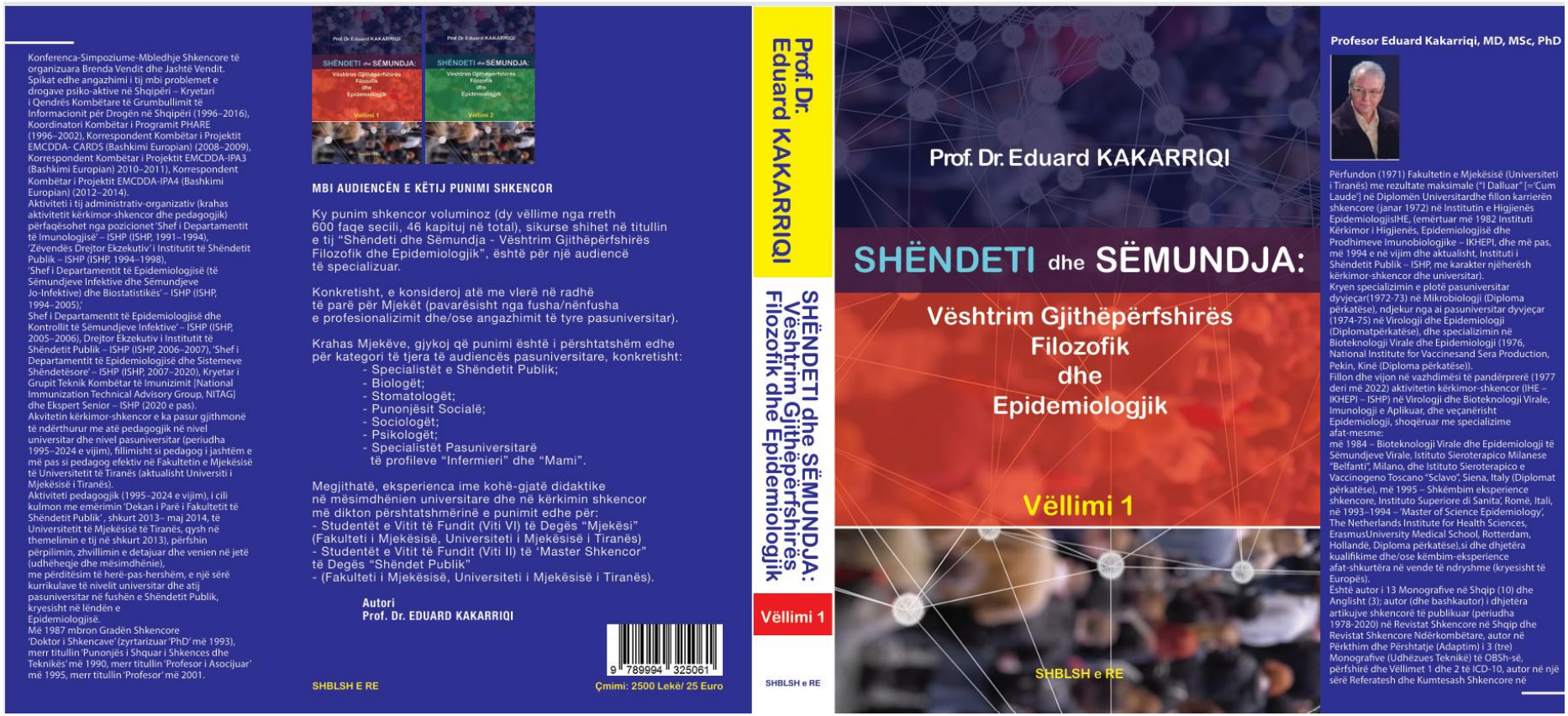
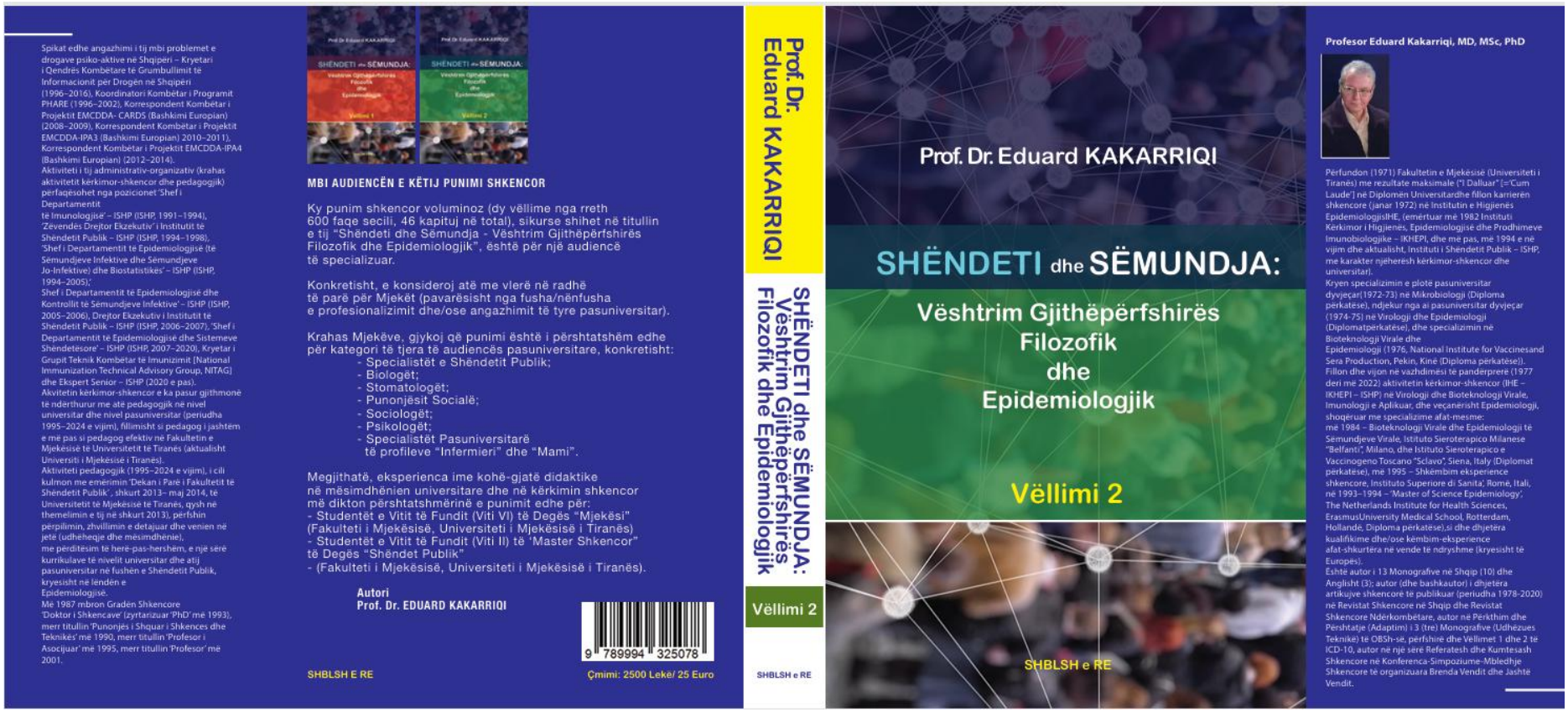

Konferenca-Simpoziume-Mbledhje Shkencore të organizuara Brenda Vendit dhe Jashtë Vendit.
Spikat edhe angazhimi i tij mbi problemet e drogave psiko-aktive në Shqipëri – Kryetari i Qendrës Kombëtare të Grumbullimit të Informacionit për Drogën në Shqipëri (1996–2016), Koordinatori Kombëtar i Programit PHARE (1996–2002), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA- CARDS (Bashkimi Europian) (2008–2009), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA3 (Bashkimi Europian) 2010–2011), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA4 (Bashkimi Europian) (2012–2014).
Aktiviteti i tij administrativ-organizativ (krahas aktivitetit kërkimor-shkencor dhe pedagogjik) përfaqësohet nga pozicionet 'Shef i Departamentit të Imunologjisë' – ISHP (ISHP, 1991–1994), 'Zëvendës Drejtor Ekzekutiv' i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 1994–1998), 'Shef i Departamentit të Epidemiologjisë (të Sëmundjeve Infektive dhe Sëmundjeve Jo-Infektive) dhe Biostatistikës' – ISHP (ISHP, 1994–2005),'
Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive' – ISHP (ISHP, 2005–2006), Drejtor Ekzekutiv i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 2006–2007), 'Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore' – ISHP (ISHP, 2007–2020), Kryetar i Grupit Teknik Kombëtar të Imunizimit (National Immunization Technical Advisory Group, NITAG) dhe Ekspert Senior – ISHP (2020 e pas).
Akvitetin kërkimor-shkencor e ka pasur gjithmonë të ndërthurur me atë pedagogjik në nivel universitar dhe nivel pasuniversitar (periudha 1995–2024 e vijim), fillimisht si pedagog i jashtëm e më pas si pedagog efektiv në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës (aktualisht Universiti i Mjekësisë i Tiranës).
Aktiviteti pedagogjik (1995–2024 e vijim), i cili kulmon me emërimin 'Dekan i Parë i Fakultetit të Shëndetit Publik', shkurt 2013– maj 2014, të Universitetit të Mjekësisë të Tiranës, qysh në themelimin e tij në shkurt 2013), përfshin përpilimin, zhvillimin e detajuar dhe venien në jetë (udhëheqje dhe mësimdhënie), me përditësim të herë-pas-hershëm, e një sërë kurrikulave të nivelit universitar dhe atij pasuniversitar në fushën e Shëndetit Publik, kryesisht në lëndën e Epidemiologjisë.
Më 1987 mbron Gradën Shkencore 'Doktor i Shkencave' (zyrtarizuar 'PhD' më 1993), merr titullin 'Punonjës i Shquar i Shkences dhe Teknikës' më 1990, merr titullin 'Profesor i Asocijuar' më 1995, merr titullin 'Profesor' më 2001.
Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
SHËNDETI dhe SËMUNDJA:
Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik
Vëllimi 1
Vëllimi 2
MBI AUDIENCËN E KËTIJ PUNIMI SHKENCOR
Ky punim shkencor voluminoz (dy vëllime nga rreth 600 faqe secili, 46 kapituj në total), sikurse shihet në titullin e tij "Shëndeti dhe Sëmundja - Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik", është për një audiencë të specializuar.
Konkretisht, e konsideroj atë me vlerë në radhë të parë për Mjekët (pavarësisht nga fusha/nënfusha e profesionalizimit dhe/ose angazhimit të tyre pasuniversitar).
Krahas Mjekëve, gjykoj që punimi është i përshtatshëm edhe për kategori të tjera të audiencës pasuniversitare, konkretisht:
- Specialistët e Shëndetit Publik;
- Biologët;
- Stomatologët;
- Punonjësit Socialë;
- Sociologët;
- Psikologët;
- Specialistët Pasuniversitarë të profileve "Infermieri" dhe "Mami".
Megjithatë, eksperienca ime kohë-gjatë didaktike në mësimdhënien universitare dhe në kërkimin shkencor më dikton përshtatshmërinë e punimit edhe për:
- Studentët e Vitit të Fundit (Viti VI) të Degës "Mjekësi" (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës)
- Studentët e Vitit të Fundit (Viti II) të 'Master Shkencor" të Degës "Shëndet Publik"
- (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës).
Autori
Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI
9 789994 325061
SHBLSH E RE
Çmimi: 2500 Lekë/ 25 Euro
Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
SHËNDETI dhe SËMUNDJA: Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik
Vëllimi 1
SHBLSH e RE
Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
SHËNDETI dhe SËMUNDJA:
Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik
Vëllimi 1
SHBLSH e RE
Profesor Eduard Kakarriqi, MD, MSc, PhD
Përfundon (1971) Fakultetin e Mjekësisë (Universiteti i Tiranës) me rezultate maksimale ("I Dalluar" [='Cum Laude'] në Diplomën Universitardhe fillon karrierën shkencore (janar 1972) në Institutin e Higjienës EpidemiologjisIHE, (emërtuar më 1982 Instituti Kërkimor i Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimeve Imunobiologjike – IKHEPI, dhe më pas, më 1994 e në vijim dhe aktualisht, Instituti i Shëndetit Publik – ISHP, me karakter njëherësh kërkimor-shkencor dhe universitar).
Kryen specializimin e plotë pasuniversitar dyvjeçar(1972-73) në Mikrobiologji (Diploma përkatëse), ndjekur nga ai pasuniversitar dyvjeçar (1974-75) në Virologji dhe Epidemiologji (Diplomatpërkatëse), dhe specializimin në Bioteknologji Virale dhe Epidemiologji (1976, National Institute for Vaccinesand Sera Production, Pekin, Kinë (Diploma përkatëse)).
Fillon dhe vijon në vazhdimësi të pandërprerë (1977 deri më 2022) aktivitetin kërkimor-shkencor (IHE – IKHEPI – ISHP) në Virologji dhe Bioteknologji Virale, Imunologji e Aplikuar, dhe veçanërisht Epidemiologji, shoqëruar me specializime afat-mesme:
më 1984 – Bioteknologji Virale dhe Epidemiologji të Sëmundjeve Virale, Istituto Sieroterapico Milanese "Belfanti", Milano, dhe Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano "Sclavo", Siena, Italy (Diplomat përkatëse), më 1995 – Shkëmbim eksperience shkencore, Instituto Superiore di Sanita', Romë, Itali, në 1993–1994 – 'Master of Science Epidemiology', The Netherlands Institute for Health Sciences, ErasmusUniversity Medical School, Rotterdam, Hollandë, Diploma përkatëse),si dhe dhjetëra kualifikime dhe/ose këmbim-eksperience afat-shkurtëra në vende të ndryshme (kryesisht të Europës).
Është autor i 13 Monografive në Shqip (10) dhe Anglisht (3); autor (dhe bashkautor) i dhjetëra artikujve shkencorë të publikuar (periudha 1978-2020) në Revistat Shkencore në Shqip dhe Revistat Shkencore Ndërkombëtare, autor në Përkthim dhe Përshtatje (Adaptim) i 3 (tre) Monografive (Udhëzues Teknikë) të OBSh-së, përfshirë dhe Vëllimet 1 dhe 2 të ICD-10, autor në një sërë Referatesh dhe Kumtesash Shkencore në


Spikat edhe angazhimi i tij mbi problemet e drogave psiko-aktive në Shqipëri – Kryetari i Qendrës Kombëtare të Grumbullimit të Informacionit për Drogën në Shqipëri (1996–2016), Koordinatori Kombëtar i Programit PHARE (1996–2002), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA- CARDS (Bashkimi Europian) (2008–2009), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA3 (Bashkimi Europian) 2010–2011), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA4 (Bashkimi Europian) (2012–2014).
Aktiviteti i tij administrativ-organizativ (krahas aktivitetit kërkimor-shkencor dhe pedagogjik) përfaqësohet nga pozicionet 'Shef i Departamentit
të Imunologjisë' – ISHP (ISHP, 1991–1994), 'Zëvendës Drejtor Ekzekutiv' i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 1994–1998), 'Shef i Departamentit të Epidemiologjisë (të Sëmundjeve Infektive dhe Sëmundjeve Jo-Infektive) dhe Biostatistikës' – ISHP (ISHP, 1994–2005),'
Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive' – ISHP (ISHP, 2005–2006), Drejtor Ekzekutiv i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 2006–2007), 'Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore' – ISHP (ISHP, 2007–2020), Kryetar i Grupit Teknik Kombëtar të Imunizimit [National Immunization Technical Advisory Group, NITAG] dhe Ekspert Senior – ISHP (2020 e pas).
Akvitetin kërkimor-shkencor e ka pasur gjithmonë të ndërthurur me atë pedagogjik në nivel universitar dhe nivel pasuniversitar (periudha 1995–2024 e vijim), fillimisht si pedagog i jashtëm e më pas si pedagog efektiv në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës (aktualisht Universiti i Mjekësisë i Tiranës).
Aktiviteti pedagogjik (1995–2024 e vijim), i cili kulmon me emërimin 'Dekan i Parë i Fakultetit të Shëndetit Publik', shkurt 2013– maj 2014, të Universitetit të Mjekësisë të Tiranës, qysh në themelimin e tij në shkurt 2013), përfshin përpilimin, zhvillimin e detajuar dhe venien në jetë (udhëheqje dhe mësimdhënie),
me përditësim të herë-pas-hershëm, e një serë kurrikulave të nivelit universitar dhe atij pasuniversitar në fushën e Shëndetit Publik, kryesisht në lëndën e
Epidemiologjisë.
Më 1987 mbron Gradën Shkencore 'Doktor i Shkencave' (zyrtarizuar 'PhD' më 1993), merr titullin 'Punonjës i Shquar i Shkences dhe Teknikës' më 1990, merr titullin 'Profesor i Asocijuar' më 1995, merr titullin 'Profesor' më 2001.
MBI AUDIENCËN E KËTIJ PUNIMI SHKENCOR
Ky punim shkencor voluminoz (dy vëllime nga rreth 600 faqe secili, 46 kapituj në total), sikurse shihet në titullin e tij "Shëndeti dhe Sëmundja - Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik", është për një audiencë të specializuar.
Konkretisht, e konsideroj atë me vlerë në radhë të parë për Mjekët (pavarësisht nga fusha/nënfusha e profesionalizimit dhe/ose angazhimit të tyre pasuniversitar).
Krahas Mjekëve, gjykoj që punimi është i përshtatshëm edhe për kategori të tjera të audiencës pasuniversitare, konkretisht:
- Specialistët e Shëndetit Publik;
- Biologët;
- Stomatologët;
- Punonjësit Socialë;
- Sociologët;
- Psikologët;
- Specialistët Pasuniversitarë të profileve "Infermieri" dhe "Mami".
Megjithatë, eksperienca ime kohë-gjatë didaktike në mësimdhënien universitare dhe në kërkimin shkencor më dikton përshtatshmërinë e punimit edhe për:
- Studentët e Vitit të Fundit (Viti VI) të Degës "Mjekësi" (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës)
- Studentët e Vitit të Fundit (Viti II) të 'Master Shkencor" të Degës "Shëndet Publik"
- (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës).
Autori
Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI
9 789994 325078
SHBLSH E RE
Çmimi: 2500 Lekë/ 25 Euro
Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
SHËNDETI dhe SËMUNDJA: Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik
Vëllimi 2
SHBLSH e RE
Prof. Dr. Eduard KAKARRIQI
SHËNDETI dhe SËMUNDJA:
Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik
Vëllimi 2
SHBLSH e RE
Profesor Eduard Kakarriqi, MD, MSc, PhD
Përfundon (1971) Fakultetin e Mjekësisë (Universiteti i Tiranës) me rezultate maksimale ("I Dalluar" [='Cum Laude'] në Diplomën Universitardhe fillon karrierën shkencore (janar 1972) në Institutin e Higjienës EpidemiologjisIHE, (emërtuar më 1982 Instituti Kërkimor i Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimeve Imunobiologjike – IKHEPI, dhe më pas, më 1994 e në vijim dhe aktualisht, Instituti i Shëndetit Publik – ISHP, me karakter njëherësh kërkimor-shkencor dhe universitar).
Kryen specializimin e plotë pasuniversitar dyvjeçar(1972-73) në Mikrobiologji (Diploma përkatëse), ndjekur nga ai pasuniversitar dyvjeçar (1974-75) në Virologji dhe Epidemiologji (Diplomatpërkatëse), dhe specializimin në Bioteknologji Virale dhe
Epidemiologji (1976, National Institute for Vaccinesand Sera Production, Pekin, Kinë (Diploma përkatëse)).
Fillon dhe vijon në vazhdimësi të pandërprerë (1977 deri më 2022) aktivitetin kërkimor-shkencor (IHE – IKHEPI – ISHP) në Virologji dhe Bioteknologji Virale, Imunologji e Aplikuar, dhe veçanërisht Epidemiologji, shoqëruar me specializime afat-mesme:
më 1984 – Bioteknologji Virale dhe Epidemiologji të Sëmundjeve Virale, Istituto Sieroterapico Milanese "Belfanti", Milano, dhe Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano "Sclavo", Siena, Italy (Diplomat përkatëse), më 1995 – Shkëmbim eksperience shkencore, Instituto Superiore di Sanita, Romë, Itali, në 1993–1994 – 'Master of Science Epidemiology', The Netherlands Institute for Health Sciences, ErasmusUniversity Medical School, Rotterdam, Hollandë, Diploma përkatëse),si dhe dhjetëra kualifikime dhe/ose këmbim-eksperience afat-shkurtëra në vende të ndryshme (kryesisht të Europës).
Është autor i 13 Monografive në Shqip (10) dhe Anglisht (3); autor (dhe bashkautor) i dhjetëra artikujve shkencorë të publikuar (periudha 1978-2020) në Revistat Shkencore në Shqip dhe Revistat Shkencore Ndërkombëtare, autor në Përkthim dhe Përshtatje (Adaptim) i 3 (tre) Monografive (Udhëzues Teknikë) të OBSh-së, përfshirë dhe Vëllimet 1 dhe 2 të ICD-10, autor në një serë Referatesh dhe Kumtesash Shkencore në Konferenca-Simpoziume-Mbledhje Shkencore të organizuara Brenda Vendit dhe Jashtë Vendit.

Korrektor letrar — Autori (Eduard Kakarriqi)
Redaktor Teknik — Autori (Eduard Kakarriqi)
Formatimi në kompjuter — Autori (Eduard Kakarriqi)
Piktor: Besa Mati

Adresa e Autorit:

Profesor EDUARD KAKARRIQI, MD, MSc, PhD

Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë, Shqipëri
(Institute of Public Health, Tirana, Albania)
&
Universiteti i Mjekësisë i Tiranës, Shqipëri
(University of Medicine of Tirana, Albania)

e-mail: edikakarriqi@yahoo.com
mobile: ++355 67 30 87 781

Copyright © 2025 autori

ISBN 978-99943-2-506-1 Vëllimi I
ISBN 978-99943-2-507-8 Vëllimi 2

Shtëpia Botuese SHBLSH e RE, Tiranë

Shtypur në shtypshkronjën: “AURUN PRINT”, Tiranë

Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI

SHËNDETI DHE SËMUNDJA: Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik

Vëllimi I

ISBN 978-99943-2-506-1

Tiranë, 2025

Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI

HEALTH AND DISEASE: A Comprehensive Philosophical and Epidemiological Insight

Volume I

Tirana, 2025

Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI

SHËNDETI DHE SËMUNDJA: Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik

Vëllimi II

ISBN 978-99943-2-507-8

Tiranë, 2025

Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI

HEALTH AND DISEASE: A Comprehensive Philosophical and Epidemiological Insight

Volume II

Tirana, 2025

PËRMBAJTJA E LËNDËS

Mbi audiencën e këtij punimi shkencor (Autori) 33

PËRMBLEDHJE 35

SUMMARY 43

PJESA I — SHËNDETI 51

1. SHËNDETI, SËMUNDJA DHE QËLLIMET THEMELORE TË MJEKËSISË 53
1.1. Synopsis
1.2. Hyrje
1.3. Shëndeti, sëmundja dhe vlerat
1.3.1. Natyralizmi i Christopher Boorse (=natyralizmi boorsean)
1.3.2. Normativizmi subjektiv
1.3.3. Normativizmi objektiv
1.3.4. Teoria dhe praktika, faktet dhe vlerat
1.4. Pretendimet (=kërkesat) e njohurive në mjekësi
1.4.1. Peter Machamer *et alia* mbi vlerat dhe normat
1.4.2. Vlerat dhe normat në bisedat mjekësore
1.4.3. Sintetizimi i 'natyralizmit' dhe 'normativizmit' rreth 'shëndetit' dhe 'sëmundjes'
Referencat

2. TË KUPTUARIT E KONCEPTIT TË SHËNDETIT 79
2.1. Sfondi
2.2. Mbi vlerën e shëndetit
2.3. Disa teori historike të shëndetit
2.3.1. Llojet e shëndetit
2.3.2. Shëndeti si ekuilibër
2.3.3. Shëndeti si mirëqenie
2.4. Dy rrjedha bashkëkohore të filozofisë së shëndetit dhe sëmundjes '*disease*'
2.4.1. Teoria Biostatistikore e Christopher Boorse për Shëndetin dhe Sëmundjen '*Disease*'
= Teoria Biostatistikore e Shëndetit dhe Sëmundjes '*Disease*' – TBS
[BST – *Biostatistical Theory of Health and Disease*]

2.4.2. Shëndeti është mungesa e sëmundjes 'disease'
(një teori veprimi-teorike e shëndetit dhe sëmundjes '*disease*')
= Teoria Holistike e Shëndetit dhe Sëmundjes '*Disease*'
[HTH – *Holistic Theory of Health and Dise*ase].
2.5. Drejt një vlerësimi të "TBS [BST]" dhe "HTH"
"TBS [BST]"
"Teoria Biostatistikore e Shëndetit dhe Sëmundjes '*Disease*'" ("TBS")
["BST" – "*Biostatistical Theory of Health and Disease*"]
&
"HTH"
"Teoria Holistike e Shëndetit dhe Sëmundjes '*Disease*'
["HTH" – "*Holistic Theory of Health and Disease*"]
2.6. Nocionet e bazuara-në-aftësi për shëndetin dhe sëmundjen '*disease*'
2.6.1. Aftësitë dhe mundësitë – burimet e brendshme dhe burimet e jashtme
2.6.2. Nocione relacionale dhe të ngarkuara-me-vlera të shëndetit
2.6.3. Një nocion pragmatik dhe teorik i sëmundjes '*disease*'
2.6.4. Nocionet e bazuara-në-aftësi ë shëndetit dhe sëmundjes '*disease*' si mjete për Reflektim
2.7. Mbi lidhjen ndërmjet shëndetit dhe lumturisë
Referencat

3. PËRKUFIZIMI I OBSH-së PËR SHËNDETIN: ANALIZA FILOZOFIKE 109
3.1. Sfondi
3.2. Përkufizimi i OBSH-së për shëndetin: një evolucion filozofik
Përkufizimi i OBSH-së i vitit 1948 dhe kritika e tij filozofike
3.3. Përqasjet përshkruese (=deskriptive) dhe normative (=preskriptive) të shëndetit: Boorse dhe Nordenfelt
3.3.1. Christopher Boorse
3.3.2. Lennart Nordenfelt
3.4. Ringjallja aktuale e interesit ndaj normativizmit
3.5. (Për)Qasja e re e OBSH-së
3.6. Konkluzion
3.7. Përkufizimet e termave kyç
3.8. Pikat përmbledhëse
Referencat

4. RIPËRKUFIZIMI I SHËNDETIT: EVOLUCIONI I IDEVE MBI SHËNDETIN NGA ANTIKITETI NË EPOKËN E KUJDESIT TË-BAZUAR-NË-VLERA 131
4.1. Sfondi
4.2. Rishikim apo pasqyrim historik

4.2.1. Mjekësia e lashtë
4.2.2. Koncepti Hipokratik i shëndetit
4.2.3. Shëndeti holistik dhe shoqëror në perandorinë romake dhe epokën para OBSH-së
4.3. Përkufizimi i OBSH-së për shëndetin
4.4. Përkufizime alternative të shëndetit
4.5. Lëvizja drejt kujdesit shëndetësor të bazuar-në-vlera dhe një përkufizimi të ri të shëndetit
Referencat

5. FILOZOFIA E SHËNDETIT: KONCEPTET, PËRKUFIZIMET, DIMENSIONET, DETERMINANTËT, INDIKATORËT 147
5.1. Konceptet e shëndetit
5.1.1. Koncepti biomjekësor
5.1.2. Koncepti ekologjik
5.1.3. Koncepti psiko-social
5.1.4. Koncepti holistik (=gjithëpërfshirës)
5.2. Përkufizimet e shëndetit
5.3. Filozofia e re e shëndetit
5.4. Dimensionet e shëndetit
5.4.1. Dimensioni fizik
5.4.2. Dimensioni mendor
5.4.3. Dimensioni social (=shoqëror)
5.4.4. Dimensioni shpirtëror
5.5. Koncepti i mirëqenies
5.5.1. Standardi i jetesës
5.5.2. Niveli i jetesës
5.5.3. Cilësia e jetës
5.6. Determinantët (=përcaktorët) e shëndetit
5.6.1. Determinantët (=përcaktorët) biologjikë
5.6.1.1. Gjenetikë
5.6.1.2. Biologjikë: Faktorët mjedisorë
5.6.1.3. Psikosocialë
5.6.2. Determinantët (=përcaktorët) fizikë
5.6.3. Determinantët (=përcaktorët) e sjelljes: Stili i jetës
5.6.4. Kushtet socio-ekonomike
5.6.4.1. Disponueshmëria e shëndetit
5.6.4.2. Plakja e popullatës
5.6.5. Determinantë (=përcaktorë) të tjerë të shëndetit
5.6.6. Determinantët (=përcaktorët) apo faktorët risk gjenetikë dhe ata mjedisorë

= dy grupet përgjithësusese të tërë faktorëve risk:
ndërlidhja apo bashkëveprimi ndërmjet tyre në vendosjen dhe zhvillimin e ngjarjeve shëndetësore [*health events*]
(= sëmundjes '*sickness*' – '*disease*' – '*illness*' / '*ailment*')

5.7. Përgjegjësia për shëndetin
5.8. Indikatorët (=treguesit) e shëndetit
5.8.1. Indikatorët kombëtarë social-kulturorë, ekonomikë, demografikë dhe mjedisorë të shëndetit
5.8.2. Indikatorët e efekteve
5.8.3. Indikatorët e shëndetit
5.8.3.1. Indekset kryesore
5.8.3.2. Indikatorët e sëmundshmërisë
5.8.3.3. Indikatorët e vdekshmërisë (=mortalitetit)
5.8.3.4. Nivelet e përdorimit (=shfrytëzimit)
5.8.3.5. Indikatorët e ofrimit të kujdesit shëndetësor
5.8.3.6. Indikatorët e gjendjes ushqyese (=statusit nutricional) (=gjendjes së të ushqyerit)
5.8.3.7. Indikatorët socio-ekonomikë
5.8.3.8. Indikatorët mjedisorë
5.8.3.9. Indikatorët e shëndetit social dhe mendor
5.8.3.10. Indikatorët e cilësisë së jetës
5.8.3.11. Indikatorët e politikave shëndetësore
Referencat

6. DY KËNDVËSHTRIMET FILOZOFIKE MBI 'SHËNDETIN' DHE 'SËMUNDJEN' 169
6.1. Pyetje themelore
6.2. Marrëdhënia ndërmjet mjekësisë dhe filozofisë
6.3. Dy teoritë kryesore të 'shëndetit' dhe sëmundjes '*disease*'
6.3.1. Të dy këndvështrimet, apo perspektivat, apo teoritë e mësipërme janë thelbësisht në një formë të përafërt
6.3.2. Entitetet e sëmundjeve
6.3.3. Perspektiva holistike-humaniste
6.3.4. Teoria e analizës konceptuale
6.3.5. A mund të thuhet se njëra nga dy teoritë është superiore ndaj tjetrës në këtë aspekt?
6.3.6. Cilat janë atëherë problemet me 'teorinë e ekuilibrit'?
6.3.7. Përgjigje pyetjes se cilat janë idetë bindëse në 'teorinë e ekuilibrit'
Referencat

7. PËRKUFIZIMI I "SHËNDETIT" DHE "SËMUNDJES '*DISEASE* '".....185
7.1. Sfondi: Si duhet ta përkufizojmë 'shëndetin' dhe sëmundjen '*disease*'?
7.2. Natyralizmi

7.3. Normativizmi
7.4. Teoritë hibride
7.5. Një (për)qasje alternative
7.6. Vërejtje përmbyllëse
Referencat

8. SALUTOGJENEZA [*SALUTOGENESIS*] …….....215
8.1. Hyje
8.2. Prejardhja (origjina) e termit
8.3. Patogjeneza kundrejt Salutogjenezës [*Pathogenesis versus Salutogenesis*]
8.4. Zhvillimi i 'Salutogjenezës'
8.5. Ndjenja e koherencës
8.6. 'Ndjenja e koherencës' në ruajtjen e shëndetit
8.7. 'Burimet e Rezistencës së GJeneralizuar' – BRGj-të
['*Generalized Resistance Resources*' – GRRS]
8.8. Marrëdhënia midis 'Ndjenjës së koherencës' dhe sjelljeve shëndetësore
8.9. Përfundim mbi Salutogjenezën
Referencat

9. LIDHJA JETIKE: EKSPLORIMI I MARRËDHËNIES SË NDËRLIKUAR NDËRMJET NUTRICIONIT DHE SHËNDETIT (ESÉ) 231
Referencat

PJESA II — SËMUNDJA 235

10. NORMALITETI SI KONVENCION DHE SI FAKT SHKENCOR 237
10.1. Sfondi
10.2. Normat si fakte shkencore — Norma statistikore
10.3. Normaliteti dhe funksioni biologjik
10.4. Argumentet kundër normalitetit si funksion biologjik
10.5. Normaliteti si konvencion
10.6. Normaliteti si një instrument i fuqisë dhe kontrollit
10.7. Normaliteti dhe sëmundja '*disease*'
10.8. Normaliteti dhe individi
10.9. Normaliteti dhe etika e kujdesit shëndetësor
10.10. A mundet mjekësia të heqë dorë nga koncepti i normales?

10.11. Të dhënat multi-omike [*multi-omics*] dhe ndërlidhjet ndërmjet tyre
10.12. Përkufizimi i termave kyç
10.13. Pikat përmbledhëse
Referencat

11. *KAPITULL I NDËRMJETËM — OMICS* (OMIKË/OMIKA) (-omikë/a [-omics]) 259
11.1. Hyrje në "*OMICS*"
11.2. Origjina e prapashtesës '-omë/a' ose '-omë/i' [Lat. '–ome']
11.3. Lista e temave "OMIKË/OMIKA" [*OMICS*] në biologji
11.3.1. Gjenomika [*Genomics*]
11.3.1.1. Gjenomika [*Genomics*]
11.3.1.2. Gjenomika njohëse (=konjitive) [*Cognitive Genomics*]
11.3.1.3. Gjenomika krahasuese [*Comparative Genomics*]
11.3.1.4. Gjenomika funksionale [*Functional Genomics*]
11.3.1.5. Metagjenomika [*Metagenomics*]
11.3.1.6. Neurogjenomika [*Neurogenomics*]
11.3.1.7. Pangjenomika [*Pangenomics*]
11.3.1.8. Gjenomika personale [*Personal Genomics*]
11.3.1.9. Elektromika [*Electromics*]
11.3.2. Epigjenomika [*Epigenomics*]
11.3.2.1. Epigjenomika [*Epigenomics*]
11.3.2.2. Nukleomika [*Nucleomics*]
11.3.3. Mikrobiomika [*Microbiomics*]
11.3.3.1. Mikrobioma (Mikrobiomi) [*Microbiome*]
11.3.3.2. Mikrobiota [*Microbiota*]
11.3.3.3. Kulturomika [*Culturomics*] (mikrobiologji)
11.3.4. Lipidomika [*Lipidomics*]
11.3.5. Proteomika [*Proteomics*]
11.3.5.1. Proteoma/i [*Proteome*]
11.3.5.2. Proteomika [*Proteomics*]
11.3.5.3. Kimiproteomika [*Chemoproteomics*]
11.3.5.4. Imunoproteomika [*Immunoproteomics*]
11.3.5.5. Nutriproteomika [*Nutriproteomics*]
11.3.5.6. Proteogjenomika [*Proteogenomics*]
11.3.5.7. Gjenomika strukturore [*Structural Genomics*]
11.3.6. Glikomika [*Glycomics*]
11.3.7. Fudomika [*Foodomics*] = Shkenca e Ushqimit dhe Të Ushqyerit
11.3.8. Transkriptomika [*Transcriptomics*]
11.3.9. Metabolomika [*Metabolomics*]
11.3.9.1. Metabolomika [*Metabolomics*]

11.3.9.2. Metabonomika [*Metabonomics*]
11.3.10. Nutricioni (=Të Ushqyerit) [*Nutrition*], Farmakologjia dhe Toksikologjia
11.3.10.1. Gjenomika nutricionale
11.3.10.2. Nutrigjenetika
11.3.10.3. Nutrigjenomika
11.3.10.4. Farmakogjenomika
11.3.10.5. Farmakomikrobiomika
11.3.10.6. Toksikogjenomika
Referencat

12. SFIDAT E NORMALITETIT BIOLOGJIK 279
12.1. Problemi: Normaliteti natyror
12.2. Sfida e parë: Diversiteti funksional
12.3. Sfida e dytë: Plasticiteti dhe Akomodimi
12.4. Morali i shtjellimit: Normaliteti është mit, jo pronë natyrore
12.5. Përfundim
Referencat

13. HISTORIA NATYRORE E SËMUNDJES 293
13.1. Historia Natyrore e Sëmundjes – Përkufizimi dhe Thelbi
13.2. Grafiku i Historisë Natyrore të Sëmundjes
13.3. Piramida e Historisë Natyrore të Sëmundjes
13.4. Paraqitja Skematike e Historisë Natyrore të Sëmundjes
13.5. Skema për fillimin dhe përparimin e sëmundjes '*disease*'
13.6. Pyetje rreth (de)kursit të sëmundjes '*disease*'
13.7. Vizualizimi i Historisë së Jetës – Diagrama Lexis
13.7.1. Çfarë është Diagrama Lexis? Ku konsiston rëndësia e saj?
13.7.2. Diagrama Lexis, e përshtatur nga Niels Keiding (1998), për përfshirjen e çdo faze të ndërmjetme në kohën kalendarike 't' nga "lindja" deri në "vdekje" lidhur me Historinë Natyrore të Sëmundjes
13.8. Historia Natyrore e Sëmundjes '*Disease*' dhe Testet e Skrining-ut [*Screening*] (=Depistimit)
Referencat

14. MBI ETIMOLOGJINË E TERMAVE 'SËMUNDJE' DHE 'SHËNDET' NË ANGLISHT DHE SHQIP 311
14.1. Mbi etimologjinë e termit 'sëmundje' në anglisht
14.1.1. Hyrje
14.1.2. Mbi etimologjinë e termit '*sickness*' në anglisht (=shqip 'sëmundje')

14.1.2.1. Origjina apo prejardhja
14.1.2.2. Mbiemri cilësor '*sick*' (='i sëmurë')
14.1.2.3. Termi latin, pra në latinisht, për '*sickness*', '*disease*', '*illness*' ='*morbus*' (emër)
14.1.3. Mbi etimologjinë e termit '*disease*' në anglisht (=shqip 'sëmundje')
14.1.3.1. Origjina apo prejardhja
14.1.3.2. Kuptimi etimologjik i fjalës apo termit '*disease*'
14.1.3.3. Mbiemri cilësor '*diseased*' (='i sëmurë')
14.1.4. Mbi etimologjinë e termit '*illness*' në anglisht (=shqip 'sëmundje')
14.1.4.1. Origjina apo prejardhja
14.1.4.2. Mbiemri cilësor '*ill*' (= i sëmurë)
14.1.5. Mbi termin '*ailment*' në anglisht (=shqip 'sëmundje')
14.1.5.1. Origjina apo prejardhja
14.1.5.2. Sinonime të '*ailment*': ='*sickness*' ('sëmundje'), ='*disease*' ('sëmundje'), ='*indisposition*' ('sëmundje', 'indispozicion')
14.1.6. Mbi termin '*malady*' në anglisht (=*shqip* 'sëmundje')
14.1.6.1. Origjina apo prejardhja
14.1.6.2. Sinonime të '*malady*': ='*sickness*' ('sëmundje'), ='*disease*' ('sëmundje'), ='*illness*' ('sëmundje')
14.2. Mbi etimologjinë dhe kuptimin e termit '*sëmundje*' në shqip
14.2.1. Etimologjia e fjalës apo termit '*sëmundje*' në shqip
14.2.2. Kuptimi i fjalës (termit) '*sëmundje*' në shqip
14.3. Mbi etimologjinë e termit '*shëndet*' në anglisht
14.3.1. Origjina angleze e fjalës apo termit '*health*' ('*shëndet*')
14.3.2. Cila është fjala latine apo termi latin i fjalës apo termit shqip '*shëndet*'?
14.3.3. Cila është fjala greke apo termi grek i fjalës apo termit shqip '*shëndet*'?
14.4. Mbi etimologjinë dhe kuptimin e termit '*shëndet*' në shqip
14.4.1. Etimologjia e fjalës apo termit '*shëndet*' në shqip
14.4.2. Kuptimi i fjalës (termit) 'shëndet' në shqip
Referencat

15. SËMUNDJA '*SICKNESS*', SËMUNDJA '*DISEASE*', SËMUNDJA '*ILLNESS*', SHËNDETI: EKSPLORIMI I DISA KONCEPTEVE EVAZIVE 323
15.1. Hyrje
15.2. Etimologjia
15.3. Kuptimi bazuar në përkufizimin mjekësor
15.4. Përkufizime popullore dhe letrare
15.5. Sindromi i Munchausen
15.6. Pyetjet e filozofëve
15.7. Shëndeti
15.8. Gjykimet dhe metaforat vlerësuese

Referencat

16. SËMUNDJA '*DISEASE*', SËMUNDJA '*ILLNESS*', DHE SËMUNDJA '*SICKNESS*' – VEÇANTITË SPECIFIKE DHE NDËRLIDHJET NDËRMJET TYRE 339
16.1. Sfondi
16.2. Përkufizimi i triadës sëmundje '*disease*', sëmundje '*illness*', dhe sëmundje '*sickness*'
16.3. Zbatimi i triadës " sëmundja '*disease*', sëmundja '*illness*', sëmundja '*sickness*' " në rastet nga praktika klinike
16.4. Pasojat epistemike dhe normative
16.5. Dinamika ndërmjet sëmundjes '*disease*', sëmundjes '*illness*', dhe sëmundjes '*sickness*'
16.6. Vështrim përmbledhës mbi ndikimin e aktorëve dhe faktorëve të ndryshëm në triadën "sëmundje '*disease*', sëmundje '*illness*', dhe sëmundje '*sickness*'"
16.7. Perspektiva të tjera
Referencat

17. SËMUNDJA '*DISEASE*' DHE SËMUNDJA '*ILLNESS*' NË NJË KËNDVËSHTRIM EMPIRIKO-ETIK 365
17.1. Sfondi
17.2. Mbi "Fushat e Tensionit"
17.3. Fusha e Tensionit I: Sëmundja '*illness*' dhe Sëmundja '*disease*' në kontrast
17.4. Fusha e Tensionit II: Sëmundja '*illness*' pa Sëmundjen '*disease*'
17.5. Fusha e Tensionit III: Sëmundja '*disease*' pa Sëmundjen '*illness*'
17.6. Vlerësimi i ndikimit (=impaktit) normativ të perspektivave të pacientit mbi sëmundjen '*disease*'
17.7. Katër kategoritë (=fazat) e bashkëpunimit normativo-empirik sipas Alexander A. Kon (2009)
17.7.1. Kategoria (=Faza) e Parë: "Shtroja e Tokës" ["Lay of the Land"]
17.7.2. Kategoria (=Faza) e Dytë: "Ideali kundrejt Realitetit" ["Ideal versus Reality"]
17.7.3. Kategoria (=Faza) e Tretë: "Përmirësimi i Kujdesit" ["Improving Care"]
17.7.4. Kategoria (=Faza) e Katërt: "Ndryshimi i Normave Etike" ["Changing Ethical Norms"]
Referencat

18. DEBAT I FRUTSHËM MBI PËRPARËSINË LIDHUR ME SËMUNDJEN '*DISEASE*' DHE SËMUNDJEN '*ILLNESS*' 393
18.1. Sfondi
18.2. Korniza e debatit
18.2.1. Konkluzion paraprak mbi subjektin e debatit
18.2.2. Ende më në detaje të subjektit të debatit

18.3. Shtjellimi i debatit
18.3.1. Dallimi ndërmjet sëmundjes '*disease*' dhe sëmundjes '*illness*', me përparësi të '*disease*' ndaj '*illness*' – "*natyralizmi*" (konceptet përshkruese apo deskriptive apo demonstruese të sëmundjes) kundrejt "*normativizmit*" (konceptet normative apo preskriptive apo urdhëruese të sëmundjes)
18.3.2. "Teoria e kundërt":
Dallimi ndërmjet sëmundjes '*disease*' dhe sëmundjes '*illness*',
me përparësi të *'illness*' ndaj '*disease*' – "*normativizmi*" (konceptet normative apo preskriptive apo urdhëruese të sëmundjes) kundrejt "*natyralizmit*" (konceptet përshkruese apo deskriptive apo demonstruese të sëmundjes)
18.3.3. Dallimi në-dy-nivele i sëmundjeve
18.3.4. Prioriteti (=përparësia) dhe koncepti i "*prioritetit heuristik*" (="*përparësisë heuristike*") si pozicioni neutral dhe si bazament i një fokusi të përbashkët lidhur me "*natyralizmin*" ose "*normativizmin*"
18.3.4.1. Prioriteti (=përparësia)
18.3.4.2. Koncepti i "*prioritetit heuristik*" (="*përparësisë heuristike*") si pozicioni neutral dhe si bazament i një fokusi të përbashkët lidhur me "*natyralizmin*" dhe "*normativizmin*"
Referencat

PJESA III — MJEKËSIA KOMUNITARE
(=SHËNDETI PUBLIK, =MJEKËSIA PARANDALUESE) dhe
MJEKËSIA KLINIKE 419

19. MJEKËSIA KOMUNITARE (=SHËNDETI PUBLIK) (=MJEKËSIA PARANDALUESE) dhe MJEKËSIA KLINIKE 421
19.1. Mjekësia – Shkencë Biologjike dhe Shkencë Sociale
19.2. Dy Mbretëritë e Mjekësisë – Mjekësia Komunitare dhe Mjekësia Klinike: Dallimi kryesor ndërmjet tyre
19.3. Shtjellim i detajuar i dallimeve ndërmjet Mjekësisë Komunitare dhe Mjekësisë Klinike
19.3.1. Shtrirja dhe fokusi
19.3.2. Ndërveprimi me pacientin
19.3.3. (Për)qasja parandaluese kundrejt (për)qasjes kuruese
19.3.4. Vendosja (=mjedisi profesional)
19.3.5. Trajnimi dhe specializimi
19.4. Mjekësia Komunitare: termat sinonimë
19.4.1. Higjiena

19.4.2. Shëndeti Publik
19.4.3. Mjekësia Parandaluese
19.4.4. Mjekësia Sociale
19.5. Konteksti social i mjekësisë
19.6. Diagnoza Klinike dhe Diagnoza e Komunitetit
19.6.1. Komuniteti
19.6.2. Struktura e shoqërisë
19.6.3. Mjekësia Klinike dhe Diagnoza Klinike
19.6.4. Shëndeti i Komunitetit (=Shëndeti Komunitar)
19.6.5. Diagnoza e Komunitetit
19.7. Roli vendimtar i Mjekësisë Komunitare në përmirësimin e Shëndetit Publik
19.7.1. Sfondi
19.7.2. Tepër përmbledhtas mbi Parandalimin (=Prevenimin)
Referencat

20. PROÇESI I SHËNDETIT PUBLIK:
SURVEJANCA dhe STUDIMI EPIDEMIOLOGJIK
si KOMPONENTËT PËRBËRËS TË TIJ 445
20.1. Shëndeti Publik si institucion, disiplinë, praktikë, dhe proçes social (shoqëror)
20.2. Proçesi i Shëndetit Publik: Pesë etapat e njëpasnjëshme
20.2.1. Etapa e Parë: Përcaktimi i Ngjarjes Shëndetësore (Sëmundjes) si Subjekt dhe Objekt i Shëndetit Publik; Kriteret e Përcaktimit
20.2.2. Etapa e Dytë: Survejanca Epidemiologjike dhe Epidemiologjia Deskriptive në përshkrimin e detajuar të Ngjarjes Shëndetësore
20.2.3. Etapa e Tretë: Epidemiologjia Analitike në Studimin e Shkakësisë dhe kuantifikimin e saj
20.2.4. Etapa e Katërt: Ndërhyrja (Intervenimi) për Kontrollin dhe Parandalimi (Prevenimin) e Ngjarjes Shëndetësore (Sëmundjes)
20.2.5. Etapa e Pestë: Monitorimi i Impaktit të Ndërhyrjes (Intervenimit) në Kontrollin dhe Parandalimin (Prevenimin) e Ngjarjes Shëndetësore (Sëmundjes)
20.2.6. Përfundon vallë Proçesi i Shëndetit Publik me realizimin e Etapës së Pestë?
20.3. Mbi termat Efikasitet, Efektivitet, Efiçiencë (Kosto-Efektivitet)
Referencat

21. SURVEJANCA E SHËNDETIT PUBLIK (=SURVEJANCA EPIDEMIOLOGJIKE)
(=SURVEJANCA) 461
21.1. Përkufizimi
21.2. Mbi emërtimin “Survejancë” në shqip
21.3. Mbi termat e barasvlefshëm “Survejanca e Shëndetit Publik”, “Survejanca

Epidemiologjike", "Survejanca"
21.4. Momentet pikësore bazë të historikut të Survejancës
21.5. Survejanca dhe Studimi Epidemiologjik në Proçesin e Shëndetit Publik
21.6. Baza llogjike e Survejancës
21.7. Qëllimet e Survejancës
21.8. Objektivat e Survejancës
21.9. Kriteret për Identifikimin (=Përcaktimin) e një Sëmundje (=Ngjarje Shëndetësore) si objekt dhe subjekt i Survejancës
21.10. Indikatorët e Survejancës
21.11. Sistemi i Survejancës: Elementët përbërës
21.12. Përqasjet (Tipat) e Sistemit të Survejancës: Survejanca Pasive, Survejanca Aktive, Survejanca Sentinel (=e Sëmundjes Sentinel)
21.13. Bias-et në Survejancë
21.14. Vlerësimi i Sistemit të Survejancës: Atributet (=Cilësorët)
21.15. E ardhmja e Sistemit të Survejancës
Referencat

22. EPIDEMIOLOGJIA – BOSHTI SHKENCOR I PROÇESIT TË SHËNDETIT PUBLIK.....493
22.1. Përkufizimi i Epidemiologjisë
22.2. Historiku i Epidemiologjisë
22.3. Epidemiologjia: Qëllimet, Metodat, Aplikimet
22.3.1. Qëllimet e Epidemiologjisë
22.3.2. Metodat e Epidemiologjisë
22.3.3. Aplikimet e Epidemiologjisë
22.4. Epidemiologjia Sociale
22.5. Epidemiologjia në ndërtimin (përpilimin) e Politikave Shëndetësore
22.6. Gurët kilometrikë në Historikun e Epidemiologjisë dhe Shëndetit Publik
22.6.1. Momentet e spikatura (=gurët kilometrikë) në Historikun e Epidemiologjisë në Periudhën Pas-Hipokratike
22.6.2. Momentet e spikatura (=gurët kilometrikë) në Historikun e Shëndetit Publik në periudhën nga 1945 deri aktualisht (2024)
Referencat

23. TRANZICIONI DEMOGRAFIK 511
23.1. Sfondi
23.2. Modeli i Tranzicionit Demografik (MTD)
23.3. Pesë Fazat e Modelit të Tranzicionit Demografik (MTD)
23.4. Kufizimet e Modelit të Tranzicionit Demografik (MTD)
23.5. Studimet e Rasteve të Modelit të Tranzicionit Demografik (MTD)

Referencat

24. TRANZICIONI EPIDEMIOLOGJIK 527
24.1. Sfondi dhe kuptimi
24.2. Historiku
24.3. Modelet e tranzicionit dhe determinantët e sëmundjes '*disease*'
24.4. Fokusi dhe shtjellimi i detajuar i Teorisë së Tranzicionit Epidemiologjik
24.4.1. Vdekshmëria dhe Dinamika e Popullatës: Propozimi (Pohimi) Një
24.4.2. Zhvendosjet [*Shifts*] në Modelet e Vdekshmërisë dhe Sëmundjes '*Disease*':
Propozimi (Pohimi) Dy
24.4.3. Risqet Relative të Vdekshmërisë sipas Moshës dhe Gjinisë: Propozimi (Pohimi) Tre
24.4.4. Variablat ndërveprues të Tranzicionit: Propozimi (Pohimi) Katër
24.4.5. Modelet bazë të Tranzicionit Epidemiologjik: Propozimi (Pohimi) Pesë
Referencat

25. STUDIMET EPIDEMIOLOGJIKE 549
25.1. Struktura (Fazat) e Studimit Epidemiologjik
25.2. Llojet (Tipat) e Studimit Epidemiologjik
25.3. Studimet Epidemiologjike Deskriptive (=Përshkruese) (Epidemiologjia Deskriptive)
25.3.1. Studimi Ekologjik (apo Korrelacional)
25.3.2. Studimi Rast-Raportim dhe Studimi Seri-Raportim
25.3.3. Survejimi (Studimi) Ndër-Seksional (ose Transversal)
25.4. Studimi Epidemiologjik Analitik Jo-Eksperimental
(=Epidemiologjia Analitike Jo-Eksperimentale)
25.4.1. Studimi Rast-Kontroll
25.4.1.1. Sfondi
25.4.1.2. Çështjet në skicimin dhe kryerjen e Studimeve Rast-Kontroll
25.4.1.3. Çështjet në analizën dhe interpretimin e Studimeve Rast-Kontroll
25.4.1.4. Anët Pozitive (Avantazhet) dhe Anët Negative (Disavatazhet)
e Studimit Rast-Kontroll
25.4.1.5. Momenti negativ krucial i Studimit Rast-Kontroll
25.4.2. Studimi Kohort (ose Follow-Up)
25.4.2.1. Tipari thelbësor
25.4.2.2. Llojet (Tipat) e Studimeve Kohort
25.4.2.3. Çështjet në skicimin dhe kryerjen e Studimeve Kohort
25.4.2.4. Çështjet në analizën dhe interpretimin e Studimeve Kohort
25.4.2.5. Anët Pozitive (Avantazhet) dhe Anët Negative (Disavantazhet)
e Studimit Kohort
25.4.2.6. Kohorti i Hapur (=Popullata Dinamike) kundrejt Kohortit të Mbyllur

(=Popullata Fikse)
25.5. Studimi Epidemiologjik Analitik Eksperimental
(=Epidemiologjia Analitike Eksperimentale)
25.5.1. Provat Klinike të Randomizuara (=Provat e Kontrolluara të Rastësishme)
[*Randomized Controlled Trials*]
25.5.2. Provat në Terren [*Field Trials*]
25.5.3. Provat në Komunitet [*Community Trials*]
25.6. Roli i Shansit, Bias-it, dhe Konfonduesit në Studimin Epidemiologjik
25.6.1. Roli i Shansit në Studimin Epidemiologjik
25.6.2. Roli i Bias-it në Studimin Epidemiologjik
25.6.3. Roli i Konfonduesit në Studimin Epidemiologjik
Referencat

PJESA IV — PROCESI I NJOHURIVE (=*GNOSIS*) NË MJEKËSI 601

26. GNOSIS, GNOSEOLOGJIA dhe EPISTEMOLOGJIA
NË PROCESIN E FORMIMIT TË DIJES (=NJOHURIVE) 603
26.1. Gnosis
26.1.1. Cila është zanafilla e fjalës apo termit 'Gnosis'?
26.1.2. 'Gnosis' dhe Samael Aun Weor
26.1.3. 'Autognosis'
26.2. Gnoseologjia – Procesi i Formimit të Gnosis (=Dijes, =Njohurive)
26.2.1. Gnoseologjia e Dijes së Përbashkët
26.2.2. Bazat e Gnoseologjisë
26.2.3. Potencialet e Gnoseologjisë
26.3. Epistemologjia e njohurive shkencore
26.3.1. Bazat e Epistemologjisë
26.3.2. Potencialet e Epistemologjisë
26.4. Gnosis dhe Epistemologjia
26.4.1. Krahasimi i kuptimit
26.4.2. Terma të ndërlidhur me 'Gnosis'
26.4.2.1. 'Gnosticizëm' ['*Gnosticism*']
26.4.2.2. Terma të tjerë (Alb. [Eng.])
26.4.3. Terma të ndërlidhur me 'Epistemologji'
26.4.3.1. Sinonimi 'Epistemika' ['*Epistemics*']
26.4.3.2. Terma të tjerë (Alb. [Eng.])
26.4.3.3. Shembuj me vlerë për t'u cituar lidhur me 'Epistemologjinë'
Referencat

27. PROCESI I FORMIMIT TË NJOHURIVE – GNOSEOLOGJIA (GNOSIS)
NË NDËRLIDHJEN NDËRMJET STUDIMIT TË EPISTEMOLOGJISË,
ONTOLOGJISË, DHE AKSIOLOGJISË 637
27.1. Orientimi Epistemologjik
27.2. Orientimi Ontologjik
27.3. Orientimi Aksiologjik
27.4. Procesi i formimit të njohurive dhe natyra e dijes
27.5. Burimi i njohurive (=Burimi i dijes)
27.5.1. Përvoja nga Ndjesitë (=Përvoja Shqisore, = Përvoja Ndijore)
27.5.2. Arsyetimi
27.5.3. Intuita (Intuicioni)
27.6. Metodat e përvetësimit të njohurive
27.6.1. Racionalizmi
27.6.2. Empirizmi (=Empiricizmi)
27.6.3. Kritika (Kriticizmi)
27.6.4. Pozitivizmi
27.7. Konkluzione
Referencat

28. MBI SISTEMIN E NJOHURISË (NJOHURIVE) APO DIJES NJERËZORE 665
28.1. Karakteristikat e njohurisë (njohurive) apo dijes njerëzore
28.2. Kategoritë e njohurisë (njohurive) njerëzore
28.3. Karakteristikat e njohurive të Sistemit
28.4. Kategoritë e njohurive të Sistemit të Njohurive
28.5. Format dhe mekanizmat kryesore të nxjerrjes/arsyetimit të njohurive
Referencat

29. DIALEKTIKA DHE METAFIZIKA SI METODA UNIVERSALE TË NJOHJES 691
29.1. Dialektika dhe Metafizika në historinë e filozofisë
29.2. Parimet bazë të Dialektikës
29.3. Kategoritë e Dialektikës
Referencat

30. METAFIZIKA DHE MJEKËSIA — LIDHJA NDËRMJET TYRE 709
30.1. Sfondi gjithëpërfshirës
30.1.1. Thelbi
30.1.2. Esencializmi
30.1.3. Çështjet me të cilat merret Metafizika

30.1.4. Ndërlidhjet e Metafizikës me:
(i) Etikën dhe Moralin;
(ii) Njohurinë (=Njohuritë) apo Dijen;
(iii) Arsyetimin apo Justifikimin;
(iv) Besimin;
(v) Logjikën;
(vi) Teorinë e Kuptimit;
(vii) Racionalitetin.
30.1.5. Dallimi midis Shkencës dhe Filozofisë
30.1.6. Dy këndvështrimet lidhur me natyrën e Metafizikës
30.1.7. Metafizika ecën krah për krah Shkencës
30.2. Historiku i metafizikës: Momentet kyç
30.3. Debate mes Shkencës dhe Metafizikës
30.3.1. Ontologjia — degë e Metafizikës
30.3.2. Debati "Reduksionizmi kundrejt Holizmit"
30.3.3. Debati Realist ['*Realistic Debate*'] kundrejt Debatit Antirealist ['*Antiralistic Debate*']
30.3.4. Debati "Racionalizmi kundrejt Empirizmit"
30.3.5. Shkakësia — një tjetër koncept qendror i filozofisë në Mjekësi
30.4. Çështje Epistemologjike në Mjekësi
30.5. Përse Shkencës i duhet Metafizika?
30.6. Çfarë mund të shprehim si përfundim?
Referencat

31. TEORIA DHE PRAKTIKA NË NDËRTIMIN E NJOHURIVE NË MJEKËSI 773
31.1. Si fitohen njohuritë e nevojshme për veprim?
31.2. Informacioni — bazament në përftimin e njohurive
31.3. Mbi procesin dialektik në mendimin teorik dhe aplikimin praktik mjekësor
31.4. Njohuritë në epokën digjitale dhe inflacioni i informacionit
Referencat

32. NOCIONET E PËRKUFIZIMEVE DHE SHPJEGIMEVE PËRKATËSE NË TEORINË DHE PRAKTIKËN MJEKËSORE 791
32.1. Sfondi
32.2. Koncepte dhe parime bazë të patologjisë së përgjithshme mjekësore dhe teorisë së sëmundjes '*disease*'
32.3. Paraqitja dhe analiza e formave dhe karakteristikave të përkufizimeve të entiteteve të sëmundjes '*disease*'
32.4. Shtjellimi sqarues i lidhjes ndërmjet koncepteve të diagnozës dhe shpjegimit përkatës
32.5. Shpjegimi i Patologjisë ['*Pathologicity*']:

Analiza dhe rindërtimi nga ana konceptuale i përdorimit të gjuhës së veçantë për përgjigjen ndaj pyetjes se përse një gjendje e caktuar Mjekësore është anormale ose patologjike, përkatësisht përse është sëmundje

Referencat

33. 'GNOSIS' NË MJEKËSI 805
33.1. Tri Kahet e 'Gnosis' në Mjekësi
33.2. Tri Kahet e 'Gnosis' në Mjekësi në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes'
33.2.1. 6 (Gjashtë) Fazat apo Etapat e njëpasnjëshme të ecurisë së 'Historisë Natyrore të Sëmundjes'
33.2.2. Etiognosis në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes'
33.2.3. Diagnosis në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes'
33.2.4. Prognosis në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes'
33.3. *Continuum*-i i severitetit klinik (=ashpërsisë klinike) të sëmundjes '*disease*' në natyrë, (bazuar në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes') dhe roli i 'Përkufizimit të Rastit'
33.3.1. Individët e sëmurë
33.3.2. *Continuum*-i i severitetit klinik (=ashpërsisë klinike) të sëmundjes '*disease*' në natyrë (=Spektri i Sëmundjes), bazuar në 'Historinë Natyrore të Sëmundjes' dhe 'Përkufizimi i Rastit' ['*Case Definition*']

Referencat

PJESA V – *ETIOGNOSIS* 829

34. GJYKIMI EPIDEMIOLOGJIK MBI SHKAKËSINË 831
34.1. Çfarë është shkakësia?
34.1.1. Sfondi
34.1.2. Modelet e shkakësisë
34.1.3. Faktorët në shkakësi
34.2. Konkluzioni (=konkludimi) shkakësor
34.3. Pamje e idealizuar e procesit shkencor
34.4. Filozofia e konkludimit shkencor — kategoritë filozofike të shkakësisë
34.5. Karl Popper (Popperizmi [*Popperism*])
"Teoria e të Hedhurit Poshtë" ["*Refutability*"]
&
"Teoria e Falsifikimit" ["*Falsifiability*"]
34.6. "Arsyeja e Përbashkët" ["*Common Sense*"]
34.7. Konkluzioni Statistikor dhe Konkluzioni Shkakësor

34.8. Koncepti epidemiologjik i shkakësisë
34.8.1. Koncepti i shkakësisë: Shkaku i Nevojshëm dhe Shkaku i Mjaftueshëm
34.8.2. Koncepti i shkakësisë: Fraksioni Etiologjik
34.8.3. Modeli "Picë" i shkakësisë
34.8.4. Nënteksti (nënkuptimi) i Modelit "Picë" të shkakësisë
34.8.4.1. Shumëshkakësia
34.8.4.2. Shkaqet Gjenetike kundrejt atyre Mjedisore dhe Anasjelltas
34.8.5. Ndërveprimi midis Shkaqeve (Komponentëve Shkakësorë apo Determinantëve/Faktorëve Risk):
Shkaku = Mozaik/Ansambël Komponentësh Shkakësorë
34.8.6. Shuma e Fraksioneve të Atribueshme (= e Komponentëve Shkakësorë)
34.8.7. Koncepti i Shkakësisë: Shkakësia Deterministike kundrejt asaj Probabilistike
34.8.7.1. Shkakësia Deterministike
34.8.7.2. Shkakësia Probabilistike
34.8.8. Koncepti i Shkakësise: Zinxhiri i Shkakësisë
(Shkaku i Shkakut, Shkaku i Shkakut të Shkakut, ...)
(Shkaqet Distale dhe Shkaku Proksimal)
34.9. Asocijimi statistikor dhe gjykimi mbi vlefshmërinë e tij
34.9.1. Roli i Shansit
34.9.2. Roli i Bias-it
34.9.3. Roli i Konfonduesit
34.10. Ndërlidhja Shkak-Efekt (Shkak-Pasojë) dhe Kriteret e Gjykimit të saj
34.10.1. Forca e asocijimit
34.10.2. Besueshmëria biologjike
34.10.3. Qendrueshmëria (konsistenca) me studimet (kërkimet) e tjera
34.10.4. Njëpasnjëshmëria kohore (apo në kohë)
34.10.4.1. Historia Natyrore e Sëmundjes
34.10.4.2. Periudhë-Koha e Induktimit
34.10.4.3. Periudha e Latencës (Periudha latente)
34.10.4.4. Sfidat në praktikë në përcaktimin e qartë të njëpasnjëshmërisë kohore shkak-efekt
34.10.5. Ndërlidhja Dozë-Përgjigje (Dozë-Efekt)
34.10.6. Kthyeshmëria
34.10.7. Skicimi i Studimit Epidemiologjik
34.10.8. Specificiteti
34.10.9. Të gjykuarit e evidencës
34.11. Skema përmbledhëse e interpretimit të shkakësisë në një studimi epidemiologjik
Referencat

35. ETIOGNOZA [*ETIOGNOSIS* (*AETIOGNOSIS*)] dhe
PATOGJENEZA [*PATHOGENESIS*] 903
35.1. 'Etiognoza' ['*Etiognosis*' ('*Aetiognosis*')]
= 'Etiogjeneza' ['*Etiogenesis*' ('*Aetiogenesis*')]
= 'Etiologjia' ['*Etiology*' ('*Aetiology*')]
e Sëmundjes '*Disease*' ('*Illness*')
35.2. 'Gjeneza' ['*Genesis*'] e Sëmundjes — 'Patogjeneza' ['*Patogenesis*']
35.3. Mjekësia Komunitare kundrejt Mjekësisë Klinike në studimin e '*Etiognosis*'
('Etiogjenezës') të Sëmundjes '*Disease*' (apo 'Ngjarjes Shëndetësore' në përgjithësi)
35.3.1. 'Ngjarje Shëndetësore' kundrejt 'Sëmundje' '*Disease*''
35.3.2. Mjekësia Komunitare kundrejt Mjekësisë Klinike në studimin e '*Etiognosis*'
('Etiogjenezës') të Sëmundjes '*Disease*' (apo 'Ngjarjes Shëndetësore')
Referencat

PJESA VI – *DIAGNOSIS* 919

36. DIAGNOZA [*DIAGNOSIS*] 921
36.1. Aspekte të terminologjisë
36.2. Diagnoza dhe Procesi i Diagnostikimit
36.2.1. Çfarë është 'Diagnoza' ['*Diagnosis*']?
36.2.2. Procesi i Diagnostikimit
36.2.3. Vlerësimi pranë shtratit (të pacientit)
36.2.4. Testimi Diagnostik
36.2.5. Vendim-marrja Klinike
36.2.6. Sfidat për Diagnozën
36.3. Diagnoza në Praktikën Mjekësore – Funksionet dhe Problemet
36.3.1. Sfondi
36.3.2. Funksionet (=Rolet) e Diagnostikimit
36.3.3. Gjashtë Probleme në Filozofinë e Diagnozës
Referencat

37. DIAGNOZA KLINIKE [*CLINICAL DIAGNOSIS*] DHE
PERFORMANCA PROFESIONALE E MJEKUT KLINICIST 945
37.1. 'Diagnoza Klinike dhe Interpretimi Shkencor i saj' nga Mjeku i Sotëm Klinicist
(Vështrim Kritik nga Olli S. Miettinen)
37.2. Gjykimi shkencor i mjekut klinicist lidhur me diagnozën klinike
37.3. Teoria e mjekësisë në përditësimin profesional shkencor të mjekut të sotëm

Referencat

38. ETIKA E DIKOTOMISË DIALEKTIKE NË MARRËDHËNIET MJEK-PACIENT 959
38.1. Sfondi
38.2. Aspektet ndikues në Etikën e Mjekësisë:
"Aspekti i Mjekësisë" dhe "Aspekti i Ecurisë së Jetës Individuale"
38.2.1. "Aspekti i Mjekësisë"
38.2.1.1. Disa tipare kryesore të "Aspektit të Mjekësisë"
38.2.1.2. Dimensionet (=përmasat) e ndryshme të "Aspektit të Mjekësisë"
38.2.2. "Aspekti i Ecurisë së Jetës Individuale"
38.2.3. Përdorimi i aspekteve për të rritur komunikimin dhe autonominë e pacientit
38.3. Konkluzione mbi Etikën e Dikotomisë Dialektike në Marrëdhëniet Mjek-Pacient
Referencat

PJESA VII – Përkufizimi i Rastit [*Case Definition*] 979

39. PËRKUFIZIMI I RASTIT [*CASE DEFINITION*].....981
39.1. Rëndësia vendimtare e 'Përkufizimit të Rastit' ['*Case Definition*'] në
Cilësinë, Tejsaktësinë [*Accuracy*] dhe Kohëduhurshmërinë [*Timeliness*]
e Diagnozës Klinike [*Clinical Diagnosis*]
39.2. Rëndësia Vendimtare e 'Përkufizimit Të Rastit' ['*Case Definition*'] në
Cilësinë, Tejsaktësinë [*Accuracy*] dhe Kohëduhurshmërinë [*Timeliness*]
e Survejancës në Shëndetin Publik (=Mjekësinë Komunitare)
39.3. Ndërtimi i një 'Përkufizimi të Rastit'
39.4. Kategoritë e Rasteve:
'Rast i Mundshëm' (='Rast i Suspektuar) ['*Possible Case*' (='*Suspected Case*'],
'Rast i Gjasshëm' ['*Probable Case*'],
'Rast i Konfirmuar' ['*Confirmed Case*']
39.5. 'Gjetja Aktive e Rastit' ['*Active Case Finding*']
39.6. Sensitiviteti kundrejt Specificitetit në "Përkufizimin e Rastit"
39.7. Parimet e përgjithshme për zbatimin e 'Përkufizimit të Rastit'
39.7.1. Kriteret klinike
39.7.2. Kriteret laboratorike
39.7.3. Kriteret epidemiologjike
39.8. 'Përkufizimi i Rastit' është një kategori dialektike që evoluon (ndryshon) me ecurinë
e kohës
Referencat

PJESA VIII – *PROGNOSIS* 995

40. PROGNOZA [*PROGNOSIS*] 997
40.1. Aspekte të terminologjisë
40.2. Çfarë është një prognozë?
40.2.1. Çështje mbi përdorimin e termit 'Prognozë' ['*Prognosis*']
40.2.2. Implikimet e Prognozës
40.2.3. Çfarë është një 'Faktor Prognostik'?
40.2.4. Rezultatet Prognostike kundrejt Rezultateve Parashikuese
40.2.5. (Tej)Saktësia [*Accuracy*] e Prognozës
40.3. Studime mbi Prognozën e Sëmundjes (Ngjarjes Shëndetësore)
40.3.1. Faktorët Risk kundrejt Faktorëve Prognostikë
40.3.2. Elementet e një Studimi Prognostik
40.3.3. Vlerësimi i një Studimi Prognostik
Referencat

41. VËSHTRIM I DETAJUAR MBI STUDIMIN PROGNOSTIK (apo KËRKIMIN PROGNOSTIK apo HULUMTIMIN PROGNOSTIK) 1011
41.1. Sfondi
41.2. Thelbi i Prognozës (Prognostikimit)
41.3. Hulumtimi Prognostik me shumë Variabla (=(Për)Qasja Shumëvariable)
41.4. Përdorimi i Modeleve Prognostike
41.5. Dallimet nga Studimi Etiologjik (apo Kërkimi Etiologjik, apo Hulumtimi Etiologjik)
Referencat

PJESA IX – PARANDALIMI (=PREVENIMI) 1021

42. PARANDALIMI I SËMUNDJES (NGJARJES SHËNDETËSORE) 1023
42.1. Qëllimi i parandalimit
42.2. Pse kërkohet të parandalojmë?
42.2.1. Postulati "Të Parandalosh Është Më Mirë Se Të Mjekosh "
42.2.2. Argumenti ekonomik
42.2.3. Argumenti humanitar kundrejt atij ekonomik
42.3. Parandalimi (=prevenimi) dhe *continuum* i ashpërsisë klinike të sëmundjes

42.4. Llojet (=tipat) e parandalimit lidhur me 'Historinë Natyrore të Sëmundjes'
42.4.1. Përkufizimi i parandalimit (prevenimit) dhe nivelet (llojet, tipat) e parandalimit kundrejt boshtit kohor të "Historisë Natyrore të Sëmundjes"
42.4.2. Parandalimi Primordial
42.4.3. Parandalimi Parësor (=Primar)
42.4.4. Parandalimi Dytësor (=Sekondar)
42.4.5. Parandalimi Tretësor (Terciar)
42.4.6. Parandalimi Katërsor (=Kuaternar)
42.4.7. Parandalimi Katërsor (=Kuaternar) i vështruar si Pjesë Bashkëpunuese dhe njëherësh Përbërëse e Parandalimit Tretësor (=Terciar), Parandalimit Dytësor (=Sekondar), dhe madje edhe Parandalimit Parësor (=Primar)
42.4.7.1. Thelbi
42.4.7.2. Koncepti i Parandalimit Katërsor (=Kuaternar) dhe evoluimi i tij
42.4.7.3. Dëmi i lidhur me Ndërhyrjet Parandaluese Mjekësore
42.4.7.4. Dëmi i lidhur me Ndërhyrjet Mjekësore përtej Ndërhyrjeve Parandaluese
42.4.7.5. Parandalimi Katërsor (=Kuaternar) — Nevoja për një përkufizim të ri
42.5. Spektri i parandalimit
42.6. Konkluzion
Referencat

43. INDIVIDËT DHE POPULLATAT dhe
DY STRATEGJITË KRYESORE TË PARANDALIMIT (=PREVENIMIT) 1055
43.1. Individët dhe Popullatat
43.1.1. Variacioni (=Ndryshimi) Individual
43.1.1.1. Sfondi
43.1.1.2. Determinantët (=Përcaktorët) Gjenetikë të Diversitetit (=Shumëllojshmërisë)
43.1.1.3. Determinantët (=Përcaktorët) Mjedisorë (Socialë dhe të Sjelljes) të Diversitetit (=Shumëllojshmërisë)
43.1.2. Variacioni (=ndryshimi) ndërmjet popullatave
43.1.2.1. Sfondi
43.1.2.2. Diferencat që përfshijnë popullatën si një e tërë
43.1.2.3. Shumica 'Normale' përkufizon (përcakton) çfarë është 'Abnormale' ('Jonormale')
43.1.3. Popullatat 'E Sëmura' dhe 'Të Shëndetshme'
43.2. Strategjia e Parandalimit e-Bazuar-në-Popullatë
43.2.1. Disa implikime (ndërthurje) të ndryshimit të popullatës
43.2.1.1. Sfondi
43.2.1.2. Cili është potenciali për Strategjinë alternative të-Bazuar-në-Popullatë?
43.2.2. Principet e Strategjisë së Parandalimit të-Bazuar-në-Popullatë
43.2.3. Shkaqet Themelore dhe Proksimale
43.2.4. Anët e Forta (Avantazhet) e Strategjisë së Parandalimit të-Bazuar-në-Popullatë

43.2.4.1. Strategjia e Parandalimit e Bazuar-në-Popullatë është Radikale
43.2.4.2. Strategjia e Parandalimit e Bazuar-në-Popullatë është E Fuqishme
43.2.4.3. Strategjia e Parandalimit e Bazuar-në-Popullatë është E Përshtatshme (=është strategjia E Duhur)
43.2.5. Kufizimet (Disavantazhet) dhe Problemet e Strategjisë së Parandalimit të-Bazuar-në-Popullatë
43.2.5.1. Pranueshmëria
43.2.5.2. Realizueshmëria (Fizibiliteti/Performanca)
43.2.5.3. Shpenzimet (Kostot) dhe Siguria
43.3. Parandalimi për Individët dhe Strategjia e Parandalimit e-Bazuar-në-Grupet-në-Risk-të-Lartë
43.3.1. Individi – Përqasja e Përqendruar-tek-Individi
43.3.2. Parandalimi dhe Mjekësia Klinike (=Kujdesi Klinik)
43.3.3. Motivimi për Strategjinë e Parandalimit në Grupet në-Risk-të-Lartë
43.3.4. Identifikimi i Riskut — Depistimi (Skriningu)
43.3.4.1. Sfondi
43.3.4.2. Udhëzimet e Politikave për Depistimin (Skriningun) në Vlerësimin e Riskut
43.3.5. Avantazhet (Anët e Forta) të Strategjisë Parandaluese të Bazuar në-Grupet-në-Risk-të-Lartë
43.3.5.1. Ndërhyrja është e përshtatshme për individin
43.3.5.2. Kjo qasje shmang interferimin me ata individë që nuk janë në risk të lartë ndaj faktorëve specifikë risk
43.3.5.3. Kjo qasje akomodohet lehtësisht me etosin (=karakterin individual) dhe organizimin e kujdesit mjekësor
43.3.5.4. Kjo qasje ofron një përdorim kosto-efektiv të burimeve
43.3.5.5. Selektiviteti (përzgjedhja) përmirëson raportin përfitim (dobi)-kundrejt-riskut
43.3.6. Disavantazhet (Anët e Dobëta) të Strategjisë Parandaluese të Bazuar në-Grupet-në-Risk-të-Lartë
43.3.6.1. Parandalimi medikalizohet (=bëhet mjekësor)
43.3.6.2. Suksesi është vetëm paliativ dhe i përkohshëm
43.3.6.3. Strategjia është jo-adekuate nga këndvështrimi i sjelljes (=strategji sjellore jo-adekuate)
43.3.6.4. Kufizohet nga një aftësi e dobët për të parashikuar të ardhmen e individëve
43.3.6.5. Kontributi në kontrollin e përgjithshëm të sëmundjes 'disease' mund të jetë zhgënjyeshmërisht i vogël
Referencat

44. SKRININGU (=DEPISTIMI, =SKRINIMI) 1083
44.1. Sfondi

44.2. Sëmundjet e përshtatshme për Depistim (Skrining)
44.3. Testet e Skrining (Depistimit)
44.4. Vlerësimi i Programeve Skrining — Realizueshmëria (Zbatueshmëria, Fizibiliteti) dhe Efikasiteti-Efektiviteti-Efiçienca
44.4.1. Realizueshmëria (Zbatueshmëria, Fizibiliteti)
44.4.2. Ndërlidhjet ndërmjet Prevalencës, Sensitivitetit, Specificitetit dhe Vleres Parashikuese Pozitive PV+
44.4.3. Efikasiteti-Efektiviteti dhe Efiçienca
44.4.3.1. Dallimet kuptimore në terminogjinë e termave Efikasitet, Efektivitet dhe Efiçiencë (=Kosto-Efektivitet) të një Programi Depistimi (Skriningu)
44.4.3.2. Efikasiteti dhe Efektiviteti i një Programi Depistimi (Skriningu)
Referencat

45. SKRININGU (=DEPISTIMI, =SKRINIMI) NË SHËNDETIN PUBLIK (=MJEKËSINË KOMUNITARE, =MJEKËSINË PARANDALUESE) DHE MJEKËSINË KLINIKE 1113
45.1. Sfondi
45.2. Dallimet dhe Ngjashmëritë e Skriningut në Shëndetin Publik (=Mjekësinë Komunitare, =Mjekësinë Parandaluese) dhe në Mjekësinë Klinike
45.2.1. Karakteristikat e përbashkëta – Çfarë është dhe çfarë nuk është Depistim
45.2.2. Programet e Depistimit kundrejt Testeve të Depistimit Sistematik — Sistematikja kundrejt *Ad Hoc*
45.2.3. Mjedisi i depistimit, kush e fillon depistimin dhe kush pritet të përfitojë
45.2.4. Faza e 'Historisë Natyrore të Sëmundjes'
45.2.5. Llojet e Skriningut (=Depisrimit, =Skrinimit)
45.2.6. Survejanca (kundrejt Depistimit / Skriningut)
Referencat

46. PROMOVIMI dhe MBROJTJA E SHËNDETIT në NIVEL KOMUNITAR (=SHËNDETI PUBLIK) dhe në NIVEL INDIVIDUAL (=MJEKËSIA KLINIKE) — DY (PËR)QASJE NDËRVEPRUESE DHE NDËRPËRPLOTËSUESE 1127
46.1. Sfond i Parashtrimit në Kapituj Paraprirës i një Strategjie Dikotomike Parandalimi dhe i një (Për)Qasjeje Dikotomike Trajtimi
46.1.1. Komuniteti (Popullata) dhe Individi në lidhje me Parandalimin (=Prevenimin)
46.1.2. Dy (Për)Qasjet e trajtimit të Individit-Pacient në Mjekësinë Klinike
46.1.2.1. Sfondi
46.1.2.2. Karakteristikat e Secilës Qasje
46.1.2.3. Avantazhet (Anët Pozitive) e Secilës Qasje

46.1.2.4. Disavantazhet (Anët Negative) e Secilës Qasje
46.1.2.5. Cila Qasje duhet të ketë përparësi?
46.1.2.6. Përfundim
46.2. Promovimi dhe Mbrojtja e Shëndetit në Nivel Komunitar (=Shëndeti Publik) dhe në Nivel Individual (=Mjekësia Klinike) — Dy (Për)Qasje Ndërvepruese dhe Ndërpërplotësuese
46.2.1. Promovimi i Shëndetit dhe Mbrojtja e Shëndetit në Nivel Komunitar (=Shëndeti Publik), (=Mjekësia Komunitare), (=Mjekësia Parandaluese)
46.2.1.1. (Për)Qasja
46.2.1.2. Komuniteti / Popullata
46.2.1.3. Promovimi i Shëndetit
46.2.1.4. Mbrojtja e Shëndetit
46.2.1.5. Parandalimi i Sëmundjeve '*Disease*'
46.2.1.6. Sfidat dhe Mundësitë
46.2.2. Promovimi (Edukimi) i Shëndetit dhe Mbrojtja e Shëndetit në Nivel Individual: = Individi-Pacient (=Mjekësia Klinike) apo =Angazhimi i Pacientit
46.2.2.1. Çfarë është (Për)Qasja e Promovimit (Edukimit) dhe Mbrojtjes së Shëndetit e Bazuar-te-Pacienti (=Angazhimi i Pacientit)?
46.2.2.2. Angazhimi i Pacientit
46.2.2.2.1. Thelbi
46.2.2.2.2. Fushat për Angazhimin e Pacientit
46.2.2.2.3. Faktorët që ndikojnë në Angazhimin e Pacientit
46.2.2.2.4. Zgjidhje të mundshme
46.2.2.2.5. Hapat praktikë të ardhshëm
Referencat

CV e autorit (shqip & anglisht) 1155

MBI AUDIENCËN E LIBRIT "SHËNDETI DHE SËMUNDJA — VËSHTRIM GJITHËPËRFSHIRËS FILOZOFIK DHE EPIDEMIOLOGJIK"

Ky punim shkencor voluminoz (rreth 1.200 faqe format 200x280 mm, 46 kapituj në total), sikurse shihet në titullin e tij "Shëndeti dhe Sëmundja — Vështrim Gjithëpërfshirës Filozofik dhe Epidemiologjik", është për një audiencë të specializuar.

Konkretisht, e konsideroj atë me vlerë në radhë të parë për Mjekët (pavarësisht nga fusha/nënfusha e profesionalizimit dhe/ose angazhimit të tyre pasuniversitar).

Krahas Mjekëve, gjykoj që punimi është i përshtatshëm edhe për kategori të tjera të audiencës pasuniversitare, konkretisht:

- Specialistët e Shëndetit Publik;
- Biologët;
- Stomatologët;
- Punonjësit Socialë;
- Sociologët;
- Psikologët;
- Specialistët Pasuniversitarë të profileve "Infermieri" dhe "Mami".

Megjithatë, eksperienca ime kohë-gjatë didaktike në mësimdhënien universitare dhe në kërkimin shkencor më dikton përshtatshmërinë e punimit edhe për:

- Studentët e Vitit të Fundit (Viti VI) të Degës "Mjekësi"
  (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës)
- Studentët e Vitit të Fundit (Viti II) të 'Master Shkencor" të Degës "Shëndet Publik"
- (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë i Tiranës).

Gjykimin e mësipërm e përligj PËRMBAJTJA E LËNDËS (Shih!).

Autori

Prof. Dr. EDUARD KAKARRIQI

Tiranë, 2025

PËRMBLEDHJE

"FOKUSI TE SHËNDETI APO TE SËMUNDJA?" (RAPORTET E SHËNDETIT PUBLIK APO MJEKËSISË KOMUNITARE ME MJEKËSINË KLINIKE)

Pyetja **"Fokusi te shëndeti apo te sëmundja?"** e merr nismën e vet në dy 'mbretëritë' e mjekësisë: **mjekësia komunitare (apo shëndeti publik apo mjekësia parandaluese (=preventive))** dhe **mjekësia klinike**. Ndërsa në mjekësinë klinike aktori është klinicisti dhe klient i tij është individi-pacient, në mjekësinë komunitare është epidemiologu dhe klient i tij është komuniteti, dmth popullata, *e kuptuar jo si shumatorja numerike e vetëm individëve-pacientë, por si shumatorja e të gjithë individëve përbërës të komunitetit apo popullatës – të shëndetshëm dhe të sëmurë*.

Kjo është një pyetje, përgjigja ndaj së cilës do të ngërthente në thelb pyetje të tilla si
"Ç'është shëndeti dhe çdo të thotë 'i shëndetshëm' dhe "Ç'është sëmundja dhe çdo të thotë 'i sëmurë' në lidhje me '***historinë natyrore të sëmundjes***'?";
"Ç'është mjekësia komunitare (apo shëndeti publik) dhe ajo klinike dhe cili është raporti ndërmjet tyre: kundershtí apo ndërveprim?";
"Cili është procesi i njohjes ('***gnosis***') në shëndetin publik (mjekësinë komunitare) dhe mjekësinë klinike lidhur me etiologjinë apo shkakësinë ('***etiognosis***'), diagnozën ('***diagnosis***'), dhe prognozën ('***prognosis***')?"; si dhe
"Ç'është **parandalimi** lidhur me '*historinë natyrore të sëmundjes*' dhe cili është raporti i tij me shëndetin publik (mjekësinë komunitare) dhe mjekësinë klinike?".
Pyetje këto, që faktikisht shprehin raportet e promocionit shëndetësor dhe profilaksisë të mjekësisë komunitare, dmth shëndetit publik, ndaj diagnostikimit dhe trajtimit (mjekimit, kurimit) të mjekësisë klinike, dhe e kundërta.

Dhe janë pikërisht koncepti i termit "sëmundje" në kuptimin sëmundje ***'sicknes'***, sëmundje ***'disease'*** dhe sëmundje ***'illness'*** (një term i vetëm në gjuhën shqipe dhe/edhe gjuhët neolatine kundrejt tre termave anglosaksonë kuptimndryshëm), **koncepti i '*historisë natyrore të sëmundjes*'**, **koncepti i "*'continuum*-it*' të sëmundjes *'disease'* në natyrë**, si dhe **koncepti i '*epidemiologjisë dhe ai i shkakësisë në epidemiologji*'**, ata, që do të përbënin bazamentin shkencor të përgjigjes ndaj pyetjes bazë dhe pyetjeve rrjedhuese të mësipërme.

Bazuar në '**historinë natyrore të sëmundjes**', **sëmundja** ***'sickness'*** paraqet shtrirjen më të gjerë kohore në boshtin e ecurisë së kohës **t** ***[time]***, në të cilën përfshihen ***'predikamenti*** apo ***parathënia'***

e sëmundjes *'disease'* plus **sëmundja *'disease'***, që nga ana e vet përfshin **sëmundjen *'illness'***. Sëmundja *'disease'* janë çrregullimet anatomike (morfologjike), biokimike, fiziologjike, dhe/ose psikologjike, që instalohen dhe zhvillohen në organizmin human si rrjedhojë e veprimit (impaktit) të shkakut përkatës, dmth ansamblit (tërësisë) të faktorëve (determinantëve) risk përkatës në një moment kohe '**t0**' të 'historisë natyrore të sëmundjes' në ecurinë e kohës '**t**', realizimi i të cilit veprim u mundësua nga ***'predikamenti apo parathënia'*** sociale, psikologjike dhe ekonomike e vendosjes së individit-pacient në mjedisin e vet rrethues. Është pikërisht **sëmundja *'disease'*,** apo ndryshe ***'çrregullimi i shenjuar (i targetuar)'*** (term ky më i saktë), ajo, që, lidhur me etiologjinë, patogjenezën, tablonë apo paraqitjen klinike, menaxhimin terapeutik dhe prognozën, shtjellohet në tekstet mësimore në mënyrë të qartë-përcaktuar.
Ndërkaq, **sëmundja *'illness'***, pjesë përbërëse e sëmundjes *'disease'* në 'historinë natyrore të sëmundjes' në ecurinë e kohës '**t**', nuk është tjetër veçse manifestueshmëria klinike e *'çrregullimit të shenjuar'* anatomik-biokimik-fiziologjik-psikologjik, dmth e sëmundjes *'disease'* në një moment pasardhës kohor '**t1**', me grumbullin e simptomave klinike dhe shenjave klinike, që, së bashku me testet përkatëse laboratorike, pasqyrojnë '**përkufizimin e rastit**' të sëmundjes *'disease'*, mbi të cilin bazohet diagnoza klinike, pra *'diagnosis'* e *modus operandi* të mjekut klinicist.

Por, duhet pasur gjithmonë në konsideratë që, për natyrën nuk ekziston ndarja '**i sëmurë'/'jo i sëmurë'** lidhur me çdo sëmundje *'disease'*. **Në natyrë sëmundja *'disease'* paraqitet me një continuum (vijueshmëri të pandërprerë) të severitetit (ashpërsisë) të saj.** Ndarja kategorike dikotomike (binomiale) 'i sëmurë' dhe 'jo i sëmurë' me sëmundjen *'disease'* të interesit është bërë me konvencion (marrëveshje) pikërisht nga mjekësia klinike, sepse pa të tillë ndarje ajo nuk do të mund të operonte. Dhe, rrjedhimisht, '**përkufizimi i rastit**' ***['case definition']***, dmth ai takëm (set) i simptomave dhe shenjave klinike dhe testeve diagnostikuese përkatëse për çdo sëmundje *'disease'* të **Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve** [***International Classification of Diseases* – ICD**] është fund e krye konvencional. Pa **përkufizimin e rastit** nuk mund të realizohet **diagnosis** në momentin **t1** të historisë natyrore të sëmundjes (ku **sëmundja *'disease'*** manifestohet klinikisht me **sëmundjen *'illness'***). Është një moment me rëndësi kruciale në mjekësinë klinike, por po me të njëjtën rëndësi në këndvështrimin epidemiologjik, sepse mangësitë sasiore dhe të metat cilësore të tij cënojnë drejtpërdrejt të dhënat e survejancës epidemiologjike.

Ilustrimin më të spikatshëm e jep **fusha e sëmundjeve infektive**, ku është i mirënjohur **postulati** "***infeksioni është i ndryshëm nga sëmundja***", dmth "jo çdo i infektuar sëmuret". Konkretisht, *raporti infeksion/sëmundje* (=infeksion/*'illness'*) për çdo sëmundje *'disease'* nuk është asnjëherë 1/1 (me përjashtim vetëm të fruthit), por së paku 2/1, për të arritur në 5/1 apo 20/1 (për shembull, rubeola), 100/1 (për shembull, kolera), apo dhe 1000/1 (për shembull, poliomieliti paralitik), çka do të thotë se për mjekësinë klinike, individi me sëmundjen *'disease'* të interesit por pa sëmundjen *'illness'*, është jo i sëmurë *[ill]*, ndërkohë që për natyrën ai është i sëmurë me sëmundjen *'disease'*.

Situata është e njëjtë në sëmundjet jo-infektive kronike, në sëmundjet neoplazike, në sëmundjet mendore, pra në të gjitha sëmundjet *'disease'*. *Infarkti i miokardit* ka në substratin e vet sëmundjen koronare të zemrës, por vetë *sëmundja koronare e zemrës* nuk përfundon domosdoshmërisht me infarkt miokardi. *Sëmundjet neoplazike* (*kanceri*) kanë në substratin e tyre ndryshimet fillestare në

nivel subqelizor, por vetëm në një proporcion të rasteve këto ndryshime përshkallëzohen në nivel qelizor. Tek çdo individ gjen një dozë *psikopatie*, por ai nuk mund kurrsesi të etiketohet si i sëmurë mendor.

Theksojmë në parantezë që termi më i saktë nga ana shkencore dhe e përgjithësimit do të ishte '**ngjarje shëndetësore**' (që përfshin edhe 'gjendjen shëndetësore') kundrejt atij '**sëmundje**'. Aksidenti apo trauma apo helmimi është 'ngjarje shëndetësore' dhe jo 'sëmundje'. *Vdekja* është absolutisht '*ngjarje shëndetësore*'. **Çka do të thotë se çdo '*sëmundje*' është thelbësisht '*ngjarje shëndetësore*', por jo të gjitha '*ngjarjet shëndetësore*' janë '*sëmundje*'.** Megjithatë, është termi '*sëmundje*' ai, që praktikisht ka marrë pronësinë e përdorimit "*divulgativ shkencor*".

*'**Gnosis**'* (=***njohja***) është thelbësorja në të dy mbretëritë e mjekësisë, mjekësinë klinike dhe mjekësinë komunitare apo shëndetin publik. Ajo është një **kategori kryekeput probabilitare**, **sepse bazohet në një tërësi asnjëherë të plotë të fakteve**. Dhe, kur flasim për *'gnosis'* nënkuptojmë të tre kahet e saj – '***etiognosis***', '***diagnosis***', dhe '***prognosis***'.

'***Diagnosis***' është pikërisht diagnoza (bazuar në *përkufizimin e rastit*) e sëmundjes *'disease'* në momentin e manifestueshmërisë klinike *'illness'* të saj në momentin **t1** të '*historisë natyrore të sëmundjes*'. Përsërisim rëndësinë e saktësisë të saj njëherësh për mjekësinë klinike (diagnoza e saktë për individin-pacient) dhe për mjekësinë komunitare (përcaktimi i saktë epidemiologjik i peshës specifike të sëmundjes së interesit në popullatë).

'***Prognosis***' lidhet me ecurinë e sëmundjes nga **t1** deri në përfundimin e saj (shërim në rastin më të mirë dhe vdekje në rastin më të keq) në momentin pasues kohor **t2** të '*historisë natyrore të sëmundjes*'. Në mjekësinë klinike *prognosis* (*prognoza*) lidhet me trajtimin (mjekimin), pra *cilësinë e kujdesit mjekësor*, ndërkohë që në mjekësinë komunitare apo shëndetin publik, spektri i *prognosis* zgjerohet shumë më tepër sepse nënkupton të ardhmen e ecurisë të sëmundjes së interesit në komunitet/popullatë, parashikim të cilin e realizon kërkimi epidemiologjik.

Ndërkaq, '***etiognosis***' është thuajse tërësisht "*pronë*" e *mjekësisë komunitare*: një ndër drejtimet kryesore të epidemiologjisë është studimi i shkakësisë, përcaktimi i ndërlidhjes ndërmjet shkakut dhe sëmundjes së interesit, *me synim përfundimtar ndërhyrjen për kontroll e parandalim (prevenim)*.

Individi jeton dhe e zhvillon aktivitetin e vet jetësor në mikro- dhe makro-mjedisin fizik, kimik, biologjik, dhe shoqëror që e rrethon atë. Ky mjedis mbart një gamë tepër të gjerë dhe të larmishme faktorësh fizikë, kimikë, biologjikë, e shoqërorë, të cilët veprojnë mbi individin duke përcaktuar (determinuar) rrezikun (riskun) e instalimit të shëndetit të sëmurë (sëmundjes) në të. Ndërkohë, vetë individi mbart veçoritë apo specifikat e mënyrës së tij të të sjellurit, të vepruarit e të jetuarit në mjedisin rrethues, që po ashtu mund të veprojnë tek ai si determinantë risk të sëmundjes. Kemi pra **faktorët apo determinantët risk** mjedisorë dhe ata individualë si dhe individin mbi të cilin ata

veprojnë. Kemi po ashtu **rrjedhojën shëndetësore** të këtij veprimi, e karakterizuar me dëmtimet përkatëse organike (pat-morfologjike), fiziologjike (fiz-patologjike) dhe/ose psikologjike (psiqike), që në një moment kohe (orë, ditë, muaj, apo vite) më pas bëhen ose nuk bëhen (sipas gjasës) të dukshme, të kapshme përmes shenjave dhe simptomave klinike përkatëse.

Lidhur me **shkakësinë**, duhet pasur gjithmonë në konsideratë kompleksiteti i saj:
(i) faktorë biologjikë dhe të sjelljes, (ii) faktorë mjedisorë; (iii) faktorë imunologjikë, (iv) faktorë nutricionalë (të të ushqyerit), (v) faktorë gjenetikë, (vi) faktorë socialë, ekonomikë, shpirtërorë, si dhe (vii) faktorë që lidhen me shërbimet shëndetësore dhe/edhe sociale (disponueshmëria, aksesi, cilësia, etj).
Apo, sipas një tjetër këndvështrimi klasifikues: (i) faktorë predispozues (si mosha, gjinia, sëmundja e mëparëshme), (ii) faktorë mundësues (si të ardhurat, të ushqyerit, strehimi, disponueshmëria e kujdesit mjekësor), (iii) faktorë precipitues (si ekspozimi ndaj një sëmundje të caktuar apo një agjenti toksik të caktuar), dhe (iv) faktorë përforcues (si ekspozimi i përsëritur, lloji i punës, privimi).
Shtjellimi i detajuar mbi shkakësinë tregon që: (i) asnjëherë nuk është një shkak i vetëm (=komponent shkakësor i vetëm, determinant/faktor risk i vetëm) ai, që, qoftë edhe shkak i nevojshëm, të jetë i aftë të shkaktojë i vetëm efektin (=rrjedhojën, sëmundjen) e interesit; (ii) shkaku i nevojshëm është komponent përbërës i shkakut të mjaftueshëm; dhe (iii) shkaku i mjaftueshëm është një **mozaik komponentësh shkakësorë, të nevojshëm dhe të panevojshëm, që veprojnë së bashku në ansambël (=si një e tërë) dhe në ndërveprim me njëri tjetrin**. Por nuk është vetëm ndërveprim. Madje, **ndërveprimi është vetëm forma**. Ndërkohë që **përmbajtja është 'koncepti i zinxhirit të shkakësisë'**.

Epidemiologjia, (biostatistika e nënkuptuar si komponent inherent i saj), është shkenca bazë e shëndetit publik. Rrjedhimisht, **si shkencë e mjekësisë komunitare, epidemiologjia fokusohet pikërisht në grupin-komunitetin-popullatën** duke injoruar veçantitë e individit. Ajo bazohet **së pari,** në atë që **sëmundja në popullatë nuk ndodh rastësisht**, dhe, **së dyti**, në atë që **sëmundja ka faktorë shkakësorë dhe faktorë preventivë (parandalues)**, të cilët mund dhe duhet të identifikohen përmes kërkimit sistematik të popullatave të ndryshme apo grupeve të individëve brenda një popullate në vende të ndryshme ose në kohë të ndryshme. E fokusuar në popullatë dhe e bazuar në keto dy koncepte, **epidemiologjia studion sëmundjen (ngjarjen shëndetësore në kuptimin e përgjithshëm) në popullatë lidhur me shpërndarjen, frekuencën e hasjes dhe determinantët risk të saj, dhe aplikon këtë studim për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjes**.

Është plotësisht i kuptueshëm roli krucial i epidemiologjisë në mjekësinë komunitare, dmth në procesin e shëndetit publik, ku ajo përbën boshtin shkencor. Por cili është roli i epidemiologjisë në mjekësinë klinike?

Në praktikën e vet klinike, klinicisti përballet me diagnozën dhe menaxhimin e pacientit, dhe historikisht ka menduar se ai në thelb praktikon **"artin dhe shkencën e mjekësisë klinike"**; ("arti" bazohet në të atillë elementë si bindja, gjykimi dhe intuita jonë, të cilët janë të pashpjegueshëm prej

nesh, ndërsa "shkenca" bazohet në njohjen *['gnosis']*, llogjikën dhe përvojën tonë, elementë këta të shpjegueshëm prej nesh). Por, ndodhitë dhe kërkesat në praktikën klinike, të hasura në kohë të ndryshme dhe në situata të ndryshme, arritën dora-dorës ta ndërgjegjësojnë mjekun klinicist mbi nevojën e aplikimit në praktikën klinike të **"epidemiologjisë së orientuar klinikisht" apo "epidemiologjisë klinike"**, si një ndër shkencat bazë për interpretimin e dukurive klinike, deri sa u plotkuptua përfundimisht prej tij domosdoshmëria e kombinimit të mjekësisë klinike me epidemiologjinë klinike. Njohja prej klinicistit e principeve të epidemiologjisë dhe aplikimi i tyre ndaj bindjeve, gjykimeve dhe intuitave, që përbëjnë "artin" e mjekësisë, i realizon klinicistit në praktikën e vet klinike me individin-pacient përmirësimin thelbësor të saktësisë dhe efiçiencës së diagnozës dhe prognozës si dhe efektivitetin e menaxhimit. **Teza, që epidemiologjia përbën shkencën bazë të mjekësisë parandaluese (preventive), u shtri edhe në mjekësinë klinike (kurative)** duke argumentuar përfundimisht atë, që **epidemiologjia është "shkenca e artit të mjekësisë"**.

Gjendja jonë natyrore është shëndeti i mirë. Por, "sëmundja *'sickness'* ndihet, kurse shëndeti aspak" thotë një proverb i lashtë kinez. Rrjedhimisht, shëndeti ka marrë një vëmendje më pak filozofike sesa sëmundja *'disease'*. Terreni konceptual në rastin e shëndetit është pak më kompleks se ai i sëmundjes. Pikërisht me këtë terren lidhet përkufizimi aktual i shëndetit. **Organizata Botërore e Shëndetësisë** e përkufizon shëndetin si **"një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale (shoqërore) dhe jo thjesht e mungesës të sëmundjës** [*disease*]**, duke qenë një e drejtë thelbësore e çdo njeriu (barazia në shëndet)."** Ndonëse ky përkufizim i OBSH ka qenë kritikuar për shkak të vështirësisë në përkufizimin dhe matjen e cilësorit (mbiemrit cilësor) "e plotë" për emrin "mirëqenie", ai thelbësisht nënkupton atë, që **"shëndeti është një gjendje, që karakterizohet nga integritet anatomik, fiziologjik dhe psikologjik i individit; aftësi e individit për të performuar (zbatuar në praktikë) vlerat, normat morale dhe rolin e familjes, komunitetit dhe shoqërisë; aftësi e individit për të përballuar stresin fizik, biologjik, psikologjik dhe social; një ndjenjë e mirëqenies; dhe, së fundi, liri nga risku i sëmundjes *'disease'* dhe vdekjes së parakohëshme."**

Pra, shëndeti është një koncept kompleks. Do të thotë që **të njejtin kompleksitet paraqet fusha e Shëndetit Publik:** në Shëndetin Publik ndërthuren me *mjekësinë* disiplina të ndryshme si *biologjia*, *sociologjia*, *psikologjia*, *ekonomia*, *bujqësia e veterinaria*, *arsimi*, *kultura*, *ruajtja e mjedisit*, etj, duke pasur si metodë bazë operimi *epidemiologjinë* (*biostatistika* e nënkuptuar në mënyrë implicite si pjesë integrale e epidemiologjisë). Do të thotë që **modeli mjekësor i shëndetit** nuk mund të kuptohet i shkëputur nga **modeli social i shëndetit**: ata ndërthuren në vend që të kontrastojnë.

Konkretisht, **modeli mjekësor i shëndetit** konsiston në atë, që: (i) fokusi është sëmundja *'disease'*, e konsideruar si e kundërta e shëndetit; (ii) mjekësia klinike apo diagnoza dhe mjekimi i individit të sëmurë është ajo, që nënkupton parandalimin (prevenimin) tretësor, dmth cilësinë e kujdesit shëndetësor; dhe (iii) shëndeti publik apo mjekësia komunitare është ajo, që realizon diagnozën e komunitetit dhe parandalimin (prevenimin) parësor e dytësor, duke pasur në thelb studimin e shkakësisë (lidhja shkak-pasojë) mbi bazën e shkakut (ansambël faktorësh apo determinantësh risk) proksimal në kuptimin e lidhjes shkak proksimal-sëmundja përkatëse. Kurse **modeli social i**

shëndetit konsiston në atë, që: (i) shëndeti është rrjedhojë e efekteve të të gjithë faktorëve me impakt mbi individin, familjen, komunitetin, përmes mënyrave e rrugëve të ndryshme; (ii) dmth studimi i shkakësisë shtrihet në **'konceptin e zinxhirit të shkakësisë'** – "shkak i shkakut", "shkak i shkakut të shkakut", ..., apo në mënyrë të përgjithshme një zinxhir shkaqesh tanimë distalë (secili shkak i konsideruar gjithmonë si ansambël faktorësh apo determinantësh risk), ku përfundimi është shkaku proksimal i lidhur drejtpërdrejt me sëmundjen apo shëndetin e sëmurë.

Qëllimet bazale të mjekësisë janë (i) të promovojë shëndetin, (ii) të ruajë shëndetin, (iii) të restaurojë (përtërijë) shëndetin kur ai është i dëmtuar, dhe (iv) të minimizojë vuajtjen trupore dhe/ose mendore. Këto qëllime bazale janë të trupëzuara (të përfshira) në termin **'parandalim (prevenim)'**. Parandalimi (prevenimi) përfaqëson momentin thelbësor të filozofisë së mjekësisë, shprehur sintetikisht në **postulatin "*më mirë të parandalosh se të mjekosh*".** Gjerësia e konceptit 'parandalim (prevenim)' dhe e drejtimeve të ndërhyrjes (intervenimit) për realizimin e tij shpjegon larmishmërinë e modeleve, përqasjeve dhe strategjive të këtij proçesi. Veçse të kuptuarit shkencërisht të tij kërkon si kusht *sine qua non*: (i) të bazuarit e parandalimit në konceptin e 'historisë natyrore të sëmundjes'; (ii) të bazuarit e parandalimit në konceptin e gjerë të *shkakësisë*; dhe (iii) të bazuarit e parandalimit në konceptin e gjithëpërfshirjes (individi-komuniteti-dhe mbarë shoqëria si aktorë), udhëhequr nga **principi filozofik dostojevskian "*Ne jemi të gjithë përgjegjës për gjithçka*"** (**Dostojevskij**).

Parandalimi do të përkufizohej si aksionet/ndërhyrjet e ndërmarra që synojnë në çrrënjosjen (eradikimin), eliminimin apo minimizimin e impaktit të sëmundjes *'disease'* dhe paaftësisë, apo, nëse asnjera prej këtyre nuk do të ishte e mundshme, atëhere synimi do të drejtohej në të vonuarit e progresit të semundjes *'disease'* dhe paaftësisë. Koncepti i parandalimit përkufizohet apo përcaktohet më mirë në kontekstin e niveleve të tij, tradicionalisht atij parësor, dytësor, tretësor (dhe/edhe ai katërsor), si dhe pararendësit të tyre – parandalimit primordial.

Parandalimi primordial konsiston në ndërhyrjet, aksionet, masat që ndërmerren për të frenuar shfaqjen apo zhvillimin e faktorëve (determinantëve) risk, përbërës të ansamblit shkak, faktorë këta të natyrës mjedisore (biologjike, fizike, kimike), ekonomike, sociale, të sjelljes dhe stilit të jetës, etj. Pra, ndërmerret para instalimit të fazës *'predikament* apo *parathënie'* (pjesa fillestare e sëmundjes *'sickness'* në 'historinë natyrore të sëmundjes'), përfaqësohet nga edukimi individual dhe komunitar dhe **është objekt operimi i vetëm shëndetit publik apo mjekësisë komunitare**.

Parandalimi parësor (**primar**) do të përkufizohej si aksioni apo ndërhyrja që ndërmerret para shpërthimit të sëmundjes *'disease'*, pra para fillimit në organizëm të ndryshimeve specifike morfologjike, biologjike, fiziologjike apo/dhe psikologjike që lidhen me sëmundjen *'disease'* përkatëse, dhe nënkupton ndërhyrjen në fazën e para-patogjenezës së saj, me synim pamundësimin e plotë të hasjes apo fillesës të sëmundjes. **Ai është objekt operimi kryesisht i shëndetit publik apo mjekësisë komunitare, por pa përjashtuar në raste të caktuara edhe mjekësinë klinike**, dhe konsiston në "promocionin shëndetësor", konkretisht edukimi shëndetësor, modifikimet mjedisore, ndërhyrjet nutricionale apo të të ushqyerit, ndryshimet e sjelljes dhe stilit të jetës, si dhe në "mbrojtjen specifike", konkretisht vaskinimi, kemoprofilaksia, përdorimi i ushqyesëve dhe suplementëve

specifikë, mbrojtja kundrejt dëmtuesëve okupacionalë, siguria ushqimore, kontrolli i dëmtuesëve mjedisorë (ndotja e ajrit, etj).

Parandalimi dytësor (**sekondar**) përkufizohet si aksioni/ndërhyrja që ndërmerret për të ndalur progresin e sëmundjes *'disease'* kah zhvillimit të saj në manifestueshmëri klinike (=sëmundja *'illness'*) me shenjat dhe simptomat klinike përkatëse dhe provat/testet laboratorike përkatëse (='përkufizimi i rastit'). Ai konsiston në diagnozën e herëshme (testet e skrinimit apo depistimit) dhe trajtimin adekuat dhe **është objekt operimi njëherësh i shëndetit publik apo mjekësisë komunitare dhe mjekësisë klinike, në ndërveprim midis tyre**.

Parandalimi tretësor (**terciar**) realizohet në atë stad të 'historisë natyrore' të sëmundjes *'disease'*, kur ajo është bërë tanimë e manifestueshme klinikisht (=*'illness'*) dhe konsiston pikërisht në cilësinë e kujdesit mjekësor për të realizuar shërimin dhe shmangur apo minimizuar paaftësinë, **duke u paraqitur kështu objekt operimi i vetëm mjekësise klinike**.

Parandalimi katërsor (**kuaternar**), me **postulatin e tij bazë "*primum non nocere*"**, përkufizohet si "ndërhyrja, veprimi, aksioni i ndërmarrë për të mbrojtur individët (personat e shëndetshëm / pacientët) nga ndërhyrjet mjekësore që mund të shkaktojnë më shumë dëm sesa të mirë, për të identifikuar pacientin në risk të mbi-medikalizimit (mbi-mjekimit), për ta mbrojtur atë nga invadimi i barnave të reja dhe për t'i sugjeruar atij ndërhyrje që janë të pranueshme nga ana etike".

Shëndeti publik apo mjekësia komunitare dhe mjekësia klinike shihen shpesh si dy ngrehina disiplinore të ndara plotësisht mes tyre, koncept ky i gabuar, sepse shëndeti i individit dhe shëndeti i komunitetit janë të ndërlidhur dhe të ndërvarur. Çka nënkupton se këto dy ngrehina të ndryshme disiplinore janë të tilla vetëm në një pamje të parë dhe të përcipët, ndërkohë që thelbësisht ato nuk janë tjetër veçse dy kompartimente të së njëjtës ngrehinë disiplinore – mbretërisë së mjekësisë, të ndërlidhura mes tyre e të ndërvarura reciprokisht. Qasja e shëndetit publik dhe qasja klinike e vërtetojnë katërcipërisht këtë pohim.

Qasja e shëndetit publik, në konceptin e vet ideal, merret me komunitetet – shëndetin komunitar. Kjo qasje e ve theksin tek parandalimi primordial, ai parësor, si edhe ai dytësor. Në nivelin e komunitetit, dallimi ndërmjet parandalimit dhe mjekimit mund të mos jetë i qartë. Fushëveprimi i shëndetit publik është shumë më e gjerë se ai i qasjes klinike, sepse ai përfshin hulumtimin e aspektit 'etiognosis', pra të shkakësisë, i cili është i pamundshëm për t'u realizuar në nivelin e indvidit-pacient të mjekësisë klinike.

Nderkaq, **qasja klinike** merret me individët, familjet. Misioni i ofruesit të shërbimit (=klinicistit) është të bësh më të mirën e mundshme për pacientin. Edhe pse është kritikuar për një vëmendje të pamjaftueshme për parandalimin, mjekësia klinike nuk është e lidhur në mënyrë inherente vetëm me aspektin e mjekimit (trajtimit, kurimit) të pacientit, por edhe me parandalimin. Faktikisht, në dekadat e fundit janë rritur dukshëm koha dhe burimet që i përkushtohen parandalimit të sëmundjes *'disease'*,

veçanërisht në fushën e parandalimit dytësor (skrinimi apo depistimi). Klinicistët pediatër kanë vënë prej kohësh theksin mbi parandalimin parësor. Nga ana tjetër, vërtet që më e brendshmja, me intrinseke për qasjen klinike është fokusi mbi individin, ose ndonjëherë edhe familjen, lidhur me diagnozën dhe ndërhyrjen terapeutike, me synim realizimin e parandalimit tretësor, pra shërimin (ndonëse thelbësisht pa *restitutio ad integrum*), por ndërkohë, edukimi dhe promocioni shëndetësor ndaj pacientit dhe edhe rrethinës së vet familjare mbetet ana tjetër e medaljes së *modus operandi* të çdo mjeku klinicist.

Si përfundim, le të shpresojmë që shtjellimi i mësipërm i raporteve ndërmjet shëndetit publik (apo mjekësisë komunitare apo mjekësisë parandaluese (preventive)) me mjekësinë klinike i ka dhënë përgjigje shteruese pyetjes bazë "Fokusi te shëndeti apo te sëmundja?" të kësaj përmbledhjeje të këtij libri.

SUMMARY

"FOCUS ON HEALTH OR DISEASE?" (PROMOTION AND PROPHYLAXIS REPORTS WITH DIAGNOSTICS AND MEASUREMENT)

The question "Focus on health or disease?" takes its initiative in the two 'kingdoms' of medicine: **community medicine (or public health or preventive medicine) and clinical medicine**, which differ essentially between them. While in clinical medicine the actor is the clinician and his/her client is the individual-patient, in community medicine he/she is the epidemiologist and his/her client is the community, i.e. the population, understood not as the numerical sum (=numerator) of only individuals-patients, but as the plural of all individuals components of the community or population – healthy and sick. These differences dictate the undertaking of efforts to achieve the equilibrium (=balance) between the community and the individual.

The question **"Focus on health or disease?"** is a question, the answer to which would essentially boil down to such questions as "What is health and what does 'healthy' mean" and "what is disease and what does "sick" mean in relation to "history nature of the disease'?';
"What is community medicine (or public health) and clinical medicine and what is the relationship between them: opposition or interaction?";
"What is the process of knowledge ('***gnosis***') in public health (community medicine) and clinical medicine regarding etiology or causation ('***etiognosis***'), diagnosis ('***diagnosis***'), and prognosis ('***prognosis***')?"; as well as
"What is prevention related to the *'natural history of disease*' and what is its relationship to public health (community medicine) and clinical medicine?".
These are questions, which actually express the relations of health promotion and prophylaxis of community medicine, i.e. public health, to the diagnosis and treatment (medication, cure) of clinical medicine, and vice versa.

And it is precisely the concept of the term "disease" in the sense of '***sickness***', '***disease***' and '***illness***' (a single term in Albanian and/or Neo-Latin languages versus three meaningful Anglo-Saxon terms with different meanings), **the concept of '*natural history of the disease*', the concept of the "'*continuum*' of the disease in nature"**, as well as the ***concept of 'epidemiology and that of causality in epidemiology'***, those that would constitute the scientific foundation of the response to the baseline question and the underlying questions above.

Based on the *'natural history of the disease*', the '***sickness***' represents the widest time span on the axis of the time course **t** [***time***], which includes the '***predicament***' of the '***disease***', which in its turn includes '***illness***'.

'*Disease*' is an anatomical (morphological), biochemical, physiological, and/or psychological disorders, which is installed and develop in the human organism as a result of the action (impact) of the relevant cause, i.e. the ensemble (totality) of the relevant *risk factors* (=*determinants*) at a moment of time '**t_0**' of the *'natural history of the disease*' in the time progression '**t**', the realization of which action was enabled by the 'social, psychological and economic prediction or premonition' of placing the individual-patient in his/her surrounding environment. It is precisely the '*disease*', or otherwise the '*marked* (*targeted*) *disorder*' (the most accurate term), which, in relation to the etiology, pathogenesis, clinical picture or presentation, therapeutic management and prognosis, is elaborated in the textbooks in clear-cut way.
Meanwhile, '*illness*', a constituent part of '*disease*' in the *'natural history of the disease*' in the course of time '**t**', is none other than the clinical manifestation of the anatomical-biochemical-physiological-psychological *'marked disorder*', i.e. the '*disease*' at a subsequent time point '**t_1**', with the set (=cluster) of clinical symptoms and clinical signs that, together with the relevant laboratory tests, reflect the '***case definition***' of '*disease*', on which the clinical '*diagnosis*' is based, namely the *modus operandi* of the clinician.

But, it should always be taken into consideration that, **for nature, there is no division '*sick*'/'*not sick*' in relation to any '*disease*'**. **In nature, the '*disease*' is presented with a *continuum* of its severity. The categorical dichotomous (binomial) division of '*sick*' and '*not sick*' with the '*disease*' *of interest*** is **done by convention** (**agreement**) precisely **by clinical medicine**, because without such a division it would not be able to operate. And, consequently, the ***'case definition***', i.e. the set of clinical symptoms and signs and the corresponding diagnostic tests for each '*disease*' of **the International Classification of Diseases** (**ICD**) it is conventional bottom and top. Without the definition of the case, a *diagnosis* cannot be made at the moment **t1** of the '***natural history of the disease***' (where the '*disease*' manifests itself clinically with the '***illness***'). It is a moment of crucial importance in clinical medicine, but with the same importance in the epidemiological point of view, because its quantitative deficiencies and qualitative flaws directly affect the epidemiological surveillance data.

The most prominent illustration is provided by **the field of infectious diseases**, where **the postulate** "***infection is different from disease***" is well known, i.e. "not every infected person gets sick". Specifically, *the infection/illness ratio* for any '*infectious disease*' is never 1/1 (with the exception of measles), but at least 2/1, to reach 5/1 or 20/ 1 (e.g. rubella), 100/1 (e.g. cholera), or even 1000/1 (e.g. paralytic poliomyelitis), which means that for clinical medicine, the individual with the '*infectious disease of interest*' but without the '*illness*' is not sick [ill], while for nature he/she is sick with the respective *'infectious disease*'.

The situation is the same in **non-infectious chronic diseases**, in **neoplastic diseases**, in **mental diseases**, i.e. ***in all diseases***. *Myocardial infarction* has coronary heart disease as its substrate, but coronary heart disease itself does not necessarily end in myocardial infarction. *Neoplastic diseases* (cancer) have in their substrate initial changes at the subcellular level, but only in a proportion of cases these changes escalate at the cellular level. There is a dose of *psychopathy* in every individual, but he/she can never be labeled as mentally ill.

We emphasize that the most accurate term from scientific and generalization perspective would be '**health events**' (including '**health status**') versus the '**disease**'. *Accident*, *trauma* or *poisoning* is a '*health event*' and not a '*disease*'. *Death* is absolutely a '*health event*'. **Which means that any 'disease' is essentially a 'health event', but not all 'health events' are 'diseases'.** However, it is the term '*disease*' that has virtually acquired the ownership use of "*scientific divulgation*".

'***Gnosis***' ***(= recognition***, ***=knowledge***) is essential in both the kingdoms of medicine: *clinical medicine* and *community medicine or public health*. It is a category of probability because it is based on an incomplete set of facts. And, when we talk about '*gnosis*', we mean its three aspects – '***etiognosis***', '***diagnosis***', and '***prognosis***'.

'***Diagnosis***' is *precisely the diagnosis* (*based on the **definition of the case***) *of* '*disease*' at the moment of its '*disease*' clinical manifestation at the moment **t1** of the '*natural history of the disease*'. We reiterate the importance of its accuracy both for clinical medicine (accurate diagnosis for the individual who is a patient) and for community medicine (accurate epidemiological determination of the specific weight of the *disease of interest* in the population).

'***Prognosis***' relates to the advancement of the disease from **t1** to its end (recovery as the best option and death as the worst) at the right next moment so-called **t2** of the '*natural history of the disease*'. In *clinical medicine*, *prognosis* relates to treatment (i.e. medication), that is, *the quality of medical care*, while in *community medicine or public health*, the spectrum of prognosis extends much more, because it implies the future advancement *of the disease of interest in the community/population*, a prediction that epidemiological research achieves.

Meanwhile, '***etiognosis***' is almost the "property" of *community medicine*: one of the main directions of epidemiology is the study of causality, the determination of the relationship between cause and the disease of interest, with the ultimate goal of intervention for control and prevention.

The individual lives and develops his/her own life activity in the micro-, and macro-physical, chemical, biological, and social environment that surrounds him/her. This environment carries a vast and varied range of physical, chemical, biological, and social factors that act upon the individual by defining (determining) the risk of the installation of ill health (disease) in him/her. Meanwhile, even the individual carries his/her own specifics in the way of behaving, acting and living in the surrounding environment, which can also act as a **risk determinant** (**=risk factor**) **of the disease**. We have **the environmental or individual risk factors** (**=risk determinants**), as well as the person on which they operate. We also have **the medical implication of this action**, which is characterized by relevant organic (path-morphologic), physiological (physical-pathological) and / or psychological damages that at one time (hours, days, months or years) then become or are not (apparently) apparent, accessible through relevant clinical signs and symptoms.

Regarding **causation**, its complexity must always be taken into consideration:
(i) biological and behavioral factors, (ii) environmental factors; (iii) immunological factors, (iv) nutritional factors, (v) genetic factors, (vi) social, economic, spiritual factors, as well as (vii) factors related to health and/or social services (availability, accessibility, quality, etc.).
Or, according to another classification point of view: (i) predisposing factors (such as age, sex, previous illness), (ii) enabling factors (such as income, nutrition, housing, availability of medical care), (iii) precipitating factors (such as exposure to a particular disease or toxic agent), and (iv) exacerbating factors (such as repeated exposure, type of work, deprivation).
The detailed elaboration on causation shows that: (i) it is never a single cause (=single causal component, single determinant/risk factor) that, even if it is a ***necessary cause***, is capable of causing alone the effect (=implication, disease) of interest; (ii) the necessary cause is a constituent component of the ***sufficient cause***; and (iii) the sufficient cause is a **mosaic of causal components, necessary and unnecessary, acting together in ensemble (=as a whole) and in interaction with each other**. But **it's not just interaction**. Even **interaction is only form**. While **the content is the** afore-mentioned **'chain of causation concept'**.

Epidemiology, (biostatistics is implied as its inherent component), is the basic science of public health. Consequently, **as a community medicine science, epidemiology focuses precisely on the group-community-population** ignoring the peculiarities of the individual. It is based **firstly** on the fact that **population sickness does not happen by chance**, and **secondly**, that **the disease has causal factors and preventive factors (precautionary)** that can and should be identified through systematic research of different populations or groups of individuals within a population in different countries or at different times. Focused on the population and based on these two concepts, **epidemiology studies the disease (overall health outcomes) in the population regarding distribution, frequency and its risk determinants, and applies this study to control and prevent the disease**.

It is totally understandable the crucial role of epidemiology in community medicine, i.e. in the public health process, where it constitutes the scientific axis. But what is the role of epidemiology in clinical medicine?

In his clinical practice, the clinician faces the diagnosis and tries to manage the patient, and he/she historically thought that he/she basically practices **"the art and science of clinical medicine"**; (**'art'** is based on such elements as our conviction, judgment, and intuition, which are unexplainable to us, while **'science'** in knowledge ['*gnosis*'], our logic and experience, as explainable elements). However, events and requirements in clinical practice, encountered at different times and in different situations, made the clinician aware of the need to apply in clinical practice of **"clinical oriented epidemiology" or "clinical epidemiology"**, as a scientific basis for the interpretation of clinical phenomena, until the necessity of combining the clinical medicine with clinical epidemiology was finally fully understood. The recognition by the clinicians of the principles of epidemiology and the application of their beliefs, judgments and intuitions that make up the "art" of medicine, helps the

clinician realize in his/her clinical practice with the individual-patient essential improvement of the accuracy and efficiency of diagnosis and prognosis, as well as effectiveness of management. **The thesis that epidemiology constitutes the basic science of medical prevention was also extended to clinical (curative) medicine by arguing conclusively that epidemiology is "the science of the art of medicine"**.

Our natural condition is good health. But, **"*sickness* is felt, while *good health* is not felt at all"**, says an ancient Chinese proverb. Consequently, *health* has received less philosophical attention than the *disease*. The conceptual terrain in the case of health is a bit more complex than that of the disease. It is precisely with this ground that the current definition of health is related. **The World Health Organization (WHO) defines *health* as "a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease, being a fundamental right of every human being (health equity)"**. Although this WHO definition has been criticized due to the difficulty in defining and measuring the "full" quality of the "*welfar*e", that is, 'the qualitative adjective' "complete" for the noun "well-being", it essentially implies that **"*health* is a condition characterized by anatomical, physiological and psychological integrity of the individual; the ability of the individual to perform (to act in practice) values, moral norms and the role of family, community and society; the ability of the individual to cope with physical, biological, psychological and social stress; a sense of well-being; and, lastly, the freedom from the risk of the '*disease*' and *premature death*"**.

So *health* is a complex concept. It means **that the field of *Public Health*** presents the same complexity: in *Public Health* different disciplines such as biology, sociology, psychology, economics, agriculture and veterinary medicine, education, culture, environmental protection, etc. are combined with medicine, having as a basic method operation ***epidemiology*** (**implicitly implied *biostatistics* as an integral part of epidemiology**). It means that ***the medical model of health* cannot be understood disconnected from *the social model of health*: they intertwine rather than contrast**.

Specifically, ***the medical model of health*** consists in: (i) the focus is that '*disease*' is considered the opposite of *health*; (ii) clinical medicine or the diagnosis and treatment of the sick individual is what implies *tertiary prevention*, i.e. quality of medical care; and (iii) *public health or community medicine* is the one that carries out *the community diagnosis* and *primary* and *secondary prevention*, having in its essence the study of the causality (cause-effect relationship) on the basis of cause (ensemble of risk factors or risk determinants) proximal in the sense of connection due to proximal-related disease. Whereas ***the social model of health*** consists in: (i) health is the result of the effects of all factors affecting the individual, the family or the community, through different path-ways; (ii) i.e. the study of causation extends to **the concept of '*causality chain* '** – "cause of cause", "cause of cause of cause", ..., or in general *a chain of now distal causes* (each cause considered always as an ensemble of risk factors or determinants), where the conclusion is the proximal cause directly related to the disease or ill health.

The basic goals of medicine are (i) to promote health, (ii) to maintain health, (iii) to restore (renewing) health when it is impaired, and (iv) to minimize physical and/or mental suffering. These basic goals are embedded (included) in the term '**prevention**'. Prevention represents the essential moment of medical philosophy, synthetically expressed in the **"*better prevent than treat*" postulate**. The breadth of the concept of '*prevention*' and directions of intervention for its realization, explains the variety of models, approaches and strategies of this process. Except that his scientific understanding requires as *a sine qua non condition*: (i) the founding of the prevention in the concept of '*natural history of the disease*'; (ii) the founding of prevention in the broad concept of causation; and (iii) the founding of prevention in the concept of inclusiveness (individual-community-and the whole society as actors), guided by Dostoevsky's philosophical principle ***"We are all responsible for everything"*** (**Dostoevsky**).

Prevention would be defined as the actions/interventions undertaken to eradicate, eliminate or minimize the *disease*`s impact and *disability*, or if none of these would be possible, then the aim would be to delay the progress of the *disease* and *disability*. The concept of prevention is defined or best defined in the context of its traditional, primary, secondary, tertiary (and/or quaternary) levels, as well as their predecessors – primordial prevention.

Primordial prevention consists on interventions, actions, measures taken to stop the appearance or development of risk factors (determinants), component of the consequential ensemble, these environmental (biological, physical, chemical) factors, economic, social, behaviour and lifestyle, etc. So, it is to be undertaken before the installation of the '*predicament*' *phase* (the pre-initial part of the disease in the '*natural history of the disease'*), represented by individual and community education and **is the sole object of public health or community medicine operation**.

Primary prevention would be defined as **the action or intervention that is undertaken before the onset of the '*disease*'**, i.e. prior to the onset of specific morphological, biological, physiological or psychological changes associated with the linked '*disease*', and implies intervention in the stage of its pre-pathogenesis, with the aim of preventing the '*disease*' totally or to prevent the onset of the '*disease*'. **This operation is primarily a public health or community medicine operation, but does not exclude, in certain cases, clinical medicine**, and consists in ***"health promotion"***, namely in the health education, environmental modification, nutrition or nutrition interventions, changes of behaviour and lifestyle, as well as in ***"specific protection"***, namely, vaccination , chemoprophylaxis, use of nutrients and specific supplements, protection against occupational injuries, food safety, environmental pest control (air pollution, etc.).

Secondary prevention is defined **as the action/intervention undertaken to stop the progression of '*disease*' to its development in clinical manifestation** (= '*illness*') with relevant clinical signs and symptoms and the relevant laboratory tests (='***case definition*** '). It consists on **early diagnosis** (=***screening tests***) and adequate treatment and **is an operation subject to both public health or community medicine and clinical medicine, in interaction between them**.

Tertiary prevention is carried out at that stage of the 'natural history of the disease', when it

has already become clinically manifest (=**'illness'**) and consists precisely in ***the quality of medical care*** to cure and to avoid or minimize disability, by **being presented only as an operation for clinical medicine**.

Quaternary prevention, with its basic postulate "*primum non nocere*", is defined as "intervention, action undertaken to protect individuals (healthy persons/patients) from medical interventions that may cause more harm than good well, to identify the patient at risk of over-medicalization (over-medication), to protect him from the invasion of new drugs and to suggest to him interventions that are ethically acceptable".

Public health or community medicine and clinical medicine are often seen as two completely different disciplinary frameworks, a misconception because the individual's health and community health are interrelated and interdependent. Which implies that these two different disciplinary frameworks are such only in a first and superficial view, while fundamentally they are but two compartments of the same disciplinary framework – the kingdom of medicine, which are interrelated between them and mutually interdependent. Public health approach and clinical approach prove this statement.

The public health approach, in its ideal concept, deals with communities – community health. This approach emphasizes primordial, primary, and secondary prevention. At community level, the difference between prevention and treatment may not be clear. The scope of public health is much broader than that of a clinical approach, because it involves the research of 'etiognosis/aetiology', the research of causality, which is unlikely to be accomplished at the level of an independent patient in clinical medicine.

Meanwhile, **clinical approach** deals with individuals, families. The service provider's mission (=clinician) is to do the best for the patient. Although criticized for an insufficient attention to prevention, clinical medicine is not only inherently related to the treatment (treatment, cure) of the patient, but also to the prevention. In fact, in recent decades, time and resources devoted to prevention of the 'disease' have been significantly increased, especially in the area of secondary prevention (screening). At times, clinicians have emphasize the importance of the primary prevention. On the other hand, it is true that the inner, intrinsic of clinical approach is the focus on the individual, or sometimes even the family, regarding the diagnosis and therapeutic intervention, with the aim of realizing tertiary prevention, i.e healing (though essentially without *restitutio ad integrum*) but meanwhile, education and health promotion to the patient and also to his/ her family environment remains the other side of the medal of modus operandi of every clinician.

In conclusion, let's hope that all of the above elaboration of the relationship between public health (or community medicine or preventive medicine) with clinical medicine has given an exhaustive answer to the basic question "Focus on health or disease?" of this summary of this book.



Profesor Eduard Kakarriqi, MD, MSc, PhD

Përfundon (1971) Fakultetin e Mjekësisë (Universiteti i Tiranës) me rezultate maksimale ("I Dalluar" [='*Cum Laude*'] në Diplomën Universitare) dhe fillon karrierën shkencore (janar 1972) në Institutin e Higjienës dhe Epidemiologjisë – IHE, (emërtuar më 1982 Instituti Kërkimor i Higjienës, Epidemiologjisë dhe Prodhimeve Imunobiologjike – IKHEPI, dhe më pas, më 1994 e në vijim dhe aktualisht, Instituti i Shëndetit Publik – ISHP, me karakter njëherësh kërkimor-shkencor dhe universitar).

Kryen specializimin e plotë pasuniversitar dyvjeçar (1972-73) në Mikrobiologji (Diploma përkatëse), ndjekur nga ai pasuniversitar dyvjeçar (1974-75) në Virologji dhe Epidemiologji (Diplomat përkatëse), dhe specializimin ne Bioteknologji Virale dhe Epidemiologji (1976, National Institute for Vaccines and Sera Production, Pekin, Kinë (Diploma përkatëse)).

Fillon dhe vijon në vazhdimësi të pandërprerë (nga 1977 deri më 2022) aktivitetin kërkimor-shkencor (IHE – IKHEPI – ISHP) në Virologji dhe Bioteknologji Virale, Imunologji e Aplikuar, dhe veçanërisht Epidemiologji, shoqëruar me specializime afat-mesme: më 1984 – Bioteknologji Virale dhe Epidemiologji të Sëmundjeve Virale, Istituto Sieroterapico Milanese "Belfanti", Milano, dhe Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano "Sclavo", Siena, Italy (Diplomat përkatëse),
më 1995 – Shkëmbim eksperience shkencore, Instituto Superiore di Sanita', Romë, Itali,
në 1993–1994 – 'Master of Science in Epidemiology', The Netherlands Institute for Health Sciences, Erasmus University Medical School, Rotterdam, Hollandë, Diploma përkatëse),
si dhe dhjetëra kualifikime dhe/ose këmbim-eksperience afat-shkurtëra në vende të ndryshme (kryesisht të Europës).

Është autor i 13 Monografive në Shqip (10) dhe Anglisht (3); autor (dhe bashkautor) i dhjetëra artikujve shkencorë të publikuar (periudha 1978-2020) në Revistat Shkencore në Shqip dhe Revistat Shkencore Ndërkombëtare, autor në Përkthim dhe Përshtatje (Adaptim) i 3 (tre) Monografive (Udhëzues Teknikë) të OBSh-së, përfshirë dhe Vëllimet 1 dhe 2 të ICD-10, autor në një sërë Referatesh dhe Kumtesash Shkencore në Konferenca-Simpoziume-Mbledhje Shkencore të organizuara Brenda Vendit dhe Jashtë Vendit.

Spikat edhe angazhimi i tij mbi problemet e drogave psiko-aktive në Shqipëri – Kryetari i Qendrës Kombëtare të Grumbullimit të Informacionit për Drogën në Shqipëri (1996–2016), Koordinatori Kombëtar i Programit PHARE (1996–2002), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-CARDS (Bashkimi Europian) (2008–2009), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA3 (Bashkimi Europian) 2010–2011), Korrespondent Kombëtar i Projektit EMCDDA-IPA4 (Bashkimi Europian) (2012–2014).

Aktiviteti i tij administrativ-organizativ (krahas aktivitetit kërkimor-shkencor dhe pedagogjik) përfaqësohet nga pozicionet ‘Shef i Departamentit të Imunologjisë’ – ISHP (ISHP, 1991–1994), ‘Zëvendës Drejtor Ekzekutiv’ i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 1994–1998),’Shef i Departamentit të Epidemiologjisë (të Sëmundjeve Infektive dhe Sëmundjeve Jo-Infektive) dhe Biostatistikës’ – ISHP (ISHP, 1994–2005),‘Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive’ – ISHP (ISHP, 2005–2006), Drejtor Ekzekutiv i Institutit të Shëndetit Publik – ISHP (ISHP, 2006–2007), ‘Shef i Departamentit të Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore’ – ISHP (ISHP, 2007–2020), Kryetar i Grupit Teknik Kombëtar të Imunizimit [National Immunization Technical Advisory Group, NITAG] dhe Ekspert Senior – ISHP (2020 e pas).

Akvitetin kërkimor-shkencor e ka pasur gjithmonë të ndërthurur me atë pedagogjik në nivel universitar dhe nivel pasuniversitar (periudha 1995–2024 e vijim), fillimisht si pedagog i jashtëm e më pas si pedagog efektiv në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës (aktualisht Universiti i Mjekësisë i Tiranës).
Aktiviteti pedagogjik (1995–2024 e vijim), i cili kulmon me emërimin ‘Dekan i Parë i Fakultetit të Shëndetit Publik’, shkurt 2013– maj 2014, të Universitetit të Mjekësisë të Tiranës, qysh në themelimin e tij në shkurt 2013), përfshin përpilimin, zhvillimin e detajuar dhe venien në jetë (udhëheqje dhe mësimdhënie), me përditësim të herë-pas-hershëm, e një sërë kurrikulave të nivelit universitar dhe atij pasuniversitar në fushën e Shëndetit Publik, kryesisht në lëndën e Epidemiologjisë.

Më 1987 mbron Gradën Shkencore ‘Doktor i Shkencave’ (zyrtarizuar ‘PhD’ më 1993),
merr titullin ‘Punonjës i Shquar i Shkences dhe Teknikës’ më 1990,
merr titullin ‘Profesor i Asocijuar’ më 1995,
merr titullin ‘Profesor’ më 2001.



Professor Eduard Kakarriqi, MD, MSc, PhD

He was graduated (1971) from the Faculty of Medicine (University of Tirana) with maximum results ("Distinguished" [='Cum Laude'] in the University Diploma) and began his scientific career (January 1972) at the Institute of Hygiene and Epidemiology – IHE, (named in 1982 the Research Institute of Hygiene, Epidemiology and Immunobiological Products – RIHEIP, and then, in 1994 onwards and currently, the Institute of Public Health – ISHP, with both a scientific research and university character).

He completed full postgraduate specialization (1972-73) in Microbiology (relevant Diploma), followed by full postgraduate specialization (1974-75) in Virology and Epidemiology (relevant Diplomas), and specialization in Viral Biotechnology and Epidemiology (1976, National Institute for Vaccines and Sera Production, Beijing, China (relevant Diploma)).

He begins and continues uninterruptedly (from 1977 to 2022) the scientific research activity (IHE – IKHEPI – ISHP) in Virology and Viral Biotechnology, Applied Immunology, and especially Epidemiology, accompanied by medium-term specializations: in 1984 – Viral Biotechnology and Epidemiology of Viral Diseases, Istituto Sieroterapico Milanese "Belfanti", Milan, and Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano "Sclavo", Siena, Italy (respective diplomas),
in 1995 – Scientific experience exchange, Instituto Superiore di Sanita', Rome, Italy,
in 1993–1994 – 'Master of Science in Epidemiology', The Netherlands Institute for Health Sciences, Erasmus University Medical School, Rotterdam, Netherlands, respective diplomas),
as well as dozens of qualifications and/or short-term experience exchanges in different countries (mainly of Europe).

He is the author of 13 Monographs in Albanian (10) and English (3); author (and co-author) of dozens of scientific articles published (period 1978-2020) in Scientific Journals in Albanian and International Scientific Journals, author of Translation and Adaptation (Adaptation) of 3 (three) WHO Monographs (Technical Guidelines), including Volumes 1 and 2 of ICD-10, author of a series of Scientific Papers and Presentations at Conferences-Symposia-Scientific Meetings organized within the Country and Abroad.

His commitment to the problems of psychoactive drugs in Albania also stands out - Chairman of the National Center for Drug Information Collection in Albania (1996–2016), National Coordinator of the PHARE Program (1996–2002), National Correspondent of the EMCDDA-CARDS Project (European Union) (2008–2009), National Correspondent of the EMCDDA-IPA3 Project (European Union) 2010–2011), National Correspondent of the EMCDDA-IPA4 Project (European Union) (2012–2014).

His administrative-organizational activity (in addition to scientific-research and pedagogical activity) is represented by the positions 'Head of the Department of Immunology' – IPH (IPH, 1991–1994), 'Deputy Executive Director' of the Institute of Public Health – IPH (IPH, 1994–1998), 'Head of the Department of Epidemiology (of Infectious and Non-Infectious Diseases) and Biostatistics' – IPH (IPH, 1994–2005), 'Head of the Department of Epidemiology and Control of Infectious Diseases' – IPH (IPH, 2005–2006), Executive Director of the Institute of Public Health – IPH (IPH, 2006–2007), 'Head of the Department of Epidemiology and Health Systems' – IPH (IPH, 2007–2020), Chair of the National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) and Senior Expert – IHP (2020 onwards).

His research and scientific activity has always been combined with his teaching at the undergraduate and postgraduate levels (period 1995–2024 onwards), initially as an external lecturer and then as an effective lecturer at the Faculty of Medicine of the University of Tirana (currently the University of Medicine of Tirana).

His teaching activity (1995–2024 onwards), which culminated in the appointment of 'First Dean of the Faculty of Public Health', February 2013– May 2014, of the University of Medicine of Tirana, since its establishment in February 2013), includes the compilation, detailed development and implementation (leadership and teaching), with periodic updates, of a series of undergraduate and postgraduate curricula in the field of Public Health, mainly in the subject of Epidemiology.

In 1987 he defended his scientific degree Doctor of Science (officially PhD in 1993),
received the title "Distinguished Worker of Science and Technology" in 1990,
received the title "Associate Professor" in 1995,
received the title "Professor" in 2001.