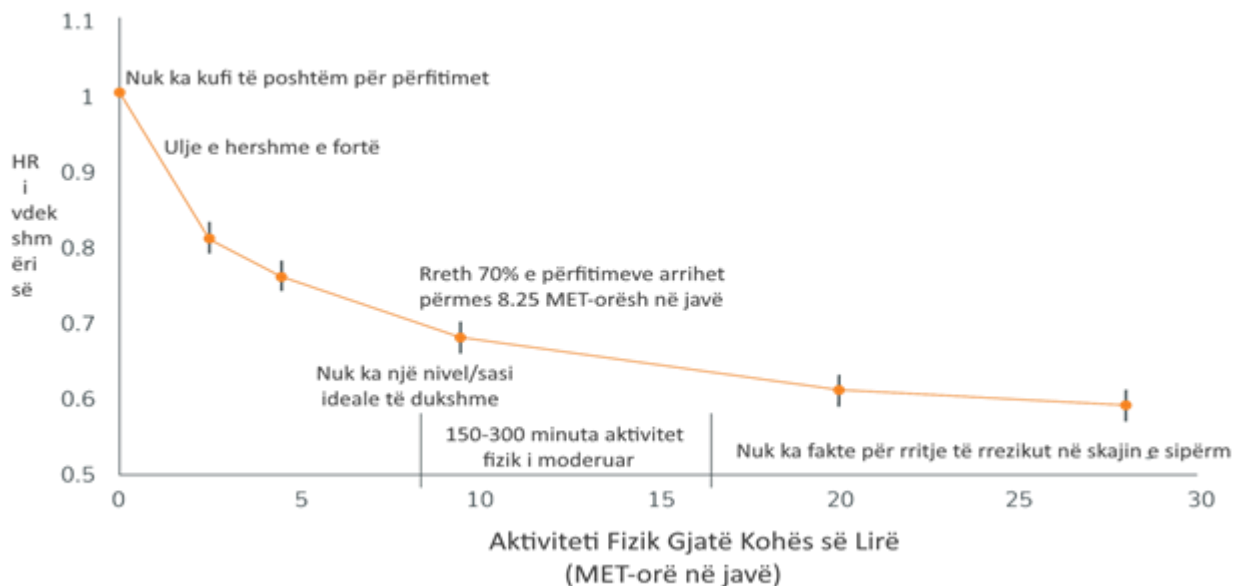
Grafiku 1. Sëmundshmëria dhe vdekshmëria nga sëmundjet kardiovaskulare sipas nivelit të aktivitetit fizik

Grafiku 2 paraqet vdekshmërinë nga kanceri sipas nivelit të aktivitetit fizik. Rezultatet tregojnë se individët me aktivitet fizik të ulët kanë normat më të larta të vdekshmërisë krahasuar me ata që ushtrojnë aktivitet fizik të moderuar. Diferenca është veçanërisht e dukshme tek grupet me mortalitet më të lartë, ku aktiviteti fizik i moderuar shfaq një efekt mbrojtës të qartë. Ky model sugjeron se angazhimi në nivele të moderuara të aktivitetit fizik kontribuon në reduktimin e rrezikut për vdekje nga kanceri, duke theksuar rolin e rëndësishëm të aktivitetit fizik si faktor parandalues në shëndetin publik.



Grafiku 2. Vdekshmëria nga kanceri sipas nivelit të aktivitetit fizik

Grafiku 3 tregon lidhjen midis aktivitetit fizik të moderuar deri në të fortë dhe vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet. Rezultatet tregojnë, se edhe nivelet e ulëta të aktivitetit fizik sjellin një ulje të menjëhershme dhe të konsiderueshme të rrezikut të vdekshmërisë, duke dëshmuar se nuk ka një prag minimal nën të cilin përfitimet nuk ekzistojnë. Pjesa më e madhe e përfitimeve, rreth 70%, arrihet duke realizuar afërsisht 8.25 MET-orë në javë, ekuivalente me rekomandimin e 150–300 minutave aktivitet fizik të moderuar. Përtej këtij niveli, përfitimet vazhdojnë, por me një ritëm më të ngadalësuar, pa u identifikuar një nivel “ideal” apo ndonjë kufi i sipërm i lidhur me rritje të rrezikut. Kjo tregon se sa më shumë të rritet aktiviteti fizik, aq më të mëdha janë përfitimet për shëndetin dhe uljen e vdekshmërisë.



Grafiku 3. Lidhja e aktivitetit fizik të moderuar-fortë me vdekshmërinë nga gjithë shkaqet

Tabela 3 paraqet tendencat e aktivitetit fizik sipas burimeve të ndryshme kombëtare, ndërsa tabela 4 paraqet përfitimet e reja shëndetësore nga kryerja e aktivitetit fizik.

Tabela 3. Tendencat e aktivitetit fizik sipas burimeve të ndryshme kombëtare

Anketa/burimi	Indikatori	Mosha	Gjinia	Vlera e indikatorit (dhe viti)		Tendenca
ADHS 2017-2018	Prevalenca (%) e praktikimit të ushtrimeve të përjavshme që rritin rrahjet e zemrës dhe frymëmarrjen	15-49	Meshkuj	24.4 (2018)		NA
			Femra	18.4 (2018)		NA
IMIAS 2016-2017	Prevalenca (%) e atyre që kanë	>65	Meshkuj	17.9 (2017)		NA
			Femra	10.9 (2017)		NA
Sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës shkollore (HBSC), 2013-14, 2018	Prevalenca (%) e fëmijëve që kryejnë aktivitet fizik për ≥3 ditë në javë	11, 13, 15	Të dyja	74.2 (2013)	77.4 (2018)	Rritje (përmirësim)
			Meshkuj	82.0 (2013)	86.8 (2019)	Rritje (përmirësim)
	Femra		70.0 (2013)	73.8(2019)	Rritje (përmirësim)	
	Të dyja		74.6 (2013)		NA	
	Prevalenca (%) e jetës sedentare në fundjavë (TV ose përdorim i pajisjeve elektronike për ≥2 orë në ditë)					

*burimi: ADHS, IMIAS, HBSC ^{5,6,7}

Tablea 4. Përfitimet e reja shëndetësore nga kryerja e aktivitetit fizik

Përfitimet afatshkurtra	Përfitimet afatgjata	Menaxhimi i Sëmundjeve
• Përmirëson cilësinë e jetës. • Zvogëlon ankthin. • Ul presioin e gjakut. • Përmirëson ndjeshmërinë ndaj insulinës. • Përmirëson cilësinë e gjumit.	• Për të rriturit, parandalon 8 lloje të kancerit (më parë 2). • Për të rriturit, zvogëlon rrezikun e demencës, përfshirë sëmundjen e Alzheimerit. • Për të rriturit më të vjetër, zvogëlon rrezikun e lëndimeve nga rrëzimet. • Për gratë shtatzëna, zvogëlon rrezikun e depresionit pas lindjes. • Për të gjitha grupet, zvogëlon rrezikun e shtimit të tepërt të peshës.	• Zvogëlon dhimbjen e artrozës. • Zvogëlon përparimin e sëmundjes për hipertension. • Zvogëlon përparimin e sëmundjes për diabetin e tipit 2. • Zvogëlon simptomat e ankthit dhe depresionit. • Përmirëson njohjen për ata me demencë, sklerozë të shumëfishtë, ADHD dhe sëmundje të Parkinsonit.

Udhëzimet kryesore për grup-moshat e ndryshme

Për të siguruar një jetë të shëndetshme dhe aktive, është e rëndësishme që çdo grup-moshë të ndjekë udhëzime specifike për aktivitetin fizik. Këto udhëzime janë të përshtatura për nevojat e ndryshme të fëmijëve, të rriturve dhe të moshuarve, duke marrë parasysh aspektet e zhvillimit, qëndrueshmërinë dhe aftësitë fizike të secilit individ. Aktiviteti i rregullt fizik ndihmon në forcimin e muskujve, përmirësimin e sistemit kardiovaskular dhe ruajtjen e mirëqenies mendore. Më poshtë janë rekomandimet specifike për grup-moshat e ndryshme.

A. Fëmijët e moshës parashkollore (3-5 vjeç)

- Duhet të jenë aktivë fizikisht gjatë gjithë ditës për të mbështetur rritjen dhe zhvillimin e tyre.
- Kujdestarët duhet të inkurajojnë lojërat aktive si: kërcimi, ngarja e biçikletës dhe aktivitete të tjera që ndihmojnë në zhvillimin motorik.

B. Fëmijët dhe adoleshentët (6-17 vjeç)

- Rekomandohet të kryejnë të paktën 60 minuta aktivitet fizik me intensitet të moderuar deri në të lartë çdo ditë.
- Aktivitetet duhet të përfshijnë ushtrime aerobike, forcim muskolor dhe forcim kockash të paktën 3 ditë në javë.

C. Të rriturit (18-64 vjeç)

- Rekomandohet 150 deri në 300 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të moderuar ose 75 deri në 150 minuta aktivitet me intensitet të lartë në javë.
- Duhet të përfshijnë ushtrime për forcimin e muskujve të paktën 2 herë në javë.

D. Të moshuarit (>50 vjeç)

- Përveç udhëzimeve për të rriturit, duhet të përfshijnë aktivitete, që përmirësojnë ekuilibrin për të reduktuar rrezikun e rrëzimeve.
- Njerëzit me sëmundje kronike duhet të përshtatin aktivitetin fizik sipas aftësive të tyre dhe të konsultohen me mjekun.

E. Të rriturit me sëmundje kronike ose aftësi të kufizuara

- Rekomandohet të ndjekin të njëjtat udhëzime si të rriturit e shëndetshëm nëse janë në gjendje.
- Ata që nuk mund t'i përmbushin këto rekomandime duhet të jenë sa më aktivë që mundën.

F. Gratë gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes

- Duhet të bëjnë të paktën 150 minuta aktivitet fizik me intensitet të moderuar në javë.
- Mund të vazhdojnë aktivitetin fizik të fuqishëm, nëse kanë qenë aktive para shtatzënisë, por gjithmonë nën mbikëqyrjen e mjekut.⁸

Udhëzimet kryesore për aktivitet fizik të sigurt

Për të kryer aktivitet fizik në mënyrë të sigurt dhe për të zvogëluar rrezikun e lëndimeve dhe ngjarjeve të tjera negative, njerëzit duhet të:

- Kuptojnë rreziqet, por të jenë të bindur se aktiviteti fizik mund të jetë i sigurt për pothuajse të gjithë.

- Zgjedhin llojet e aktivitetit fizik që janë të përshtatshme për nivelin e tyre aktual të fitnesit dhe qëllimet shëndetësore, sepse disa aktivitete janë më të sigurta se të tjerat.
- Rrisin aktivitetin fizik gradualisht me kalimin e kohës për të përmbushur udhëzimet kryesore ose qëllimet shëndetësore. Njerëzit joaktivë duhet të "fillojnë nga pak dhe të ecin ngadalë" duke filluar me aktivitete me intensitet më të ulët dhe duke rritur gradualisht shpeshtësinë dhe kohën e aktivitetit.
- Mbrojnë veten duke përdorur pajisje të përshtatshme dhe pajisje sportive, duke zgjedhur mjedise të sigurta, duke ndjekur rregullat dhe politikat dhe duke bërë zgjedhje të arsyeshme kur, ku dhe si të jenë aktivë.
- Jenë nën kujdesin e një ofruesi të kujdesit shëndetësor, nëse ata kanë sëmundje kronike. Njerëzit me sëmundje dhe simptoma kronike mund të konsultohen me një profesionist të kujdesit shëndetësor ose specialist të aktivitetit fizik në lidhje me llojet dhe sasinë e aktivitetit të përshtatshëm për ta.

Promovimi i aktivitetit fizik

Promovimi i aktivitetit fizik është një hap i domosdoshëm për përmirësimin e shëndetit publik dhe zvogëlimin e rrezikut për sëmundje kronike. Aktiviteti fizik i pamjaftueshëm përbën një barrë të madhe ekonomike dhe sociale, duke ndikuar negativisht në mirëqenien e përgjithshme.

Pse duhet të promovojmë aktivitetin fizik?

-Kosto të larta shëndetësore: 117 miliardë dollarë janë kostot vjetore të kujdesit shëndetësor të lidhura me mungesën e aktivitetit fizik.

-Rritje të vdekshmërisë së parakohshme: 10% e vdekjeve të parakohshme mund të lidhen me mungesën e aktivitetit fizik.

-Shkalla e obezitetit tek fëmijët: Është trefishuar që nga vitet 1970, duke rritur rrezikun për sëmundje kronike në moshë të rritur.

-Ndikimi në të rinjtë: Obeziteti skualifikon gati një të tretën e të rinjve amerikanë (mosha 17-24 vjeç) nga shërbimi ushtarak, duke ndikuar në aftësinë e tyre për të shërbyer dhe kontribuar në shoqëri.^{8,9}

Tabela 5 nënvizon se të gjithë aktorët kanë një rol të rëndësishëm në nxitjen e aktivitetit fizik. Individët kontribuojnë duke personalizuar përfitimet, duke vendosur objektiva personale dhe duke zhvilluar aftësitë e nevojshme për të qenë aktivë. Ndërkohë, familjet dhe kujdestarët kanë një ndikim kyç përmes fillimit të hershëm, ofrimit të kohës dhe mundësive për aktivitete të strukturuar dhe të pastrukturuar, si dhe duke shërbyer si modele pozitive. Për më tepër,

ata ndihmojnë të rinjtë të mësojnë aftësi praktike dhe të sigurisë, duke krijuar bazën për një stil jete aktiv gjatë gjithë jetës.

Tabela 5. Roli i individëve, familjeve dhe kujdestarëve në promovimin e aktivitetit fizik

Individët	• Personalizoni përfitimet e aktivitetit fizik • Vendosni qëllime personale për aktivitetin fizik • Zhvilloni njohuri dhe aftësi për të arritur qëllimet • Filloni herët
Familjet dhe Kujdestarët	• Siguroni kohë për aktivitet fizik të strukturuar dhe të pastrukturuar gjatë shkollës dhe jashtë shkollës • Jepuni të rinjve reagime pozitive dhe modele të mira • Ndihmoni të rinjtë të mësojnë aftësitë e kërkuara për të bërë aktivitetin fizik në mënyrë të sigurt • Promovoni aktivitete që vendosin bazën për një jetë të tërë me aktivitet fizik

Diskutim

Të dhënat e paraqitura në këtë raport tregojnë se, megjithëse evidencat shkencore mbi përfitimet e aktivitetit fizik janë të forta dhe të konsoliduara, niveli i përfshirjes në ushtrime të rregullta në Shqipëri mbetet i pamjaftueshëm. Ky fenomen vërehet më dukshëm tek gratë, të moshuarit dhe grupet më vulnerabël, të cilët kanë një shkallë më të ulët angazhimi në aktivitete fizike krahasuar me pjesën tjetër të popullatës. Këto gjetje reflektojnë një kombinim faktorësh, duke filluar nga mungesa e ndërgjegjësimit individual, deri tek barrierat strukturore që lidhen me mungesën e infrastrukturës së përshtatshme, hapësirave publike dhe politikave të qëndrueshme për nxitjen e një jete aktive. Për më tepër, trendet e raportuara në burime si ADHS, IMIAS dhe HBSC tregojnë se, pavarësisht disa përmirësimeve në grup-mosha të caktuara, inaktiviteti fizik mbetet një problem i përhapur dhe me ndikim të drejtpërdrejtë në barrën e sëmundjeve kronike. Në këtë kuadër, aktiviteti fizik duhet të konsiderohet jo vetëm si një zgjedhje individuale, por si një prioritet i shëndetit publik që kërkon ndërhyrje të koordinuara. Këto ndërhyrje duhet të përfshijnë programe edukimi shëndetësor, integrimin e aktivitetit fizik në programet arsimore, krijimin e hapësirave të sigurta dhe të aksesueshme për të gjitha grup-moshat, si dhe mbështetjen e politikave publike, që promovojnë një mjedis aktiv e të shëndetshëm. Përmes një qasjeje të tillë gjithëpërfshirëse, një stil jete të shëndetshëm edhe pjesëmarrje të rregullt në programet e depistimit mund të arrihet reduktimi i barrës së sëmundshmërisë dhe përmirësimi i cilësisë së jetës në nivel popullate.

Përfundime dhe rekomandime

Aktiviteti fizik përfaqëson një shtyllë thelbësore të shëndetit publik dhe një mjet parandalues të fuqishëm ndaj sëmundjeve kronike, duke ndikuar pozitivisht si në mirëqenien fizike, ashtu

edhe në shëndetin mendor të individëve. Evidencat tregojnë qartë, se angazhimi i rregullt në ushtrime aerobike, forcim muskular dhe aktivitete që stimulojnë dendësinë kockore kontribuon në uljen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare, diabet të tipit 2, disa lloje kanceri, si dhe në përmirësimin e funksioneve njohëse dhe gjumit. Në të njëjtën kohë, të dhënat mbi barrën e sëmundshmërisë në Shqipëri tregojnë një rritje të ndjeshme të ndikimit të faktorëve të stilit të jetesës sedentare, duke e bërë të domosdoshëm rritjen e ndërgjegjësimit mbi rëndësinë e aktivitetit fizik në çdo moshë. Ky raport thekson se aktiviteti fizik nuk duhet parë thjesht si një zgjedhje individuale, por si një praktikë e domosdoshme për të arritur jetëgjatësi dhe cilësi më të lartë jetese. Aktiviteti i rregullt fizik si një stil i shëndetshëm jetese mbështet ruajtjen e peshës trupore në normë dhe ul probabilitetin e komplikacioneve në grupet vulnerabël, përfshirë të moshuarit dhe individët me sëmundje kronike.

Në përfundim, rezultatet nënvizojnë se investimi personal në një mënyrë jetese aktive është një nga format më të fuqishme të kujdesit për shëndetin, me efekte afatgjata që shtrihen përtej individit, duke kontribuar në ndërtimin e një shoqërie më të shëndetshme dhe më produktive¹⁰.

Referenca

1. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/benefits/index.html>
2. World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. What Exactly Are METs, and What Should You Know About Them? <https://www.healthline.com/health/what-are-mets>
4. Global Burden of Disease (GBD) <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
5. Albania Demographic and Health Survey 2017 – 2018 <https://www.unicef.org/albania/reports/albania-demographic-and-health-survey>
6. Cohort Profile: The International Mobility In Aging Study (IMIAS) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6208274/>
7. Albania Health Behavior in school-age children (HBSC) <https://hbse.org/network/countries/albania/>
8. Physical activity recommendations for different age groups. <https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/guidelines/index.html>
9. Physical activity in the EU: policies that make people happier. <https://www.who.int/europe/news/item/10-05-2023-physical-activity-in-the-eu--policies-that-make-people-happier>
10. WHO/Europe and European Commission join forces to promote physical activity. <https://www.who.int/europe/news/item/22-05-2024-who-europe-and-european-commission-join-forces-to-promote-physical-activity>

**NJOFTIM PËR
POLITIKAT
SHËNDETËSORE**

NJOFTIM PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Rreziqet nga rrezatimi jonizues në qendrat radiologjike: një vlerësim shkencor

Rustem Paci¹

¹Spektori Fizikës Sanitare, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Qendrat radiologjike përbëjnë një burim thelbësor për diagnostikimin dhe trajtimin në mjekësinë moderne. Megjithatë, përdorimi i rrezatimit jonizues sjell risk të konsiderueshëm si për pacientët, ashtu edhe për stafin mjekësor. Ky studim shqyrton elementët kryesorë të riskut në ambientet radiologjike duke u bazuar në literaturë shkencore dhe udhëzimet ndërkombëtare (ICRP, IAEA, BE). Përdoret një analizë krahasuese e faktorëve profesionalë, teknikë dhe organizativë, duke theksuar nevojën për zbatim të parimeve të mbrojtjes radiologjike: justifikimi, optimizimi dhe kufizimi i dozës. Rezultatet tregojnë se menaxhimi efektiv i riskut kërkon trajnime të vazhdueshme, infrastrukturë të përshtatshme dhe protokolle të standardizuara.

Fjalë kyç: qendra radiologjike, rrezatim jonizues, mbrojtje radiologjike

Hyrje

Rrezatimi jonizues ka revolucionarizuar kujdesin shëndetësor, duke mundësuar diagnostikim të hershëm dhe terapi të avancuara. Përdorimi i tij është rritur ndjeshëm në dekadat e fundit, veçanërisht me futjen e tomografisë kompjuterike (CT) dhe fluoro - skopisë ndërhyrëse. Sidoqoftë, ekspozimi i përsëritur ndaj rrezatimit jonizues mbart efekte të mundshme biologjike: si dëmtime qelizore, rritje të riskut për kancer dhe mutacione gjenetike. Për këtë arsye, studimi i riskut në qendrat radiologjike është një domosdoshmëri për të balancuar përfitimin diagnostik me mbrojtjen e shëndetit publik.

Materiale dhe metoda

Ky material është përgatitur mbi bazën e një **rishikimi të literaturës shkencore dhe analizës së standardeve ndërkombëtare** për mbrojtjen nga rrezatimi jonizues.

Metodologjia përfshiu:

1. **Identifikimin e burimeve** – publikime të Komisionit Ndërkombëtar për Mbrojtjen Radiologjike (ICRP), Agjencisë Ndërkombëtare për Energjinë Atomike (IAEA) dhe Direktivave të Bashkimit Evropian.
2. **Analizën tematike** – kategorizimin e elementeve të riskut në: ekspozimin profesional, ekspozimin e pacientëve, ekspozimet aksidentale dhe faktorët organizativë.
3. **Krahasimin** me standardet e dozës së lejuar për stafin dhe popullsinë.
4. **Sintezën kritike** – vlerësimin e masave parandaluese dhe rekomandimeve për praktikën klinike.

Diskutim

Gjetjet e këtij studimi përputhen me literaturë ndërkombëtare, ku theksohet se rreth 20–30% e ekzaminimeve radiologjike mund të shmangen përmes respektimit të udhëzimeve klinike. Implementimi i **parimit ALARA** (As Low As Reasonably Achievable) është thelbësor për reduktimin e ekspozimit. Po ashtu, teknologjitë e reja, si filtrate automatike dhe sistemet e optimizimit të dozës, kanë potencialin të minimizojnë riskun. Roli i edukimit të stafit dhe monitorimit të rreptë mbetet faktor kyç.

Përfundime

- Rrezatimi jonizues është i domosdoshëm për mjekësinë moderne, por mbart rreziqe të konsiderueshme.
- Menaxhimi i riskut kërkon kombinim të masave teknike, organizative dhe edukative.
- Zbatimi i udhëzimeve të ICRP dhe IAEA duhet të jetë bazë e praktikës klinike në çdo qendër radiologjike.
- Edukimi i stafit dhe ndërgjegjësimi i pacientëve për riskun dhe alternativat jo-jonizuese përbëjnë element të rëndësishëm të sigurisë.

Referenca

1. ICRP. *The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection*. ICRP Publication 103. Ann. ICRP 37 (2–4), 2007.
2. IAEA. *Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards*. General Safety Requirements Part 3, Vienna: International Atomic Energy Agency, 2014.
3. European Union. *Council Directive 2013/59/Euratom laying down basic safety standards for protection against the dangers arising from exposure to ionising radiation*. Official Journal of the European Union, 2014.
4. UNSCEAR. *Sources and Effects of Ionizing Radiation*. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, 2020.
5. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography — an increasing source of radiation exposure. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357:2277–2284.

ISBN 999563259-4



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