

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Zj. FATJONA KRAJA

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: LENDËT BIOMJEKËSORE DHE EKSPERIMENTALE

**TEMA: VLERËSIMI I GJENDJES SHËNDETËSORE DHE
FAKTORËT SOCIAL-EKONOMIKË E TË MËNYRËS SË
JETESËS NË POPULLATËN ADULTE SHQIPTARE**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. LULJETA ÇAKËRRI

MBROHET ME DATË/..... / 2020

PARA JURISË

1. PROF. EFROSINA KAJO

KRYETAR

2. PROF. GENTIAN VYSHKA

ANËTAR (OPONENT)

3. PROF. GENC BURAZERI

ANËTAR (OPONENT)

4. PROF. ASOC. LEONARD DEDA

ANËTAR

5. PROF. ASOC. HELIDON NINA

ANËTAR

Përmbajtja

Parathënie.....	III
Falenderime.....	IV
Lista e Akronimeve.....	V
1. Hyrje	VI
1.1. Roli dhe ndikimi i faktorëve social-ekonomikë në gjendjen shëndetësore.....	VI
1.2. Mënyra e jetesës dhe faktorët kryesorë të riskut që ndikojnë në shëndet... XVIII	
1.3. Vetë-perceptimi i shëndetit, një instrument i rëndësishëm për vlerësimin e shëndetit të popullatës.....	XXVII
2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit	1
2.1. Qëllimi i Studimit.....	1
2.2. Objektivat Specifike të Studimit	1
2.3. Hipotezat e Studimit.....	3
3. Metodologjia.....	5
3.1. Popullata në Studim	5
3.2. Mbledhja e të Dhënave.....	7
3.3. Analiza Statistikore	9
4. Rezultatet	10
5. Diskutimi.....	34
5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit	34
5.2. Krahasimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës	36
6. Përfundime	45
7. Rekomandime	47
8. Referencat	49

Parathënie

Ky studim ofron evidencë të re dhe shumë të rëndësishme mbi ndikimin që kanë faktorët social-ekonomikë dhe të mënyrës së jetesës në vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore në popullatën adulte shqiptare. Nga ky këndvështrim, punimi i paraqitur mundëson një panoramë të detajuar të shpërndarjes së këtyre faktorëve në popullsinë shqiptare, si përcaktues të gjendjes shëndetësore të saj.

Punimi aktual përcakton qartë disa elemente thelbësorë që ndikojnë në mënyrën e perceptimit të gjendjes shëndetësore të popullsisë në vendin tonë jo vetëm sipas zonave gjeografike, por edhe sipas gradientit urban-rural.

Në këtë drejtim, nuk janë bërë ndërhyrje të rëndësishme në vendin tonë përsa i takon studimit të faktorëve social-ekonomikë dhe të mënyrës së jetesës së popullatës, lidhur me vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore, si një element thelbësor në vlerësimin e shëndetit të popullatës gjatë dekadave të fundit. Megjithëse, ka patur ndërhyrje të ndryshme në grup-mosha të kufizuara, për vlerësimin e gjendjes shëndetësore nëpërmjet vetë-raportimit, studimi ynë përzgjedhi një kampion të madh përfaqësues nga mosha 35 vjeç.

Studimi aktual përshkruan në mënyrë të hollësishme shpërndarjen e faktorëve social-ekonomikë dhe demografikë, si dhe të mënyrës së jetesës në të gjithë Shqipërinë edhe shpërndarjen specifike sipas zonave urbane përkundrejt zonave rurale. Shpërndarja e këtyre faktorëve në këtë punim është analizuar e lidhur ngushtë me praninë e sëmundjeve dhe të gjendjeve shëndetësore kronike në popullsinë adulte shqiptare. Faktorë të tillë si mosha e avancuar, gjinia femër, niveli i ulët i edukimit, papunësia, niveli i varfërisë dhe konsumi i duhanit, janë të lidhur ngushtë me vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore të dobët të popullsisë në vendin tonë. Përveç këtyre faktorëve të rëndësishëm që ndikojnë në gjendjen shëndetësore, analiza e të dhënave në studimin aktual përfshin edhe varësinë e treguesve social-ekonomikë me gjendjen aktuale të sëmundshmërisë kronike të popullatës adulte shqiptare.

Përfundimet e këtij studimi janë shumë të rëndësishme përse i pëket sigurimit të një informacioni koherent dhe të besueshëm mbi gjendjen shëndetësore të popullatës shqiptare dhe të faktorëve kryesorë që ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në shëndetin e saj, për mbarëvajtjen dhe mirë-funksionimin tërësor të sistemit shëndetësor në vendin tonë. Një tjetër përfundim specifik shumë i rëndësishëm i këtij punimi lidhet me theksimin e nevojës për përcaktimin e strategjive për ndërhyrje energjike nga organet vendim-marrëse dhe personeli shëndetësor, për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës në vendin tonë, sidomos në shtresa të caktuara të shoqërisë.

Rezultatet e këtij studimi do t'i shërbejnë jo vetëm mjekëve klinikistë, specialistëve të shëndetit publik, mjekëve të familjes, por edhe të gjithë punonjësve të sistemit të shërbimeve shëndetësore në vendin tonë në të gjitha nivelet, veçanërisht politikë-bërësve dhe vendim-marrësve të sektorit shëndetësor që janë të interesuar në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve dhe indikatorëve shëndetësorë të popullatës Shqiptare.

Falenderime

Dëshiroj të falënderoj përzemërsisht udhëheqësen time shkencore, Prof. Dr. Luljeta Çakëri për mbështetjen dhe inkurajimin e saj të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së punimit tim shkencor dhe hartimit të disertacionit përfundimtar.

Dëshiroj të falënderoj gjithashtu të gjithë kolegët e INSTAT dhe EUROSTAT me të cilët kam bashkëpunuar për realizimin e këtij punimi që gjithashtu më krijuan një atmosferë inkurajuese, mbështetëse dhe miqësore.

Falënderime kam edhe për të gjithë miqtë që më kanë mbështetur fuqimisht në të gjitha etapat e këtij studimi.

Së fundi, falënderimet më të veçanta i'a rezervoj familjes sime, djalit dhe bashkëshortit tim dhe prindërve për mbështetjen e vazhdueshme dhe inkurajimin e pashtershëm përgjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

Lista e Akronimeve

BE - Bashkimi Evropian

BMI - Indeksi i Masës Trupore

CH - Cirroza Hepatike

IC - Insulti Cerebral

IKM - Instituti Kombëtar i Mjekësisë

IL - Interleukina

IM - Infarkt i Miokardit

KKK - Këshilli i Kërkimit Kombëtar

LSMS - Anketa e Matjes së Nivelit të Jetesës

MB - Mbretëria e Bashkuar

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë

PCR - Proteina C-Reaktive

PPB - Prodhimi i Përgjithshëm Bruto

QKSSH - Qendra Kombëtare për Statistikat Shëndetësore

RWJF - Robert Wood Johnson Foundation

SAGE - Studimi mbi Moshimin Global dhe të Shëndetit të Adultëve

SCV - Sëmundjet Cerebrovaskulare

SDH - Përcaktorët Socialë të Shëndetit

SHBA - Shtetet e Bashkuara të Amerikës

SHSHK - Shërbimit Shëndetësor Kombëtar

SI - Sistemi Imun

SIZ - Sëmundja Ishemike e Zembrës

SKV - Sistemi Kardio-Vaskular

SKZ - Sëmundja Koronare e Zembrës

SKZHI - Strategjia Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim

SNS - Sistemi Nervor Simpatik

VPSH - Vetë-Perceptimi i Shëndetit

1. HYRJE

1.1. Roli dhe ndikimi i faktorëve social-ekonomikë në gjendjen shëndetësore

Përveç faktorëve gjenetikë, njerëzit çdo ditë përballen edhe me pasoja shëndetësore që vijnë si pasojë e zgjedhjeve që njerëzit janë në gjendje të bëjnë si përgjigje ndaj mundësive dhe alternativave që shoqërojnë mjedisin social dhe fizik të tyre (1). Struktura aktuale e shoqërisë sonë çon në pabarazi, të cilat vihen re që në fëmijërinë e hershme, disponueshmërinë e edukimit dhe mundësitë e punësimit, cilësinë e kushteve të punës, si dhe në strukturën dhe cilësinë e mjedisit fizik ku jetojmë. Për shkak të këtyre pabarazive, vërehen pabarazi në kushtet materiale, mbështetjen psiko-sociale dhe mënyrat e sjelljes për nën-grupe të ndryshme të popullsisë, të cilat i bëjnë ato më pak ose më shumë të rrezikuara për të pasur shëndet të dobët. Këto pabarazi sociale ndikojë edhe në aksesin ndaj kujdesit shëndetësor në kohën dhe me cilësinë e duhur, si dhe shfrytëzimin efektiv të tij, të cilat në vazhdim çojnë në pabarazitë që kanë të bëjnë me promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, trajtimin, shërimin dhe mbijetesën nga sëmundjet. Këto komplekse, të integruara dhe të mbivendosura tek strukturat dhe sistemet sociale dhe ekonomike që ndikojnë në shëndetin e popullsisë, referohen si përcaktorët (determinantët) socialë të shëndetit. Për të arritur barazinë shëndetësore, është e rëndësishme që të adresohen përcaktorët socialë të shëndetit, sfidë e cila kërkon përparime në fushën e edukimit, kujdesin ndaj fëmijëve, strehimit, biznesit, planifikimit në komunitet, legjislacionit, medias, transportit dhe bujqësisë (2). Për të adresuar përcaktorët socialë të shëndetit të popullatës, Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore mbi Promocionin Shëndetësor dhe Parandalimin e Sëmundjeve lidhur me Objektivat e Mijëvjeçarit 2020, pranë Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), rekomandon përdorimin e qasjes “Shëndeti në të Gjithë Politikat” – një qasje gjithëpërfshirëse ku të gjitha orientimet e punës së qeverisë, synojnë drejt arritjeve të objektivave të përbashkëta për përmirësim të gjendjes shëndetësore për të gjithë dhe për të reduktuar pabarazitë shëndetësore (3).

Pabarazitë social-ekonomike në gjendjen shëndetësore janë të pranishme dhe persistente në të gjitha shoqëritë; edhe në vendet më të zhvilluara dhe me të ardhura të larta nga ana ekonomike, të pasurit jetojnë më gjatë dhe raportojnë shëndet më të mirë krahasuar me të varfrit. Kushtet sociale në të cilat njerëzit jetojnë dhe punojnë, mund të ndikojnë në gjendjen shëndetësore dhe jetëgjatësinë e tyre, si dhe të kontribuojnë në zgjerimin e hendekut social-ekonomik midis grupeve të popullsisë. Këto diferenca në shëndetësi janë një shkelje e qartë e drejtësisë sociale, por në thelb, jo të gjitha pabarazitë shëndetësore janë të padrejta. Barazia në shëndet nënkupton “mungesën e diferencave të padrejta dhe të shmangshme dhe/ose të riparueshme në shëndetësi, në popullatë ose grupe të përcaktuara shoqërore, ekonomike, demografike apo gjeografike” (4). Lidhja midis shëndetit dhe statusit social-ekonomik mund të jetë dy-drejtimore(5):

- A) Gjendja shëndetësore ndikon në pozitën social-ekonomike (“përzgjedhje”), ose,

B) Konteksti social çon në shfaqje të sëmundjes (“shkaku”).

Individët e sëmurë kanë më shumë gjasa të humbasin punën përkatëse dhe të mbeten të papunë, sesa njerëzit e shëndoshë, por nga ana tjetër, njerëzit me shëndet të dobët kanë më shumë gjasa për të pësuar përkeqësim të vazhdueshëm të gjendjes shëndetësore sesa për tu shëruar në mënyrë të plotë (6). Megjithatë, është evidentuar se shtresat e popullsisë me nivel të ulët social-ekonomik, kanë një probabilitet më të lartë për zhvillimin e problemeve shëndetësore krahasuar me shtresat shoqërore me nivel të lartë social-ekonomik, duke sugjeruar se drejtimi i zhvillimit ka më shumë gjasa të jetë nga mjedisi shoqëror për tek sëmundja dhe jo anasjelltas. “Shkaku” përballë “përzgjedhjes” duket se mund të jetë shpjegimi predominant për pabarazitë social-ekonomike në shëndetësi.

Kujdesi mjekësor mund të zgjasë mbijetesën dhe mund të lehtësojë vuajtjet e individit, por tashmë sëmundshmëria është e ndikuar nga kushtet social-ekonomike në të cilat njerëzit jetojnë; sa ma të të varfra kushtet, aq më i keq edhe shëndeti. Pabarazitë e theksuara në gjendjen shëndetësore duket që mund të jenë të përhapura si brenda për brenda një vendi, ashtu edhe midis shteteve dhe kombeve të tjera (7). Nëse një vend është i pasur apo i varfër dhe nëse ai vend e ka nivelin e lartë apo të ulët të shëndetit të përgjithshëm të popullatës, pa dyshim që janë të lidhura me pabarazitë e pranishme në shpërndarjen e kujdesit shëndetësor. Pabarazitë social-ekonomike në shëndet janë të pranishme dhe shpesh janë të theksuara edhe në vendet ekonomikisht të zhvilluara. Në vendet e pasura, edhe pse të ardhurat absolute të individëve pjesëtarë të shtresave shoqërore të varfra, janë më të larta se sa në vendet në zhvillim, ato përballen ende me pabarazitë relative shëndetësore.

Që nga shekulli i nëntëmbëdhjetë pabarazitë shëndetësore social-ekonomike kanë pësuar rënie në terma absolute; por është ende është e paqartë nëse pabarazitë relative midis klasave shoqërore kanë pësuar rënie me kalimin e kohës. Rritja ekonomike është një përcaktues kryesor i nivelit mesatar të gjendjes shëndetësore në vendet e varfra dhe në zhvillim, ku keqshqyerja dhe sëmundjet infektive janë shkaqet kryesore të barrës së lartë të vdekshmërisë amtare, foshnjore dhe fëmijore. Në vendet e varfra, një rritje të vogël në Prodhimin e Përgjithshëm Bruto (PPB), korrespondon me përfitime të dukshme në jetëgjatësi; por me rritjen e nivelit të PPB-së, kjo lidhje vjen duke u zbehur. Në vendet e pasura, të ardhurat absolute nuk kanë efekte të rëndësishme mbi jetëgjatësinë, por ajo që ka rëndësi është lidhja (shoqërimi) mes të ardhurave relative, gjendjes shoqërore, dhe shëndetit. Niveli i të ardhurave, niveli i edukimit dhe statusi i punësimit, ndikojnë në shëndet dhe në jetëgjatësi në dy mënyra: direkte dhe në indirekte, nëpërmjet faktorëve psiko-socialë. Njerëzit që i përkasin shkallës më të ulët të shtresave shoqërore kanë më shumë gjasa të raportojnë shëndet të keq krahasuar me ato individë të cilët i përkasin shtresave të larta shoqërore, si në nivel individual ashtu edhe në nivel popullate. Një përgjithësi gradienti social është i pranishëm tek i gjithë spektri shoqëror. Hierarkia shoqërore mund të shkaktojë shqetësime mbi paaftësinë dhe pamjaftueshmërinë, ndjenjën e pasigurisë dhe frikës së inferioritetit. Këto ndjenja janë ndër burime më të fuqishme dhe rekurrenente të stresit kronik, dhe rrisin vulnerabilitetin e njerëzve ndaj një game të gjerë infeksionesh dhe sëmundjesh kardiovaskulare. Rruga kryesore është kryesisht nga shpërndarja e të ardhurave, përmes përmirësimit të cilësisë së marrëdhënieve shoqërore të lidhura në mënyrë direkte me gjendjen shëndetësore të popullatës (8).

Shumë sëmundje, secila me faktorë përkatës të ndryshëm rreziku, evidentojnë modele të ngjashme sociale të cilat janë quajtur “hipoteza e ndryshëmrisë së përgjithësuar” (9). Çdo pozitë sociale ka një probabilitet të ndryshëm ekspozimi, dhe përballet me modele të veçanta të rreziqeve shëndetësore. Ekspozimet mund të ndryshojnë si lidhur me kohëzgjatjen, ashtu edhe me sasinë dhe llojin e tyre (10). Për shembull, individët që i përkasin shtresave shoqërore me nivel të ulët social-ekonomik, kanë probabilitet më të lartë për të qenë të ekspozuar ndaj rreziqeve gjatë punës dhe në shtëpi (p.sh., rrezikut më të madh ndaj ekspozimit toksik) dhe ato mund të jenë më të prekshëm dhe më të ndryshëm ndaj sëmundjeve se sa pjesa tjetër e individëve që i përkasin grupeve shoqërore me nivel të lartë social-ekonomik. Pra, edhe në qoftë se një faktor rreziku është i shpërndarë në mënyrë të barabartë në të gjithë grupet shoqërore, ndikimi i tij në shëndet mund të shpërndahet në mënyrë të pabarabartë, duke pasur parasysh diferencat që ekzistojnë ndërmjet shtresave shoqërore, në vulnerabilitetin e tyre ose sensibilitetin ndaj këtij faktori.

Aktualisht, ekzistojnë edhe burime të tjera të rëndësishme të pabarazive social-ekonomike në shëndetësi të tilla si dieta, strehimi, kontrolli i punës, aktiviteti fizik, konsumi i duhanit, dhe konsumi i alkoolit. Midis të gjithë këtyre sjelljeve, është e vështirë të diferencojmë sjelljet që vijnë si rezultat i zgjedhjeve të lira, nga ato që janë të ndikuara me shtresëzimin e shoqërisë. Në të vërtetë, vetëm argumenti i fundit mund të konsiderohet si shkelje e drejtësisë sociale dhe kryesisht i shmangshëm, dhe për këtë arsye, reflekton pabarazinë social-ekonomike në shëndet. Disa studiues kanë argumentuar se zgjedhjet jo të shëndetshme të bëra nga individët në një shtresë të veçantë shoqërore, duhet të konsiderohen si një produkt i kësaj strukture klasore për aq kohë sa marrja e rrezikut të individit nuk është më i madh se marrja e rrezikut mesatar të individëve në këtë shtresë shoqërore. Një konkluzion i kësaj teze është se sjelljet e njerëzve në marrëdhënie pune, të klasës shoqërore përkatëse nuk mund të gjykohej “lirisht” pjesën më të madhe të kohës (11).

Sipas perspektivës “gjatë gjithë jetës” (*lifecourse approach*), pozitat e mëparshme shoqërore, ndikojnë në gjendjen shëndetësore të individëve; avantazhet dhe disavantazhet kanë tendencë të shtresëzohen në mënyrë kros-seksionale dhe të akumulohen në mënyrë longitudinale {kohort} (12). Nga njëra anë, avantazhet dhe disavantazhet në një sferë të jetës ka të ngjarë të jenë të lidhura me avantazhe apo disavantazhe të ngjashme në sferat e tjera të jetës. Nga ana tjetër, avantazhet dhe disavantazhet në një fazë të jetës ka të ngjarë që të kenë qenë paraprirë nga avantazhet apo disavantazhet e ngjashme në faza të tjera të jetës. Prandaj, “dinamika themelore e këtij procesi social, është vazhdimësia e rrethanave shoqërore, nga shtresa shoqërore prindërore, tek kushtet shoqërore gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës dhe eventualisht, në pozitën social-ekonomike të adultëve” (12).

Përvojat sociale individuale janë të paharrueshme, ato janë regjistruar në fiziologjinë dhe patologjinë e trupit tonë: një fëmijë i rritur në një ambient shtëpiak dhe në mjedis shoqëror të pasur, ka të ngjarë të ketë sukses në mënyrën e edukimit, e cila do favorizojnë pjesëmarrjen dhe stabilizimin në sektorët më shumë të privilegjuar të tregut të punës, si dhe rritjen e probabilitetit se ai/ajo mund të jetojnë në një ambient me cilësi më të mirë dhe të fitojnë të ardhura që i lejon të kenë një mënyrë jetese të shëndetshme. Në të kundërtën, një fëmijë me origjinë nga një ambient familjar me sfond të varfër dhe pa kushte normale jetese, ka mundësi që të arrijë disa kualifikime arsimore, për të qenë pjesë e tregut të pakualifikuar të punës, të ketë rrezik më të

madh stabiliteti dhe punë më pak të paguar, si dhe më pak probabilitet për të pasur një mënyrë jetese të shëndetshme. Prandaj, statusi social-ekonomik i familjes është i lidhur fort me mundësitë edukative të fëmijës, të cilat në mënyrë sinjifikante janë të lidhura me punësimin e mëvonshëm dhe nivelin e të ardhurave. Interesi prindëror në edukimin dhe formimin arsimor të fëmijës, ka gjithashtu gjasa të ndikojë në profilin arsimor dhe arritjet arsimore, dhe së bashku me profesionin ka të ngjarë të jetë e lidhur me zakonet shëndetësore, të tilla si konsumi i duhanit, aktiviteti fizik, dhe dietë të zgjedhur.

Një numër i konsiderueshëm artikujsh dhe kërkime shkencore ka kontribuar për të kuptuar lidhjen në mes zhvillimit intra-uterin të fëmijës dhe të sëmundjeve prevalente, në veçanti, sëmundja koronare e zemrës, në meso-moshat e mëvonshme dhe moshën e pleqërisë (13), duke theksuar rolin e mjedisit të fëmijërisë në shëndetin e të rriturve. Çdo faktor është rezultat i krahasueshëm i ngjarjeve jo sinjifikante. Për shembull, është evidentuar se gjatësia në moshën shtatë vjeçare është një parashikues i fuqishëm i rrezikut të mëvonshëm të papunësisë (14), ndërsa gjatësia tek adultët nuk është një parashikues i mirë i rrezikut të papunësisë. Gjatësia në moshën shtatë vjeçare mund të interpretohet si një masë e rritjes së vonuar gjatë fëmijërisë, e shkaktuar nga gjendja e keqe social-ekonomike dhe psiko-sociale e shkaktuar nga faktorë të tillë si të ushqyerit e pamjaftueshëm, modeli i keq i gjumit dhe konfliktet familjare. Në të vërtetë, konflikti familjar është i lidhur me rritjen e pamjaftueshme (stunting) në fëmijëri, për shëndetin e kompromentuar në adoleshencë, dhe nivelin e ulur të vetë-vlerësimit dhe mirëqenien psikologjike (15).

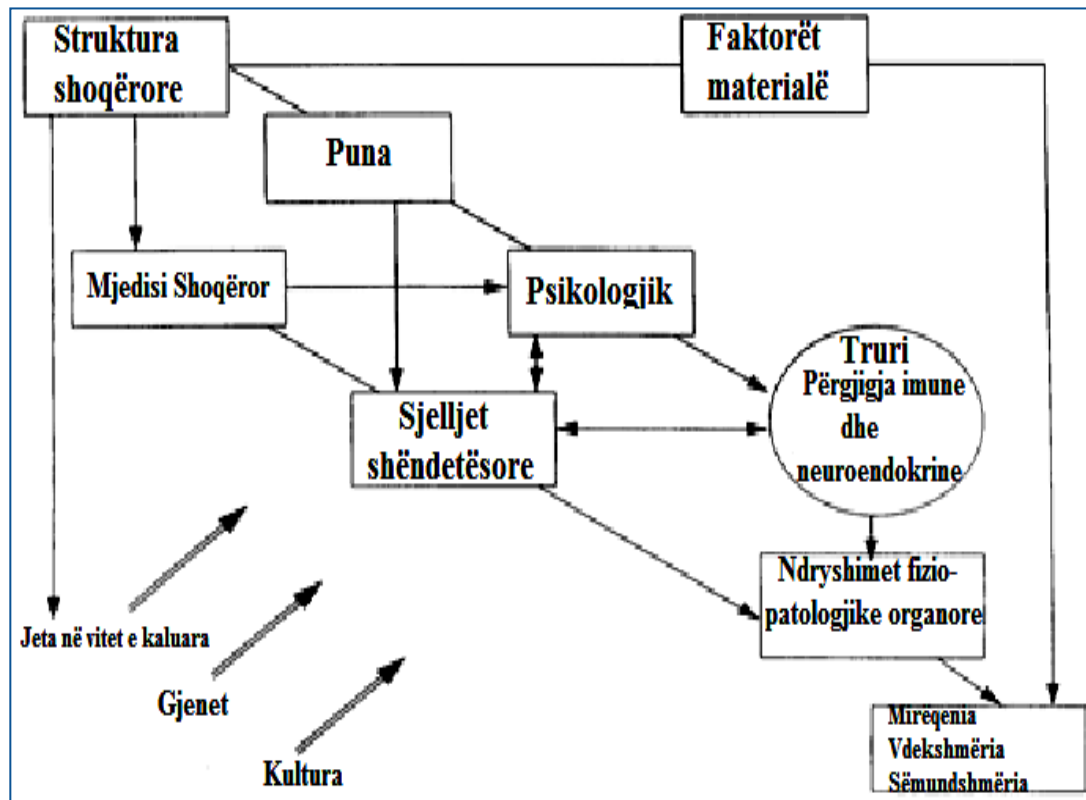
Modele të ndryshme shkencore janë përpjekur që të sintetizojnë lidhjen mes gjendjes social-ekonomike dhe asaj shëndetësore. Edhe pse këto modele mund të ndryshojnë në shkallën e kompleksitetit dhe në detaje të caktuara, ato janë të gjitha të bazuara në këndvështrimin e “shtresëzimit” të shkakut të pabarazive shëndetësore. Gjendja e ulët social-ekonomike mund të çojë në shëndet të sëmurë nëpërmjet implikimit të një sërë faktorësh të tjerë që përfaqësojnë “lidhjen” ndërmjet gjendjes social-ekonomike dhe gjendjes shëndetësore. Disa autorë të tjerë (16) janë përpjekur të bëjnë lidhjen midis elementeve biologjike dhe atyre sociale (Figura 1); predispozicion gjenetik individual, si dhe karakteristika mjedisore dhe të stilit të jetesës janë të gjithë faktorë që ndikojnë në shfaqjen e sëmundjeve dhe shëndetit të keq.

Predispozicionet gjenetike kanë rolin kryesor në përcaktimin se pse midis të ekspozuarve, një person ka më shumë gjasa për tu sëmurë sesa një tjetër. Megjithatë, niveli individual i analizës mund të “humbasë” shkaqet sociale të sëmundjeve. Për të gjetur përcaktuesit e niveleve të prevalencës dhe të incidencës, është e nevojshme të marrin në konsideratë edhe faktorët që veprojnë përtej nivelit individual. Ndikimi i strukturës shoqërore funksionon përmes tre rrugëve kryesore. Rrethanat materiale kanë të bëjnë me shëndetin e drejtpërdrejtë si dhe përmes mjedisit shoqëror dhe atij të punës. Këto nga ana tjetër ndikojnë në sjelljet psikologjike dhe shëndetësore. Perspektiva shëndetësore gjatë gjithë jetës gjithashtu është marrë në konsideratë në analizimin e ndikimit të faktorëve të caktuar në shëndet. Jeta e mëparshme gjatë viteve të kaluara, së bashku me faktorët kulturorë dhe gjenetikë, ndikon në probabilitetin për tu prekur nga sëmundjet.

Ditët e sotme është grumbulluar mjaft evidencë nëpërmjet një pune shumë të madhe dhe bindëse, sidomos gjatë dy dekadave të fundit, që evidenton një rol të fuqishëm të faktorëve shoqërorë, pavarësisht nga kujdesi mjekësor, në formësimin e shëndetit

nëpër një gamë të gjerë të indikatorëve shëndetësorë, mjedisit, dhe popullatës (17-19). Kjo evidencë thekson rolin që kujdesi mjekësor ndikon në shëndet dhe për më tepër raporton se kujdesi mjekësor nuk është i vetmi ndikues në shëndet dhe sugjeron se efektet e kujdesit mjekësor mund të jetë më të kufizuara se sa mendohet në përgjithësi, sidomos në përcaktimin që kush sëmuret apo lëndohet më parë (20).

Figura 1. Karakteristikat gjenetike, biologjike dhe shoqërore që lidhen me gjendjen shëndetësore



Burimi: Marmot and Wilkinson, 1999

Megjithatë, marrëdhëniet midis faktorëve socialë dhe shëndetit, nuk janë të thjeshta dhe janë ende aktive debatet në lidhje me rëndësinë e të dhënave të cilat mbështesin rolin shkakësor të disa faktorëve socialë. Për këtë arsye, studiuesit gjithnjë e më shumë po vënë në diskutim përshtatshmërinë e kritereve tradicionale për vlerësimin e evidencës lidhur me marrëdhënien midis shëndetit dhe faktorëve social(21).

Limitet e kujdesit mjekësor janë ilustruar dhe nga McKeown, i cili studioi të dhënat e vdekshmërisë për Anglinë dhe Uellsin duke filluar nga mesi i shekullit të 19-të deri në fillim të viteve 1960. Ai raportoi se vdekshmëria nga shkaqet e shumëfishta ishte reduktuar në mënyrë vazhdimisht dhe shumë sinjifikante, vite para aksesit ndaj modaliteteve moderne të kujdesit mjekësor, si antibiotikët dhe njësitë e kujdesit intensiv (22). McKeown i atribuoi rritjen sinjifikante të jetëgjatësisë, që nga shekulli i 19-të, në radhë të parë përmirësimin të kushteve të jetesës, duke përfshirë ushqimin, higjienën dhe ujin e pastër. Imunizimi dhe trajtimi kanë patur vetëm një ndikim të vogël (22,23). Megjithëse përparimet e bëra në kujdesin mjekësor, shumica autorëve besojnë se faktorët jo-mjekësorë, duke përfshirë gjendje të caktuara të sferës së shëndetit publik, ishin ndoshta më të rëndësishëm; por pa harruar politikat e shëndetit publik dhe rolin e saj në pranë institucioneve vendim marrëse, kanë kontribuar në

mënyrë të rëndësishëm në përmirësim e standardeve të jetesës (22,24,25). Një tjetër shembull tregues i kufijve të kujdesit mjekësor ishte thellimi i pabarazive në vdekshmëri midis klasave shoqërore në Mbretërinë e Bashkuar (MB) në dekadat të cilat pasuan krijimin e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (SHSHK) në vitin 1948, i cili mundësoi një kujdes shëndetësor të aksesueshëm në mënyrë universale. Sigurisht që shumë indikatorë të shëndetit ishin përmirësuar në të gjitha nën grupet socio-ekonomike, por në përgjithësi përmirësimi kishte qenë më i madh në grupin e më të arsimuarve dhe më të pasurve (22,26). Ndërkohë në 2012, Martinson raportoi se edhe pse në përgjithësi shëndeti ishte më i mirë në Mbretërinë e Bashkuar krahasuar me Shtetet e Bashkuara të Amerikës, si rrjedhojë e politikave shëndetësore të mbulimit universal dhe shpenzimet më të larta të mbrojtjes sociale në Angli, pabarazitë në shëndet bazuar në të ardhurat, ishin të ngjashme në dy vendet (27). Pabarazi të mëdha në shëndetësi sipas klasës shoqërore janë dokumentuar në mënyrë të përsëritur nëpër vende të ndryshme evropiane përsëri, pavarësisht qasjes më universale në shërbimin mjekësor (22).

Rasti i SHBA-së, ku edhe pse shpenzimet për kujdesin shëndetësor janë shumë më të larta se në çdo vend tjetër, SHBA-të janë renditur vazhdimisht në afërsi të fundit midis kombeve të pasura lidhur me indikatorët kryesorë shëndetësorë, të tillë si jetëgjatësia dhe vdekshmëria foshnjore (22). Një raport i fundit i publikuar nga Këshilli i Kërkimit Kombëtar (KKK) dhe Instituti Kombëtar i Mjekësisë (IKM) ka dokumentuar se disavantazhi shëndetësor amerikan si i sëmundshmërisë ashtu dhe i vdekshmërisë, aplikohet në të gjithë indikatorët shëndetësorë dhe në të gjitha grupmoshat, përveç atyre mbi 75 vjeç; kjo vlen si për amerikanët e pasur, ashtu dhe të varfrit edhe për njerëzit e bardhë jo-latinë, kur studiohen në mënyrë të veçantë. Shembuj të tjerë amerikanë përfshijnë vëzhgimin se, ndërsa shtrirja dhe zhvillimi i kujdesit të lindjes në maternitete rreth viteve 1990 rezultoi në rritje të ofrimit dhe marrjes së kujdesit para dhe gjatë lindjes nga gratë Afrikano-Amerikane, nuk u reduktuan pabarazitë racore të lindjes të nën-peshë dhe të lindjes së parakohshme (28). Edhe pse i rëndësishëm për shëndetin e nënës, kujdesi tradicional klinik para lindjes, në përgjithësi nuk është evidentuar që të përmirësojë rezultatet në të porsalindurit (22).

Faktorët social-ekonomikë dhe impakti i tyre në gjendjen shëndetësore

Një numër i madh studimesh kanë vlerësuar ndikimin e faktorëve socialë mbi shëndetin. Modelet e sjelljes të modifikueshme nga ndërhyrjet parandaluese ishin shkaktarë të rreth 40% të vdekjeve, ndërkohë studimet e disa autorëve, vlerësuan se cilësia e kujdesit mjekësor ishte përgjegjës për vetëm 10% -15% të vdekjeve të parandalueshme në SHBA (22,29). Studimet të tjera sugjerojnë se kjo përqindje mund të jetë e nënvlerësuar dhe theksojnë rëndësinë e madhe të faktorëve socialë, por autorët e studimit arritën në përfundimin se gjysma e të gjitha vdekjeve në SHBA vijnë për arsye të sjelljes, dhe sjelljet e lidhura me shëndetin ndikohen fuqimisht nga faktorët socialë, si niveli ekonomik, niveli i edukimit dhe gjendja e punësimit (22,30). Autorë të tjerë të cilët studiuuan të dhënat e vdekshmërisë në SHBA në vitin 2001 arritën në përfundimin se “faktorët potencialisht të evitueshëm që lidhen me nivelin e ulët të edukimit, janë përgjegjës për gati gjysmën e të gjitha vdekjeve midis adultëve në moshë pune në SHBA” (31).

Disa studiuues të tjerë realizuan një meta-analizë, të bindur se numri i vdekjeve në vitin 2000 në SHBA, që i atribuohet nivelit të ulët arsimor, diferencimit racor, dhe mbështetjes së ulët sociale, ishte i krahasueshëm me numrin e vdekjeve që i atribuohet respektivisht infarktut të miokardit (IM), sëmundjeve cerebrovaskulare (SCV), dhe kancerit pulmonar (32).

Lidhjet e forta gjerësisht të vëzhguara mes një game të gjerë indikatorësh shëndetësorë dhe burimeve social-ekonomike apo statusit shoqërorë të individëve, të tillë si niveli i të ardhurave, niveli arsimor, apo pozicionit në një hierarki profesionale kanë mbështetur gjithnjë edhe më shumë ndikimin e faktorëve social në shëndet. Studimet në SHBA, ashtu si dhe të dhënat nga studimet Evropiane, treguan se kjo lidhje shpesh ndjek një model gradient ku, me rritjen e pozitës shoqërore vërehet përmirësim i shëndetit dhe ky model gradient u vërejt për herë të parë në Mbretërinë e Bashkuar (22,33). Edhe pse kërkimet shkencore mbi gradientin social-ekonomik ka qenë më të kufizuara në SHBA, rezultatet e studimeve të udhëhequra në SHBA-s kanë pasqyruar gjetjet evropiane. Të dhënat kombëtare nga Qendra Kombëtare për Statistikat Shëndetësore (QKSSH), dokumentuan ndikimin social-ekonomik në pjesën më të madhe të indikatorëve shëndetësorë të matur në statet e ndryshme të jetës (22). Studime të fundit evidentuan se modeli i gradientit social-ekonomike predominonte kur studioheshin grupet e popullatës së zezë dhe të bardhë jo-latine, por ishin më pak të qëndrueshme midis njerëzve me origjinë latine. Ata me të ardhura më të ulëta dhe të cilët ishin më pak të arsimuar ishin vazhdimisht më pak të shëndetshëm, por për shumicën e indikatorëve edhe grupet me të ardhura dhe nivele arsimit mesatar ishin më pak të shëndetshëm krahasuar më të pasurit dhe me nivel më të lartë arsimimi. Në disa studime të tjera u raportua gradientë sinjifikantë socialë-ekonomikë në kufizimet funksionale midis individëve të grup-moshës 65-74 vjeç. Kjo gjetje është veçanërisht e rëndësishme, sepse gradienti i të ardhurave në përgjithësi ka tendencë të reduktohet maksimalisht në moshat e avancuara.

Shëndeti në SHBA shpesh është megjithëse jo i pandryshueshëm, i modeluar fuqimisht midis statusit socio-ekonomike dhe racore/etnike, duke sugjeruar lidhje midis hierarkive të statusit sociale dhe shëndetit. (34)

Kërkimeve shkencore kanë evidentuar që dallimet racore/etnike në shëndetësi pas axhustimit për faktorët social-ekonomikë kanë evidentuar se dallimet racore/etnike zhduken ose janë të reduktuar në mënyrë sinjifikante (22,35).

Kjo nuk do të thotë se dallimi i vetëm mes grupeve racore/etnike është social-ekonomik; për shembull, diskriminimi racor mund të dëmtojë shëndetin e individëve të të gjitha niveleve social-ekonomike, duke vepruar si një stresor i shtrirë në ndërveprimet sociale, madje edhe në mungesë të qëllimit të ndërgjegjshëm të dikujt për diskriminim. Për më tepër, pabarazia midis popullatës së bardhë dhe zezakëve bazuar në rezultatet e lindjeve është më e madhe midis femrave me nivel të lartë edukimi (36). Të jetuarit në një shoqëri me trashëgimi të fortë diskriminimi racor, mund të dëmtojë shëndetin përmes rrugëve psiko-biologjike, edhe pse pa incidente diskriminuese në mënyrë të qëllimshme (37).

Si mundet që gradientët e përhapur dhe të vazhdueshëm social-ekonomikë në shëndet, japin vlerë të shtuar në evidentimin se pse faktorët socialë kanë ndikim të rëndësishëm në shëndet? Janë evidentuar lidhje sinjifikante mes varfërisë dhe gjendjes shëndetësore prej shekujsh. Analizimi i një marrëdhënie të tillë midis faktorëve socialë-ekonomikë me indikatorë të ndryshëm shëndetësorë, sugjeron një marrëdhënie

të mundshme dozë-efekt, duke sugjeruar që faktorët social-ekonomikë, apo faktorë të lidhur ngushtë me to, luajnë një rol shkakësor. Ndikimi i varfërisë ekstreme në shëndet është i padiskutueshëm, por ende ka debate në lidhje me efektet e të ardhurave dhe të nivelit të edukimit mbi shëndetin nëpërmjet spektrit social-ekonomik (22).

Disa autorë kanë argumentuar se lidhja midis nivelit të të ardhurave dhe shëndetit, apo nivelit të edukimit dhe shëndetit, pasqyrojnë shkakësi të kundërt (p.sh., sëmundja çon në reduktim të të ardhurave). Edhe pse shëndeti i keq dhe sëmundja shpesh rezulton në reduktim të të ardhurave, si dhe shëndeti i dobët i një fëmije mund të kufizojë arritjet e mundshme në aspektin arsimor, të dhënat e gjeneruara nga studimet longitudinale dhe kros-seksionale, nuk evidentojnë lidhje të fortë statistikore mes tyre (38). Lidhja midis nivelit të edukimit dhe shëndetit, për më tepër, nuk mund të shpjegohet me shkakësinë e kundërt sepse sidoqoftë, niveli i edukimit nuk mund të reduktohet.

Evidenca e lartpërmendur pasqyron lidhjet që në vetvete nuk provojnë shkakësi. Megjithatë, shembujt e cituar janë të mbështetura në literaturë të zgjeruar që ka përdorur një sërë teknikash (p.sh., regresionin e shumëfishtë, ndryshorët instrumentale, etj.) për të reduktuar gabimet sistematike dhe konfonduesit për shkak të ndryshoreve të pamatur. Kjo evidencë është pasuruar edhe nga eksperimentet natyrore, kuazi-eksperimentet, dhe disa studime experimentale të randomizuara (39). Këto rezultate demonstrojnë efektet e fuqishme të faktorëve social-ekonomikë dhe faktorëve të ngjashëm socialë mbi shëndetin, madje edhe kur njohuritë mbi mekanizmat specifike dhe ndërhyrjeve efektive janë të kufizuara. Gjithashtu, këto njohuritë evidentojnë se efektet e ndonjë faktori të caktuar social apo social-ekonomikë shpesh janë të kushtëzuara nga një seri të faktorësh të tjerë (22,40).

Mekanizmat e shumëfishtë të cilët argumentojnë impaktin e faktorëve social-ekonomikë dhe faktorëve të tjerë të ngjashëm në shëndet

Megjithëse ka ende nevojë për studime të mëtejshme, njohuritë mbi ndikimin dhe mekanizmat biologjikë të cilët lidhin faktorët socialë me shëndetin, janë rritur ndjeshëm dhe në mënyrë të konsiderueshme gjatë 2 dekadave të fundit. Studimet mbështesin lidhjen shkakësore midis shumë faktorëve socialë, ekonomikë dhe disa gjendjeve shëndetësore, jo vetëm nëpërmjet lidhjeve direkte, por edhe nëpërmjet mekanizmave më komplekse të cilat shpesh përfshijnë proceset bio-psiko-sociale(22).

Disa aspekte të faktorëve social-ekonomikë ndikojnë në shëndet përmes përgjigjeve ndaj ekspozimeve relativisht të drejtpërdrejta dhe me veprim të shpejtë ndërkohë disa faktorë të tjerë të ngjashëm socialë mund të kontribuojnë në shëndet të keq në mënyrë disi më indirekte gjatë një periudhe kohore relativisht të shkurtër (p.sh., disa muaj deri në disa vite) (22). Faktorët social-ekonomikë mund të ndikojnë edhe në cilësinë e gjumit, të cilët mund të kushtëzohen nga puna, shtëpia, dhe ambientet e lagjes ku banon, dhe që mund të kenë efekte afat-shkurtra shëndetësore (40). Kushtet e punës ndikojnë në sjelljet e lidhura me shëndetin, të cilat, nga ana tjetër, mund të ndikojnë tek të tjerët; p.sh., punëtorët të cilët nuk marrin raport mjekësor, kanë më shumë gjasa që të shkojnë në punë edhe kur janë të sëmurë, duke rritur gjasat e përhapjes së sëmundjeve tek kolegët e punës apo klientët (22).

Efektet e faktorëve social-ekonomikë dhe faktorëve të tjerë socialë në sjelljet e lidhura me shëndetin, mund të ndikojnë në rrezikun për sëmundje që mund të manifestohen

shumë më vonë gjatë jetës. Statusi social-ekonomike i mjedisit ku banon dhe përqendrimi i lartë i numrit të dyqaneve janë të lidhura me përdorimin e duhanit, edhe pas axhustimit për disa karakteristika të nivelit individual, të tilla si niveli i edukimit dhe të ardhurat familjare (22,41). Gjithashtu, disponueshmëria e ulët ndaj produkteve të freskëta, e kombinuar me pikat e shitjes së fast-food-eve dhe mundësitë e pakta të ambientve rekreative mund të çojë në mënyrë të keqe të ushqyerjes të në më pak aktivitet fizik. Pasojat shëndetësore të sëmundjeve kronike të lidhura me këto faktorë, në përgjithësi nuk do të shfaqen për dekada të tëra. (22, 41).

Lidhja e fortë dhe sinjifikante midis faktorëve social-ekonomikë dhe ndikimit në shëndet mund të reflektojë rrugë shkakësore edhe më komplekse. Disa autorë kanë evidentuar se lidhja midis kohëzgjatjes së varfërisë në fëmijëri dhe funksionit konjitiv tek adultët, shpjegohet jo vetëm nga deficitet materiale që lidhen me varfërinë, por edhe pjesërisht nga stresi kronik i fëmijërisë (22,42).

Ata përshkruan thellimin e pabarazive në vdekshmëri me anë të nivelit të edukimit, argument i cili nuk është shpjeguar nga faktorë të rrezikshëm të sjelljes të tillë si konsumi i duhanit apo obeziteti. Fëmijët që rriten në lagjet me nivel jo të mirë socio-ekonomikisht përballen me sfida të mëdha fizike të drejtpërdrejta ndaj gjendjes shëndetësore dhe sjelljeve të shëndetshme shëndetësore të cilat shkaktojnë stresse emocionale dhe psikologjike, të tilla si konflikti familjar dhe paqëndrueshmëria ekonomike që vjen si pasojë nga burimet e pamjaftueshme. Efektet e këtyre faktorëve socialë në shëndet nuk është shpjeguar tërësisht, edhe pas axhustimit lidhur me depresionin, ankthin, dhe gjendjet e tjera emocionale negative (22,43).

Faktorët biologjikë që vijnë si pasojë e ekspozimit kronik ndaj stresorëve socialë dhe mjedisorë është një kompleks multi-komponencial që reflekton ndryshimet fiziologjike në sisteme të ndryshme rregullatore biologjike si përgjigje ndaj stresit kronik social dhe mjedisor, dhe ka gene fokus i disa studimeve (44). Shembujt përfshijnë vëzhgimet se si stresi mund të nxisë reagime inflamatore, duke përfshirë prodhimin e interleukinës IL-6100 (IL) dhe proteinës C-reaktive (PCR), dhe se niveli i ulët i të ardhurave dhe niveli i edukimit mund të kontribuojnë në presionin e lartë të gjakut dhe çrregullime të nivelit të kolesterolit në gjak (45). Sistemet fiziologjike rregullatore që mendohet se mund të preken nga stresorët socialë dhe mjedisorë, përfshijnë boshtin hipotalam-hipofizë-suprarenal; sistemin nervor simpatik; dhe sistemin imun/inflamator, kardiovaskular (SKV), dhe sistemet metabolike. Këto sisteme mbivendosen në lokalizimet periferike dhe në tru (22).

Një fushë tjetër e cila po evoluon me shpejtësi përfshin rolin e faktorëve social-ekonomikë dhe faktorëve të tjerë socialë në proceset epigjenetike që stabilizojnë rastet nëse gjenet janë të shprehur apo të supresuar (46). Të dhënat nga studimet e mëparshme sugjerojnë se statusi social mund të ndikojë në rregullimin e gjeneve që kontrollojnë funksionet fiziologjike (p.sh., funksionimi imunologjik). Përveç kësaj, niveli arsimor, stadi profesional (p.sh., lloji i punës manual vs. jo-manual), orari i punës, perceptimi i stresit, dhe violenca ndaj partnerit intim, të gjithë rezultojnë që të jenë të lidhura me ndryshimet në gjatësinë e telomereve (47). Telomeret janë komplekse proteinike me ADN që shtrihen deri në skajet e kromozomeve, duke realizuar mbrojtjen e tyre nga dëmtimet. Ndryshimet e gjatësisë së tyre janë konsideruar si një shënues i plakjes qelizore që kontrollohet si nga faktorët gjenetikë dhe epigjenetikë. Mekanizma të shumtë biologjikë mendohet të përfshihen në rrugët shkakore nga faktorët socialë mbi rezultatet shëndetësore (22). Rëndësi ka gjithashtu lidhja ndërmjet proceseve psiko-sociale dhe fiziologjisë dhe efektit të kohës, të tilla si

kur dhe për sa kohë një stresor ka vepruar gjatë jetës. Disavantazhet e hershme social-ekonomike të jetës së një individi shoqërohen vazhdimisht me vulnerabilitet tek adoleshentët dhe sëmudjet tek adultët, pavarësisht nga statusi social-ekonomik i adoleshentëve apo adultëve (22,48).

Në përgjithësi, vihet re se ka efekte kumulative të stresorëve social-ekonomikë dhe të stresorëve të lidhur me faktorët e tjerë socialë në të gjithë jetëgjatësinë e individit, duke shfaqur sëmudjet kronike në moshën adulte të mëvonshme. Megjithëse studime të shumta kanë evidentuar efektet e rëndësishme të faktorëve socialë mbi shëndetin, duhet theksuar që jo çdo individ i ekspozuar ndaj vështirësive social-ekonomike apo vështirësive të tjera, zhvillon sëmudjen. Efektet fiziologjike të stresit kronik, aktualisht janë një zonë kërkimesh aktive biologjike, psikologjike dhe sociale që kërkon të shpjegojë ndikimin e shumë faktorëve socialë në rezultatet shëndetësore (22).

Faktorët mbrojtës socialë, të tillë si mbështetja sociale dhe vetë-vlerësimi mund të zbusin efektet e dëmshme dhe negative të gjendjeve të caktuara shoqërore. Niveli i të ardhurave dhe niveli edukimit nuk arriten të parashikojnë shëndetin si zakonisht midis emigrantëve latinë në SHBA, ashtu si midis grupeve të tjera. Gjithashtu, në mjediset ku nga shteti ose familja mundëson nevojat bazike për ushqim, strehim, kujdes mjekësor dhe edukim, të ardhurat e ulëta ekonomike mund të kenë më pak ndikim në shëndetin e personave (49).

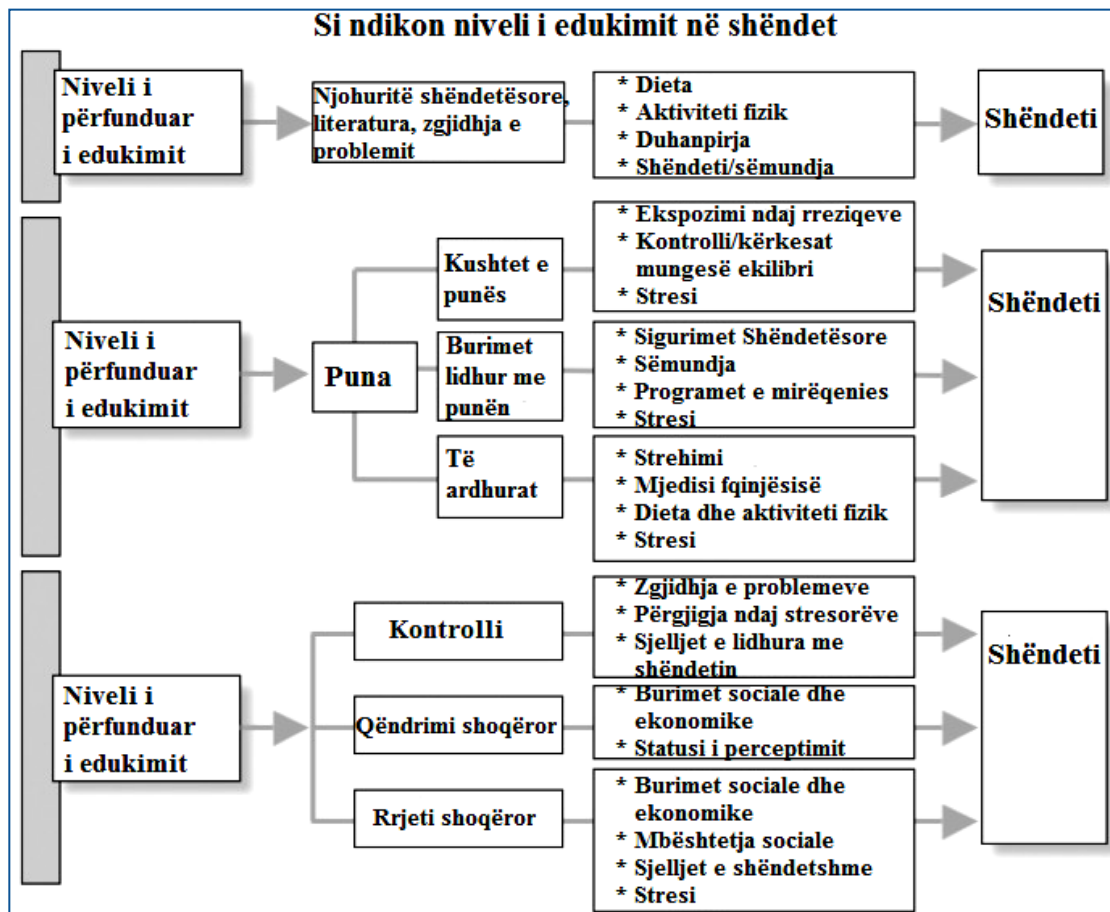
Kjo mund të vijë pjesërisht për shkak të qasjes në mallra dhe shërbime të nevojshme përmes rrugëve të tjera përveç të ardhurave, si dhe zbutjes së pasigurisë në lidhje me plotësimin e nevojave elementare. Të ardhurat mund të kenë më pak ndikim shëndetësor atje ku ka më pak stigma sociale lidhur me të paturit mjete të kufizuara ekonomike. Gjenetika gjithashtu mund të luajë rol në vulnerabilitetin e një individi apo të elasticitetit në vështirësi social-ekonomike: përgjigjet biologjike të individëve të ndryshëm ndaj të njëjtit faktor social-mjedisor, mund të ndryshojnë dukshëm sipas polimorfizmit specifik gjenetik. Në të njëjtën kohë, siç është evidentuar nga studime të ndryshme, është raportuar se faktorët social-ekonomikë dhe faktorë të ngjashëm socialë, mund të ndryshojnë nëse një veprimtaria dëmtuese (ose mbrojtëse) e genit është e shprehur ose e supresuar (50).

Marrëdhënia midis faktorëve social-ekonomikë dhe rezultateve të ndryshme shëndetësore, mund të pasqyrojë gradientë në burimet dhe ekspozimet që lidhen me faktorët social-ekonomikë. Ato gjithashtu mund të pasqyrojnë ndikimin e gjendjes subjektive sociale. Evidencë në rritje e studimeve multidisiplinare, ku janë përfshirë psikologjia, neurologjia, imunologjia, edukimi, zhvillimi i fëmijës, demografia, ekonomia, sociologjia, dhe epidemiologjia që shqyrton bashkëveprimin e faktorëve social-ekonomikë, psikologjikë dhe faktorëve të tjerë biologjikë, evidentoi qartë se marrëdhëniet ndërmjet faktorëve social-ekonomikë dhe shëndetësorë janë komplekse, dinamike dhe interaktive dhe ato mund të përfshijnë mekanizma të shumtë si proceset e epigjenetike që ndryshojnë shprehjen e gjeneve të cilët me kalimin e kohës mund të manifestojnë dëmtimet dekada pas ekspozimit (22).

Ndonëse janë bërë studime për lidhjen dhe kuptimin e përcaktorëve të shëndetit dhe ato socialë, duke përfshirë edhe ato social-ekonomikë, ka ende pyetje në lidhje me mekanizmat themelore dhe efektet e tyre mbi shëndetin deri më sot. Kërkimet mbi përcaktorët socialë të shëndetit (SDH) paraqesin vështirësi, lidhur pjesërisht më kompleksitetin e rrugëve shkakësore dhe periudhave të gjata kohore, gjatë së cilës ata shpesh veprojnë. Kjo pasi ndikimi në shëndetin e të rriturve nga statusi social-

ekonomik në fëmijërisë dhe disavantazhet e akumuluar sugjerojnë që secila kanë ndikim të veçantë dhe që mund të kërkojë ndërhyrje të ndryshme të politikave (22,51). Disa nga këto pengesa janë ilustruar në figurën e mëposhtme.

Figura 2. Ndikimi i nivelit të edukimit në gjendjen shëndetësore



Burimi: Egarter S, Braveman P, Sadegh-Nobari T, et al. Education matters for health. Exploring the social determinants of health: issue brief no. 6. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2011.

Figura 2 paraqet tre rrugët me të cilat niveli i edukimit mund të ndikojë në rezultate shëndetësore, duke pasqyruar lidhjet të cilat janë të përshkruara në literaturë. Rruga e parë është pranuar gjerësisht: edukimi rrit njohuritë dhe aftësitë dhe në këtë mënyrë, mund të ndihmojë në zhvillimin e sjelljeve të shëndetshme. Rruga e dytë është ndikimi i edukimit në punësim. Megjithatë, është e qartë që niveli i edukimit çon në një punë me kushte më të mira dhe më të mirë-paguar, lidhjet e nivelit të të ardhurave me shëndetin nëpërmjet përfitimeve që lidhen me punën, ambientit ku jetojnë dhe stresi, nuk konsiderohen zakonisht si efekte të nivelit të edukimit. Rruga e tretë përshkruan efektet në shëndet të edukimit nëpërmjet proceseve psiko-biologjike të tilla si gjendja subjektive sociale dhe rrjetet sociale (22). Figura 2 ilustron dy nga sfidat më të rëndësishme me të cilat përballet kërkimi shkencor mbi përcaktorët social-ekonomikë dhe të determinantëve tjerë në ecurinë e shëndetit:

1. Rrugët shkakësore komplekse, multifaktoriale nuk japin mundësi për tu testuar me studime eksperimentale të randomizuara. Ky diagram është thjeshtëzuar në mënyrë të shprehur: rrugët duken lineare, dhe diagrami nuk përfshin numrin e

madh të shigjetave që përfaqësojnë se si faktorët e përshkruar mund të ndërveprojnë me njëri-tjetrin dhe me variablet e tjera të cilët nuk janë përshkruar, siç janë faktorët gjenetikë dhe epigjenetikë(22). Pavarësisht thjeshtëzimit, diagrami ilustron se si përcaktorët social-ekonomikë të tillë si niveli i të ardhurave, pasuria dhe niveli i edukimit, mund të ushtrojë efektet e tyre mbi rrugën e komplikuar multifaktoriale. Në çdo moment, ka mundësi për konfondim dhe ndërveprim. Një vështrim në këtë diagramë duhet të bëjë të qartë se kjo seri e ndërlikuar e marrëdhënieve shkakësore nuk krijojnë mundësi për të udhëhequr studime eksperimentale me randomizim. Megjithatë, kjo mund të jetë e mundur për të studiuar pjesë të vogla të rjetës shkakore me studime eksperimentale me randomizim, për të bërë të mundur të kuptuarit e rrugëve kryesore të zhvillimit të ndërveprimit. Aktualisht janë duke u zhvilluar modele dhe qasje të përgjithshme inovative ndaj kompleksit të modelimit dhe sistemeve dinamike për të adresuar këto sfida, megjithatë, është e paqartë nëse këto sisteme do ti qëndrojnë kohës (53).

2. Koha e gjatë e manifestimit të efekteve shëndetësore. Lidhja midis faktorëve socialë dhe shëndetit kërkon një ndërveprim përgjatë dekadave apo brezave si për shembull, sëmundjet kronike shpesh marrin dekada të tëra për tu zhvilluar. Megjithë përdorim e biomarkera të tillë si mediatorët e inflamacionit, ose sjellje të caktuara, si parashikues për rezultatet shëndetësore, mund të duhen dy ose më shumë dekada pas ekspozimeve përkatëse, që të shfaqin efektin e tyre të dukshëm dhe vetëm pak studime janë në gjendje të ndjekin e tyre pjesëmarrësit për më shumë se disa vjet. Intervali i gjatë kohor midis variableve të pavarur dhe atyre të varur paraqet një sfidë jo vetëm shkencore por edhe politike. Financuesit dhe politikanët duan rezultate brenda afateve për të cilat ata mendojnë si të volitshme. Zyrat e Menaxhimit dhe të Buxhetit në përgjithësi kërkojnë një afat kohor pesëvjeçar ose më pak për vlerësimin e impaktit të politikës (22).

Studimi i efekteve të faktorëve socialë në shëndet ndikohet dhe nga vështirësia e marrjes së informacionit në sektorët e shumtë të jetës social-ekonomike dhe shëndetësore(22). Aksesit në informacionet kros-seksionale mund të përmirësojë të kuptuarit dhe aftësinë tonë për të ndërhyrë në mënyrë efektive, por nga ana tjetër bashkëpunimet kros-seksionale përballen me pengesa të shumta, duke përfshirë edhe prioritetet e ndryshme, financimin dhe afatet kohore dhe tejkalimi i këtyre pengesave kërkon një ndryshim të madh në nxitjen financiare dhe politike. Megjithatë disa institucione, kanë filluar inkurajimin ndaj këtyre bashkëpunimeve. Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), Komisioni për të ndërtuar një Amerikë të Shëndetshme ka lëshuar rekomandime për disa iniciativa të kujdesit jo-mjekësor për të përmirësuar gjendjen e përgjithshme shëndetësore të popullatës, duke reduktuar pabarazitë shëndetësore, dhe duke i vënë një theks të fortë fillimit të programit të kujdesit të hershëm me cilësi të lartë për fëmijët dhe me bashkëpunimin e disa bankave të fuqishme për të mbledhur një seri forumesh kombëtare dhe rajonale për të diskutuar mbi zhvillimin e komunitetit dhe përmirësimin e shëndetit të tij (22,54).

1.2. Mënyra e jetesës dhe faktorët kryesorë të riskut që ndikojnë në shëndet

Shumica e sëmundjeve të cilat përbëjnë rrezik të madh për jetën e individëve në të gjithë botën tani janë kronike dhe të lidhura me sjelljet shëndetësore (55). Një ekskluzivitet kryesor i këtyre sjelljeve është se ato bashkë-ndodhin si grupe sjelljesh të rrezikshme. Mekanizmat të cilët shkaktojnë rritjen e sjelljeve të rrezikshme e shëndetësore akoma nuk janë kuptuar siç duhet, ashtu siç janë kuptuar tashmë implikimet për ndërhyrje. Pas karakterizimit të prevalencës së sjelljeve që kanë ndikimin më të madh në gjendjen shëndetësore, ne ekzaminojmë bashkë-ndodhjen e tyre dhe marrin në konsideratë implikimet për ndërhyrjet në nivel individualizuar dhe nivel të popullatës në mënyrë që të nxisim sjellje të shëndetshme.

Sjelljet e rrezikshme shëndetësore dhe sjelljet mbrojtëse të shëndetit

Sjelljet e rrezikshme shëndetësore janë veprime të dëmshme që rrisin shanset për zhvillimin e sëmundjes ose mund të pengojnë shërimin. Ditët e sotme janë identifikuar të paktën pesë kategori të sjelljes që vazhdimisht lidhen me rritjen e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë(56):

- I. Konsumi i një diete të pasur në kalori, yndyrna dhe natrium, dhe të ulët në nutrientë (57);
- II. Nivele të ulëta të aktivitetit fizik dhe nivele të larta të sedentaritetit (58);
- III. Konsumi i duhanit (59);
- IV. Abuzimi me substanca ku përfshihet konsumi i alkoolit, dhe i drogave të paligjshme (60) dhe;
- V. Përfshirja në sjellje seksuale të rrezikshme (61).

Nga ana tjetër, sjelljet shëndetësore mbrojtëse janë veprime që reduktojnë ndjeshmërinë ndaj sëmundshmërisë dhe/ose për të lehtësuar rikthimin e shëndetit. Aktualisht tre sjellje shëndetësore mbrojtëse janë identifikuar që të jenë të lidhura me gjendjen e mirë shëndetësore dhe shërimin nga sëmundjet:

- I. Të qenit fizikisht aktiv, (62)
- II. Konsumi i frutave dhe perimeve, (62) dhe
- III. Zbatimi rigoroz i mjekimit të përcaktuar (64).

Në mjediset shëndetësore është sugjeruar se eliminimi i sjelljeve të rrezikshme shëndetësore do të mund të parandalojë 80% të sëmundjeve të zemrës, insultit cerebral, diabetit tip 2 dhe 40% të tumoreve malinje. Sjelljet jo të shëndetshme janë mjaft të përhapura. Aktualisht në SHBA, pothuajse dy të tretat e popullsisë janë me peshë më të lartë se norma; 27.2% e adultëve amerikanë janë obezë dhe rreth 36.2% janë mbi peshë, ndërkohë edhe numri i fëmijëve obezë është dyfishuar dhe po shkon drejt trefishimit (65). Prevalenca është e ngjashme edhe në Angli, ku rreth 25% e adultëve janë klasifikuar si obezë në vitin 2009. Edhe pse konsumi i duhanit në forma të ndryshme dhe i cigareve është më pak i zakonshëm, ai mbetet përgjegjës për numrin më të madh të vdekjeve (56,66).

Sipas të dhënave të Qendrës të kontrollit dhe Parandalimit të sëmundjeve, aktualisht, 21% e adultëve amerikanë, 20% e nxënësve të arsimit të lartë dhe 6% e nxënësve të shkollave të mesme konsumojnë duhan (67). Po kështu, në Angli përqindja e adultëve

të cilët raportojnë konsumin e duhanit në forma të ndryshme dhe i cigareve është 21%. Më shumë se një e katërta e nxënësve anglezë të shkollave të mesme (27%) kanë provuar duhanin të paktën një herë dhe 5% janë të duhanpirës të rregullt (të paktën një cigare në javë). Prevalenca e konsumit të rrezikshëm të alkoolit duket që të jetë disi më i lartë në Angli se sa në SHBA. Përafërsisht 5.1% e adultëve amerikanë konsumojnë më shumë se 1-2 pije alkoolike në ditë dhe 15.5% raportojnë konsum të rrezikshëm të alkoolit {konsum i të paktën 4-5 pijeve në një rast të vetëm} (56,68). Nga ana tjetër, 33% e meshkujve anglezë dhe 16% e femrave (24% e adultëve në përgjithësi) raportojnë konsum të rrezikshëm të alkoolit. Adoleshentët përdorin alkool dhe droga të tjera me ritme të larta, dhe ato kanë më shumë të ngjarë që të kryejnë marrëdhënie seksuale të pambrojtur, kur janë nën ndikimin e drogës apo të alkoolit.

Në vitin 2011, 34% e nxënësve seksualisht aktivë të shkollave të mesme në SHBA, raportuan se nuk kishin përdorur mjete mbrojtëse (prezervativ) gjatë marrëdhënies së fundit seksuale, duke hedhur dritë mbi shpjegimin pse të rinjtë që i përkasin grup-moshës 13-24 vjeç përbëjnë rreth gjysmën e rasteve të sëmundjeve seksualisht të transmetueshme dhe në një subanalizë të popullsisë, 36% e meshkujve që kryejnë seks me meshkujt nuk raportojnë përdorimin e kondomit me partnerët seksualë rastësorë (56,69).

Nga krahasimi i sjelljeve të rrezikshme shëndetësore, sjelljet shëndetësore mbrojtëse janë më të rralla. Në shumë vende sëmundjet kronike si pasoje e inaktivitetit fizik janë një problem i madh i shëndetit publik dhe në mënyrë globale, rreth 1,9 milionë vdekje në vit i atribuohen inaktivitetit fizik (70).

Bazuar në vetë-raportimin e tyre dhe në vlerësimin objektiv akselometrik, rezulton që vetëm 3.8% e adultëve amerikanë angazhohen sipas udhëzimeve të shëndetit publik, për rreth 30 minuta në aktivitet fizik të moderuar në të paktën 5 ditë në javë dhe 46% e adultëve amerikanë të arsimuar dhe 21.4% e atyre pa një diplomë të shkollës së mesme janë rregullisht fizikisht aktivë (71). Në mënyrë të ngjashme, rezultatet e një studimi me një kampion të madh të kryer në Angli evidentoi se 20% e të anketuarve kanë raportuar ecje për të paktën 20 min “më pak se një herë në vit ose kurrë”.

Një dietë e shëndetshme e pasur në nutrientë, rezulton të jetë mbrojtëse e shëndetit dhe këtu përfshihet konsumi i bollshëm i frutave dhe perimeve, peshkut dhe konsumit të ulët të mishit të përpunuara dhe produkteve të qumështit. Megjithatë, vetëm 23.5% e adultëve amerikanë konsumojnë pesë fruta dhe perime në ditë dhe, në mënyrë alarmuese, 35% e tyre nuk konsumojnë asnjë lloj perimesh çdo ditë dhe 57% e tyre nuk konsumojnë asnjë frut në ditë (72). Proporcioni i adultëve në Angli të cilët konsumojnë pesë racione fruta dhe perime çdo ditë është deri diku i ngjashëm: 25% e meshkujve dhe 28% e femrave. Edhe pse 69.2% e adultëve amerikanë duhet të konsumojnë jo më shumë se 1500 mg/ditë natrium (d.m.th., të gjithë adultët, të gjithë zezakët dhe të gjithë personat me hipertension), në vitin 2004 Instituti Kombëtar i Mjekësisë arriti në përfundimin se niveli i natriumi në ngarkesën ushqimore është më i lartë se 2300 mg/ditë (73).

Raporti i adultëve dhe fëmijëve në SHBA që plotësojnë të gjithë katër deri në pesë komponentë të një dietë të shëndetshme është gjithnjë e më i vogël se përqindja që i plotëson objektivat e aktivitetit fizik < 0.5% (56). Motivimi për ruajtjen e shëndetit pritet që të jetë më i madh në midis atyre që tashmë kanë shfaqur ose vuajnë nga sëmundje kronike. Megjithatë në praktikën aktuale, respektimi i sjelljes më të thjeshtë në menaxhimin e sëmundjes (administrimi dhe marrja e mjekimit) zakonisht është vetëm rreth 50%, veçanërisht pas 6 muajve të parë të trajtimit (73). Mos respektimi i

këtij protokollit është vërejtur në rreth 49% për medikamentet që ulin nivelin e lipoideve në gjak, 42% për anti-diabetikët oralë dhe 36% për antihipertensivët.

Përveç se të qenit të përhapura, sjelljet e rrezikshme shëndetësore bashkë-ndodhin dhe shumica e adultëve janë të prekur nga më shumë se një prej tyre. Një studim të 16 818 adultëve në SHBA, evidentoi se 52% kishin dy ose më shumë sjellje të rrezikshme brenda një liste prej 4 sjellje të rrezikshme që përfshinte: inaktivitetin fizik, mbipeshën, konsumin e duhanit dhe konsumin e rrezikshëm të alkoolit (74). Disa autorë analizuan në mënyrë të hollësishme bashkëshoqërimin e këtyre katër faktorëve të njëjtë të rrezikshme të sjelljes (inaktiviteti fizik, mbipesha, konsumi i duhanit dhe konsumi i rrezikshëm i alkoolit). Në kampionin prej 29 183 adultësh, numri mesatar i faktorëve të rrezikut ishte dukshëm më > 1 dhe 17% kishin tre ose më shumë faktorë rreziku njëkohësisht. Po këto studiues analizuan edhe me anë të shtresëzimit sjelljet e rrezikshme dhe në individët me tre faktorë rreziku, grupimi më i zakonshëm rezultoi konsumi i duhanit, mbipesha dhe inaktiviteti fizik. Midis atyre me dy faktorë rreziku, shoqërimi më i zakonshëm (deri tani) ishte mbipesha dhe inaktiviteti fizik (26%)(56).

Konsumi i duhanit dhe mungesa e aktivitetit fizik përkonin me rreth 16%, konsumi i duhanit dhe mbipesha përkonin me rreth 12% dhe konsumi i duhanit dhe konsumi i rrezikshëm i alkoolit përkonte me rreth 9% të pjesëmarrësve në studim. Gjasat më të mëdha për të patur sjellje jo të shëndetshme u evidentuan midis individëve, me nivel të ulët edukimi dhe atyre me nivele të larta të stresit mendor.

Disa autorë të tjerë studiuuan prevalencën e disa sjelljeve shëndetësore duke përfshirë në kërkimin e tyre shkencor një kampion të rastësishëm adoleshentësh, adultësh dhe të moshuarish, rreth aktivitetit fizik, jo konsumatorë të duhanit, dietës së cilësisë së lartë dhe peshës së shëndetshme (75). Adultët dhe të moshuarit u intervistuan edhe për konsumin e tyre të alkoolit. Midis adoleshentëve, 30.2% e tyre referuan dy ose më shumë nga katër sjelljet e jo të shëndetshme të mënyrës së jetesës. Midis adultëve, numri u rrit ndjeshëm deri në 72.3% të cilër raportuan dy ose më shumë nga pesë sjelljet e mundshme jo të shëndetshme dhe midis të moshuarve u evidentua se përqindja ishte rreth 51%. Duke marrë parasysh vetëm katër sjelljet jo të shëndetshme që mund të kenë të gjithë grupet, në të gjitha moshat përqindja mesatare e atyre që raportojnë dy ose më shumë sjellje të rrezikshme ishte 55.7%, ndërsa 19.7% e tyre raportuan tre ose më shumë prej këtyre faktorëve të rrezikut. Midis adoleshentëve, të qenit në depresion shtonte gjasat për të patur sjellje të shumëfishta të rrezikshme. Nga ana tjetër, tek adultët dhe të moshuarit, që zotëronin diplomë kolegji, reduktoheshin ndjeshëm gjasat e ekspozimit ndaj sjelljeve të shumëfishta jo të shëndetshme të jetesës (76).

Impakti i sjelljet shëndetësore të shumëfishta në sëmundshmëri dhe vdekshmëri

Sjelljet e rrezikshme shëndetësore dhe sjelljet protektive shëndetësore janë të rëndësishme sepse ato janë të lidhura në mënyrë kumulative me vdekshmërinë kardiovaskulare dhe vdekshmërinë nga të gjitha-shkaqet. Në studimin prospektiv Evropian Norfolk, mbi investigimin shkencor për kancerin, që përfshiu një kampion prej 20.244 adultësh britanikë për 11 vjet, individët të cilët raportuan të kenë katër sjellje të rrezikshme shëndetësore, krahasuar me individët me zero sjellje jo të shëndetshme të stilit të jetesës (dieta, konsumi i duhanit, konsumi i alkoolit dhe aktiviteti fizik), u shoqërua me vdekshmëri 4 herë më të lartë (77).

Në mënyrë të ngjashme, një studim tjetër kohort mbi parandalimin e kancerit tregoi se nderthurja e mënyrës së shëndetshme të jetesës lidhur me parandalimin e kanceri, mbipeshën, dietën, aktivitetin fizik dhe konsumin e alkoolit shoqërohet me rrezik të reduktuar të vdekshmërisë së parakohshme nga kanceri, sëmundjet kardiovaskulare dhe vdekshmërisë nga të gjitha-shkaqet te jo duhan-pirësit (77)

Një studim tjetër i ngjashëm në Japoni raportoi një lidhje të kundërt midis kombinimit fillestar të faktorëve të shëndetshëm të jetesës dhe vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet, parashikoi vdekjet e parandalueshme, mbi dhe përtej vlerave parashikuese për çdo sjellje të vetme shëndetësore të stilit të jetesës dhe rezultatet demonstuan gjithashtu se sjelljet e shëndetshme të jetesës janë të rëndësishme edhe në pleqëri. (56,78).

Konsumi i duhanit

Duhanpirja është shkaku kryesor i sëmundjeve të parandalueshme të cilat mund të çojnë drejt vdekjes. Niveli i edukimit dhe të ardhurat janë parashikues të fortë të konsumit të duhanit në Finlandë, Danimarkë, Irlandë, Britani të Madhe, Belgjikë, Gjermani, Austri, Itali, Spanjë, Portugali dhe Greqi (5,79). Prevalenca dhe konsumi i duhanit nuk është i shpërndarë në mënyrë të barabartë në të gjithë Bashkimin Evropian, ndërsa zakoni i konsumit të duhanit zakonisht përhapet nëpër popullatë në katër faza (80):

- Në fazën 1, konsumi i duhanit është i veçantë dhe kryesisht vjen si një zakon i individëve që i përkasin shtresave shoqërore me nivel të lartë social-ekonomik.
- Në fazën 2, nivelet e prevalencës arrijnë deri në 50% -80%, dhe diferencat mes shtresave me nivel të ndryshëm social-ekonomik kanë tendencë të zhduken dhe me interval kohor mes gjinive prej rreth 10-20 vitesh i cili vihet re në sjelljen lidhur me konsumin e duhanit.
- Në fazën 3, prevalenca mes individëve meshkuj ulet dhe individët të cilët i përkasin shtresave shoqërore me nivel të lartë social-ekonomik gradualisht ndalojnë konsumin e duhanit; ndërsa femrat arrijnë kulmin e tyre në këtë fazë.
- Në fazën 4, shkalla e prevalencës si për meshkujt, ashtu dhe për femrat vazhdon të pësojë rënie dhe konsumi i duhanit bëhet kryesisht një zakon i shtresave shoqërore me nivel të ulët social-ekonomike.

Vende të ndryshme janë në faza të ndryshme. Vendet e Evropës Veriore tashmë janë në fazën e 4, ku si meshkujt ashtu edhe femrat që i përkasin shtresave shoqërore me nivel të ulët social-ekonomik (niveli i edukimit dhe i të ardhurave) kanë më shumë gjasa për të konsumuar duhan. Në të vërtetë, probabiliteti për të qenë një duhanpirës është midis 2 dhe 3-fish më i lartë midis meshkujve dhe femrave me nivel të ulët edukimi krahasuar me ata me nivel të lartë edukimi në Danimarkë, Finlandë dhe Irlandë. Në të kundërtën, vendet e Evropës jugore si Italia, Greqia, Portugalia vazhdojnë të jenë ende në fazën e 3-të.

Pabarazitë e lidhura me nivelin e edukimit dhe nivelin e të ardhurave me konsumin e duhanit është më e shprehur në favor të meshkujve, por jo tek femrat; dhe gradienti social është më i madh për individët që i përkasin grup-moshave 25-34 vjeç për meshkujt dhe femrat. Konsumi i duhanit është një faktor kryesor rreziku i vdekshmërisë nga kanceri pulmonar dhe, për këtë arsye, diferencat social-ekonomike në sjelljen lidhur me duhanpirjen ndikojnë në pabarazinë për kancerin e mushkërive si

argument i parë, dhe së dyti në vdekshmërinë e përgjithshme. Zhvillimi jo-homogjen i epidemisë së duhanpirjes në të gjitha vendet, ndikon në kontributin e ndryshëm të konsumit të duhanit në vdekshmërinë e përgjithshme në shtresat shoqërore me nivel të ulët social-ekonomik e cila varion tek meshkujt nga 5% në Madrid deri në 30% në Angli dhe Uells dhe midis femrave nga 14% në Madrid deri në 35% në Angli dhe Uells.

Duhani përbehet nga rreth 4000 substanca tërësisht të dëmshme që vijnë si pasojë e procesit të djegies së cigares e cila çliron ose modifikon lëndët kimike që gjenden në gjethet e duhanit. Përbërësit me të rëndësishëm janë nikotina, monoksidi i karbonit, katrani e hidrokarburet policiklike. Nikotina është një substancë që gjendet në vetë duhanin, dhe është një neurotoksinë që përthithet shpejt nga organizmi dhe provokon efekte stimuluese dhe në të njëjtën kohe provokon varësi.

Monoksidi i karbonit është gaz toksik dhe ka aftësinë që të shkaktojë dëmtime të rëndësishme në rrugët e transportimit të oksigjenit nga mushkeritë për në periferi.

Katrani është një përzierje substancash që grumbullohet në mushkëri kur duhani ftohet dhe kondensohet.

Hidrokarburet policiklike janë substanca që ndikojnë në dëmtimin e ADN-së dhe në transformimin e saj si një predispozues ndaj kancerit pulmonar, të aparatit të tretjes (tumoret e zgavrës së gojës, tumoret e ezofagut etj).

Sipas të dhënave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) aktualisht në gjithë botën konsumatorët e duhanit janë rreth 1 miliard dhe pritet që në vitin 2025 ky numër të arrijë deri në 1.6 miliardë. Çdo vit vdesin rreth 5.4 milionë individë si pasojë e dëmeve të shkaktuara nga konsumi i duhanit. Sipas OBSH-së në vitin 2030 kjo shifër mund të arrijë në rreth 8 milionë vdekje/vit dhe mendohet se me tepër se 80% e vdekjeve të jenë midis individëve që jetojnë në vendet me zhvillim të ulët ekonomik. Gjatë shekullit të 20-të rreth 100 milionë individë kanë vdekur si shkak i dëmtimeve të shkaktuara nga konsumi i duhanit dhe në shekullin e 21-të ky numër pritet të arrijë deri në 1 miliard (81).

Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës numri i individëve që konsumojnë duhan është rreth 47 milionë dhe çdo vit vdesin rreth 400.000 individë (rreth 20% e vdekshmërisë së përgjithshme) si rezultat i dëmeve që shkakton duhani. Në vendet e Komunitetit Evropian, vdekshmëria arrin deri në 650.000 individë/vit. Rreth 1/3 e popullsisë evropiane konsumon duhan duke shfaqur rrezik jo vetëm për jetën e tyre por edhe të personave që i rrethojnë dhe që ekspozohen ndaj duhanit edhe pse nuk e konsumojnë atë, pra në këtë rast kemi të bëjmë me duhanpirjen pasive. Në Evropë vdesin çdo vit rreth 19.000 persona jo duhan pirës si rezultat i ekspozimit pasiv ndaj duhanit i cili mund të ndodhë në ambientet e shtëpisë ose në vendin e punës. Në Itali numri i vdekjeve si rezultat i duhanit është 70.000-83.000 në vit. Vdekshmëria është më e lartë nga moshë 35 deri në 65 vjeç. Përqindja e duhanpirësve është rreth 23%, dhe në rritje përsa i përket konsumit të duhanit edhe tek femrat. Në mënyrë tradicionale janë të rinjtë ato që konsumojnë më tepër duhan. Vitet e fundit Organizata Botërore e Shëndetësisë ka raportuar se konsumi i duhanit po rritet në mënyrë të frikshme në vendet me nivel të ulët ekonomik. Konsumimi i qëndrueshëm dhe i zgjatur i duhanit ka aftësinë të ndikojë në mënyrë negative në mbijetesën e popullsisë dhe në cilësinë e jetesës për këto individë. Konsumi i 20 cigareve në ditë do të thotë që mbijetesë e një

te riu që fillon duhanin në moshën 25 vjeçare ulet me 4.6 vjet. Pra në mënyrë më të hollësishme, për çdo javë që konsumohet duhan, humbet një ditë jete. Mendohet që në rreth 1000 meshkuj që konsumojnë duhan, një mund të pësojë vdekje të dhunshme, 6 mund të vdesin nga aksidentet rrugore, ndërsa 250 do të vdesin nga sëmundjet e shkaktuara nga konsumi i duhanit.

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka konfirmuar tashmë që duhani është shkaku kryesor i rritjes së vdekshmërisë dhe mbetet shkaktari kryesor i shumë sëmundjeve që mund të shmangen në qoftë se hiqet dorë në kohë nga konsumi i duhanit. Duhani shkakton dëme të mëdha në shume organe në organizmin human, por pasojat më të mëdha hasen në aparatit e frymëmarrjes dhe sistemin kardiovaskular. Duhani është shkaktari kryesor i një prej sëmundjeve më të rëndësishme të aparatit të frymëmarrjes: kanceri pulmonar.

Kanceri pulmonar është një patologji shumë e rëndë dhe në rritje të dukshme gjatë viteve të fundit që ka si shkaktar kryesor konsumin e duhanit. Kjo patologji paraqet një problem social mjaft të rëndësishëm pasi shoqërohet nga një prognozë e errët në shumicën e rasteve. Incidenca e kancerit pulmonar është gjithnjë në rritje, me rreth 1.35 milionë raste të reja në vit në rang global, po ashtu edhe për vdekshmërinë me rreth 1.18 milion vdekje ne vit në të gjithë botën (82).

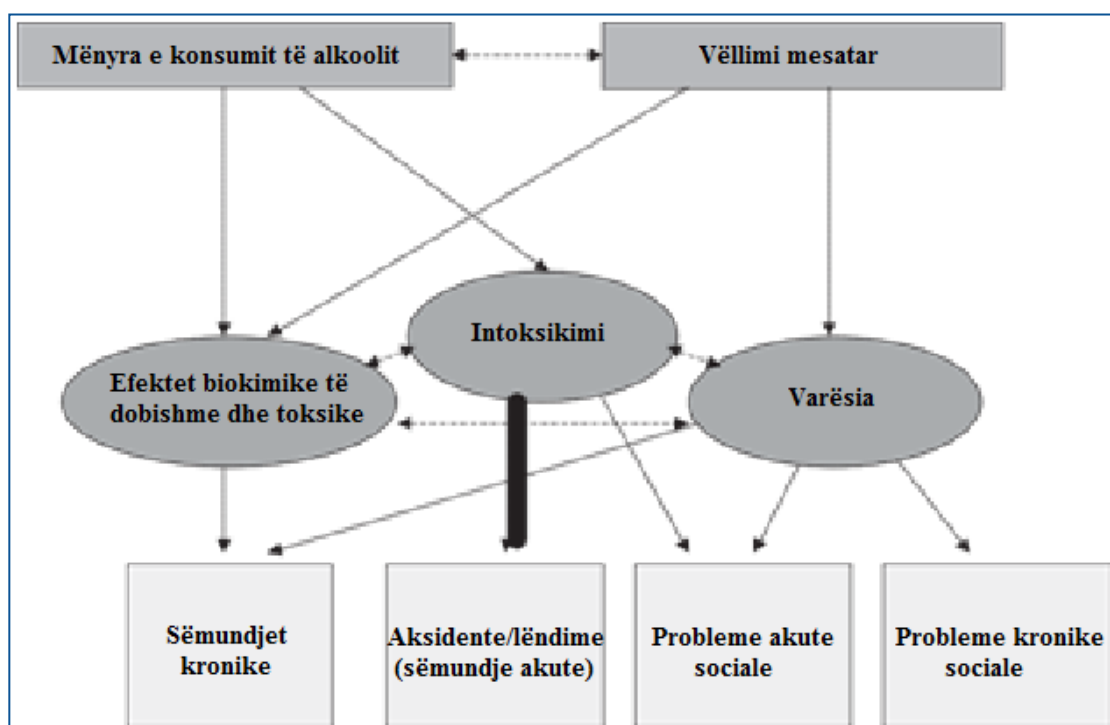
Incidenca dhe vdekshmëria është në rritje edhe në vendet e zhvilluara të tilla si Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe në Evropë, por vitet e fundit është vënë re shtimi i rasteve të kancerit pulmonar edhe në vendet në zhvillim jo vetëm si rezultat i rritjes së konsumit të duhanit nga ana e individëve por edhe nga rritja e ndotjes së mjedisit në këto vende. Sipas të dhënave nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në vitin 2009 në SHBA numri i rasteve të reja i kancerit pulmonar ishte rreth 60 raste në çdo 100.000 mije banorë dhe e shoqëruar deri diku me të njëjtin nivel vdekshmërie. Në vendet e zhvilluara kanceri pulmonar renditet në vendin e parë si shkak i vdekjeve nga të gjitha llojet e kancereve, dhe në Shtetet e Bashkuara të Amerikës vdekshmëria është e njëjtë si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat, pikërisht si rezultat i rritjes së konsumit të duhanit edhe tek femrat. Të dhënat tregojnë se individët që konsumojnë me shume se 40 cigare në ditë kanë rrezik 60 herë më të lartë se jo duhan pirësit për kancer pulmonar. Individët që lënë duhanin para moshës 35 vjeç, kanë rrezik individual për të zhvilluar kancer pulmonar të njëjtë me atë të popullsisë që nuk konsumon duhan.

Gjithashtu konsumi i duhanit është një nga shkaktarët kryesor të infarktit të miokardit dhe i sëmundjes koronare të zemrës, si tek meshkujt dhe tek femrat dhe veçanërisht është i lidhur me rreth 30% të vdekjeve nga sëmundjet koronare të zemrës. Duhani rrit rrezikun e zhvillimit të arteriosklerozës dhe të infarktit të miokardit, duke favorizuar formimin e pllakave aterosklerotike dhe formimin e trombeve. Sëmundja e arterieve koronare shkaktohet kryesisht nga monoksidi i karbonit dhe nikotina. Kjo patologji është një nga sëmundjet më të zakonshme në vendet e zhvilluara. Duhanpirësit rrezikojnë të sëmuren pothuajse dy herë më shumë sesa individët të cilët nuk konsumojnë duhan. Gjithashtu, sëmundja ishemike e zemrës është e pranishme në rreth 3.4/1000 individë që nuk konsumojnë duhan dhe 7.4/1000 individë që konsumojnë duhan. Tek individët që konsumojnë 20 cigare/ditë ky rrezik trefishohet. Konsumimi i tepërt i duhanit gjithashtu shton rrezikun për vdekje të papritur.

Konsumi i alkoolit

Marrëdhënia midis konsumimit të alkoolit dhe gjendjes shëndetësore dhe sociale është komplekse dhe multidimensionale. Figura 3 jep një panoramë të kësaj marrëdhënie dhe rrugët shkakësore. Konsumi i alkoolit shoqërohet me pasoja afat-gjata biologjike dhe sociale nëpërmjet tre mekanizmave si: intoksikimit, varësisë dhe efekteve direkte biokimike (83). Intoksikacioni nga alkooli mund të çojë në pasoja kronike sociale (p.sh., rasti kur një drejtues mjeti i dehur, vret dikë dhe në vazhdim humb punën dhe pozitën shoqërore). Shumica e pasojave të intoksikimit janë megjithatë të mbuluara nga shëndeti akut dhe pasojat sociale.

Figura 3. Modeli i konsumit të alkoolit, rezultatet e ndërmjetme dhe konsekuencat afat-gjata



Burimi: Jürgen Rehm, Robin Room, Maristela Monteiro, et al. *Alcohol use. Comparative Quantification of health Risks. WHO 2004.*

<https://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf>

- ▶ Efektet direkte biokimike të konsumit të alkoolit mund të influencojnë sëmundjet kronike, si në mënyrë të dobishme ashtu edhe të dëmshme. Efektet e dobishme përfshijnë ndikimin e konsumit të moderuar të alkoolit mbi SIZ duke reduktuar depozitimin e pllakave aterosklerotike në arteriet, mbrojtjen kundër formimit të trombit dhe ndihmën në shpërbërjen e trombit (84). Shembuj mbi efektet e dëmshme përfshijnë rrezikun e rritur për presion arterial të lartë, efektet direkte toksike në qelizat acinare duke shkaktuar dëmtime të pankreasit.
- ▶ Intoksikacioni (dehja) është një ndërmjetës i fuqishëm, kryesisht tek rezultatet akute të tilla si aksidentet, lëndimet e qëllimta ose vdekjet, konflikti i brendshëm dhe dhuna, edhe pse episode të intoksikacionit mund të implikohen në problemet shëndetësore kronike dhe problemet sociale. Efektet e alkoolit

mbi sistemin nervor qendror, kryesisht përcaktojnë ndjenjën subjektive të intoksikacionit. Këto efekte ndjehen dhe mund të maten edhe në rastet e konsumit të alkoolit në nivele të ulëta ose të moderuara (83,85).

- Varësia ndaj alkoolit është një çrregullim në vetvete, por është gjithashtu një mekanizëm i fuqishëm në ndërmjetësimin e ndikimit të tij si në pasojat kronike ashtu dhe akute fiziologjike dhe sociale (83,86).

Mekanizmat biologjikë kanë qenë historikisht kriteri më i rëndësishme në vendosjen e lidhjes shkakësore midis konsumit të alkoolit dhe rezultateve shëndetësore. Konsumi i përgjithshëm ose vëllimi mesatar i konsumit ka qenë masa e zakonshme e ekspozimit që lidh alkoolin me sëmundjet. Vëllimi mesatar ishte i lidhur me më shumë se 60 lloje sëmundjesh, sipas një serie meta-analizash të fundit (83,87).

Efektet e dëmshme kronike të konsumit të alkoolit

Sëmundjet tumorale

Kanceri orofaringeal, i ezofagut dhe i heparit. Alkooli në mënyrë konsistente është i lidhur me rrezikun e kancerit të gojës (buzës dhe gjuhës), faringut, laringut, hipofaringut, ezofagut dhe të heparit (88).

Kanceri i gjirit tek femrat. Një pjesë e madhe kërkimore shkencore është kryer gjatë fundit të dekadës mbi kancerin e gjirit. Para vitit 1995, zakonisht është konstatuar evidencë e pamjaftueshme e një marrëdhënie shkakësore me alkoolin (89). Studimet e fundit dhe rishikimi i lretaturës kanë evidentuar, se jo vetëm konsumi i rrezikshëm i alkooli, por edhe konsumi i moderuar i tij mund të shkaktojë kancerin e gjirit tek femra. Një meta-analizë e udhëhequr nga disa autorë Smith-Warner et al. (1998) raportoi një marrëdhënie të qartë lineare mbi tërë konsumin e vazhdueshëm ku dhe studime të tjera origjinale të mbështetur kjo gjetje (90).

Kanceri i stomakut, pankreasit, zorrës së trashë, rektumit dhe prostatës. Shumë projektet të fundit kërkimore shkencore kanë hetuar nëse këto kancere janë të lidhura me konsumin e alkoolit. Në përgjithësi, të dhënat për një lidhje shkakësore midis alkoolit dhe kancerit në këto lokalizime edhe nëse është gjetur, ishte e dobët dhe jo-bindëse (91).

Në kancerin e prostatës, përsëri shumica e studimeve nuk kanë raportuar rritje të rrezikut (92), ndërsa dy studime kohort dhe një studim rast-kontroll raportuan rritje të vogël të rrezikut në subjektet të cilët konsumojnë edhe sasi të moderuar të alkoolit.

Kanceri i gjëndrave të pështymës, ovarit, endometriumit, dhe fshikëzës. Prej kohësh është hedhur hipoteza se alkooli mund të përbëjë një faktor rreziku për kancerin e gjëndrave kryesore të pështymës, ovarit, endometriumit dhe të fshikëzës së urinës. Për secilin nga këto lokalizime, rezultatet ishin të pamjaftueshme apo konfliktuale, dhe efektet, nëse kishte të tilla, nuk rezultuan statistikisht sinjifikante (93).

Sëmundjet kardiovaskulare

Roli i alkoolit, edhe si faktor rreziku ashtu dhe si faktor mbrojtës për sëmundjet kardiovaskulare, është studiuar gjerësisht në dekadën e fundit. Sëmundja ishemike e zemrës ka qenë fokusi i kërkimit shkencor. Shumica e studimeve evidentojnë se konsumimi i alkoolit në nivel të ulët gjithashtu ofron disa efekte mbrojtëse kundër

insulteve ishemike. Nga ana tjetër, hipertensioni dhe çrregullime të tjera kardiovaskulare të tilla si aritmia kardiake, insuficienca kardiake dhe një sërë gjendjesh dhe komplikacionesh të sëmundjeve të zemrës janë të ndikuara negativisht nga alkooli (94). Një sëri e mirë të dhënash evidenton se konsumi ditor prej më shumë se 30g alkool të pastër për meshkujt (dhe supozohen nivele më të ulëta për femrat) shkakton hipertension. Nivel i ulët i konsumit, megjithatë, nuk u shoqërua me hipertension tek meshkujt, dhe mundet që të japë një efekt të vogël mbrojtës tek femrat. Ka disa indikacione se hipertensionit mund të jetë i lidhur me modelin e konsumit të pijeve episodike të rënda. Për insultin hemorragjik, të dhënat evidentojnë një rritje të rrezikut tek meshkujt edhe në nivele të ulëta të konsumit të alkoolit. Për femrat, një meta-analizë më e fundit nga disa autorë sugjeron efekt mbrojtës për kategoritë e modelit të konsumit I dhe II, por një rritje 8 herë më shumë të rrezikut kur konsumohet ekuivalenti i më shumë se 40 g alkool të pastër në ditë. Modelet e konsumit të alkoolit luajnë jo vetëm rol mbrojtës në shfaqjen e SIZ, por ato janë gjithashtu të rëndësishme për rrezikun e insultit dhe vdekjes së papritur kardiovaskulare apo vdekjeve kardiovaskulare në përgjithësi (95), me konsumin episodik të rrezikshëm dhe intoksikacionin, duke rezultuar në rritjen e rrezikut.

Cirroza hepatike

Konsumi i alkoolit është identifikuar si shkaku kryesor i cirrozës hepatike në vendet e zhvilluara (96). Ndërsa lidhja mes cirrozës hepatike dhe alkoolit është e qartë, me të gjitha rastet duke ia atribuar alkoolit, debati qëndron në argumentin nëse kjo vlen njëllor edhe për cirrozën hepatike të pacaktuar. Disa autorë pretendojnë se, empirikisht, kjo është jashtëzakonisht e vështirë për të ndarë alkoolin nga cirroza hepatite e papërcaktuar, dhe se termi “cirrozë e paspecifikuara hepatite”, përdoret kur asnjë faktor specifik etiologjik nuk është raportuar ose identifikuar.

Studimet në Shtetet e Bashkuara dhe në Vendet e Amerikës Qendrore dhe Amerikës së Jugut kanë raportuar se një përqindje e rëndësishme e vdekjeve nga cirroza pa përmendur alkoolin, kanë qenë në fakt të atribueshme ndaj alkoolit (97). Në shumë vende (p.sh. Kina dhe India), cirroza hepatike është shkaktuar kryesisht nga faktorë të tjerë si infeksionet virale. Lidhjet midis konsumimit të alkoolit dhe cirrozës hepatike duket se varen kryesisht nga vëllimi i alkoolit të konsumuar dhe janë të pavarura nga modeli i konsumit të alkoolit. Megjithatë, disa studime kanë raportuar mbi një efekt të mundshëm të rasteve të konsumit episodik të rrezikshëm. Për më tepër, ka disa tregues se pijet e forta alkoolike janë veçanërisht të dëmshme dhe të afta për të shkaktuar cirrozë hepatike (98).

Obeziteti

Niveli i obezitetit është rritur me shpejtësi gjatë viteve të fundit dhe procesi i avancimit teknologjik, urbanizimi dhe mënyra sedentare e jetesës, së bashku me të përcaktorë të tjerë psikopatologjikë dhe gjenetikë ndikojnë në çekuilibrimin midis marrjes së kalorive dhe djegies së tyre. Obeziteti është i lidhur fort me statusin social-ekonomik, në veçanti në vendet e pasura, dhe faktorë të ndryshëm janë përgjegjës për këtë lidhje (99).

Dietat, të cilat përputhen me rekomandimet nutricionale, në përgjithësi kushtojnë më shumë.

Niveli i ushtrimeve fizike influencohet jo vetëm nga zgjedhjet individuale, por edhe nga e koha e lirë në dispozicion, politikat sociale të transportit dhe aktivitetet në mjedise të mbyllura që nuk janë zakonisht falas.

Midis individëve që i përkasin shtresave të ulëta social-ekonomike, tendenca e madhe për tu ushqyer jashtë mundësive, mund të jetë e lidhur me prevalencë më të lartë të depresionit.

Prevalenca e individëve obezë në vendet e BE-së ndryshon me moshën, nivelin e edukimit, nivelin social-ekonomik, statusin martesor dhe konsumin e duhanit. Probabiliteti i të qenit obez, rritet me moshën dhe arrin kulmin në grup-moshën 55-64 vjeç. Individët që janë pjesë e shtresave të ulëta social-ekonomike kanë më shumë gjasa të jenë obezë dhe lidhja e fortë midis nivelit të edukimit dhe obezitetit është e dukshme: individët me nivel të ulët edukimi kanë më shumë gjasa të jenë obezë. Individët beqarë janë më pak të prirur për obezitet se sa individët të cilët jetojnë në çift, individët e ve' apo të divorcuar, por kjo lidhje nuk është sinjifikante pasi standardizimit për moshë dhe gjini. Pjesa e kohës e shpenzuar duke qëndruar ulur në javë, mungesa e interesit ndaj aktivitet fizik, dhe pjesëmarrja e ulët në sporte, janë gjithashtu parashikues të fortë të obezitetit (100). Të jesh mbi peshë është një faktor i madh rreziku, që shpjegon mbizotërimin e lartë të hipertensionit në popullatat perëndimore me risk të atribueshëm të popullatës 11% në Itali deri në 25% në SHBA. Një nivel i ulët i aktivitetit fizik ndikon në nivelin e presionit të gjakut, veçanërisht në Britani të Madhe dhe SHBA.

1.3. Vetë-perceptimi i shëndetit, një instrument i rëndësishëm për vlerësimin e shëndetit të popullatës

Vetë-perceptimi i shëndetit (VPSH) është një metodë e thjeshtë, dhe e lehtë për të vlerësuar shëndetin e përgjithshëm. Kjo është një metodë e vlefshme dhe e besueshme midis individëve pa dëmtime konjitive. Fillimisht, ajo zëvendësoi vlerësimet klinike në kërkimet studimore (101,102). Vetë-perceptimi i shëndetit përdoret zakonisht në studimet psikologjike, studimet klinike, dhe në studimet e përgjithshme të popullsisë. Studimet e mëparshme të cilat përdorën vetë-perceptimin e shëndetit përfshijnë vlerësimin e marrëdhënieve midis VPSH me ndryshorët social-demografikë, të shëndetit fizik, dhe me ndryshorët psiko-socialë (103). Përdorime të tjera të VPSH-së përfshijnë studimin e lidhjeve midis gjendjes shëndetësore, ndryshoreve socialë-demografikë, fizikë, dhe ndryshoreve psiko-socialë, dukë qartësuar çështjet e matjes, në përpjekje për të shpjeguar sjelljet shëndetësore dhe të sëmundjes, ose për të përshkruar shëndetin e popullatave. Në shumë studime VPSH ka rezultuar të shfaqë së paku lidhje të moderuar me vlerësimet e shëndetit nga ana e mjekëve (104).

Vetë-perceptimi i shëndetit lejon të anketuarit të prioritojnë dhe të vlerësojnë aspekte të ndryshme të shëndetit të tyre, duke maksimizuar sensitivitetin e matjes së këndvështrimit të tyre për shëndetin. Me gjithë natyrën disi abstrakte të vetë-perceptimit të shëndetit ai gjithashtu u jep shkencëtarëve mundësi të ekzaminojnë proceset konjitive të përfshira në vlerësimin e shëndetit (101).

Aktualisht, shkencëtarët e shëndetit publik kanë filluar që ta pozicionojnë VPSH si implicite ashtu dhe/ose eksplicite në mënyrë të qartë për të garantuar gatishmërinë e individëve që të angazhohen në modifikimin e sjelljes. Një efekt sinjifikant i pavarur i

VPSH për vdekshmërinë është demonstruar në studime dhe popullata të ndryshme ku janë studiuar edhe rezultate të tjera shëndetësore si incidenca e sëmundjeve kronike, komplikacionet e diabetit, fizike dhe kufizimet konjitive funksionale, përdorimin e shërbimeve shëndetësore, dhe biomarkerave klinikë (101,105). Aktualisht është akumuluar një sasi e madhe literature në lidhje me VPSH, përcaktorët dhe rezultatet e tij nga studimet e kryera në të gjithë botë.

Vetë-perceptimi i shëndetit dhe sjelljet shëndetësore

Ekziston një lidhje komplekse ndërmjet VPSH dhe sjelljeve të lidhura me shëndetin. Sjelljet e lidhura me shëndetin të përfshira në studimet me VPSH shpesh kanë të bëjnë me statusin e duhanpirjes, vlerësimin e mënyrës së ushqyerjes, aktivitetin fizik, indeksin e masës trupore (BMI) ose praninë e obezitetit, dhe konsumin e alkoolit, ku këto sjellje shëndetësore janë të përfshira si bashkë ndryshore, më tepër se sa ndryshore shpjegues të rezultateve (101, 106). Po ashtu, sjelljet e lidhura me shëndetin janë përdorur si ndryshore kontrolli në studimet të cilat eksplorojnë VPSH dhe vdekshmërinë.

Sjelljet shëndetësore janë përdorur për të vlerësuar lidhjen midis VPSH dhe vdekshmërisë, dhe është vënë re se ky efekt shpesh ndryshon sipas gjinisë dhe/ose kohëzgjatjes së efektit (107). Megjithatë një seri studimesh, kanë evidentuar vetëm një ndikim ndërmjetësues mjaft të dobët të sjelljeve shëndetësore në VPSH dhe vdekshmëri, ndërsa disa studime të tjera kanë raportuar vetëm lidhje të dobëta apo jo sinjifikante me VPSH (108). Gjetje konfliktuale kanë rezultuar në lidhje me VPSH dhe të gjithë sjelljeve shëndetësore si konsumi i duhanit, konsumi i alkoolit, dhe dietës. Disa autorë kanë përcaktuar se individët të cilët zbatojnë mënyrë jetese të shëndetshme, në fakt kishin më shumë gjasa për pesimizëm në lidhje me gjendjen e tyre shëndetësore. Nga ana tjetër studiues të tjerë raportuan që individët sa më të rinj dhe më mirë të arsimuar në Amerikë, kishin më shumë të ngjarë të inkorporonin sjelljet shëndetësore në vlerësimet për shëndetin e tyre, dhe gjetje të ngjashme të lidhura me moshën u raportuan edhe midis femrave Australiane (109,110). Këto rezultate reflektojnë grupet shoqërore në të cilat mesazhet shëndetësore mund të kenë pasur shkallën më të lartë të përthithjes. Disa rishikime literature ofrojnë të dhëna se sjelljet shëndetësore ndikojnë në vetë-perceptimin e shëndetit por kjo marrëdhënia është ende e paqartë, jo gjithmonë në drejtimet e pritshme dhe të ndërmjetësuar nga moshja, gjinia, dhe përkatësia etnike. Ndërkohë këto studime, nuk marrin në vlerësim mënyrën përmes së cilës disa sjellje shëndetësore, edhe pse janë pseudo-shëndetësore të dëmshme, mund të shërbejnë për të promovuar kënaqësi dhe reduktim të stresit dhe në këtë mënyrë mund të ndikojnë në forcimin e shëndetit mendor (101).

Vetë-perceptimi i shëndetit dhe modifikimi i sjelljeve

Në rishikimin e literaturës mbi VPSH dhe sjelljet shëndetësore, është e qartë se disa studime adaptojnë një qëndrim korrigjues lidhur me vetë-perceptimin e shëndetit. Këto studime kërkojnë që të përcaktojnë bashkëshoqërimin e vlerësimit të shëndetit të një individi me një vlerësim objektiv të shëndetit në bazë të diagnozës mjekësore apo sjelljeve shëndetësore. Këto studime duket që nuk janë të dizenuara për kuptuar më mirë vetë-perceptimin e shëndetit, por më tepër mbi përdorimin e tij për të vlerësuar nivelin e “vetëdijes” të individëve në lidhje me gjendjen e tyre shëndetësore (101).

Supozohet se ata që vlerësojnë të favorshëm shëndetin e tyre, përkundër indikacioneve objektive të shëndetit të dobët, duhet të korrigjojnë VPSH të tyre nëpërmjet edukimit dhe adaptimit të duhur për ndryshimin e sjelljes. Për shembull, studiuesit kanë adaptuar një aspekt kritik në studimet e kryera, në të cilat të anketuarit kanë raportuar shëndet në përgjithësi të mirë ndërkohë që vuajnë nga sëmundje kronike të tilla si diabeti, hipertensioni dhe obeziteti dhe adaptimin e sjelljeve të rrezikshme shëndetësore të tilla si konsumi i duhanit, inaktiviteti fizik, ose konsumimi i kripës midis aborigjenëve në Australi dhe popullsisë apalache (indiane), zezake, hispanike dhe latine në Amerikë. Për shembull, disa autorë i referohen distorsionit që besojnë se është i dukshëm tek shëndeti i vetë-perceptuar i apalacheve. Popullsia apalache e vlerëson shëndetin e tyre më shumë se sa mund të sugjerojnë sjelljet e tyre shëndetësore dhe gjendja objektive shëndetësore. Kjo shihet si një pengesë për fillimin e ndryshimit të sjelljeve, dhe në këtë mënyrë studiuesit rekomandojnë që: *“edukimi duhet të synojë promovimin e përshtatshëm të pikëpamjeve mbi shëndetin dhe nevojën për të përmirësuar gjendjen shëndetësore ... krijimi dhe shpërndarja e mesazheve dhe programeve të reja publike për popullsinë që jeton në zona rurale, duhet të fokusohet tek njerëzit të cilët janë të sëmurë dhe kanë sjellje jo të shëndetshme, por që ato vetë besojnë se janë të shëndetshëm”* (101,111).

Në mënyrë interesante, disa studiues pranojnë se VPSH shoqërohet pozitivisht me sjelljet e dobishme shëndetësore tek emigrantët latinë të periudhës së fundit, ku angazhimi më i shpeshtë në sjellje shëndetësore konsiderohet se është mjaft i nevojshëm. Në një studim për të vlerësuar lidhjen midis shëndetit të vetë-vlerësuar, mbipesha dhe sjelljeve shëndetësore të vetë-raportuara të emigrantëve Latino, pjesëmarrësit që raportuan shëndet të mirë kishin kryer aktivitete fizike gjatë muajit të kaluar, duke ngrënë një dietë më shumë fruta dhe perime krahasuar me ata që raportuan shëndet të dobët. Pavarësisht nga lidhja e vetë-perceptimit të shëndetit me faktorët e sjelljes, studimi tregoi se VPSH i ulët nuk parashikon BMI të lartë. Autorët shfaqën përsëri shqetësim se të anketuarit raportuan përmirësime ose stabilitet në cilësinë e tyre të jetës dhe të shëndetit pas emigracionit, pavarësisht shtimit në peshë. Kjo sugjeron mbi një përkufizim veçanërisht të ngushtë të shëndetit. Siç u përmend nga studiuesit: *“strategjitë e edukimit shëndetësor duhet të jenë në shënjestër të imigrantëve nga vende me tradita të ndryshme të periudhës së fundit ... për rritur ndërgjegjësimin në lidhje me rrezikun e mbipeshës dhe të obezitetit, si dhe për të ndihmuar individët që të lidhin me më shumë saktësi perceptimin e shëndetit dhe BMI-në”* (101,112).

Vetë-perceptimi i shëndetit është përmbledhje subjektive se si individët perceptojnë shëndetin e tyre (113). Koncepti i VPSH është përdorur gjerësisht në studimet shëndetësore gjatë dekadave të fundit, dhe gjithashtu edhe në studimet me të sëmurët. Me disa pyetje të thjeshta, të anketuarve u kërkohet për të raportuar se si ata e vlerësojnë shëndetin e tyre në përgjithësi dhe/ose në krahasim me individë të tjerë të moshës së tyre. Ky është një instrument jo i kushtueshëm dhe besueshmëria është evidentuar të jetë e lartë në të gjitha grup-moshat, si për meshkujt ashtu edhe për femrat (114).

Gjithashtu është argumentuar se formulimi aktual i pyetjeve është i vlefshëm për aq kohë sa ato përfshijnë një vlerësim të përgjithshëm. Disa studiues nga analizimet e kryera në një total prej 47 studimesh të bazuara në popullatë, arritën në përfundimin se shëndeti i vetë-perceptuar është një parashikues i pavarur i vdekshmërisë, edhe kur janë marrë parasysh indikatorët e tjerë të statusit shëndetësor (115). Disa studime të

tjera kanë evidentuar se vetë-vlerësimi i shëndetit mund të jetë edhe parashikues i rënies funksionale, sëmundjeve kronike dhe shërimit (116).

Aktualisht ka ende debat për rëndësinë relative të ndryshorëve bazë mjekësorë dhe sociale në parashikimin për të ardhmen e shëndetit të keq ose të vdekshmërisë. Një seri studimesh kanë analizuar përcaktorët e shëndetit të vetë-vlerësuar që të jenë në gjendje të kuptojnë rolin që VPSH luan për mbijetesën ose sëmundjet në të ardhmen. Statusi mjekësor shëndetësor dhe dëmtimet funksionale janë faktorët kryesorë që kontribuojnë, por mirëqenia fizike dhe psiko-sociale, rrjeti shoqëror dhe përkrahja sociale janë të lidhura edhe me vetë-perceptimin si dhe me disa sjellje shëndetësore (117). Vetë-vlerësimi i shëndetit duket të jetë një parashikues i mirë për vdekshmërinë tek meshkujt krahasuar me femrat, por mekanizmat veprues janë ende jo shumë të qarta dhe ende në diskutim. Në Suedi vetë-vlerësimi i shëndetit është evidentuar që të jetë një parashikues i mirë i vdekshmërisë në të gjitha shtresat shoqërore (118).

Informacioni mbi shëndetin e vetë-perceptuar në kontekstin e Shqipërisë është i pakët dhe jo i plotë dhe gjendet në fazat e hershme të zhvillimit të tij, ashtu sikurse është edhe situata e informacionit shëndetësor në tërësi në vendin tonë. Studimet ekzistuese janë përqendruar në popullata të caktuar të tilla si persona të zhvendosur brenda vendit, apo tek adultët e moshuar, duke përdorur gjendjen social-ekonomike, sëmundjet e lindura, dhe faktorët psiko-sociale, si përcaktorë të shëndetit të vetë-perceptuar.

Prandaj në këtë kontekst ndërmorëm një studim shkencor me një kampion përfaqësues të popullsisë adulte shqiptare të moshës mbi 35 vjeç, për të mundësuar identifikimin e përcaktorëve kryesorë të shëndetit në vendin tonë bazuar në faktorët social-ekonomikë dhe të mënyrës së jetesës.

2. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

Qëllimi i studimit është argumentimi, ose justifikimi i studimit shkencor.

Studimi aktual është një kërkim shkencor i aplikuar për shkak se u gjenerua informacion i vlefshëm për planifikimin e programeve apo aktiviteteve për trajtimin ose parandalimin e sëmundjeve të ndryshme në popullatë.

Më konkretisht, qëllimi dhe objektivat specifike të këtij studimi shtjellohen në rubrikat e mëposhtme.

2.1. Qëllimi i Studimit

Qëllimi i këtij studimi ishte i dyfishtë:

- i. vlerësimi i prevalencës dhe përcaktorëve (social-demografikë dhe të mënyrës/stilit të jetesës) të vetë-perceptimit të *gjendjes shëndetësore*, dhe;
- ii. vlerësimi i prevalencës dhe përcaktorëve (social-demografikë dhe të mënyrës/stilit të jetesës) të *sëmundjeve jo të transmetueshme* në individët adultë shqiptarë.

Synimi final i këtij studimi ishte përftimi i evidencës së nevojshme për hartimin e programeve efektive për përmirësimin e gjendjes shëndetësore në popullatën shqiptare.

2.2. Objektivat Specifike të Studimit

Objektivat specifike të këtij studimi radhiten më poshtë:

- ***Komponenti i vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore:***
 - Vlerësimi i *prevalencës* së vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore në individët adultë në vendin tonë;
 - Vlerësimi i *përcaktorëve demografikë* të vetë-perceptimit të *gjendjes shëndetësore*:
 - Mosha
 - Gjinia
 - Vendbanimi (fshat vs. qytet)
 - Rajoni
 - Vlerësimi i *përcaktorëve social-ekonomikë* të vetë-perceptimit të *gjendjes shëndetësore*:
 - Gjendja e punësimit
 - Niveli i edukimit
 - Niveli i varfërisë

- Vlerësimi i përcaktorëve të mënyrës/stilit të jetesës të vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore:
 - Duhanpirja
 - Konsumi i alkoolit
- **Komponenti i sëmundjeve jo të transmetueshme:**
- Vlerësimi i prevalencës së sëmundjeve jo të transmetueshme në individët adultë në vendin tonë;
- Vlerësimi i përcaktorëve demografikë të sëmundjeve jo të transmetueshme:
 - Moshë
 - Gjinia
 - Vendbanimi (fshat vs. qytet)
 - Rajoni
- Vlerësimi i përcaktorëve social-ekonomikë të sëmundjeve jo të transmetueshme:
 - Gjendja e punësimit
 - Niveli i edukimit
 - Niveli i varfërisë
- Vlerësimi i përcaktorëve të mënyrës/stilit të jetesës të sëmundjeve jo të transmetueshme:
 - Duhanpirja
 - Konsumi i alkoolit

2.3. Hipotezat e Studimit

Hipotezat janë operacionalizimi i teorisë së studimit shkencor. Si të tilla, hipotezat janë pohime që shprehin nga ana sasiore lidhjet (shoqërimet) mes dy apo më shumë karakteristikave ose fenomeneve të ndryshme.

Në shkencat bio-mjekësore, hipotezat janë shumë të rëndësishme dhe përgjithësisht të detyrueshme për t'u formuluar që në fazën paraprake të studimit, në përputhje me karakterin (zakonisht) deduktiv të kërkimit shkencor në këto lloj disiplinash.

Në mënyrë specifike, hipotezat e këtij studimi lidhur me *vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore* ishin si më poshtë vijon (119):

- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të keq të *gjendjes shëndetësore* dhe *moshës* së individëve (pra, individët e moshuar tentojnë që të kenë një vetë-perceptim më të keq të gjendjes së tyre shëndetësore në krahasim me subjektet më të reja në moshë);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të keq të *gjendjes shëndetësore* dhe *gjinisë femërore* (pra, femrat kanë një vetë-perceptim më të keq të gjendjes së tyre shëndetësore në krahasim me meshkujt);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të mirë të *gjendjes shëndetësore* dhe *gjendjes së punësimit* (pra, individët e punësuar kanë një vetë-perceptim më të mirë mbi shëndetin e tyre në krahasim me subjektet e papunë);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të mirë të *gjendjes shëndetësore* dhe *nivelit të lartë të edukimit* (pra, subjektet me nivel të lartë edukimi kanë një vetë-perceptim më të mirë lidhur me gjendjen e tyre shëndetësore në krahasim me individët me nivel të ulët edukimi);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të mirë të *gjendjes shëndetësore* dhe *vendbanimit urban* (pra, subjektet që banojnë në zona urbane kanë një vetë-perceptim më të mirë lidhur me gjendjen e tyre shëndetësore në krahasim me individët që banojnë në zona rurale);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes vetë-perceptimit të mirë të *gjendjes shëndetësore* dhe *nivelit ekonomik* të individëve (pra, individët me nivel të kënaqshëm ekonomik kanë një vetë-perceptim më të mirë të gjendjes së tyre shëndetësore në krahasim me subjektet më të varfër);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) invers (negativ) mes vetë-perceptimit të *gjendjes shëndetësore* dhe *duhanpirjes* (pra, individët që pijnë duhan e perceptojnë më të keqe gjendjen e tyre shëndetësore në krahasim me subjektet që nuk konsumojnë duhan);
- Ekziston një lidhje (shoqërim) invers (negativ) mes vetë-perceptimit të *gjendjes shëndetësore* dhe *konsumit të alkoolit* (pra, subjektet që konsumojnë alkool e perceptojnë si më të keqe gjendjen e tyre shëndetësore në krahasim me individët që nuk konsumojnë alkool).

Nga ana tjetër, hipotezat e studimit lidhur me *sëmundjet jo të transmetueshme* ishin si më poshtë vijon:

- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* rritet me *moshën* e individëve (pra, individët e moshuar kanë një prevalencë më të lartë të sëmundjeve jo të transmetueshme në krahasim me subjektet më të reja në moshë);
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek *femrat* në krahasim me meshkujt (120);
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët e *papunë* në krahasim me subjektet që janë të punësuar;
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët me *nivel të ulët edukimi* në krahasim me ato që kanë një nivel më të lartë edukimi;
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët që banojnë në *zona rurale* në krahasim me subjektet që banojnë në *zona urbane*;
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët e *varfër* në krahasim me subjektet që kanë një nivel ekonomik të lartë;
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët *duhanpirës* në krahasim me subjektet që nuk pijnë duhan;
- Prevalenca e *sëmundjeve jo të transmetueshme* është më e lartë tek individët që konsumojnë *alkool* në krahasim me subjektet që nuk konsumojnë *alkool*.

3. METODOLOGJIA

Në këtë kapitull shtjellohen me hollësi tipi (lloji) i studimit, periudha kohore e udhëheqjes së studimit, popullata në studim dhe kampioni përkatës, mbledhja e të dhënave, përkufizimi i variableve (ndryshorëve) të studimit, si dhe analiza statistikore e të dhënave.

Tipi (lloji) i studimit

Ky ishte një studim i tipit *transversal (kros-seksional)*. Studimet transversale janë të vetmet studime që masin (njehsojnë) prevalencën e karakteristikave apo ngjarjeve të ndryshme shëndetësore në popullatë. Si të tilla, studimet transversale kanë aplikim shumë të gjerë në shkencat bio-mjekësore pasi arrijnë që të vlerësojnë magnitudën (barrën) e sëmundshmërisë në popullatë.

Në studimin aktual, pikërisht përmes një qasjeje pikësore (transversale) u arrit vlerësimi i prevalencës së vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore, si dhe vlerësimi i prevalencës së sëmundjeve jo të transmetueshme në popullatën adulte të vendit tonë.

Periudha kohore e studimit

Ky studim u realizua në vitin 2012 në të gjitha rrethet e vendit (shih “popullatën në studim”).

3.1. Popullata në Studim

Popullata në studim konsistoi në përzgjedhjen e një kampioni përfaqësues mbarë-kombëtar të individëve adultë (meshkuj dhe femra) në vendin tonë. Në fakt, ky studim u ndërmor në kuadrin e Anketës së Matjes së Nivelit të Jetesës (*Living Standard Measurement Survey, LSMS*), një studim transversal i cili u udhëhoq në mbarë vendin duke përfshirë një kampion probabilitar (përfaqësues) nga të gjitha rrethet (n=36).

Shkurtimisht, Anketa e Matjes së Nivelit të Jetesës (LSMS 2012) është një anketë shumë-qëllimëshe, e kryer pranë familjes, në kuadrin e monitorimit të vazhdueshëm të varfërisë dhe krijimit të një sistemi të vlerësimit të politikave në kontekstin e Strategjisë Kombëtare për Zhvillim dhe Integrim (SKZHI). Ajo është një nga burimet kryesore të informacionit për të matur kushtet e jetesës, situatën e varfërisë dhe për të siguruar një informacion statistikor të besueshëm dhe të nevojshëm për të ndihmuar hartuesit e politikave në monitorimin, vlerësimin dhe hartimin e programeve ekonomike dhe sociale.

Më konkretisht, ky studim, i realizuar në muajin Shtator të viti 2012, përfshiu një kampion prej 6671 familjesh, të zgjedhura me short duke përdorur zgjedhjen dy hapëshe: në hapin e parë u zgjodhën zonat e regjistrimit (843 zona) që quhen Njësi Primare të Zgjedhjes, PSU (Primary Selection Units) e që perfaqësonin gjithë territorin e vendit dhe më pas, në hapin e dytë u zgjodhën familjet që do të anketohen brenda secilës zonë (8 familje për çdo zonë). Shkalla e përgjigjes në anketë

(pjesëmarrja në studim) ishte 99.98% (vetëm një familje nuk u përgjigj). Si bazë zgjedhje shërbyen të dhënat e Censurit të Popullsisë dhe Banesave, Tetor 2011.

Komponenti gjeografik i përfatimit të kampionit konsistoi në ndarjen e territorit të vendit tonë në katër zona (Rajoni Qendror, Rajoni Bregdetar, Rajoni Malor dhe Rajoni i Tiranës), si dhe në stratifikimin (shtresëzimin) sipas vendbanimit (zonat urbane kundrejt zonave rurale) duke u bazuar në hartat dhe në listat e regjistrimit të popullsisë (Census 2011).

Në mënyrë që të dhënat e studimit të ishin përfaqësuese të popullatës shqiptare në tërësi, u aplikua një koeficient peshimi për kampionin e studimit.

Peshimi i rezultateve

Pesha probabilitare e kampionit llogaritet si invers i probabilitetit të zgjedhjes së tij. Llogaritet gjithmonë kur është realizuar përzgjedhja e një kampioni probabilitar. Kjo procedurë statistikore është në funksion të nxjerrjes së rezultateve sa më përfaqësuese të cilat reflektojnë strukturën e popullsisë si nga pikëpamja e vendbanimit, gjinisë dhe grupmoshave.

Familjet e përgjigjura u ndanë sipas prefekturave, qarqeve dhe numrit të anëtarëve të familjes sipas grupmoshave. Proçesi i kalibrimin u krye me programin GENESES. Çdo familje dhe çdo individ ka një peshë unike që kur agregohet në nivel familje jep numrin e familjeve në nivel prefekturë, rajoni dhe në nivel kombëtar, dhe kur agregohet në nivel individ jep numrin total të individëve në nivel prefekturë, rajoni dhe nivel kombëtar.

Proçesi i peshimit kryhet nëpërmjet pesë hapave:

Hap i parë është peshimi i kampionit nëpërmjet llogaritjes së peshës së zonave të Censurit (PSU-ve). Pesha për secilën PSU është e barabartë me inversin e probabilitetit të zgjedhjes. Kjo peshë llogaritet për secilën prefekturë.

Hapi i dytë: Familjeve që ndodhen në të njëjtën prefekturë iu vendos pesha e prefekturës së përzgjedhur. Llogaritja e peshës së familjes bëhet duke pjesëtur numrin e familjeve të çdo PSU me numrin e familjeve të përzgjedhura (8 familje). Çdo familje në PSU merr peshën e PSU-së.

Hapi i tretë ka të bëjë me kompesimin e mos përgjigjes së familjes në nivel PSU-je. Kjo llogaritet me anë të raportit të numrit të familjeve të përgjigjura për PSU me numrin e familjeve të kampionit në atë PSU.

Hapi i katërt është llogaritja e peshave të kampionit të studimit nëpërmjet shumëzimit të peshës në nivel PSU me peshën e familjes shumëzuar me nivelin e mos përgjigjes.

Hap i pestë është kalibrimi i cili merr në konsideratë popullsinë në 1 Janar 2012 sipas prefekturave, grup moshave me nga 5 vjet dhe numrit të familjeve për çdo prefekturë.

3.2. Mbledhja e të Dhënave

Mbledhja e të dhënave konsistoi në plotësimin e një ankete të strukturuar tek të gjithë subjektet e përfshirë në studim. Anketa është konceptuar si shumëqëllimshë dhe përmbledh një sërë pyetësorësh/modulesh, nëpërmjet të cilëve ajo mbledh informacion mbi aspekte të ndryshme të mirëqënies, sjelljes së familjes dhe elementëve shëndetësor. Ajo është administruar nga anketues të trajnuar përpara fillimit të anketës. Metodologjia e përdorur për hartimin e pyetësorëve është adaptuar nga vrojtme të ngjashme të LSMS të kryera në vende të tjera.

Një informacion shumë i detajuar rreth metodologjisë së aplikuar dhe instrumenteve specifike për përfitim të të dhënave të këtij studimi mund të gjendet në link-un e mëposhtëm: http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1970/get_microdata/. Në analizën aktuale, u përfshinë 6110 meshkuj dhe 6444 femra me moshë 35 vjeç e lartë. Gjithashtu, analiza u bazua në të dhënat e përfutuara nga moduli mbi arsimin, punësimin, varfërinë dhe shëndetësinë.

Në këtë studim, kishte dy variabla të varur:

- *Vetë-perceptimi i gjendjes shëndetësore*: u bazua në vetë-raportimin e individëve sipas pyetjes së mëposhtme: “Në përgjithësi, si e vlerësoni gjendjen tuaj shëndetësore: shumë të mirë, të mirë, mesatare, të keqe, apo shumë të keqe?”. Në analizën e të dhënave, vetë-raportimi i gjendjes shëndetësore u trajtua si variabël binar/dikotomik (“gjendje e keqe” që përfshinte gjendje të keqe dhe shumë të keqe, vs. “gjendje jo e keqe” shëndetësore që përfshinte shumë të mirë, të mirë dhe mesatare).
- *Prania e sëmundjeve jo të transmetueshme*: u bazua në vetë-raportimin e individëve sipas pyetjes së mëposhtme: “A ju ka thënë ndonjëherë ndonjë mjek që keni ndonjë sëmundje kronike (sëmundje jo të transmetueshme)?”. Sëmundje të tilla kronike përfshijnë astma, sëmundjen pulmonare obstruktive kronike, sëmundjet kardiovaskulare, kancerin, diabetin, sëmundjet endokrine, sëmundjet e kockave, indit lidhës e të lëkurës, sëmundjet e traktit gastrointestinal dhe cirrozën e mëlçisë, depresionin si dhe sëmundjet neurologjike. Në analizën e të dhënave, vetë-raportimi i sëmundjeve jo të transmetueshme u trajtua gjithashtu si variabël binar/dikotomik (“pa sëmundje jo të transmetueshme” vs. “me sëmundje jo të transmetueshme”).

Nga ana tjetër, variablat e pavarur të përfshirë në analizën aktuale ishin si më poshtë vijon:

- *Faktorët demografikë*:
 - o *Mosha*: në analizën e të dhënave u trajtua si variabël ordinal (35-50, 51-65 dhe ≥ 66 vjeç);
 - o *Gjinia*: variabël dikotomik/binar (meshkuj vs. femra);
 - o *Vendbanimi*: variabël dikotomik/binar (zona urbane vs. rurale);
 - o *Rajoni*: variabël nominal (Rajoni Qendror, Rajoni Bregdetar, Rajoni Malor dhe Rajoni i Tiranës).

Rajoni Bregdetar: Lezhë, Kurbin, Kavajë, Mallakastër, Lushnjë, Delvinë, Sarandë, Durrës, Fier, Vlorë. Rajoni Qendror: Devoll, Kolonjë, Pogradec, Mirditë, Pukë, Malësi e Madhe, Mat, Kuçovë, Skrapar, Krujë, Peqin, Gjirokastër, Përmet, Tepelenë, Shkodër,

Elbasan, Berat, Korçë. Rajoni Malor: Kukës, Has, Tropojë, Bulqizë, Dibër, Gramsh, Librazhd. Tirana përfshin: zonën urbane të qytetit të Tiranës.

- *Karakteristikat social-ekonomike:*

- *Gjendja e punësimit*: variabël dikotomik/binar (punësuar vs. jo punësuar);

Për vlerësimin e gjendjes së punësimit, individëve iu drejtuan tre pyetje për të cilat ato duhej të përgjigjeshin Po ose JO. Nëse përgjigjeshin Jo ato kategorizoheshin si *jo të punësuar*.

Pyetjet që iu drejtuan ishin:

1. Gjatë 7 ditëve të fundit, a keni punuar (qoftë dhe një orë) për dikë i cili nuk është antar i familjes suaj, për shembull, një ndermarrje apo firmë publike apo private, një OJQ, ose një individ tjetër?
2. Gjatë 7 ditëve të fundit, a keni punuar (qoftë dhe një orë) në një fermë zotëruar apo marrë me qira nga ju apo një anëtar i familjes suaj, si në kultivimin e bimëve, në detyra të tjera të mirëmbajtjes në fermë, apo jeni kujdesur për bagëtitë tuaja apo të dikujt të familjes tuaj?
3. Gjatë 7 ditëve të fundit, a keni punuar (qoftë dhe një orë) për llogarinë tuaj ose në një aktivitet biznesi që ju perket juve apo dikujt në familjen tuaj, për shembull, si tregetar, shitës në dyqan, berber, rrobaqepës, marangoz, shofer taksie, larje makinash etj.?

- *Niveli i edukimit*: variabël ordinal (i lartë, i mesëm, i ulët);

Për vlerësimin e nivelit të edukimit individët u pyetën si më poshtë:

Cili është niveli më i lartë arsimor:

1. Asnjë ose ke mbaruar 4 vite shkollë fillore ose ke mbaruar 7/8 vite të tetëvjecares
2. Ke mbaruar disa vite të shkollës së mesme ose ke mbaruar të mesmen ose disa vite të shkollës profesionale ose profesionalen
3. Ke mbaruar disa vite të universitetit ose ke mbaruar universitetin ose studimet pasuniversitare

- *Niveli i varfërisë*: variabël dikotomik/binar (i varfër vs. jo i varfër).

Për vlerësimin e nivelit të varfërisë u përdor koncepti i *Varfërisë Monetare Absolute* që llogaritet duke përdorur metodologjia e "Kostos së Nevojave Bazë" nga Ravallion dhe Bidani, 1994*.

* Kufiri i varfërisë është llogaritur duke përdorur shportën ushqimore që konsumohet nga individët të cilët plotësonin fletoren e shpezimeve të tyre gjatë dy javëve. Fletorja e shpezimeve e plotësuar nga individët mbledh të gjithë informacionin e nevojshëm për të llogaritur përbërësit kryesorë të agregatit të konsumit: konsumi ushqimor (si i blerë ashtu dhe i vetë-prodhuar), shpenzimet jo-ushqimore (veshje dhe këpucë, artikuj shtëpiakë), shpenzimet për shërbime (ujë, gaz, telefon, energji etj.), për arsimim dhe mallra afatgjatë. Duke patur

3.3. Analiza Statistike

Analiza statistikore e të dhënave të studimit konsistoi në aplikimin e procedurave të mëposhtme:

- Për të gjitha variablet (ndryshorët) kategorike (nominale përfshi shkallën binare/dikotomike, dhe/ose ordinale), u llogaritën dhe u raportuan frekuencat (numrat absolutë) dhe përqindjet përkatëse.
- Për të gjitha variablet numerike u llogaritën madhësitë e prirjes qendrore dhe madhësitë përkatëse të dispersionit. Për të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret aritmetike \pm deviacionet standarte përkatëse. Nga ana tjetër, për të dhënat që nuk i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mediana dhe largësia interkuartile.
- Vlerësimet numerike të kampionit të studimit lidhur me vetë-raportimin e gjendjes shëndetësore dhe/ose pranisë së sëmundjeve jo të transmetueshme u standardizuan (peshuan) sipas profilit demografik të të gjithë popullatës shqiptare me moshë 35 vjeç e lart.
- Regresioni logjistik binar (*binary logistic regression*) u përdor për vlerësimin e lidhjes (shoqërimit) mes ndryshorëve të pavarur (faktorëve demografikë, karakteristikave social-ekonomike dhe faktorëve të lidhur me stilin/mënyrën e jetesës) dhe vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore dhe pranisë së sëmundjeve jo të transmetueshme. Raporti i gjasave (OR), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e sinjifikancës statistikore (*P-value*) u llogaritën në modele *bivariate* (pa kontrolluar/axhustuar për efektin e ndryshorëve të tjerë në studim) të regresionit logjistik, si dhe në modele *multivariate* (duke kontrolluar/axhustuar për efektin e ndryshorëve të tjerë në studim). Testi Hosmer-Lemeshow u aplikua për vlerësimin e vlefshmërisë të të gjitha modeleve të regresionit logjistik.
- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P \leq 0.05$.
- Analiza statistikore u krye nëpërmjet Paketës Statistike për Shkencat Sociale, versioni 19.0 (*SPSS – Statistical Package for Social Sciences*).

parasysh rekomandimet e Organizatës Botërore të Ushqimit (FAO) për konsumin minimal të kalorive sipas moshës dhe gjinisë dhe duke i përshtatur këto kërkesa për kalori sipas shpërndarjes së popullsisë në Shqipëri në vitin 2001, marrja e kalorive të nevojshme për frymë u përllogarit në 2.288 kalori në ditë. Komponenti jo-ushqimor i varfërisë u llogarit duke marrë në konsideratë përqindjen e shpenzimeve për artikujt jo-ushqimorë të atyre familjeve që shpenzonin për artikuj ushqimorë një vlerë të përafërt me kufirin e varfërisë për ushqim. I llogaritur në këtë mënyrë, kufiri i varfërisë për ushqim (ose kufiri i varfërisë së tejskajshme) u vendos në 3.047 Lekë për frymë në muaj ndërsa kufiri i plotë i varfërisë, i plotësuar me nevojat për artikujt bazë jo-ushqimorë, u vendos në 4.891 Lekë për frymë në muaj me çmime konstante.

4. REZULTATET

Tabelat 1 dhe 2 paraqesin shpërndarjen e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të pjesëmarrësve meshkuj dhe femra të përfshirë në këtë studim. Moshë mesatare e kampionit të studimit rezultoi 54.6 ± 12.7 vjeç, ndërsa moshë mesatare sipas gjinisë e meshkujve dhe e femrave ishte respektivisht 54.8 ± 12.4 vjeç dhe 54.4 ± 13.0 vjeç, (Tabela 1).

Tabela 1. Moshë mesatare e subjekteve të përfshirë në studim

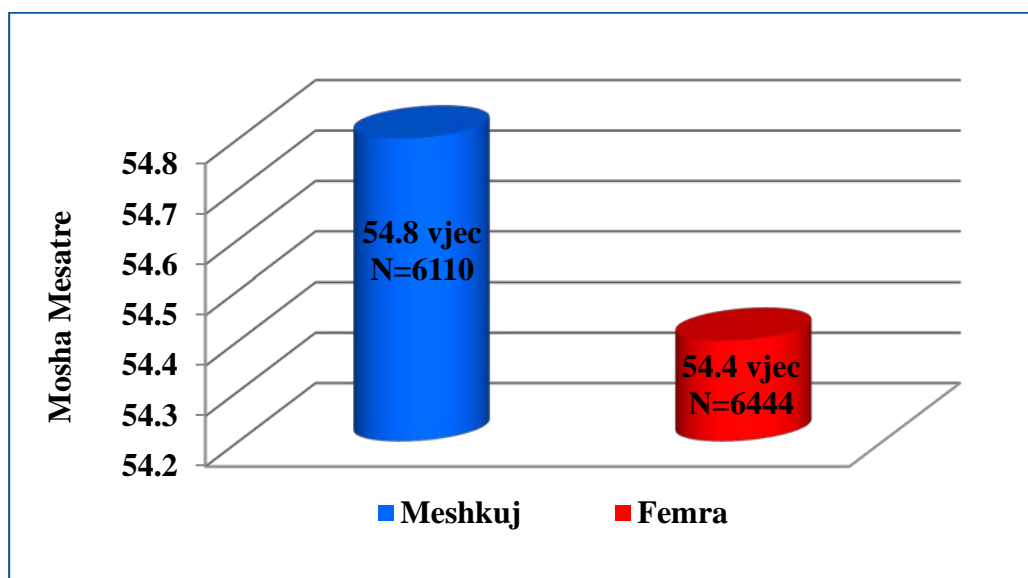
Variabli numerik	Meshkuj (N=6110)		Femra (N=6444)		Total (N=12554)	
	Kampioni	I standardizuar [†]	Kampioni	I standardizuar [†]	Kampioni	I standardizuar [†]
	Mesatarja \pm DS*	Mesatarja [†]	Mesatarja \pm DS*	Mesatarja	Mesatarja \pm DS*	Mesatarja
Moshë (në vite)	54.8 \pm 12.4	54.8 \pm 12.6	54.4 \pm 13.0	54.7 \pm 13.2	54.6 \pm 12.7	54.8 \pm 12.9

*Vlerat mesatare dhe deviacioni standard

[†]Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

Më poshtë në Grafikon 1, paraqitet moshë mesatare e subjekteve të cilët u përfshinë në studim. Nga të dhënat e pasqyruara, evidentohet që moshë mesatare e meshkujve ishte lehtësisht më e lartë (54.8 vjeç) krahasuar me moshën mesatare të femrave (54.4 vjeç).

Grafiku 1. Moshë mesatare tek meshkujt dhe femrat pjesëmarrëse në studim



Në total, rreth 42.5% e kampionit të studimit i përkiste grup-moshës 35-50 vjeç, rreth 37% i përkisnin grup-moshës 51-65 vjeç, ndërsa përqindja e subjekteve të moshuar (+66) rezultoi rreth 21%, nga këto 20.4% meshkuj dhe 20.5% femra. Në përgjithësi, pothuajse 53.4% e pjesëmarrësve ishin me banim në zonat urbane dhe rreth 46.6% në zonat rurale. Rreth 44.6% e popullsisë banonte në rajonin Qendror të Shqipërisë, rreth 30% në rajonin Bregdetar, dhe 16.5% në rajonet Malore, ndërsa pothuajse 9% janë me banim në Tiranë, kryeqytetin e Shqipërisë. Niveli i punësimit u evidentua të ishte dukshëm më i lartë tek meshkujt në krahasim për femrat (44% vs. 21%, respektivisht). Prevalenca e përgjithshme e varfërisë së vetë-perceptuar rezultoi në rreth 10% dhe së fundi, rreth 11% e meshkujve dhe 9% e femrave kishin marrë një diplomë universitare (Tabela 2).

Tabela 2. Shpërndarja e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike e subjekteve pjesëmarrës në studim

Variabli kategorik	Meshkuj (N=6110)		Femra (N=6444)		Total (N=12554)	
	Kampioni N (%)	Përqindja e standardizuar [†]	Kampioni N (%)	Përqindja e standardizuar [†]	Kampioni N (%)	Përqindja e standardizuar [†]
Grup-mosha:						
35-50 vjeç	2476 (40.5)	40.8	2854 (44.3)	42.9	5330 (42.5)	41.9
51-65 vjeç	2389 (39.1)	37.7	2266 (35.2)	35.5	4655 (37.1)	36.6
≥66 vjeç	1245 (20.4)	21.5	1324 (20.5)	21.6	2569 (20.5)	21.5
Totali	6110 (100.0)	100.0	6444 (100.0)	100.0	12554 (100.0)	100.0
Vendbanimi:						
Urban	3269 (53.5)	58.0	3436 (53.3)	57.9	6705 (53.4)	57.9
Rural	2841 (46.5)	42.0	3008 (46.7)	42.1	5849 (46.6)	42.1
Rajoni:						
Qendror	2699 (44.2)	40.0	2903 (45.0)	40.8	5602 (44.6)	40.4
Bregdetar	1818 (29.8)	32.3	1912 (29.7)	32.2	3730 (29.7)	32.2
Malor	1027 (16.8)	8.2	1042 (16.2)	7.8	2069 (16.5)	8.0
Tirana	566 (9.3)	19.6	587 (9.1)	19.1	1153 (9.2)	19.3
Punësimi:						
Jo	3406 (55.7)	54.0	5088 (79.0)	77.6	8494 (67.7)	66.1
Po	2704 (44.3)	46.0	1356 (21.0)	22.4	4060 (32.3)	33.9
Niveli i varfërisë:						
Të varfër	625 (10.2)	11.2	636 (9.9)	10.7	1261 (10.0)	10.9
Jo të varfër	5485 (89.8)	88.8	5808 (90.1)	89.3	11293 (90.0)	89.1
Niveli i edukimit:						
I ulët	3356 (54.9)	52.5	4162 (64.6)	61.3	7518 (59.9)	57.0
I mesëm	2065 (33.8)	35.2	1722 (26.7)	28.8	3787 (30.2)	31.9
I lartë	689 (11.3)	12.3	560 (8.7)	9.8	1249 (9.9)	11.1

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

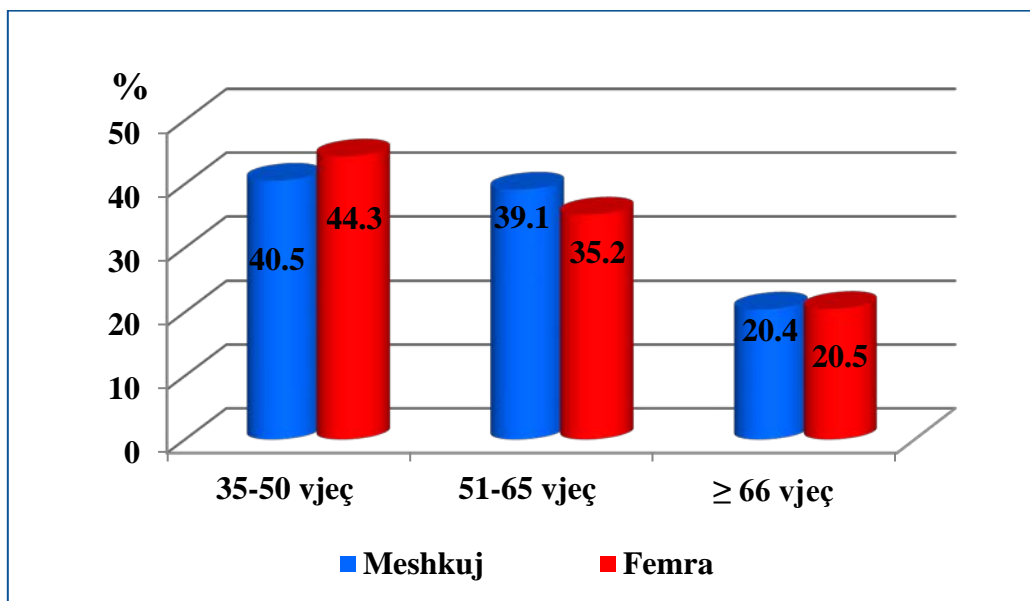
[†]Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

Grafiku 2 evidenton shpërndarjen e subjekteve pjesëmarrëse në studim sipas grup-moshës. 40.5% e meshkujve dhe 44.5% e femrave i përkisnin grup-moshës 35-50 vjeç, 39% e meshkujve dhe 35.2% e femrave ishin të grup-moshës 51.65 vjeç dhe në

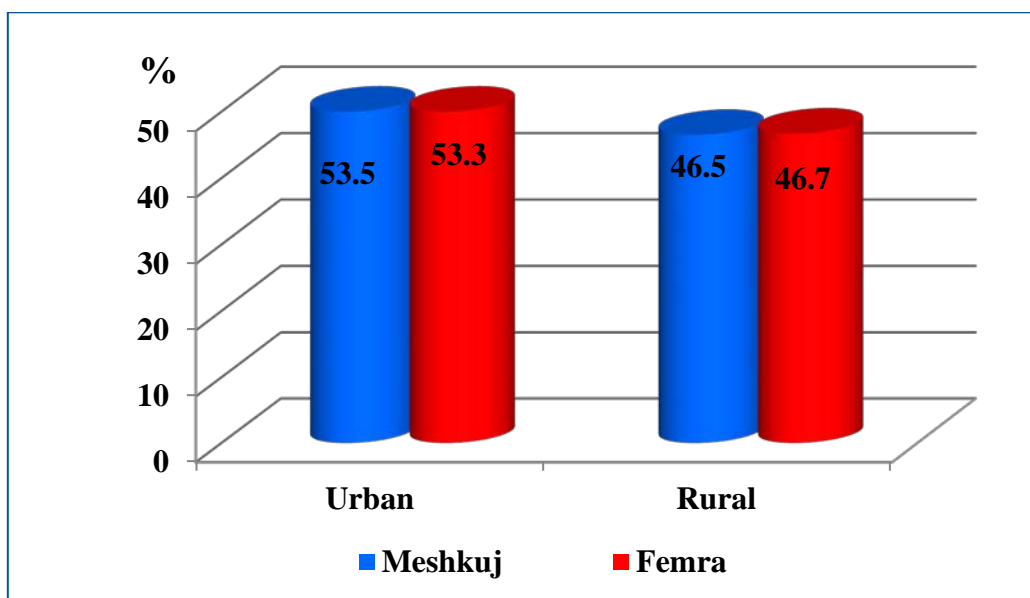
proporcione pothuajse të barabarta e meshkujve dhe femrave (20.4% vs 20.5%) mbi 66 vjeç.

Vendbanimi urban rezultoi në rreth 53.5% të meshkujve dhe 53.3% të femrave, përkundëjt vendbanimit rural me 46.5% të meshkujve dhe 46.7% të femrave, (Grafiku 3).

Grafiku 2. Grup-mosha e subjekteve pjesëmarrës në studim

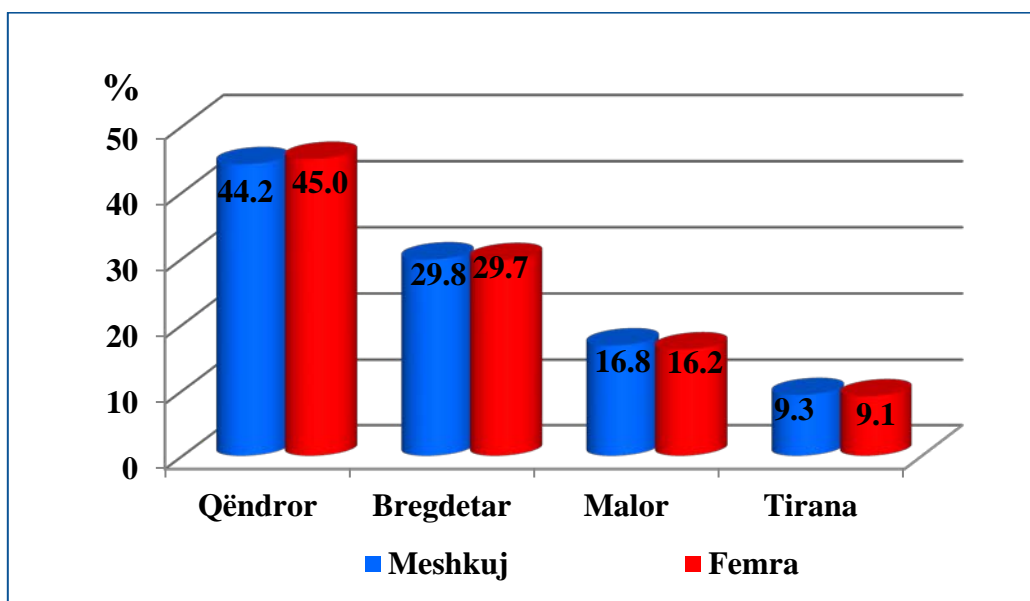


Grafiku 3. Vendbanimi i subjekteve pjesëmarrës në studim

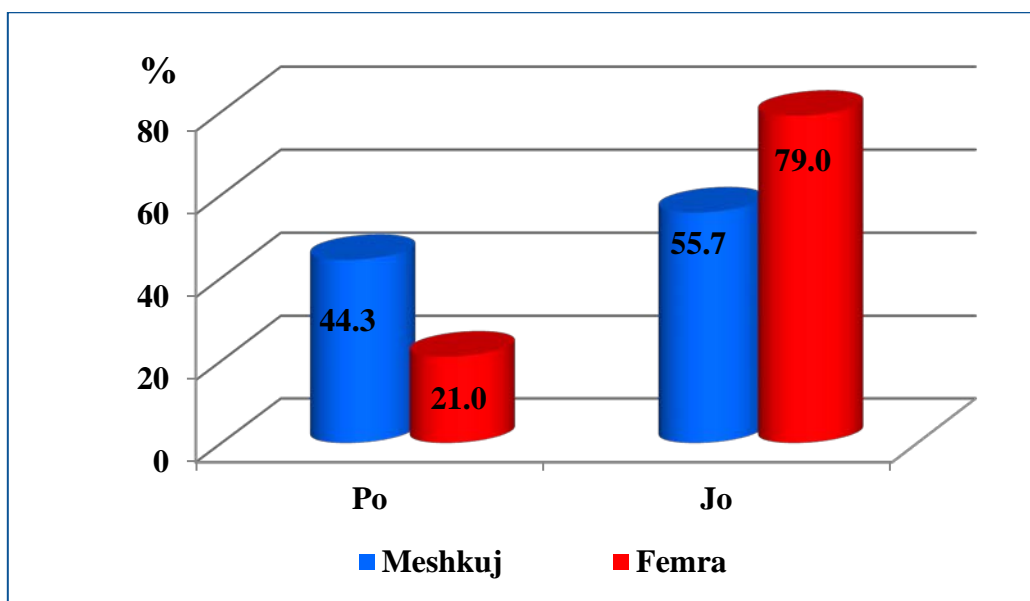


Në rajonin Qendror banonin rreth 44.2% e meshkujve dhe 45% e femrave që u përfshinë në studim, në rajonin Bregdetar rreth 29.8% e meshkujve dhe 29.7% e femrave, ndërsa 16.8% e meshkujve dhe 16.2% e femrave banonin në zonat Malore. Nga të gjithë pjesëmarrësit në studim, 9.3% e meshkujve dhe 9.1% e femrave banonin në Tiranë, kryeqyteti i Shqipërisë, (Grafiku 4).

Grafiku 4. Rajoni të cilit i përketin subjektet pjesëmarrëse në studim



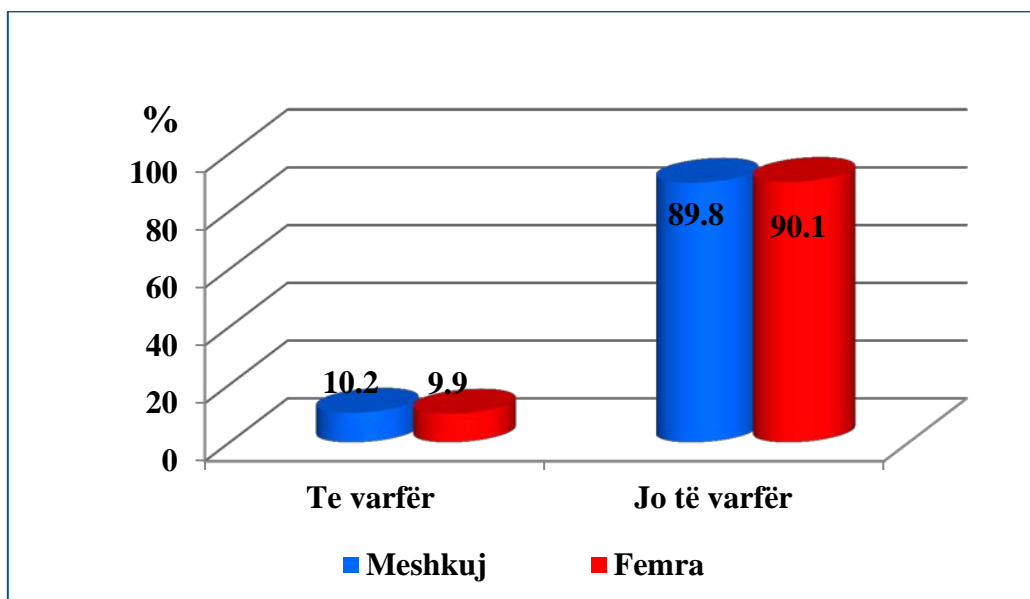
Grafiku 5. Gjendja e punësimit e subjekteve pjesëmarrës në studim



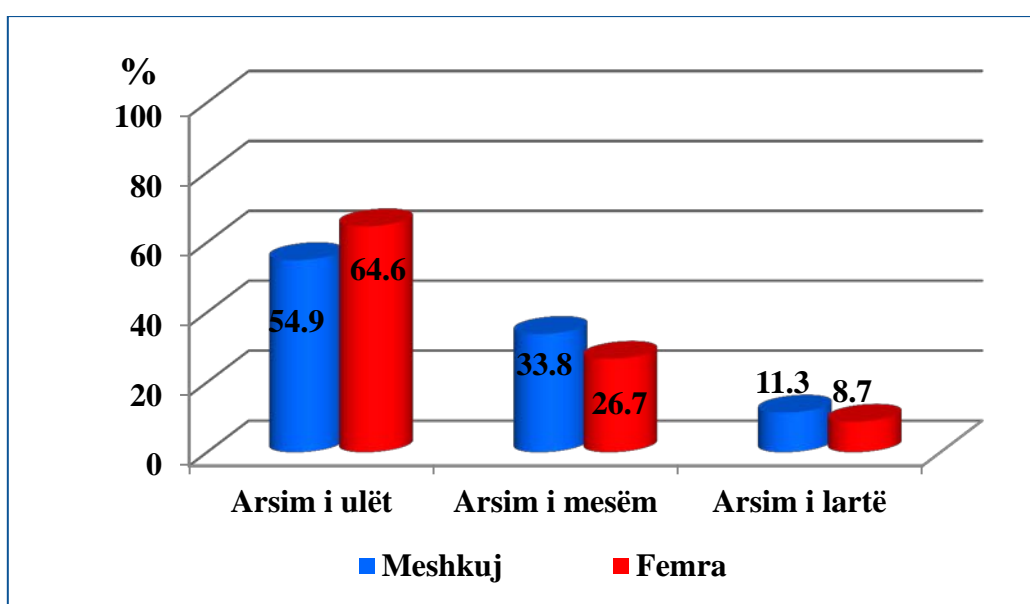
Në grafikun 5 paraqitet gjendja e punësimit e subjekteve pjesëmarrës në studim, ku evidentohet që rreth 56% e meshkujve dhe 79% e femrave nuk ishin të punësuar, krahasuar me 44% të meshkujve dhe 21% të femrave të punësuar.

Niveli i vetë-perceptuar i varfërisë evidentoi se 10.2% e meshkujve dhe 9.9% e femrave ishin të varfër, krahasuar me 89.8% të meshkujve dhe 90.1% të femrave që nuk ishin të varfër, (Grafiku 6).

Grafiku 6. Niveli i varfërisë tek subjektet pjesëmarrës në studim



Grafiku 7. Niveli i edukimit i pjesëmarrësve në studim



Niveli i lartë i edukimit u raportua në rreth 11.3% të meshkujve dhe 8.7% të femrave, krahasuar me 55% të meshkujve dhe 65% të femrave që raportuan nivel të ulët edukimi dhe 33.8% të meshkujve dhe 26.7% të femrave me nivel të mesëm edukimi.

Meqënëse anketa LSMS 2012, pjesë e së cilës është edhe studimi ynë, kishte qëllim të sajin matjen dhe monitorimin e varfërisë në vend, është e domosdoshme të prodhohet informacion edhe mbi rajone të ndryshme të vendit, përveç të dhënave në nivel kombëtar. Për këtë arsye, ndarja e vendit, brenda kufijve të mundshëm, është bërë në katër rajone, qendror, bregdetar, malor dhe Tirana. Në këtë mënyrë, ne mundëm të krahasojmë nivelin e jetesës në këto katër zona të mëdha të vendit.

Kështu, në tabelat 3 është paraqitur shpërndarjen e karakteristikave demografike, social-ekonomike së subjekteve pjesëmarrës në studim sipas rajoneve.

Në tabelën 3 vëmë re se rajoni malor ka nivelin e varfërisë më të ulët në krahasim me rajonet e tjera (8.2% vs. 15.2% në Tiranë vs.34.3% në rajonin Qendror vs. 42.4% në rajonin Bregdetar). Kjo gjetje interesante, mund të jetë si pasojë e lëvizjeve të popullsisë dhe vazhdim i lëvizjeve nga zonat malore drejt rajoneve të tjera.

Tabela 3. Shpërndarja e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike e subjekteve pjesëmarrës në studim sipas rajoneve

Variabli kategorik	Qendror		Bregdetar		Malor		Tirana	
	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†
Grupmosha:								
35-50 vjeç	2318 (43.5)	41.7	1511 (28.3)	31.4	1064 (20.0)	8.8	437 (8.2)	18.2
51-65 vjeç	2115 (45.4)	39.4	1391 (29.9)	33.7	678 (14.6)	6.8	471 (10.1)	20.1
≥66 vjeç	1169 (45.5)	39.7	828 (32.2)	31.5	327 (12.7)	8.5	245 (9.5)	20.3
Totali	5602 (44.6)	40.4	3730 (29.7)	32.2	2069 (16.5)	8.0	1153 (9.2)	19.3
Vendbanimi:								
Urban	2503 (37.3)	28.7	2159 (32.2)	33.4	890 (13.3)	4.6	1153 (7.2)	33.3
Rural	3099 (53.0)	56.6	1571 (26.9)	30.6	1179 (20.2)	12.8	0 (0.0)	0.0
Punësimi:								
Jo	3751 (44.2)	40.3	2553 (30.1)	33.1	1491 (17.6)	8.7	699 (8.2)	17.9
Po	1851 (45.6)	40.7	1177 (29.0)	30.6	578 (14.2)	6.7	454 (11.2)	22.0
Niveli i varfërisë:								
Të varfër	491 (38.9)	34.3	459 (36.4)	42.4	227 (18.0)	8.2	84 (6.7)	15.1
Jo të varfër	5111 (45.3)	41.2	3271 (29.0)	31.0	1842 (16.3)	8.0	1069 (9.5)	19.8
Niveli i edukimit:								
I ulët	3541 (47.1)	45.0	2312 (30.8)	34.3	1295 (17.2)	9.5	370 (4.9)	11.3
I mesëm	1617 (42.7)	36.2	1128 (29.8)	32.5	556 (14.7)	5.9	486 (12.8)	25.4
I lartë	444 (35.5)	29.3	290 (23.2)	21.0	218 (17.5)	6.7	297 (23.8)	43.1

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

†Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

Gjithashtu, vëmë re se varfëria duket se nuk është më një fenomen vetëm rural por edhe urban (51.7% vs. 48.3%) ndoshta si pasojë e përpjekjeve më të përqendruara

qeveritare për zhvillim rural, pavarësisht se lëvizjet e popullsisë drejt zonave urbane nga zonat rurale vazhdojnë akoma. Për më tepër kriza globale financiare mund të ketë ndikuar më shumë në zonat urbane sesa në zonat rurale.

Tabela 4. Shpërndarja e karakteristikave të mënyrës së jetesës dhe vetë-perceptimit të shëndetit tek subjektet pjesëmarrëse në studim

Variabli	Meshkuj (N=6110)		Femra (N=6444)		Total (N=12554)	
	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar [†]	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar [†]	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar [†]
Duhanpirja:						
Asnjëherë	3101 (50.8)	52.5	6221 (96.5)	96.9	9322 (74.3)	75.2
Ish konsumator	1497 (24.5)	24.8	143 (2.2)	1.8	1640 (13.1)	13.0
Duhanpirës aktual	1512 (24.7)	22.7	80 (1.2)	1.4	1592 (12.7)	11.8
Totali	6110 (100.0)	100.0	6444 (100.0)	100.0	12554 (100.0)	100.0
Konsumi i alkoolit:						
Po	3074 (50.3)	50.1	708 (11.0)	11.9	3782 (30.1)	30.5
Jo	3036 (49.7)	49.9	5736 (89.0)	88.1	8772 (69.9)	69.5
Shëndeti i vetë-perceptuar:						
Shumë i mirë	2273 (37.2)	37.6	2018 (31.3)	31.7	4291 (34.2)	34.6
I mirë	2494 (40.8)	40.6	2731 (42.4)	42.0	5225 (41.6)	41.3
Mesatar	1014 (16.6)	16.8	1298 (20.1)	20.6	2312 (18.4)	18.8
I dobët	292 (4.8)	4.5	352 (5.5)	5.0	644 (5.1)	4.8
Shumë i dobët	37 (0.6)	0.4	45 (0.7)	0.7	82 (0.7)	0.6
Shëndeti i vetë-perceptuar:						
Jo i dobët	5781 (94.6)	95.0	6047 (93.8)	94.3	11828 (94.2)	94.6
I dobët	329 (5.4)	5.0	397 (6.2)	5.7	726 (5.8)	5.4

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

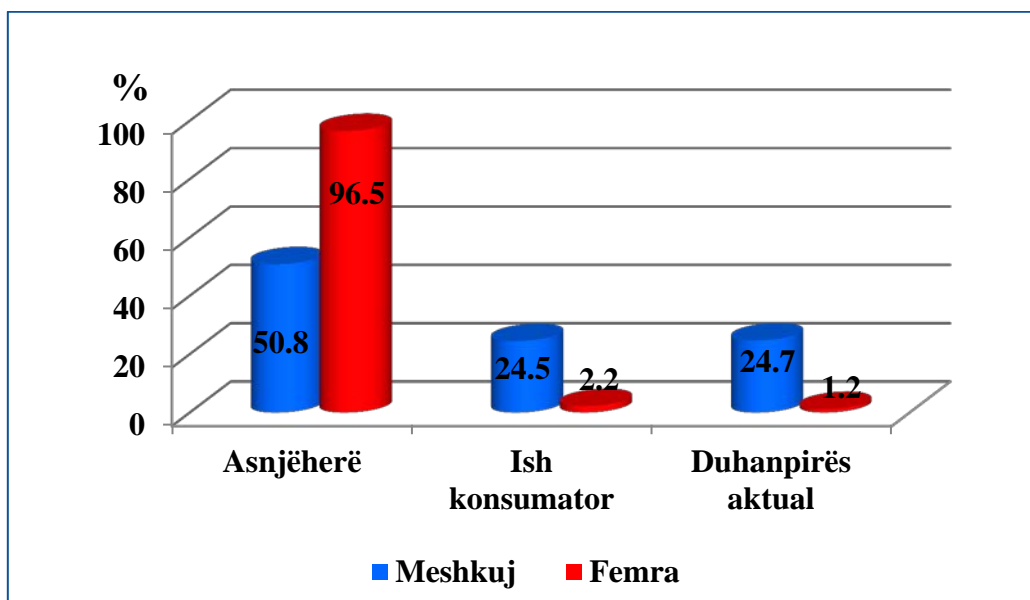
[†]Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

Prevalenca e duhanpirjes aktuale ishte 25% tek meshkujt, por vetëm 1.2% tek femrat, ndërsa proporcioni i subjekteve meshkuj ish-duhanpirës rezultoi 24.5% dhe tek femrat vetëm 2.2%, (Tabela 4). Rreth 50.3 % e meshkujve dhe 11% e femrave raportuan se ishin konsumatorë të alkoolit. Prevalenca e vetë-raportuar e shëndetit të dobët rezultoi 4.8% tek meshkujt dhe 5.5% tek femrat, ndërsa shëndeti shumë i dobët është raportuar nga vetëm 37 meshkuj (ose 0.6% prej tyre) dhe 45 femra (ose 0.7%). Nga ana tjetër, 37% e meshkujve dhe 31% e femrave në përgjithësi e vlerësuan shëndetin e tyre si shumë të mirë, (Tabela 4).

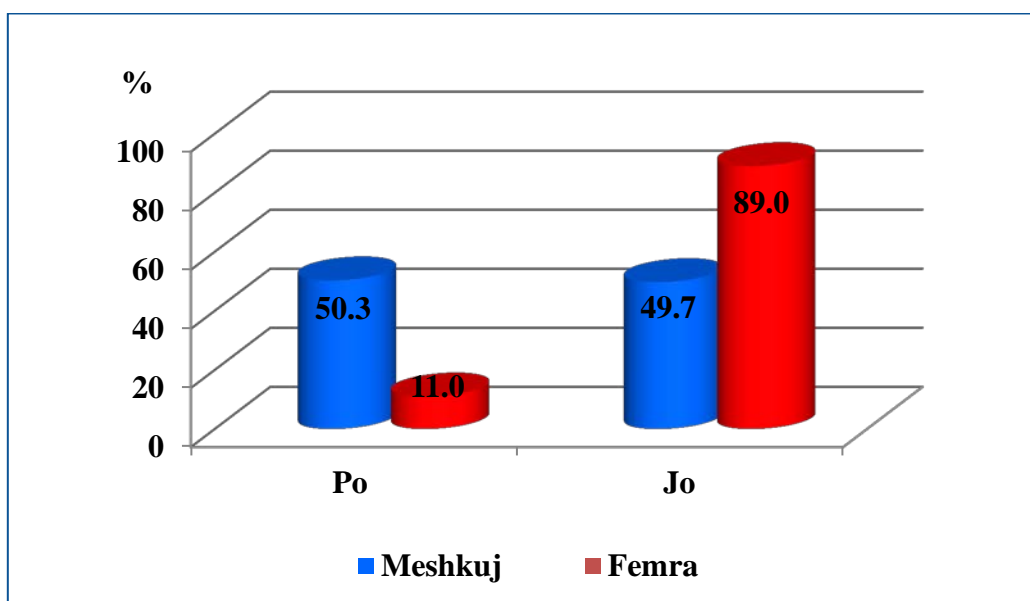
Nga Grafiku 8 evidentohet që 50.8% e meshkujve dhe 96.5% e femrave nuk kanë konsumuar asnjëherë duhan, 24.5% e meshkujve dhe 2.2% e femrave rezultuan ish duhanpirës dhe 24.7% e meshkujve dhe 1.2% e femrave ishin duhanpirës të rregullt.

Në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 9), paraqiten konsumi i alkoolit nga subjektet pjesëmarrëse në studim. Pothuajse 50.3% e meshkujve dhe 11% e femrave raportuan se konsumonin alkool, krahasuar me 49.7% të meshkujve dhe 89% të femrave të cilët nuk konsumonin aspak alkool.

Grafiku 8. Duhanpirja tek subjektet pjesëmarrëse në studim



Grafiku 9. Konsumi i alkoolit tek subjektet e përfshira në studim



Në tabelën 5 paraqitet shpërndarja e karakteristikave të mënyrës së jetesës (konsumi i alkoolit dhe duhanit) së subjekteve pjesëmarrës në studim sipas rajoneve ku vëmë re se duhanpirja dhe konsumi i alkoolit është në prevalencë më të ulët në rajonet malore në krahasim me rajonet e tjera (11.5% dhe 6.3%, respektivisht).

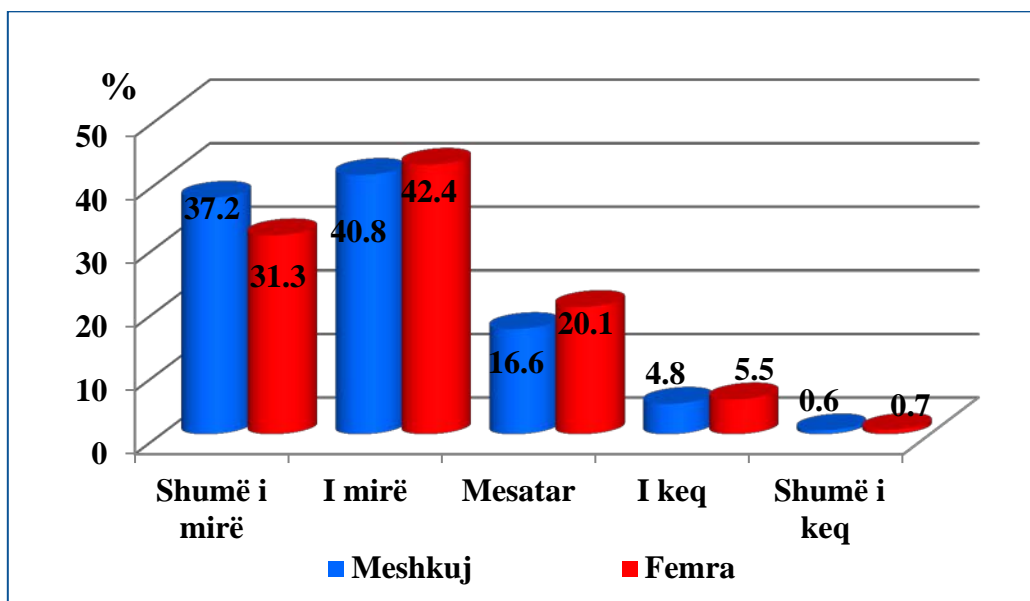
Tabela 5. Shpërndarja e karakteristikave të mënyrës së jetesës tek subjektet pjesëmarrëse në studim sipas rajoneve

Variabli kategorik	Qendror		Bregdetar		Malor		Tirana	
	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standardizuar†
Duhanpirja:								
Asnjëherë	4271 (45.8)	41.3	2755 (29.6)	31.9	1445 (15.5)	7.8	851 (9.1)	19.0
Ish konsumator	656 (40.0)	34.4	563 (34.3)	36.6	240 (14.6)	5.9	181 (11.0)	23.2
Duhanpirës aktual	675 (42.4)	41.4	412 (25.9)	29.8	384 (24.1)	11.5	121 (7.6)	17.3
Totali	5602 (44.6)	40.4	3730 (29.7)	32.2	2069 (16.5)	8.0	1153 (9.2)	19.3
Konsumi i alkoolit:								
Po	1593 (42.1)	35.4	1322 (35.0)	38.6	520 (13.7)	6.3	347 (9.2)	19.6
Jo	4009 (45.7)	42.6	2408 (27.5)	29.4	1549 (17.7)	8.7	806 (9.2)	19.2
Totali	5602 (44.6)	40.4	3730 (29.7)	32.2	2069 (16.5)	8.0	1153 (9.2)	19.3

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

†Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

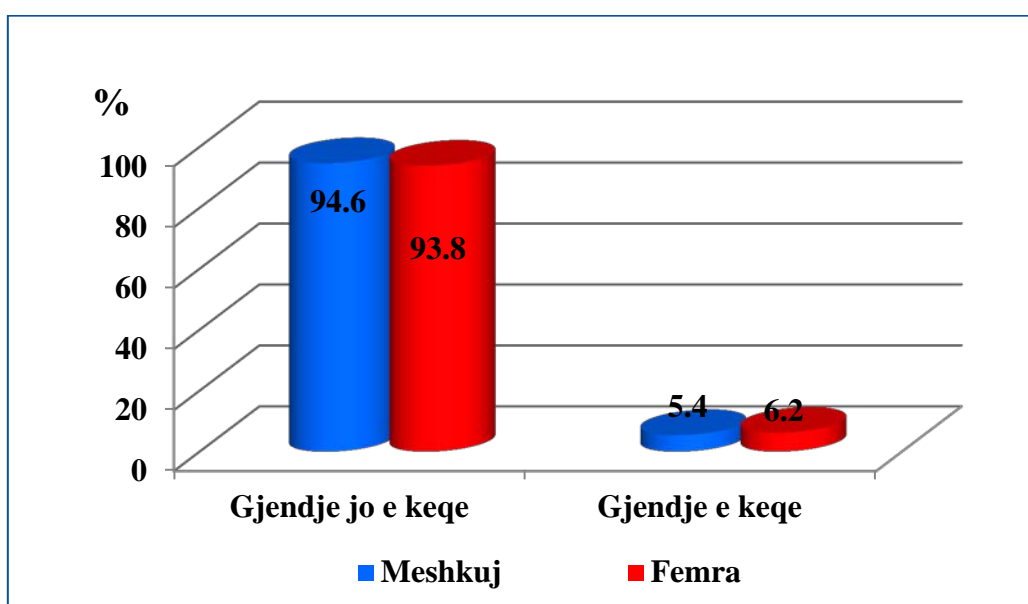
Grafiku 10. Vetë-perceptimi i shëndetit nga subjektet e përfshira në studim



Shëndeti shumë i mirë u raportua nga 37% e meshkujve dhe 31% e femrave, shëndeti i mirë nga rreth 41% e meshkujve dhe 42.4% e femrave dhe shëndet deri diku të mirë raportuan 16.6% e meshkujve dhe 20% e femrave. Nga ana tjetër, 4.8% e meshkujve dhe 5.5% e femrave raportuan shëndet të dobët dhe vetëm 0.6% e meshkujve dhe 0.75% e femrave vetë-raportuan shëndet shumë të dobët, (Grafiku 10).

Kategorizimi i vetë-perceptimit të shëndetit, gjendje jo e keqe vs. gjendje e keqe, evidentohet në Grafikon 11. Në përgjithësi, rreth 94.6% e meshkujve dhe 93.8% e femrave raportuan shëndet të mirë, krahasuar me 5.4% të meshkujve dhe 6.25% të femrave që vetë-raportuan shëndet të dobët.

Grafiku 11. Vetë-perceptimi i shëndetit i dikotomizuar (gjendje jo e keqe vs. gjendje e keqe) nga subjektet e përfshira në studim



Në analizën bruto (të paaxhustuar) [Tabela 6, krahu majtas], u evidentua lidhje e fortë pozitive midis moshës, me vetë-perceptimin e shëndetit të dobët {OR (51-65 vjeç vs 35-50 vjeç)=2.1, 95%CI=1.7-2.6 dhe OR (≥ 66 vjeç vs. 35-50 vjeç)=5.2, 95%CI=4,3-6,4}.

Nga analizimi i të dhënave nuk rezultoi lidhje sinjifikante statistikore me gjininë e subjekteve të përfshirë në studim, por u evidentua lidhje pozitive me vendbanim rural të subjekteve të studimit (OR=1.2, 95%CI=1,1-1,4). Subjektet rezidente në Tiranë kishin shanset më të ulëta të shëndetit të dobët të vetë-perceptuar. Rezultoi një lidhje (shoqërim) shumë i fortë sinjifikant statistikor i shëndetit të dobët me papunësinë (OR=8.6, 95%CI=6,26-11,8), por kjo lidhje rezultoi më e dobët lidhur me nivelin e varfërisë (OR=1.2, 95%CI=1,0-1,6).

Kishte evidencë të lidhjes (shoqërimit) sinjifikant statistikor me nivelin arsimor {OR (Shkollë e mesme vs. universitet)=1.9, 95%CI=1,2-2,9 dhe OR (arsimi fillor vs. universitet)=4.4, 95%CI=2,9-6,7}. Në mënyrë të ngjashme, rezultoi lidhje e rëndësishme statistikore midis shëndetit të dobët dhe konsumit të duhanit {OR (ish-

duhanpirës vs. jo duhanpirës)=1.7, 95%CI=1,3-2,3 dhe OR (duhanpirës vs. jo duhanpirës)=2.0, 95% CI=1.4-2.7} [Tabela 7].

Tabela 6. Lidhja (shoqërimi) i vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore me karakteristikat social-demografike dhe të mënyrës së jetesës të subjekteve të përfshirë në studim

Variabli	Krahu i majtë Modeli bruto (i paaxhustuar)		Qendër Modeli i axhustuar për moshë		Krahu i djathtë Modeli i axhustuar multivariabël [†]	
	OR*	95 CI	OR*	95 CI	OR*	95 CI
Grup-mosha:						
35-50 vjeç	1.00	referencë	-	-	1.00	referencë
51-65 vjeç	2.14	1.74-2.63			1.90	1.54-2.34
≥66 vjeç	5.24	4.27-6.41			3.00	2.43-3.72
Gjinia:						
Femra	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Meshkuj	0.87	0.75-1.01	0.85	0.73-0.99	1.23	1.02-1.48
Vendbanimi:						
Urban	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Rural	1.23	1.06-1.43	1.24	1.07-1.45	1.16	0.99-1.36
Rajoni:						
Tirana	1.00	referencë	1.00	referencë		
Qendror	1.60	1.17-2.20	1.66	1.20-2.28	-	-
Bregdetar	1.65	1.19-2.29	1.67	1.19-2.32		
Malor	1.32	0.92-1.88	1.54	1.07-2.21		
Punësimi:						
Po	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Jo	8.60	6.26-11.81	6.12	4.42-8.47	5.56	3.99-7.76
Niveli i varfërisë:						
Jo të varfër	1.00	referencë	1.00	referencë	-	-
Të varfër	1.25	1.00-1.58	1.41	1.12-1.79		
Niveli i edukimit:						
I lartë						
I mesëm	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
I ulët	1.88	1.20-2.94	1.88	1.20-2.94	1.24	0.78-1.96
	4.41	2.89-6.71	3.34	2.18-5.11	1.96	1.26-3.04

*Raporti i gjasave (OR: gjendja shëndetësore e dobët vs. gjendje shëndetësore e mirë) dhe intervali i besimit 95% (95%CI) nga regresioni logjistik binar.

[†]Të gjithë ndryshorët e paraqitur në tabelë u përfshinë në modelet e regresionit logjistik në një procedurë eliminimi në etapa të njëpasnjëshme (*backward stepwise elimination procedure*) me një vlerë dalëse të sinjifikancës statistikore (*p-value to exit*) prej P>0.10. Kutitë bosh në tabelë i referohen ndryshorëve të përjashtuar nga modelet e regresionit logjistik.

Tabela 7. Lidhja (shoqërimi) i vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore me mënyrën e jetesës të subjekteve të përfshirë në studim

Variabli	Krahu i majtë Modeli bruto (i paaxhustuar)		Qendër Modeli i axhustuar për moshë		Krahu i djathtë Modeli i axhustuar multivariabël [†]	
	OR*	95 CI	OR*	95 CI	OR*	95 CI
Duhanpirja:						
Asnjëherë	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Ish konsumator	1.71	1.30-2.26	1.62	1.23-2.15	1.31	0.96-1.79
Duhanpirës aktual	1.97	1.42-2.74	1.63	1.17-2.27	1.70	1.21-2.38
Konsumi i alkoolit:						
Po	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Jo	1.44	1.21-1.72	1.46	1.22-1.7	1.38	1.11-1.72

*Raporti i gjasave (OR: gjendja shëndetësore e dobët vs. gjendje shëndetësore e mirë) dhe intervali i besimit 95% (95%CI) nga regresioni logjistik binar.

[†]Të gjithë ndryshoret e paraqitur në tabelë u përfshinë në modelet e regresionit logjistik në një procedurë eliminimi në etapa të njëpasnjëshme (*backward stepwise elimination procedure*) me një vlerë dalëse të sinjifikancës statistikore (*p-value to exit*) prej $P > 0.10$. Kutitë bosh në tabelë i referohen ndryshoreve të përjashtuar nga modelet e regresionit logjistik.

Për më tepër, jo konsumatorët e alkoolit kishin nivel më të lartë shëndeti të dobët të vetë-raportuar (OR=1.4, 95%CI=1,2-1,7) [Tabela 7, krahu majtas]. Pas axhustimit për moshë (Tabela 6, paneli qendror) u dobësua pak lidhja (shoqërimi) pozitiv i shëndetit të dobët me papunësinë (OR=6.1, 95%CI=4,4-8,5) dhe nivelin e ulët të edukimit (OR=3.3, 95%CI=2,2-5,1), por u theksua lidhja me nivelin e varfërisë (OR=1.4, 95%CI=1,1-1,8). Lidhja me konsumin aktual të duhanit rezultoi e dobësuar, ndërsa lidhja (shoqërimi) me konsumin e alkoolit nuk u ndikua nga axhustimi për moshë (Tabela 7, paneli qendror).

Pas axhustimit për të gjithë ndryshoret e përfshirë në studim, me anë të procedurës së eliminimit hap pas hapi (Tabela 6 dhe 7, krahu djathtas), “parashikues” të fortë dhe të rëndësishëm të gjendjes së dobët shëndetësore të vetë-perceptuar rezultuan mosha e avancuar (OR (≥ 66 vjeç vs. 35-50 vjeç)=3.0, 95%CI=2,4-3,7), papunësia (OR=5.6, 95%CI=4,0-7,8), niveli i ulët i edukimit (OR=2.0, 95%CI=1,3-3,0), konsumi aktual i duhanit (OR=1.7, 95%CI=1,2-2,4) dhe mos konsumi i alkoolit (OR=1.4, 95%CI=1,1-1,7).

Në mënyrë interesante, në modelin e axhustuar multivariabël sipas regresionit logjistik binar, lidhja me gjininë ndryshoi drejtim, me meshkujt të ekspozuar ndaj një niveli më të lartë të vetë-raportimit të shëndetit të dobët në krahasim me homologët e tyre femra (OR=1.2, 95%CI=1,0-1,5) [Tabela 6, krahu djathtas].

Një nga qëllimet e studimit tonë ishte edhe vlerësimi i prevalencës dhe përcaktorëve (social-demografikë dhe të mënyrës/stilit të jetesës) të *sëmundjeve jo të transmetueshme* në individët adultë shqiptarë me synimi final që të përfytohej evidencës e nevojshme për hartimin e programeve efektive për përmirësimin e gjendjes shëndetësore në popullatën shqiptare.

Sëmundje të tilla kronike përfshijnë astmën, sëmundjen pulmonare obstruktive kronike, sëmundjet kardiovaskulare, kancerin, diabetin, sëmundjet endokrine, sëmundjet e kockave, indit lidhës e të lëkurës, sëmundjet e traktit gastrointestinal dhe cirrozën e mëlçisë, depresionin si dhe sëmundjet neurologjike.

Në përgjithësi, prevalenca e sëmundjeve kronike në këtë kampion të meshkujve dhe femrave shqiptare të bazuar në popullatë, të moshës mbi 35 vjeç rezultoi $2864/12554=22.8\%$. Në tabelën 8 është paraqitur shpërndarja e sëmundshmërisë sipas llojit të sëmundjes ku vëmë re se sëmundjet kardiovaskulare zënë vendin e parë mes sëmundshmërisë kronike si në meshkuj ashtu edhe në femra (52.8%).

Në analizën e të dhënave, vetë-raportimi i sëmundjeve jo të transmetueshme u trajtua gjithashtu si variabël binar/dikotomik (“pa sëmundje jo të transmetueshme” vs. “me sëmundje jo të transmetueshme”), {Tabela 9 dhe 10}. Prevalenca e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike ishte më e lartë tek femrat në krahasim me meshkujt (25.2% vs. 20.3%, respektivisht). Siç pritej, pjesëmarrësit në studim më të rinj në moshë (individët e moshës 35-50 vjeç) rezultuan me prevalencën më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve kronike shëndetësore (rreth 10%), ndërsa homologët e tyre më të moshuar (individët e moshës mbi 66), shfaqën prevalencën më të lartë të sëmundjeve kronike (45%). Individët të cilët jetojnë në zonat rurale kishin një prevalencë disi më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike në krahasim me homologët e tyre të cilët jetonin në zonat urbane (24% vs. 22%, respektivisht).

Për më tepër, banorët e Tiranës kishin prevalencën më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (16%), ndërsa individët të cilët banojnë në pjesën bregdetare të Shqipërisë rezultuan me prevalencën më të lartë të këtyre sëmundjeve (27%). Të papunët rezultuan me prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike krahasuar me individët të cilët janë të punësuar (28% vs 11%, respektivisht). Në mënyrë të ngjashme, individët me nivel të ulët edukimi kishin në mënyrë të konsiderueshme, prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me subjektet me nivel të lartë edukimi (28% kundrejt 12%, respektivisht).

Duhanpirësit aktualë rezultuan të kishin prevalencën më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (36%), në krahasim me subjektet të cilët nuk kishin konsumuar kurrë duhan, dhe raportuan prevalencë më të vogël të këtyre gjendjeve kronike (19%). Së fundi, individët të cilët nuk ishin konsumatorë të alkoolit raportuan një prevalencë disi më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me individët të cilët konsumonin alkool (23% vs 21%, përkatësisht) {Tabela 10}.

Tabela 8. Shpërndarja e sëmundjeve në subjektet me sëmundje kronike (N=2864)

Sëmundja	Kampioni N (%)	Përqindja e standardizuar [†]
Astma:		
Meshkuj	19 (1.5)	1.3
Femra	37 (2.3)	2.2
Totali	56 (2.0)	1.8
Sëmundje pulmonare kronike		
Meshkuj	33 (2.7)	2.4
Femra	32 (2.0)	2.2
Totali	65 (2.3)	2.3
Tumore		
Meshkuj	10 (0.8)	0.9
Femra	27 (1.7)	1.9
Totali	37 (1.3)	1.5
Aksidente cerebro-vaskulare		
Meshkuj	14 (1.1)	1.4
Femra	9 (0.6)	0.7
Totali	23 (0.8)	1.0
Sëmundje kardiovaskulare		
Meshkuj	608 (49)	49.3
Femra	916 (50.4)	55.4
Totali	1524 (53.2)	52.8
Sëmundje hematologjike		
Meshkuj	12 (1.0)	1.1
Femra	10 (0.6)	0.6
Totali	22 (0.8)	0.8
Sëmundje endokrine dhe diabeti		
Meshkuj	137(11.0)	11.2
Femra	176(10.8)	11.2
Totali	313 (10.9)	11.2
Sëmundje të aparatit tretës		
Meshkuj	56 (4.5)	3.8
Femra	48 (3.0)	3.3
Totali	104 (3.6)	3.5
Sëmundjet neuropsikiatrike		
Meshkuj	72 (5.8)	6.8
Femra	49 (3.0)	2.7
Totali	121 (4.2)	4.5
Sëmundje të kockave, indit lidhor dhe të lëkurës		
Meshkuj	81 (6.5)	7.2
Femra	111(6.8)	7.1
Totali	192(6.7)	7.1
Sëmundje të veshkave dhe urologjike		
Meshkuj	44 (3.5)	3.6
Femra	53(3.3)	3.1
Totali	97(3.4)	3.3
Të tjera		
Meshkuj	155 (12.5)	10.9
Femra	155(9.6)	9.6
Totali	310(10.8)	10.2

Tabela 9. Shpërndarja e karakteristikave social-demografike sipas prezencës së sëmundjeve kronike në subjektet e përfshira në studim

Variabli	Sëmundjet kronike (N=2864)		Pa sëmundje kronike (N=9690)		Total (N=12554)	
	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar [†]	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar [†]	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar [†]
Gjinia:						
Meshkuj	1241 (20.3)	19.9	4869 (79.7)	80.1	6110 (100.0)	100.0
Femra	1623 (25.2)	24.7	4821 (74.8)	75.3	6444 (100.0)	100.0
Totali	2864 (22.8)	22.4	9690 (77.2)	77.6	12554 (100.0)	100.0
Grup-mosha:						
35-50 vjeç	520 (9.8)	9.6	4810 (90.2)	90.4	5330 (100.0)	100.0
51-65 vjeç	1133 (24.3)	23.9	3522 (75.7)	76.1	4655 (100.0)	100.0
≥66 vjeç	1211 (47.1)	44.7	1358 (52.9)	55.3	2569 (100.0)	100.0
Vendbanimi:						
Urban	1485 (22.1)	21.6	5220 (77.9)	78.4	6705 (100.0)	100.0
Rural	1379 (23.6)	23.4	4470 (76.4)	76.6	5849 (100.0)	100.0
Rajoni:						
Qendror	1300 (23.2)	22.1	4302 (76.8)	77.9	5602 (100.0)	100.0
Bregdetar	1050 (28.2)	27.4	2680 (71.8)	72.6	3730 (100.0)	100.0
Malor	332 (16.0)	17.8	1737 (84.0)	82.2	2069 (100.0)	100.0
Tirana	182 (15.8)	16.4	971 (84.2)	83.6	1153 (100.0)	100.0
Punësimi:						
Jo	2416 (28.4)	28.5	6078 (71.6)	71.5	8494 (100.0)	100.0
Po	448 (11.0)	10.4	3612 (89.0)	89.6	4060 (100.0)	100.0
Niveli i varfërisë:						
Të varfër	255 (20.2)	21.2	1006 (79.8)	78.8	1261 (100.0)	100.0
Jo të varfër	2609 (23.1)	22.5	8684 (76.9)	77.5	11293 (100.0)	100.0
Niveli i edukimit:						
I ulët	2118 (28.2)	28.2	5400 (71.8)	71.8	7518 (100.0)	100.0
I mesëm	594 (15.7)	15.4	3193 (84.3)	84.6	3787 (100.0)	100.0
I lartë	152 (12.2)	12.7	1097 (87.8)	87.3	1249 (100.0)	100.0

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

[†]Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

Tabela 10. Shpërndarja e mënyrën e jetesës sipas prezencës së sëmundjeve kronike në subjektet e përfshira në studim

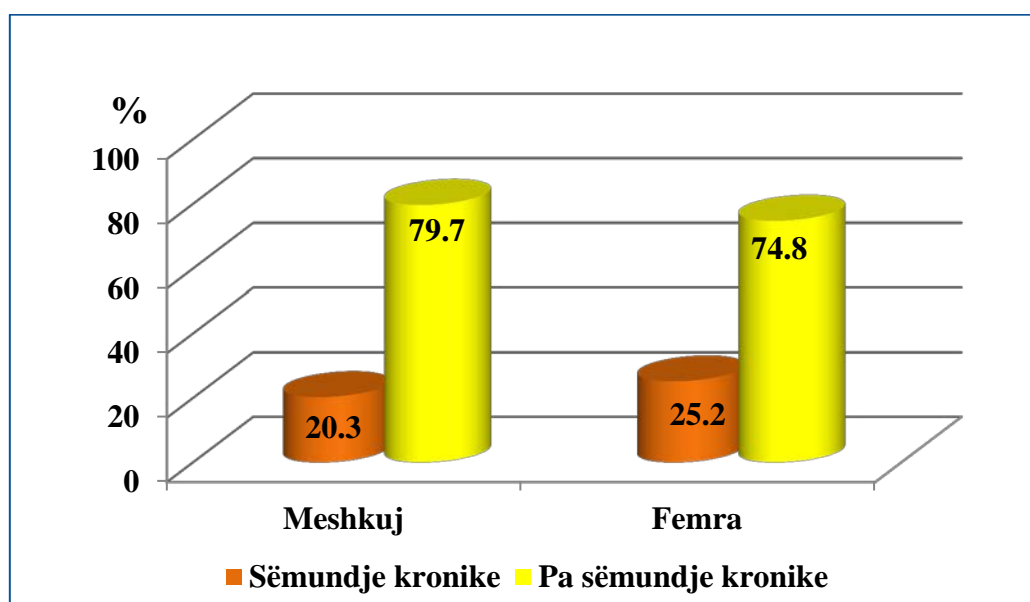
Variabli	Sëmundjet kronike (N=2864)		Pa sëmundje kronike (N=9690)		Total (N=12554)	
	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar†	Kampioni* N (%)	Përqindja e standartizuar†
Duhanpirja:						
Asnjëherë	1771 (19.0)	19.2	7551 (81.0)	80.8	9322 (100.0)	100.0
Ish konsumator	512 (31.2)	31.0	1128 (68.8)	69.0	1640 (100.0)	100.0
Duhanpirës aktual	581 (36.5)	36.6	1011 (63.5)	63.4	1592 (100.0)	100.0
Konsumi i alkoolit:						
Po	806 (21.3)	20.9	2976 (78.7)	79.1	3782 (100.0)	100.0
Jo	2058 (23.5)	23.0	6714 (76.5)	77.0	8772 (100.0)	100.0

*Numrat absolutë (dhe përqindjet përkatëse sipas kolonave) në kampionin aktual.

†Popullata e standardizuar (peshuar), përqindja sipas kolonave.

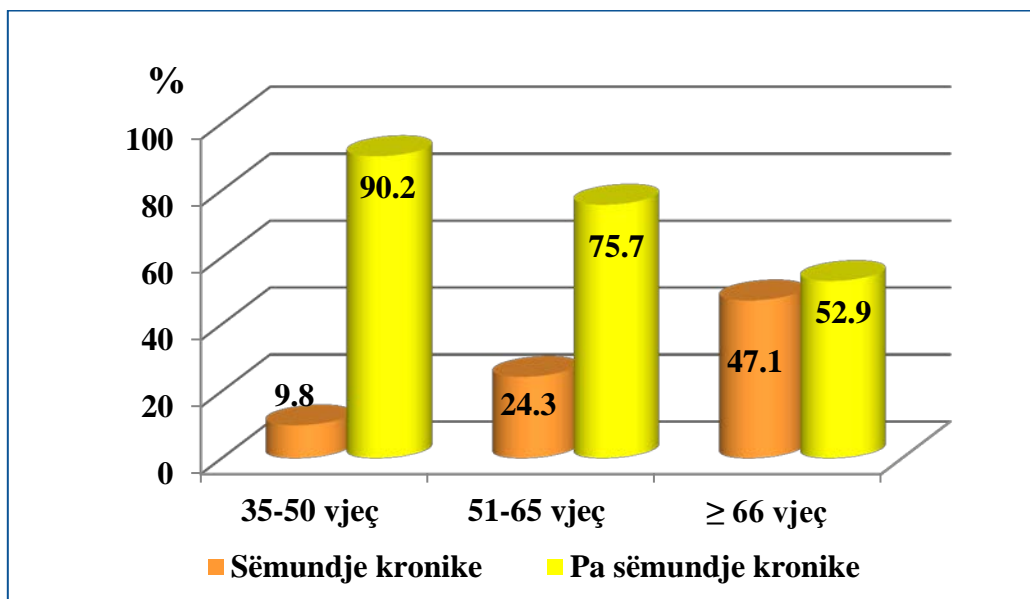
Grafiku 12 pasqyron shpërndarjen e sëmundjeve kronike tek meshkujt dhe femrat e përfshirë në studim. Siç vihet re, prevalenca më e lartë e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike rezultoi tek femrat me 25.2% krahasuar me meshkujt me rreth 20.3%.

Grafiku 12. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas gjinisë së subjekteve të përfshirë në studim



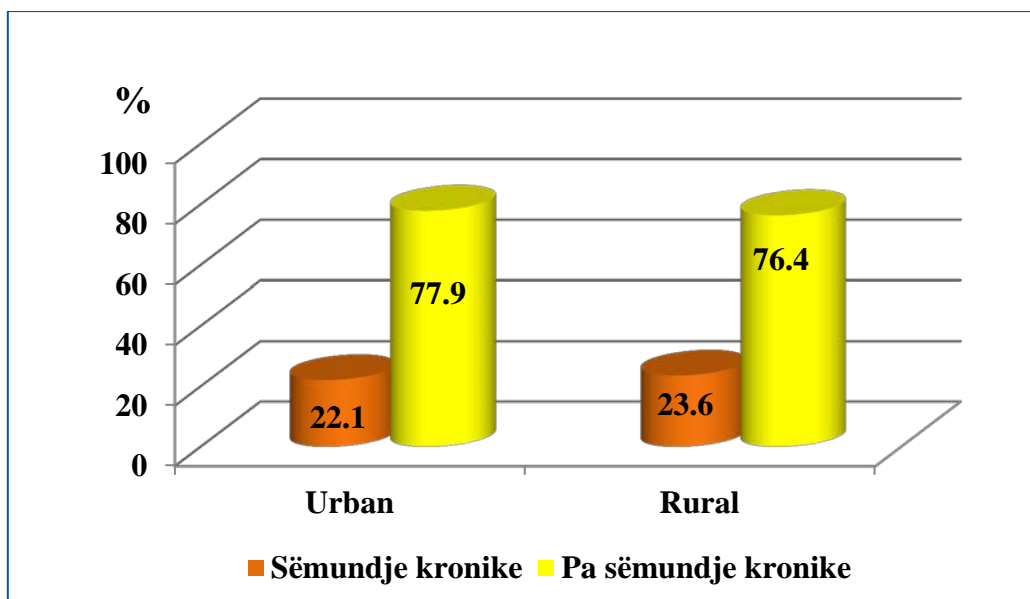
Prevalenca më e ulët e sëmundjeve kronike u evidentua në grup-moshën 35-50 vjeç me rreth 9.8%, krahasuar me 24.3% tek grup-mosha 51-65 vjeç dhe 47% në individët e grup-moshës mbi 66 vjeç, (Grafiku 13).

Grafiku 13. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas grup-moshës së subjekteve të përfshirë në studim



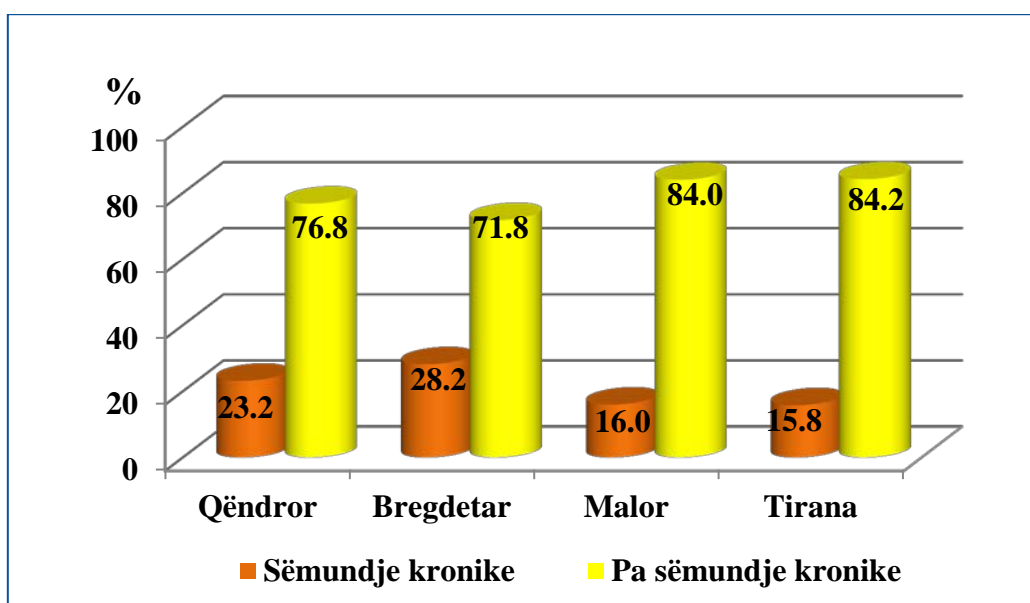
Individët, vendbanimi i të cilëve ishte në zonat urbane (Grafiku 14), raportuan prevalencë lehtësisht më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me individët, të cilët banonin në zonat rurale (22.1% vs. 23.65 respektivisht).

Grafiku 14. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas vendbanimit të subjekteve të përfshirë në studim

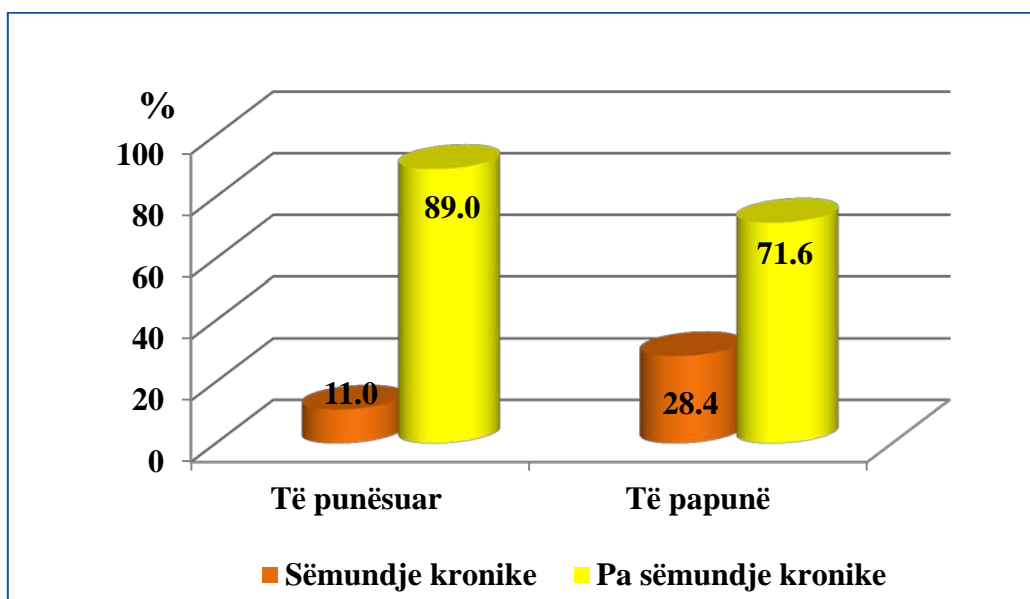


Bazuar në rajonin e banimit të subjekteve pjesëmarrës në studim, evidentohet që prevalenca më e lartë e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike ishte në rajonin bregdetar me rreth 28.2%, pasuar nga rajoni qendror me rreth 23.2% dhe rajoni malor me vetëm 16%. Duhet theksuar që subjektet me banim në Tiranë kishin në përgjithësi prevalencën më të ulët të sëmundjeve kronike në të gjithë kampionin e studimit me 15.8%, (Grafiku 15).

Grafiku 15. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas rajonit të banimit të subjekteve të përfshirë në studim



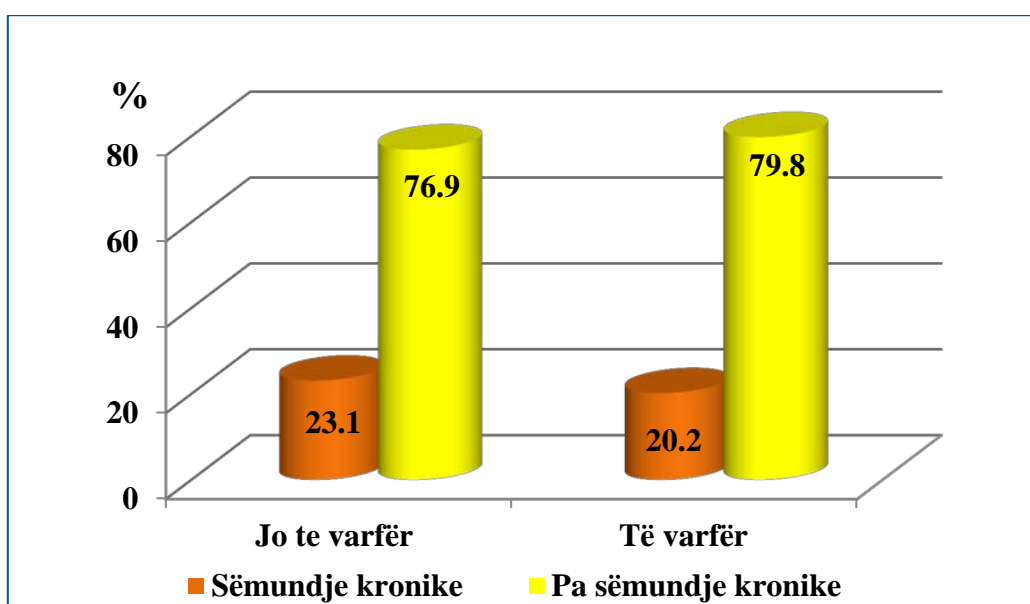
Grafiku 16. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas statusit të punësimit të subjekteve të përfshirë në studim



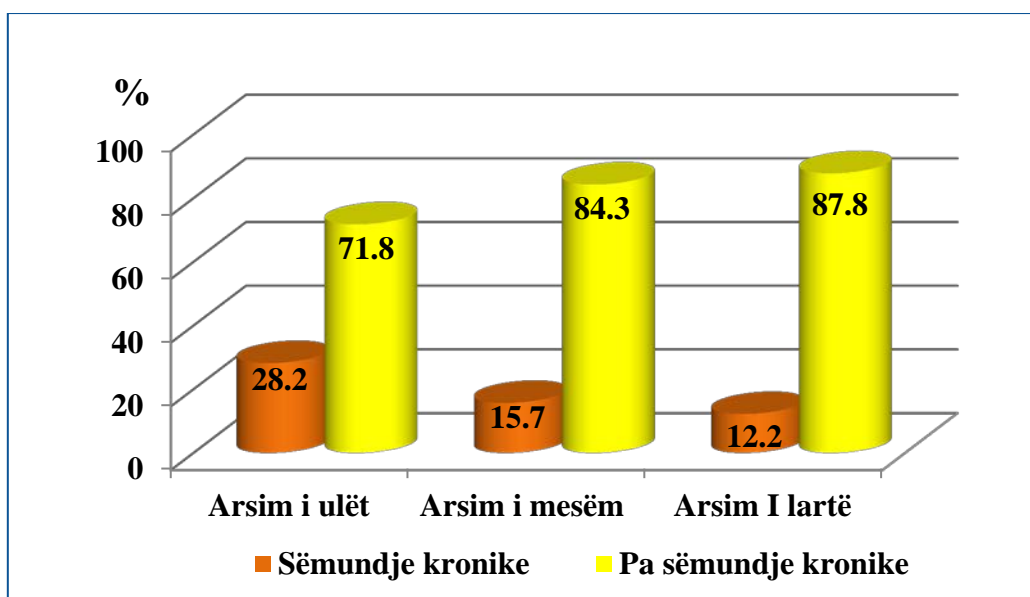
Nga ana tjetër, individët e papunë, raportuan prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (28.4%) krahasuar me subjektet e punësuar të cilët ishin pjesë e studimit me rreth 11%, (Grafiku 16).

Subjektet me nivel të theksuar varfërie raportuan prevalencë të sëmundjeve kronike disi më të ulët (20.2%) në krahasim me individët të cilët kishin nivel më të mirë jetese me prevalencë rreth 23.1%, (Grafiku 17).

Grafiku 17. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas nivelit të varfërisë të subjekteve të përfshirë në studim



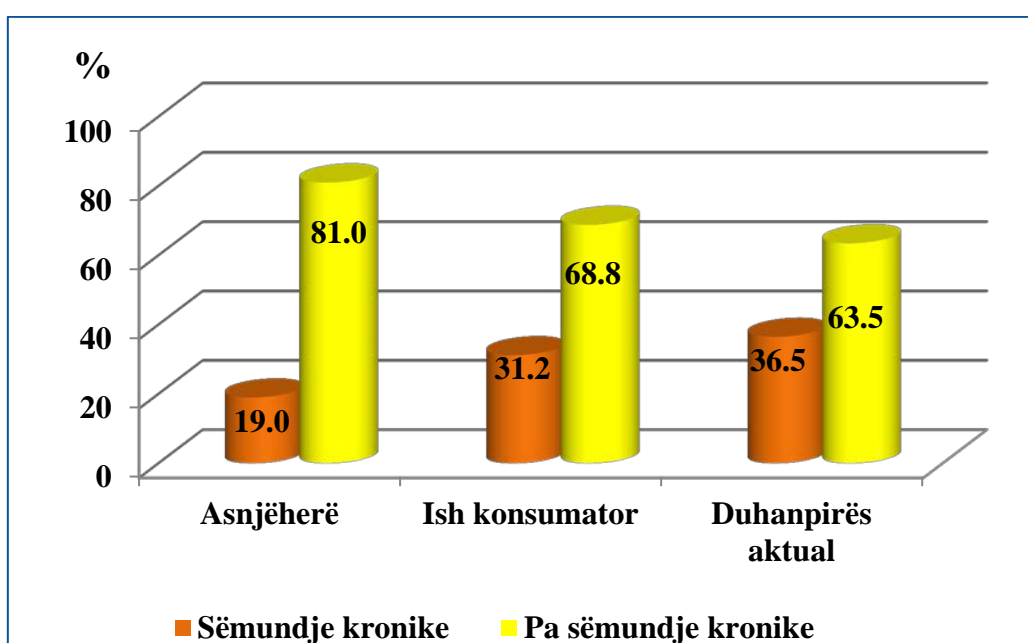
Grafiku 18. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas nivelit të edukimit të subjekteve të përfshirë në studim



Individët me nivel të ulët edukimi (Grafiku 18), raportuan prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (28.2%) krahasuar me individët me nivel mesatar edukimi (15.7%) dhe ata me nivel të lartë edukimi (12.2%).

Subjektet të cilët nuk kishin konsumuar asnjëherë duhan (Grafiku 19), raportuan nivelin më të ulët të prevalencës së sëmundjeve kronike (19%), krahasuar me individët ish-duhanpirës dhe duhanpirës aktualë, të cilët kishin dukshëm prevalencë më të lartë (31.2% dhe 36.5%, respektivisht).

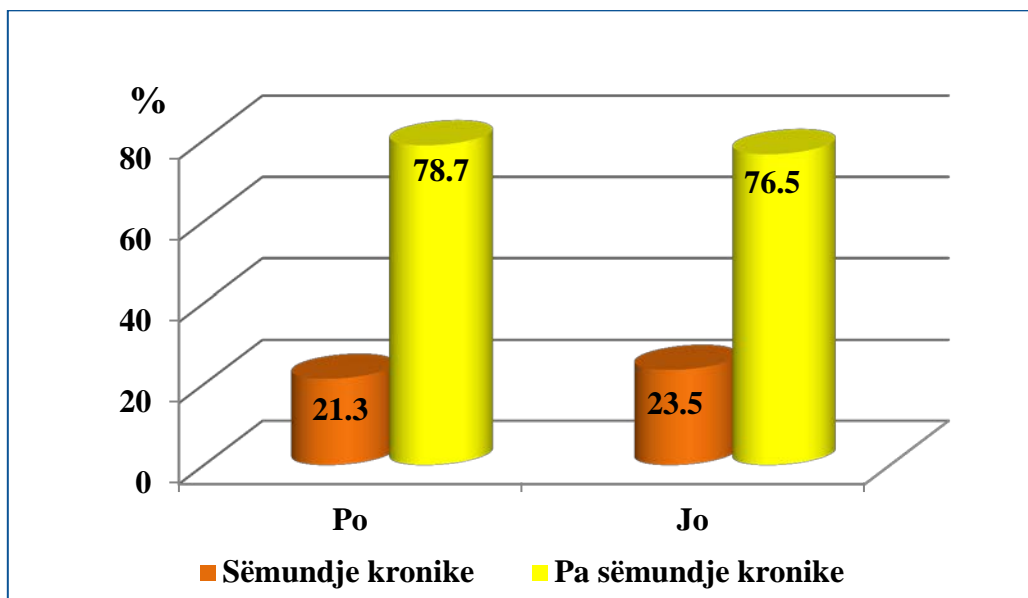
Grafiku 19. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas konsumit të duhanit nga subjektet e përfshirë në studim



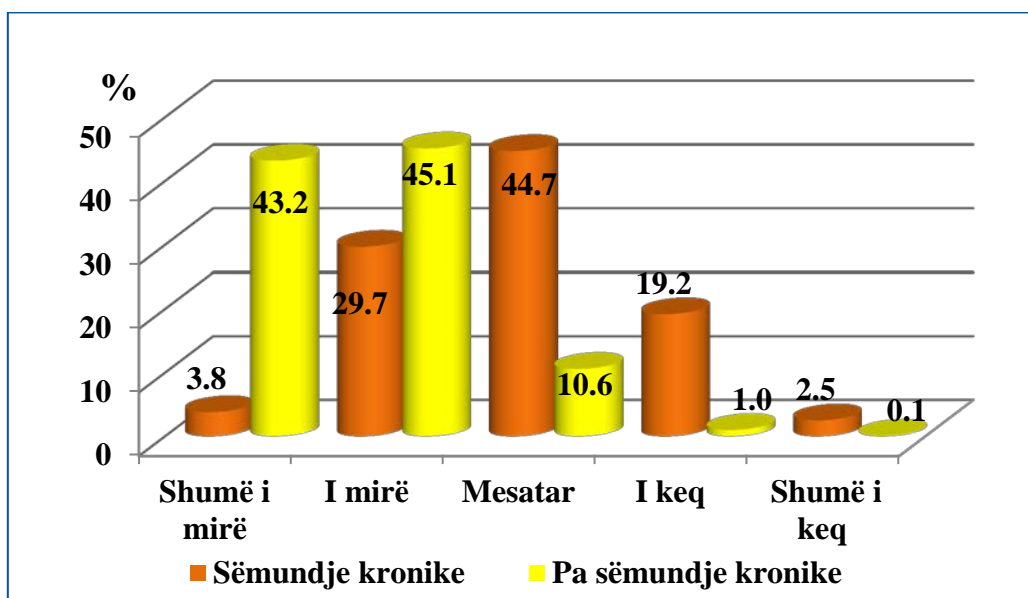
Grafiku 20, paraqet prevalencën e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas konsumit të alkoolit tek subjektet të cilat morën pjesë në studim. Evidentohet që subjektet të cilët nuk konsumonin alkool gjatë jetës së tyre raportuan prevalencë disi më të lartë të këtyre sëmundjeve kronike (23.5%), krahasuar me subjektet të cilët raportuan se konsumonin alkool (21.3%).

Shëndet shumë i mirë dhe i mirë u raportua nga 3,8% dhe 29,7% e subjekteve me prevalencë të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike. Nga ana tjetër, 19,2 % raportuan shëndet të dobët dhe vetëm 2,5% e subjekteve me prevalencë të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike vetë-raportuan shëndet shumë të dobët, (Grafiku 21).

Grafiku 20. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas konsumit të alkoolit nga subjektet e përfshirë në studim



Grafiku 21. Shpërndarja e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike sipas vetë-perceptimi i shëndetit nga subjektet e përfshira në studim



Në modelin bruto (të paaxhustuar) të regresionit logjistik binar (Tabela 11, krahu majtas), evidentohet një lidhje (shoqërim) i fortë pozitiv i moshës së subjekteve me sëmundjet dhe gjendjet shëndetësore kronike {OR (51-65 vjeç vs. 35-50 vjeç)=3.0, 95% CI=2,7-3,3 dhe OR (\geq 66 vjeç kundrejt 35-50 vjeç)=8.2, 95% CI=7,3-9,3}.

Përveç kësaj, raportohet gjithashtu lidhje shumë sinjifikante pozitive me gjininë femërore (OR=1.3, 95% CI=1,2-1,4).

Në modelin bruto (të paaxhustuar) të regresionit logjistik binar (Tabela 11, krahu majtas), evidentohet një lidhje (shoqërim) i fortë pozitiv i moshës së subjekteve me sëmundjet dhe gjendjet shëndetësore kronike {OR (51-65 vjeç vs. 35-50 vjeç)=3.0, 95% CI=2,7-3,3 dhe OR (\geq 66 vjeç kundrejt 35-50 vjeç)=8.2, 95% CI=7,3-9,3}. Përveç kësaj, raportohet gjithashtu lidhje shumë sinjifikante pozitive me gjininë femërore (OR=1.3, 95% CI=1,2-1,4).

Nga analizimi i të dhënave u raportua lidhje (shoqërim) i dobët statistikor i pranisë së sëmundjeve kronike me vendbanimin e subjekteve të cilët morën pjesë në studim (zonat urbane vs rurale: OR=1.09, 95% CI=1.0-1.2), ndërsa banorët e Tiranës kishin gjasat më të ulëta për sëmundje kronike. Për më tepër, u raportua të kishte evidencë të një lidhje të fortë statistikore të sëmundjeve kronike me papunësinë (OR=3.2, 95% CI=2,9-3,6) dhe me nivelin e ulët të edukimit (OR=2.8, 95% CI=2,4-3,4).

Gjithashtu nga ana tjetër, u evidentua të kishte një lidhje (shoqërim) invers me varfërinë vetë-perceptuar nga subjektet e studimit (OR=0.8, 95% CI=0,7-1,0).

Në vazhdim u evidentua një lidhje (shoqërim) i rëndësishëm i sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike me statusin e duhanpirjes {OR (ish duhanpirës vs jo duhanpirës)=1.4, 95% CI=1.3-1.7 dhe OR (duhanpirësve aktual vs jo duhanpirës)=1.6, 95% CI=1,3-1,9}. Nga ana tjetër, subjektet të cilët nuk konsumonin alkool kishin shanse më të mëdha të sëmundje kronike (OR=1.1, 95% CI=1.0-1.2) (Tabela 12, krahu majtas).

Pas axhustimit për moshë (Tabela 11, paneli qendror) u raportua theksim i lidhjes (shoqërim) pozitiv të sëmundjeve kronike mes gjinisë femërore dhe banimit në rajone të tjera përveç Tiranës, por dobësim të kësaj lidhje (shoqërimi) me gjendjen e punësimit, nivelit të edukimit dhe statusit të duhanpirjes.

Pas axhustimit multivariabël, për të gjithë ndryshoret e përfshirë në studim me anë të një procedure eliminimi hap pas hapi (Tabela 11 dhe 12, krahu djathtas), persistoi lidhja (shoqërimi) pozitive e sëmundjeve kronike me moshën e avancuar (OR (\geq 66 vjeç vs 35-50 vjeç)=6.0, 95% CI=5.3- 6.8), gjininë femërore (OR=1.2, 95% CI=1,1-1,4), banimin në zonat bregdetare të Shqipërisë (OR=2.0, 95% CI=1,7-2,5), papunësinë (OR=1.8, 95% CI=1,6-2,0), nivelin e ulët të edukimit (OR=1.6, 95% CI=1,3-1,9) dhe konsumin aktual të duhanit (OR=1.2, 95% CI=1,1-1,5).

Nga ana tjetër, lidhja inverse me varfërinë është prezente edhe në modelin e axhustuar multivariabël të regresionit logjistik binar (OR=0.8, 95% CI=0,7-1,0) (Tabela 11, krahu djathtas).

Tabela 11. Lidhja (shoqërimi) i vetë-raportimit të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike me karakteristikat social-demografike të subjekteve të përfshirë në studim

Variabli	Krahu i majtë Modeli bruto (i paaxhustuar)		Qendër Modeli i axhustuar për moshë		Krahu i djathtë Modeli i axhustuar multivariabël [†]	
	OR*	95 CI	OR*	95 CI	OR*	95 CI
Grup-mosha:						
35-50 vjeç	1.00	referencë	-	-	1.00	referencë
51-65 vjeç	2.98	2.66-3.33			2.82	2.51-3.16
≥66 vjeç	8.25	7.32-9.29			6.02	5.29-6.85
Gjinia:						
Femra	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Meshkuj	1.32	1.21-1.44	1.41	1.29-1.54	1.24	1.02-1.48
Vendbanimi:						
Urban	1.00	referencë	1.00	referencë	-	-
Rural	1.09	1.00-1.18	1.10	1.01-1.21		
Rajoni:						
Tirana	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Qëndror	1.61	1.36-1.91	1.76	1.47-2.10	1.55	1.29-1.86
Bregdetar	2.09	1.76-2.49	2.29	1.91-2.75	2.04	1.69-2.46
Malor	1.02	0.84-1.24	1.25	1.02-1.54	1.07	0.86-1.32
Punësimi:						
Po	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Jo	3.21	2.87-3.57	1.97	1.75-2.21	1.78	1.57-2.02
Niveli i varfërisë:						
Jo të varfër	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Të varfër	0.85	0.73-0.98	0.97	0.83-1.13	0.84	0.72-0.98
Niveli i edukimit:						
I lartë	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
I mesëm	1.34	1.11-1.63	1.36	1.11-1.65	1.08	0.88-1.33
I ulët	2.83	2.37-3.38	2.09	1.74-2.50	1.56	1.29-1.90

*Raporti i gjasave (OR: gjendja shëndetësore e dobët vs. gjendje shëndetësore e mirë) dhe intervali i besimit 95% (95%CI) nga regresioni logjistik binar.

[†] Të gjithë ndryshorët e paraqitur në tabelë u përfshinë në modelet e regresionit logjistik në një procedurë eliminimi në etapa të njëpasnjëshme (*backward stepwise elimination procedure*) me një vlerë dalëse të sinjifikancës statistikore (*p-value to exit*) prej P>0.10. Kutitë bosh në tabelë i referohen ndryshorëve të përjashtuar nga modelet e regresionit logjistik.

Tabela 12. Lidhja (shoqërimi) i vetë-raportimit të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike me mënyrën e jetesës të subjekteve të përfshirë në studim

Variabli	Krahu i majtë Modeli bruto (i paaxhustuar)		Qendër Modeli i axhustuar për moshë		Krahu i djathtë Modeli i axhustuar multivariabël [†]	
	OR*	95 CI	OR*	95 CI	OR*	95 CI
Duhanpirja:						
Asnjëherë	1.00	referencë	1.00	referencë	1.00	referencë
Ish konsumator	1.45	1.26-1.66	1.29	1.07-1.53	1.07	0.91-1.25
Duhanpirës aktual	1.58	1.33-1.87	1.40	1.21-1.62	1.21	1.01-1.46
Konsumi i alkoolit:						
Po	1.00	referencë	1.00	referencë	-	-
Jo	1.13	1.03-1.24	1.16	1.06-1.28	-	-

*Raporti i gjasave (OR: gjendja shëndetësore e dobët vs. gjendje shëndetësore e mirë) dhe intervali i besimit 95% (95%CI) nga regresioni logjistik binar.

[†] Të gjithë ndryshorët e paraqitur në tabelë u përfshinë në modelet e regresionit logjistik në një procedurë eliminimi në etapa të njëpasnjëshme (*backward stepwise elimination procedure*) me nje vlerë dalëse të sinjifikancës statistikore (*p-value to exit*) prej P>0.10. Kutitë bosh në tabelë i referohen ndryshorëve të përjashtuar nga modelet e regresionit logjistik.

5. DISKUTIMI

5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit

Studimi ynë gjeneroi të dhëna shumë të vlefshme dhe mjaft interesante lidhur me vetë-perceptimin e shëndetit nga popullsia adulte shqiptare, bazuar në karakteristikat social-demografike dhe të mënyrës së jetesës. Moshë mesatare e kampionit të studimit (N=12554), ishte 54.6 ± 12.7 vjeç, ndërkohë moshë mesatare sipas gjinisë tek meshkujt dhe femrat rezultoi 54.8 ± 12.4 vjeç dhe 54.4 ± 13.0 vjeç, përkatësisht.

Pothuajse 42.5% e kampionit të studimit i përkiste grup-moshës 35-50 vjeç, rreth 37% i përkisnin grup-moshës 51-65 vjeç, ndërsa përqindja e subjekteve të moshuar (+66) rezultoi rreth 21%, (nga këto 20.4% meshkuj dhe 20.5% femra).

Nga të dhënat studimit rezultoi që pothuajse 53.4% e pjesëmarrësve ishin me banim në zonat urbane dhe rreth 46.6% në zonat rurale. Gjithashtu 44.6% e popullsisë ishte me banim në rajonin Qendror të Shqipërisë, rreth 30% në rajonin Bregdetar, dhe 16.5% në rajonet Malore, ndërsa pothuajse 9% u evidentuan me banim në Tiranë, kryeqytetin e Shqipërisë.

Niveli i punësimit rezultoi të ishte dukshëm më i lartë midis meshkujve në krahasim me femrat (44% vs. 21%, përkatësisht).

Prevalenca e përgjithshme e varfërisë së vetë-perceptuar rezultoi në rreth 10% të subjekteve të studimit dhe nga ana tjetër, pothuajse 11% e meshkujve dhe 9% e femrave raportuan nivel të lartë edukimi.

Bazuar në faktorët e mënyrës së jetesës së subjekteve pjesëmarrës në studim, u evidentua që prevalenca e duhanpirjes aktuale ishte 25% tek meshkujt, dhe vetëm 1.2% tek femrat, ndërsa proporcioni i subjekteve ish-duhanpirës meshkuj, rezultoi 24.5%, ndërsa tek femrat vetëm 2.2%. Pothuajse 50.3% e meshkujve dhe 11% e femrave raportuan të ishin konsumatorë të alkoolit.

Barra e vetë-raportuar e shëndetit të dobët u evidentua rreth 4.8% tek meshkujt dhe 5.5% tek femrat, ndërsa shëndet shumë i dobët u raportua nga vetëm 37 meshkuj (ose 0.6% prej tyre) dhe 45 femra (ose 0.7% e tyre). Gjithashtu, 37% e meshkujve dhe 31% e femrave e vlerësuan shëndetin e tyre si shumë të mirë në përgjithësi.

Pas analizimit të të dhënave me modelin bruto (të paaxhustuar), rezultoi që midis moshës dhe vetë-perceptimin e shëndetit të dobët të kishte lidhje (shoqërim) pozitiv statistikor {OR (51-65 vjeç vs 35-50 vjeç)=2.1 dhe OR (≥ 66 vjeç vs. 35-50 vjeç)=5.2}.

Në vazhdim të analizës së të dhënave nuk u evidentua lidhje sinjifikante statistikore me gjininë e subjekteve të përfshirë në studim, por u evidentua lidhje pozitive me vendbanim rural të subjekteve pjesëmarrës në këtë kërkim shkencor (OR=1.2). Subjektet rezidente në Tiranë rezultuan me gjasat më të ulëta të shëndetit të dobët të vetë-perceptuar. Rezultoi një lidhje (shoqërim) shumë i fortë statistikor i shëndetit të dobët me papunësinë (OR=8.6), por kjo lidhje rezultoi më e dobët lidhur me nivelin e varfërisë (OR=1.2).

Nga ana tjetër rezultoi të kishte evidencë të lidhjes (shoqërimit) sinjifikant statistikor me nivelin arsimor {OR (shkollë e mesme vs. universitet)=1.9 dhe OR (arsimi fillor vs. universitet)=4.4}. Gjithashtu në mënyrë të ngjashme, rezultoi lidhje e sinjifikante statistikore midis shëndetit të dobët dhe konsumit të duhanit {OR (ish-duhanpirës vs. jo duhanpirës)=1.7 dhe OR (duhanpirës aktualë vs. jo duhanpirës)=2.0}.

Nga analizimi i të dhënave u evidentua që jo konsumatorët e alkoolit kishin nivel më të lartë shëndeti të dobët të vetë-raportuar (OR=1.4). Pas axhustimit për moshë lidhja (shoqërimi) pozitiv i shëndetit të dobët me papunësinë u dobësua disi (OR=6.1) ashtu si dhe për nivelin e ulët të edukimit (OR=3.3), por kjo lidhje u theksua bazuar në nivelin e varfërisë (OR=1.4). Lidhja me konsumin aktual të duhanit rezultoi e dobësuar, ndërsa lidhja me konsumin e alkoolit nuk u ndikua nga axhustimi për moshë.

Në vazhdim të analizimit statistikor, pas axhustimit për të gjithë ndryshorët e përfshirë në studim, rezultoi që mosha e avancuar të jetë “parashikues” i fortë dhe i rëndësishëm i gjendjes së dobët shëndetësore të vetë-perceptuar (OR (≥ 66 vjeç vs. 35-50 vjeç)=3.0), ashtu si papunësia (OR=5.6), niveli i ulët i edukimit (OR=2.0), konsumi aktual i duhanit (OR=1.7) dhe abstinenca ndaj alkoolit (OR=1.4).

Në mënyrë interesante, në modelin e axhustuar multivariabël, lidhja me gjininë ndryshoi drejtim, me meshkujt të ekspozuar ndaj një niveli më të lartë të vetë-raportimit të shëndetit të dobët në krahasim me homologët e tyre femra (OR=1.2).

Bazuar në të dhënat mbi mënyrën e jetesës së subjekteve të përfshirë në studim, prevalenca e sëmundjeve kronike tek meshkujt dhe femrat shqiptare të moshës mbi 35 vjeç rezultoi $2864/12554=22.8\%$.

Prevalenca e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike ishte më e lartë tek femrat në krahasim me meshkujt (25.2% vs. 20.3%, respektivisht).

Në përgjithësi, pjesëmarrësit në studim më të rinj në moshë (individët e moshës 35-50 vjeç) raportuan prevalencën më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve kronike shëndetësore (rreth 10%), ndërsa homologët e tyre më të moshuar (individët e moshës mbi 66 vjeç), shfaqën prevalencën më të lartë të sëmundjeve kronike (45%). Individët të cilët banonin në zonat rurale kishin një prevalencë disi më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike në krahasim me homologët e tyre të cilët jetonin në zonat urbane (24% vs. 22%, respektivisht).

Duhet theksuar se, banorët e Tiranës raportuan prevalencën më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (16%), ndërsa individët të cilët ishin me banim në pjesën bregdetare të Shqipërisë rezultuan me prevalencën më të lartë të këtyre sëmundjeve (27%).

Të papunët rezultuan me prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike krahasuar me individët të cilët ishin të punësuar (28% vs 11%, respektivisht). Gjithashtu shumë e rëndësishme është të theksojmë se, individët me nivel të ulët edukimi kishin në mënyrë të konsiderueshme, prevalencë më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me subjektet me nivel të lartë edukimi (28% kundrejt 12%, respektivisht).

Duhanpirësit aktualë u evidentuan që të kishin prevalencën më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike (36%), në krahasim me subjektet të cilët nuk kishin konsumuar kurrë duhan, të cilët raportuan prevalencën më të vogël të këtyre sëmundjeve kronike (19%).

Nga ana tjetër, individët të cilët nuk ishin konsumatorë të alkoolit raportuan një prevalencë disi më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me individët të cilët konsumonin alkool (23% vs 21%, përkatësisht).

Nga analizimi i mëtejshëm i të dhënave me modelin bruto (të paaxhustuar) u raportua një lidhje (shoqërim) i fortë pozitiv i moshës së subjekteve me sëmundjet dhe gjendjet shëndetësore kronike {OR (51-65 vjeç vs. 35-50 vjeç)=3.0, dhe OR (≥ 66 vjeç kundrejt 35-50 vjeç)=8.2}. Përveç kësaj, raportohet gjithashtu lidhje shumë sinjifikante pozitive me gjininë femërore (OR=1.3).

Nga analizimi i të dhënave u raportua lidhje (shoqërim) i dobët statistikor i pranisë së sëmundjeve kronike me vendbanimin e subjekteve të cilët morën pjesë në studim (zonat urbane vs rurale: OR=1.09), ndërsa banorët e Tiranës u raportua të kishin gjasat më të ulëta për sëmundje kronike. Gjithashtu, u raportua të kishte lidhje të fortë statistikore të sëmundjeve kronike me papunësinë (OR=3.2) dhe me nivelin e ulët të edukimit (OR=2.8). Gjithashtu nga ana tjetër, u evidentua të kishte një lidhje (shoqërim) invers me varfërinë vetë-perceptuar nga subjektet e studimit (OR=0.8).

Nga ana tjetër duhet theksuar që u evidentua një lidhje (shoqërim) i rëndësishëm i sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike me statusin e të duhanpirjes {OR (ish duhanpirës vs jo duhanpirës)=1.4 dhe OR (duhanpirësve aktual vs jo duhanpirës)=1.6}. Në vazhdim, subjektet të cilët nuk konsumonin alkool raportuan gjasa më të mëdha për sëmundjet kronike (OR=1.1).

Më pas gjatë analizimit statistikor, pas axhustimit për moshë u evidentua theksim i lidhjes (shoqërimit) pozitiv të sëmundjeve kronike me gjininë femërore dhe banimin në rajone të tjera të Shqipërisë, përveç Tiranës, por u raportua zbehje e kësaj lidhje (shoqërimi) me gjendjen e punësimit, nivelin e edukimit dhe statusin e duhanpirjes.

Gjithashtu pas axhustimit për të gjithë ndryshorët e përfshirë në studim, lidhja (shoqërimi) pozitive e sëmundjeve kronike me moshën e avancuar ishte persistente (OR (≥ 66 vjeç vs 35-50 vjeç)=6.0), ashtu si edhe me gjininë femërore (OR=1.2), banimin në zonat bregdetare të Shqipërisë (OR=2.0), papunësinë (OR=1.8), nivelin e ulët të edukimit (OR=1.6) dhe konsumin aktual të duhanit (OR=1.2).

Duhet vënë në dukje që, lidhja inverse me varfërinë persiston edhe në modelin e axhustuar për të gjithë ndryshorët e përfshirë në studim (OR=0.8).

5.2. Krahasimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës

Ky studim ofroi informacione interesante nga pikëpamja kërkimore dhe shkencore lidhur me vetë-perceptimin e shëndetit nga popullata adulte shqiptare duke u bazuar në karakteristikat social-demografike dhe të mënyrës së tyre të jetësë.

Mosha, duhanpirja dhe niveli i edukimit kishin lidhje shumë të fortë pozitive me shëndetin e dobët të vetë perceptuar nga adultët në Shqipëri ashtu siç edhe rezultoi edhe nga studimi i kryer në Kanada (121). Gjithashtu lidhja midis shëndetit të mirë të vetë-perceptuar dhe mungesë së sëmundjeve kronike që u evidentua në studimin tonë në Shqipëri, është e ngjashme me studimin e kryer në vitin 2012 në Spanjë (122). Gjithashtu rezultatet e këtij studimi, janë analoge me të dhënat e studimit tonë përse i përket lidhjes pozitive mes shëndetit të mirë të vetë-perceptuar dhe gjinisë mashkullore, nivelit të lartë arsimor dhe moshës së re të të anketuarve, por nga ana

tjetër rezultoi ngjashmëri edhe mes lidhjes së vendbanimit rural dhe shëndetit të dobët të vetë-perceptuar nga subjektet e studimit (122).

Në lidhje me konsumimin e alkoolit, niveli më i lartë i shëndetit të dobët të vetë-perceptuar tek jo konsumatorët e alkoolit, konfirmoi rezultatet e studimeve të vendeve të Europës Lindore dhe vendeve Mesdhetare (119,123-125). Një shpjegim i mundshëm i rezultateve tona konfirmohet dhe nga Bobak et. Al (125) sipas të cilit njerezit pa sëmundje dhe probleme të shëndetit konsumojnë alkool dhe duhan ndërkohë që subjektet me shëndet jo të mirë nuk konsumojnë duhan dhe alkool (119,123-125).

Nga ana tjetër edhe të dhënat e publikuara nga OECD Health Statistics 2016, janë krejtësisht të ngjashme me rezultatet e studimit tonë, përsa i përket lidhjes pozitive të shëndetit të dobët të vetë-perceptuar me gjininë femërore (126), nivelin e ulët arsimor (127), vendbanimin rural (128), praninë e sëmundjeve kronike dhe duhanpirjen (129) si dhe me papunësinë dhe nivelin e theksuar të varfërisë (130,131).

Statusi i punësimit dhe niveli i lartë i edukimit rezultoi të ishte i lidhur negativisht me shëndetin e dobët të vetë-perceptuar në Bjellorusi sipas një studimi të udhëhequr në vitin 2011 (132), duke evidentuar ngjashmëri edhe me të dhënat e studimit tonë ku të punësuarit dhe subjektet me nivel të lartë edukimi raportuan gjendje më të mirë shëndetësore krahasuar me të papunët dhe ata subjekte me nivel të ulët edukimi.

Studimet e mëparshme kanë raportuar vazhdimisht se shëndeti i vetë-perceptuar është një nga përcaktorët më të mirë të shëndetit në të ardhmen, në përdorimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe kostove përkatëse, modelet e vdekshmërisë, shërimit nga sëmundjet, dhe cilësinë e jetës (133). Shëndeti i vetë-perceptuar mund të jetë një metodë zëvendësues për të vlerësuar gjendjen shëndetësore të popullatës, për shkak të thjeshtësisë së tij dhe lidhjet e saj me indikatorët e mirë-përcaktuar të shëndetit të lartpërmendura. Në praktikën e përgjithshme, shëndeti i vetë-perceptuar mund të jetë një teknikë e mirë depistimi për vlerësimin e përgjithshëm të shëndetit, veçanërisht në vendet në zhvillim dhe të varfra, ku shërbimet mjekësore për vlerësimin e faktorëve të riskut si kolesterolit i lartë, hipertensioni, diabeti, etj nuk janë gjerësisht të aksesueshme në popullatës (129,133).

Megjithatë, aktualisht ka ende nevojë për të kuptuar më mirë perceptimet e shëndetit në mjedise të ndryshme sociale dhe kulturore (134). Kjo tezë përqendrohet në tre aspekte të vetë-vlerësimit të shëndetit përshkruara më poshtë:

1. Vetë-perceptimi i shëndetit si një vlerësim i rezultateve të ndërhyrjes në komunitet

Deri më sot vetëm pak studime kanë adresuar shëndetin e vetë-perceptuar si rezultat i ndërhyrjeve shëndetësore publike. Studimi i udhëhequr në North Karelia (SHBA), evidentoi se niveli i mirë shëndetësor i vetë-perceptuar është përmirësuar në mënyrë të konsiderueshme, më shumë në drejtim të ndërhyrjes se sa në drejtim të referimit, dhe se rreziku i perceptuar për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare është reduktuar (135).

Në një ndërhyrje në komunitet në Kubë, për promovimin shëndetësor në një zonë me lagje të varfra, vetë-perceptimi i shëndetit u përdor për të vlerësuar efektet e ndërhyrjes. Megjithatë, këto analiza nuk përfshinë krahasimin midis meshkujve dhe femrave apo nivelit të edukimit. Aktualisht nuk ka studime që kanë patur fokus të

veçantë në mënyrën se si shëndeti i vetë-perceptuar, si vlerësim i rezultateve për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare, kombinohet me ndryshimet e faktorëve të rrezikut dhe nëse shëndeti i mirë i vetë-perceptuar të mund të kontribuojë në të ardhmen në një prognozë të mirë barrës së faktorëve të rrezikut.

2. Përcaktorët e vetë-perceptimit të shëndetit

Kohët e fundit janë kryer disa studime epidemiologjike në lidhje me marrëdhëniet e vetë-perceptimit të shëndetit me faktorët e rrezikut bio-mjekësorë shëndetësorë midis të gjithë kulturave (136). Përveç kësaj, ndikimi i faktorëve social-demografikë mbi vetë-perceptimin e shëndetit, kur axhustohen për faktorë të njohur të rrezikut kardiovaskular, nuk është krahasuar mes vendeve evropiane, ose me Shtetet e Bashkuara të Amerikës. Me akses në dy bazat e të dhënave shëndetësore nga dy komunitete me disa ngjashmëritë gjeografike por diferenca kulturore kemi mundësinë për të eksploruar më tej lidhjet e faktorëve të rrezikut social-demografikë dhe kardiovaskularë me vetë-perceptimin e shëndetit, dhe për të diskutuar mbi ndikimin e mundshëm të diferencave në normat dhe qëndrimet e lidhura me shëndetin.

3. Vetë-perceptimi i shëndetit si një faktor parashikues për sëmundshmërinë kronike në të ardhmen

Në një rishikim literature të kohëve të fundit, disa studiues, tërhoqën vëmendjen për realizimin e studimeve të bazuara në popullatë mbi nivelin e sëmundshmërisë që interpretohen edhe si rreziqe të vdekshmërisë (137). Autorë të tjerë kryen kërkime shkencore mbi ndërveprimin midis vetë-perceptimit të shëndetit dhe barrës së faktorëve bio-mjekësorë të rrezikut në parashikimin infarktut akut të miokardit (IAM), dhe evidentuan gjasa 5 herë më të larta për IAM-në për individët me barrë të lartë të faktorëve të rrezikut, të cilët perceptuan shëndetin e tyre si jo të mirë, në krahasim me ata të cilët perceptuan shëndetin e tyre si të mirë, por me të njëjtën barrë të faktorëve të rrezikut. Këto rezultate ishin potencialisht të rëndësishme për parandalimin e sëmundjes në të ardhmen. Megjithatë, për të zgjeruar diskutimin lidhur me mekanizmat me të cilat vetë-perceptimi i shëndetit vepron si parashikues për sëmundshmërinë ose vdekshmërisë, kërkohet të studiohen këto ndërveprime për diagnoza të sëmundjeve të tjera dhe të përfshijnë në analizë edhe gjininë dhe nivelin e edukimit. Studime të tjera kanë evidentuar se vetë-perceptimi i shëndetit është një faktor rreziku për vdekshmërinë, tek të sëmurët me përvoja të mëparshme të sëmundjeve të rënda kardiovaskulare (duke përfshirë insultin cerebral dhe infarktut akut të miokardit), edhe pas axhustimit për sëmundjet bashkë-shoqëruese, ashpërsisë së sëmundjes dhe disa faktorëve socialë-demografikë (138).

Shëndeti i vetë-perceptuar ka indikatorë të ndryshëm në të gjithë popullsinë. Identifikimi i komponentëve kryesorë të shëndetit të vetë-perceptuar në një kontekst të caktuar, është mjaft i rëndësishëm për shëndetin publik për të mundësuar një adresim më të mirë të karakteristikave kulturore dhe karakteristikat e veçanta të popullsisë në politikat shëndetësore publike dhe për të zbatuar ndërhyrjet e synuara për atë popullatë. Disa faktorë social-ekonomikë, social-demografikë, gjendjet shëndetësore, sjelljet shëndetësore dhe faktorët psiko-socialë janë evidentuar që të jenë parashikues të shëndetit të vetë-perceptuar në popullsi të ndryshme (133).

Gjendjet shëndetësore si prania e sëmundjeve kronike dhe simptomat fizike përbëjnë disa nga komponentët kryesorë të shëndetit të vetë-perceptuar (132). Në përgjithësi, femrat, individët me status të ulët social-ekonomik dhe subjektet e moshuar, kanë tendencë të perceptojnë shëndetin e tyre në mënyrë më negative, megjithatë, polemika është më e shprehur dhe për tu detajuar, sidomos lidhur me ndikimin e gjinisë në vetë-perceptimin e shëndetit (126,133).

Nderkohë, rezultatet e studimeve mbi sjelljet shëndetësore dhe faktorët psikologjikë, evidentojnë një model të përbashkët të shëndetit të mirë të vetë-perceptuar nga ata që adoptojnë sjellje pozitive shëndetësore dhe janë në gjendje të mirë psikologjike (131).

Kërkime shkencore të kryera në vendet e zhvilluara (me nivel të mesëm/të lartë të të ardhurave) kanë studiuar natyrën multi-dimensionale të shëndetit të vetë-perceptuar dhe komponentëve të tij, ku fokusi kryesor është në përcaktimin e pabarazive përkatëse dhe në modelimin e lidhjeve të identifikuara. Megjithatë, shumë pak studime janë kryer duke përdorur të dhëna nga vendet e pazhvilluara (vendet me të ardhura të ulëta), kjo për shkak se shumë pak informacion është në dispozicion lidhur komponentët e mundshëm kryesorë të shëndetit të vetë-perceptuar në këto vende. Këto studime kryesisht kanë qëllim studime ndër-sektorial, dhe fokusi kryesor është në përcaktimin e komponentëve përkatës në popullatën e përgjithshme (133,139).

Një analizë interesante e shëndetit të vetë-perceptuar në 10 Vende të Bashkimit Evropian u krye nga studiuesi Kunst (140). Në këtë analizë të dhënat u përfatuan nga studimet përfaqësuese kombëtare me bazë intervistë të udhëhequr në Norvegji, Finlandë, Suedi, Danimarkë, Holandë, Angli, Gjermani, Austri, Itali dhe Spanjë. Prevalenca e shëndetit të dobët varionte për femrat nga 19.2% deri në 54.5% dhe për meshkujt nga 16.7% në 53.9%. Nivelet më të larta u raportuan në Gjermani dhe më të ulëta në Norvegji. Me përjashtim të Finlandës të gjitha vendet e tjera raportuan përqindje më të lartë të shëndetit të dobët tek femrat në krahasim me meshkujt, e cila është e krahasueshme edhe me rezultatet e përfutuara nga studimi ynë.

Proporcioni i individëve me vetë-raportim të shëndetit të dobët i krahasueshëm me atë çka u raportua në studimin tonë është raportuar edhe në Itali. Një studim i cili paraqet vetë-perceptimin e shëndetit i udhëhequr mbi popullsinë polake u publikua nga studiuesi Wroblewska (141). Në këtë studim 7% e femrave dhe 10% e meshkujve e vlerësuan shëndetin e tyre si shumë të mirë dhe 4% e femrave dhe 3% e meshkujve respektivisht e përshkruan shëndetin e tyre si shumë të dobët. Ashtu si rezultatet e studimit tonë, edhe ky studim evidentoi se femrat në krahasim me meshkujt e perceptojnë gjendjen e tyre shëndetësore të jetë më e keqe por përqindja e individërve të cilët raportuan shëndetin e tyre si shumë të dobët është disa herë më e ulët në krahasim me studimin e sipër-përmendur (0.6% tek meshkujt dhe 0.4% tek femrat). Këto dallime mund të kenë shpjegim për shkak të diferencave midis popullatave të ndryshme.

Faktorët më të rëndësishëm demografikë që ndikojnë në vetë-perceptimin e shëndetit, janë moshja dhe nivelit i edukimit. Të moshuarit mund ta perceptojnë shëndetin e tyre si më të keq se të rinjtë për shkak të pranisë e sëmundjeve kronike dhe gjendjeve fizike të cilat janë të pranishme më shpesh në moshat e avancuara. Edhe pse kategoritë e moshës së zgjedhur për analizë janë pak më të ndryshme se në studimin tonë lidhja e përgjithshme është e njëjtë. Individët me nivel të ulët të edukimit mund të përfaqësojnë grupin me prevalencë më të lartë të faktorëve të rrezikut për sëmundje kronike të tilla si konsumi i duhanit, konsumi i alkoolit, mungesa e aktivitetit fizik dhe faktorë të tjerë të cilat mund të jenë përgjegjëse për perceptimin e keq të shëndetit.

Këto rezultate janë në përputhje me autorë të tjerë (140,142). Edhe pse gjetjet e tjera evidentojnë se vetë-perceptimi i shëndetit pëson ulje së bashku me rënien e nivelit të të ardhurave nuk është konfirmuar pozitivisht akoma ky shoqërim (140).

Shëndeti subjektiv duket që të jetë i lidhur më shumë me nivelin e edukimit dhe të punësimit se sa me nivelin e të ardhurave. Niveli i të ardhurave nuk është dhe aq shpesh i përdorur si indikator për të përcaktuar nivelin e edukimit ose statusin e punësimit. Edhe pse ky argument mund të sigurojë informacion mbi qasjen në mallra dhe shërbime, duke përfshirë cilësinë e arsimimit dhe kujdesit shëndetësor, por ai nuk është aq i qëndrueshëm sa janë dy indikatorët e tjerë (143). Kjo mund të jetë edhe për shkak të faktit se informacioni në lidhje me nivelin e të ardhurave i përfutur nga të dhënat e pyetësorit mund të jetë i njëanshëm.

Vetë-perceptimi i shëndetit të keq midis duhanpirësve aktualë dhe ish-duhanpirësve në krahasim me jo-duhanpirësit mund të jetë i lidhur me moshën e avancuar dhe nivelin e ulët të edukimit, si dhe praninë e mundshme të sëmundjeve kronike të cilat mund të jenë një arsye për perceptimin e keq subjektiv të shëndetit.

Plakja është ndër faktorët e njohur më të rëndësishëm të rrezikut për shumicën e sëmundjeve kronike (74). Ndër shkaqet kryesore të vdekjes të adultëve të moshuar janë sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut (88), sëmundje të cilat janë ndikuar nga sjelljet shëndetësore gjithë ciklit të jetes. Kuptimi mbi faktorët që nxisin dhe pengojnë zgjedhjet e mënyrës së jetesës të bëra nga adultët është e rëndësishme në kontekstin e parandalimit të sëmundjeve kronike(144).

Studimet kanë evidentuar se individët e moshës mbi 75 vjeç janë më të angazhuar në sjellje shëndetësore parandaluese si p.sh. ushqyerja e balancuar, ushtrimet fizike apo marrja e rregullt e medikamenteve, pavarësisht përfitimit të vazhdueshëm prej këtyre sjelljeve gjatë gjithë hapësirës së jetës (111,145). Sjelljet shëndetësore mund të përkufizohen si “modele të sjelljes, veprimet dhe zakonet që lidhen me mirëmbajtjen e shëndetit, për rivendosjen e shëndetit dhe përmirësimin e shëndetit” (146).

Sjelljet me rëndësi të veçantë për ecurinë e sëmundjeve kronike përfshijnë konsumin e alkoolit dhe konsumin e duhanit. Nën dritën e epidemisë së pritshme të sëmundjeve jo të transmetueshme, është e rëndësishme për të vlerësuar paraprirësit psikologjikë të këtyre sjelljeve të rrezikshme shëndetësore (144).

Arsyet pse njerëz pijnë duhan dhe konsumojnë alkool në sasi të lartë janë studiuar gjerësisht dhe përfshijnë zakonet apo varësinë, relaksim, kënaqësinë apo gëzimin, mërzinë, apo si një mjet për të minimizuar stresin (85, 144). Motivet sociale, të përmirësimit dhe të tjera të ngjashme për konsumin e alkoolit janë evidentuar që të jenë më të zakonshme ndër adultët e moshuar (147).

Konsumuesit e alkoolit në moshë të vjetër ndryshojnë nga konsumatorët e alkoolit në moshë të re nga ana fiziologjike, psikologjike dhe shoqërore, dhe kështu në këtë mënyrë përballen me një grup të ndryshëm problemesh, si rezultat i konsumit të demshëm të alkoolit (91,92). Të moshuarit janë më të ndjeshëm ndaj efekteve të alkoolit, pasi ai mund të ndërveprojë me gjendjet shëndetësore kronike ekzistuese apo me medikamentet të cilat ata marrin dhe në këtë mënyrë të ndikojë në përkeqësim të rezultateve shëndetësore (91,144). Pavarësisht nga përfitimet psiko-sociale që lidhen me konsumin e ulët dhe/ose të moderuar të alkoolit, studimet shkencore kanë evidentuar se konsumi i rrezikshëm i alkoolit ndikon negativisht në shëndetin mendor dhe se modeli i pijes së një individi është faktor rreziku i pavarur për të gjithë shkaqet e sëmundshmëris dhe vdekshmërisë (85, 148).

Një shkak tjetër, po aq i rrezikshëm, i vdekjes së parakohshme midis adultëve është edhe konsumi i duhanit (144). Duhanpirja akuzohet si shkak i vdekjes së rreth gjysmë milion njerëzve të Bashkimit Evropian (BE) dhe gjysma e këtyre vdekjeve ndodhin në moshë të mesme ose tek adultët e moshuar (80,149). Përfitimet e ndërprerjes së konsumit të duhanit pavarësisht se manifestohen më ngadalë tek adultët e moshuar, kanë treguar se reduktojnë rrezikun e sëmundjeve kronike kardiake, sëmundjes pulmonare obstruktive kronike dhe vdekshmërisë nga kanceri të lidhur me duhanin, reduktojnë dëmtimet funksionale dhe përmirësojnë tolerancën për ushtrime dhe aktivitet fizik (81,141,150).

Modelet e konsumit të duhanit dhe të alkoolit të zhvilluara gjatë gjithë jetës mund të formojnë zakone të rrënjosura thellë, lidhur me aspekte të shumta të jetës, dhe janë më pak të varur nga funksionimi fizik sesa sjellje të tjera shëndetësore të tilla si të qenit fizikisht aktiv (71,144). Një faktor i mundshëm në këto zgjedhje të sjelljes shëndetësore mund të jenë të vetë-perceptimi i plakjes (144).

Vetë-perceptimi i plakjes i referohet pikëpamjeve që ka një individ në lidhje me plakjen e tij dhe gjithashtu i referohet asaj se si individ i sheh veten në kuadër të procesit të plakjes (72,144,146). Formimi i perceptimeve dhe përvojave të plakjes të çdo individ është një proces dinamik që ka të bëjë me veten, normat shoqërore dhe bashkëveprimin mes tyre, reflekton mënyrën se si një individ përshtatet me normat sociale, dhe mund të ndryshojë me kalimin e kohës. Vetë-perceptimi i plakjes është një marrdhënie e rëndësishme e mirëqenies subjektive dhe funksionale të shëndetit, ashtu si dhe rezultateve të sjelljes të tilla si aktiviteti fizik, dhe është evidentuar në studime të mëparshme që mund të ndikojë në mbijetesën dhe shërimin fizik nga infarkti akut i miokardit (146,151). Gjithashtu, është evidentuar që adultët e moshuar me vetë-perceptim pozitiv të plakjes, kanë më shumë gjasa për të praktikuar sjellje shëndetësore parandaluese, duke përfshirë përdorimin e një dietë të ekuilibruar, aktivitet fizik dhe ndjekjen e rregullt të udhëzimeve për të marrë medikamentet e përshkruara me kalimin e kohës, dhe se pamja pozitive e plakjes mund të luajë një rol të rëndësishëm në përcaktimin e shkallës në të cilën një individ është në gjendje apo i gatshëm për të ndryshuar rezultatet në lidhje me shëndetin e tij (145,146).

Në mënyrë të ngjashme, vetë-perceptimi negativ i plakjes është evidentuar se mund të ndikojë në reduktimin e përzgjedhjes së strategjive shëndetësore të lidhura me të, optimizimin dhe kompensimin që janë të rëndësishme për ruajtjen e një mënyre jetese të shëndetshme (144). Megjithatë, ndikimi i vetë-perceptimit të plakjes në sjellje të veçanta shëndetësore, përkatësisht në pirjen e duhanit dhe konsumin e alkoolit, nuk është studiuar shumë, Villiers-Tuthill et al, treguan se lidhja mes vetë-përcetimit të moshës, duhanpirjes dhe konsumit të alkoolit është komplekse (144).

Vetë-perceptimi i shëndetit, edhe pse jo-specifik në matjen e tij, është një masë gjithëpërfshirëse dhe e besueshme e shëndetit dhe që është e ndjeshme ndaj perceptimit të shëndetit të individit dhe plotëson masa të tjera më specifike të shëndetit (152,153). Megjithatë, duke u mbështetur vetëm bazuar në atë vetë-perceptim të shëndetit në vlerësimin e kujdesit shëndetësor mund të jetë jo e saktë (154). Individët pa edukim ose me nivel të ulët të tij dhe mungesë të sigurisë financiare, përgjithësisht vetë-raportojnë shëndet të dobët (51,152). Studimet kanë treguar se vetë-perceptimi i shëndetit ndikohet nga mosha dhe gjinia; ai zbehet me rritjen e moshës ndërsa femrat kanë më shumë gjasa sesa meshkujt për të raportuar shëndet të dobët të vetë-perceptuar (155,156).

Perceptimi i shëndetit ndikohet dhe merr formë nga mjedisi social-ekonomik po aq sa edhe nga trupi i njeriut (49, 152). Nga ana tjetër, marrdhëniet familiare, stabiliteti martesor, shtresa shoqërore, kapitali shoqëror dhe pjesëmarrja sociale janë të lidhura me vetë-perceptimin e shëndetit të mirë(152,157), por ndikimi i tyre në vetë-perceptimin e shëndetit zbehet kur kontrollohet për gjendjen ekonomike (158).

Një lidhje e fortë mes shëndetit të dobët të vetë-perceptuar dhe rrezikut të rritur nga të gjithë-shkaqet dhe të vdekshmërisë sëmundje-specifike të pavarur nga moshë, gjinia, niveli të ardhurave, niveli i edukimit, rrjeti shoqëror, praktikat e shëndetit, gjendjes objektive shëndetësore dhe sëmundjeve kronike, është raportuar në mënyrë konsistente nga studime të udhëhequra në Amerikën e Veriut dhe në Bashkimin Evropian (55, 159). Lidhje të ngjashme janë evidentuar edhe nga studime të udhëhequra në Japoni, Kinë dhe Indonezi (55). Aftësia parashikuese e vetë-perceptimit të shëndetit për vdekshmërinë mund të jetë sensitive ndaj mjedisit kulturor, dhe kështu, krahasimet ndër-kulturore duhet të bëhen me shumë kujdes (160). Një meta-analizë e 22 studimeve kohort, evidentoi se një rrezik 2 herë më të lartë të vdekshmërisë nga të gjithë-shkaqet për ata që raportojnë gjendje të dobët shëndetësore (144,161). Shëndeti i dobët i vetë-perceptuar është një indikator i fortë i vdekshmërisë në të gjitha shtresat social-ekonomike dhe studimet e mëtejshme janë të nevojshme për të hulumtuar vlerën parashikuese të shëndetit të vetë-perceptuar për vdekjen e mëvonshme që i atribuohet shkaqeve të veçanta të vdekjes (162).

Megjithatë, mënyra se si vetë-perceptimi i shëndetit parashikon vdekshmërinë nuk është ende e qartë, edhe pse ka evidencë nga vendet e zhvilluara ekonomisht se nivelet e larta të aftësisë së kufizuar, sëmundshmërisë dhe të performancës së dobët fizike dhe kognitive, kanë ndikim tek kjo lidhje (161). Sëmundjet dhe paaftësia fizike ndikojnë në funksionimin e organizmit të njeriut, në aktivitetin e përditshëm të të jetesës dhe në angazhimin në rrjetet shoqërore, të cilat nga ana tjetër influencojnë në vetë-perceptimin e shëndetit dhe vdekshmërinë (144,156).

Megjithatë, nëse gjendja social-ekonomike dhe/ose paaftësia fizike luajnë rol në përcaktuesit e shëndetit që ndikojnë në influencimin e vetë-përceptimit të shëndetit mbi vdekshmërinë në vendet me të ardhura të ulëta dhe mesatare akoma nuk është plotësisht e qartë (144). Pavarësisht se studime të mëparshme kanë treguar një rol parashikues të vetë përceptimit të shëndetit në vdekshmërinë e vendeve në zhvillim, akoma ekziston një hendek i madh mes të dhënave nga vendet në zhvillim me ato që evidentohen në vendet më të industrializuara përdimore përse i përket rolit të vetë-perceptimit të shëndetit për të parashikuar vdekshmërinë pasuese apo indikatorë të tjerë objektivë të gjendjes shëndetësore(114,144, 163,164).

Për shkak të burimeve të kufizuara, statistikat jo të besueshme të vdekshmërisë dhe mungesa e infrastrukturës për kryerjen e studimeve longitudinale dhe ndjekjen afatgjatë të grupeve të popullsisë, vetëm disa studime kanë bërë lidhjen midis shëndetit të vetë-perceptuar dhe të vdekshmërisë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme dhe më pak të zhvilluara (144,163,164). Prandaj nga OBSH është projektuar Studimi mbi Moshimin Global dhe të Shëndetit të Adultëve (SAGE) që të ndihmojë në organizimin e studimeve longitudinale dhe në përmirësimin e të kuptuarit të shëndetit dhe mirëqenies së adultëve të moshës ≥ 50 vjeç në vendet e varfra dhe në zhvillim (144).

Këto gjetje konfirmojnë që risku për sëmundshmëri kronike në popullatën adulte Shqiptare varion nga faktorët social-demografik dhe mund të kërkojnë ndërhyrjen me programe parandaluese, shërbimë të kujdesit shëndetësor dhe shpenzime në fushën e

shëndetësisë sipas subgrupeve të ndryshme social-demografike. Rezultatet janë në një linjë me rezultatet e raporteve të mëparshme që raportojnë se femrat në moshë më të madhe kanë më shumë mundësi se sa meshkujt për të patur sëmundje kronike (120,165,166,167). Nga ana tjetër, meshkujt dhe femrat e papunë dhe me nivel të ulët ekonomik janë më të prirur të vuajnë nga sëmundje jo të trasmetueshme sesa individët e punësuar dhe me nivel edukimi të lartë. Ndërkohë, dy studime kanë treguar një lidhje pozitive të sëmundjeve jo të trasmetueshme më nivelin e lartë të edukimit (168) ose statusin e punësimit (169).

Rezultatet e studimit aktual treguan gjithashtu se të jetuarit në zonën bregdetare të Shqipërisë shoqërohet më një rritje 2-fish të riskut për sëmundje jo të trasmetueshme. Në 25 vitet e kaluara është supozuar se këto zona kanë patur një proces të shpejtë “modernizimi” duke përfshirë dhe sjelljet jo të shëndetshme (duhanpirja, konsumimi i rëndë i alkolit, stili i jetës sedentare dhe dieta e varfër ushqimore) (170). Nga ana tjetër të dhënat tona tregojnë një lidhje të kundërt midis varfërisë dhe pranisë së sëmundjeve jo të trasmetueshme. Në fakt, studimet e mëparshme kanë treguar se grupet me nivel të ulët social ekonomik kanë prirje për tu përfshirë më vonë në sjellje jo të shëndetshme gjatë etapave të tranzitit multidimensional të një vendi (ekonomik, demografik dhe gjeografik) (171,172).

Pak studime në Shqipëri kanë raportuar prevalencën e faktorëve të riskut të stilit të jetesës për sëmundje jo të trasmetueshme në zonat urbane dhe rurale (120,173-178). Gjithsesi, sic është përmendur edhe në Raportin Komëtar të Shëndetësisë, faktorët e riskut të lidhur me stilin e jetesës llogariten të jenë shaktatër të rreth 72% të barrës së sëmundshmërisë totale në Shqipëri gjatë viti 2010 (179). Duhanpirja është një nga faktorët kryesor të riskut për sëmundje jo të trasmetueshme në Shqipëri (179). Raporti i sëmundshmërisë që i atribuohet duhanpirjes është rritur nga 8.9% në 1990 deri në 12.1 në 2010 (179). Të dhënat nga popullsia shqiptare tregojnë që duhanpirja është një faktor risku i modifikueshëm për diabetin tip 2 (173), hipertensionin (174) sëmundjet kloronare të zemrës (176) dhe sëmundjet e kockave (175). Studime të mëparshme në Shqipëri kanë treguar që duhanpirja aktuale është një faktor risku për kancerin e pankreasit (OR=6.8, 95%CI=2.1-18.5) (120,174), karcinomën skuamoze dhe adenokarcinomën e ezofagut (OR=3.90, 95%CI=2.9-5.4 dhe OR=2.60, 95%CI=2.2-3.2, respektivisht) (120, 178). Gjithashtu, një tjetër studim në Shqipëri ka treguar se statusi i duhanpirjes së partnerit kishte lidhje pozitive shoqëruese me një risk më të lartë për sindrom koronar akut tek meshkujt, por jo tek femrat (180).

Gjithashtu, duhet të theksohet se në 2010, Vitet e Jetës të Axxhustuara për Paaftësi (Disability-Adjusted Life Years) lidhur me duhanpirjen në Shqipëri ishin mbi vlerën mesatare të vëndeve të Europës Juglindore (179). Megjithatë, Shqipëria aktualisht ka implementuar një program të kontrollit të duhanit, por studime të mëtejshme duhet të kryhen për të monitoruar efektivitetin e këtij programi (120). Lidhur me konsumimin e alkoolit, rezultatet tona, që abstenuesit e alkoolit kanë gjasa më të lartë për sëmundshmëri jo të trasmetueshme janë në një linjë me evidencat e mëparshme të marra nga popullata Shqipëtare (120,177,178,181). Megjithatë, krahasuar me vëndet e tjera të Europës juglindore, sëmundshmëria në Shqipëri nga përdorimi i alkoolit e standartizuar sipas moshës është një nga më të ultat në rajon por me një trend në rritje gjatë dekadës së fundit (179). Trendi aktual në rritje i duhanpirjes dhe konsumit të alkoolit përforcon rëndësinë e parandalimit dhe identifikimit të këtyre faktorëve të modifikueshëm të riskut për të ulur barrën e sëmundshmërisë jo të trasmetueshme në popullatën Shqiptare.

Ky studim ka disa kufizime që lidhen me tipin e studimit (kros-seksional), mbështetjen mbi pyetësin e vetë-vlerësimit shëndetësor krahasuar me ekzaminimin klinik të sëmundjeve jo të trasmetueshme, si dhe me mungesën e vlerësimit të faktorëve të tjerë si dieta dhe aktiviteti fizik.

Megjithatë, studim ynë ofroi informacione interesante nga pikëpamja kërkimore dhe shkencore lidhur me vetë-perceptimin e shëndetit nga popullata adulte shqiptare duke u bazuar në karakteristikat social-demografike dhe të mënyrës së tyre të jetesë.

Gjetjet e studimit hedhin dritë mbi shkaqet të cilët ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në gjendjen shëndetësore, bazuar në faktorët social-demografikë dhe ekonomikë dhe të stilit të jetesës si dhe çështje të vetë-perceptimit të shëndetit. Studimi ynë është ndër studimet e pakta i cili jep informacion lidhur me shpërndarjen e faktorëve të rrezikut të cilët ndikojnë në gjendjen shëndetësore të popullatës në vendin tonë. Gjithashtu, është ndër studimet e para në vendin tonë i cili hedh dritë lidhur me efektivitetin dhe rëndësinë e shëndetit të vetë-perceptuar nga popullata adulte duke u bazuar në karakteristikat social-ekonomike dhe të mënyrës së jetesë të tyre, për të evidentuar çështjet kryesore që lidhen me mënyrën e vetë-perceptimit të shëndetit.

6. PËRFUNDIME

- Ky është një nga punimet e para lidhur me përcaktorët socio-demografikë dhe të stilit të jetës në shëndetin e vete perceptuar në popullatën shqiptare pas rregullimit të një game të gjërë përcaktorësh të mundshëm. Studimi ofron të dhëna fillestare për të monitoruar ndryshimet e ardhshme të gjendjes shëndetësore në popullatën shqiptare.
- Ky studim ofron prova të rëndësishme mbi vlerësimin e vetë-raportuar të sëmundshmërisë kronike (jo të trasmetueshme) dhe faktorët socio-demografikë dhe të stilit të jetës në Shqipëri. Këto të dhëna fillestare mund të jenë të dobishme për vlerësimin e tendencave të ardhshme të sëmundjeve kronike në Shqipëri dhe krahasimet me vendet fqinje dhe Europiane.
- Vetë vlerësimi i gjendjes shëndetësore pasqyron perceptimin e përgjithshëm të njerëzve për shëndetin e tyre, përfshirë dimensionet fizike dhe psikologjike. Ky është një vlerësim relativë dhe njerëzit vlerësojnë shëndetin e tyre në lidhje me rrethanat dhe pritshmëritë e tyre.
- Shëndeti i vetë-perceptuar, edhe pse është një tregues i shëndetit subjektiv, është i lidhur ndjeshëm me shëndetin objektiv dhe cilësinë e jetës (QoL) në popullatën e përgjithshme.
- Vete perceptimi i shëndetit është tregues i vlefshëm i gjendjes shëndetësore në popullatën dhe mund të përdoren në kohort dhe në monitorimin e shëndetit të popullatës.
- Moshë e avancuar e individëve, prania e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, niveli i edukimit, gjinia, gjendja e punësimit dhe konsumi i duhanit dhe i alkoolit, janë të gjithë faktorë të rëndësishëm që ndikojnë në gjendjen shëndetësore të individëve në veçanti dhe të popullatës në tërësi.
- Faktorët të cilët ndikojnë në mënyrë të rëndësishme në vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore në Shqipëri, ishin të krahasueshëm me disa nga vendet e tjera të Bashkimit Evropian.
- Prevalenca e varfërisë midis kampionit të përzgjedhur që mori pjesë në studim, rezultoi 10%, ndërsa ishte pak më e shprehur tek meshkujt krahasuar me femrat.
- Prevalenca e duhanpirjes në subjektet e studimit ishte shumë më e lartë tek meshkujt në krahasim me femrat (25% vs. 1.2% respektivisht) dhe pothuajse gjysma e meshkujve pjesëmarrës në studim ishin konsumatorë të alkoolit, ndërkohë që tek femrat rezultoi vetëm 11%.
- Prevalenca e shëndetit të dobët të vetë-raportuar nga subjektet e studimit ishte më e lartë tek femrat, krahasuar me shëndetin e dobët të vetë-raportuar nga meshkujt.
- Prevalenca e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike në kampionin përfaqësues të studimit tonë rezultoi 22.8%, por ishte më e lartë midis meshkujve, krahasuar me femrat.

- Subjektet e rinj në moshë raportuan prevalencën më të ulët të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me subjektet e studimit me moshë të avancuar.
- Gjithashtu prevalenca e sëmundjeve dhe e gjendjeve kronikë shëndetësore, ishte më e lartë tek individët të cilët banonin në zonat rurale dhe tek ata të cilët nuk ishin të punësuar.
- Pjesëmarrësit në studim me nivel të ulët edukimi, kishin prevalencën më të lartë të sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike, krahasuar me ata me nivel të mesëm dhe të lartë edukimi.
- Prevalenca e sëmundjeve kronike ishte në mënyrë të dukshme më e lartë midis individëve të studimit të cilët ishin duhanpirës aktualë, krahasuar me subjektet jo-duhanpirës.
- E kundërta u raportua nga individët të cilët nuk konsumonin pije alkoolike, ku prevalenca e sëmundjeve dhe gjendjeve shëndetësore kronike ishte pak më e lartë në krahasim me individët të cilët konsumonin pije alkoolike.
- Sëmundjet dhe gjendjet shëndetësore kronike ishin më të shpeshta midis individëve me banim në zonat bregdetare, dhe më i ulët në subjektet me banim në zonat malore.
- Nga ana tjetër meshkujt kishin proporcionin më të madhe të vetë-raportimit të shëndetit të mirë sesa femrat (37% vs. 31% respektivisht).
- Moshë e avancuar kishte lidhje të fortë pozitive me shëndetin e keq të vetë-raportuar nga subjektet pjesëmarrës në studim, pra sa më e avancuar moshë e individit, aq më shumë shanse për të vetë-raportuar shëndet të dobët dhe e kundërta, sa më i ri në moshë, aq më shumë shanse për të vetë-raportuar gjendje të mirë shëndetësore.
- Vendbanimi në zonat rurale i subjekteve në studim ishte i lidhur në mënyrë sinjifikante statistikore me gjendjen e keqe shëndetësore të vetë-perceptuar, ndërsa banuesit në Tiranë, kishin shanset më të ulëta për vetë-raportim të shëndetit të dobët.
- Papunësia e pranishme midis subjekteve të studimit, rezultoi një faktor i rëndësishëm në vetë-raportimin e shëndetit të dobët, së bashku me nivelin e ulët të edukimit.
- Konsumatorët aktualë të duhanit raportuan në mënyrë sinjifikante gjendje më të dobët shëndetësore, krahasuar me ish duhanpirësit dhe subjektet të cilët nuk kishin konsumuar asnjëherë duhan, gjendja shëndetësore e vetë-raportuar e të cilëve ishte dukshëm më e mirë.
- Nga ana tjetër individët të cilët konsumonin alkool pjesëmarrës në studim, raportuan se gjendja e tyre shëndetësore ishte më e mirë, krahasuar me gjendjen shëndetësore të subjekteve të cilët nuk konsumonin alkool.

7. REKOMANDIME

- Këto rezultate sugjerojnë që përfshirja e vetë-perceptimit të shëndetit dhe vlerësimit klinik të mjekut në studimet e shëndetit do të rrisë mundësinë parashikuese të studimeve. Për më tepër, vetë perceptimi i shëndetit mund të përdoren për të përmirësuar indekset e shëndetit në popullatë.
- Studime të mëtejshme janë të nevojshme për të monitoruar prevalencën dhe faktorët e stilit të jetesës në sëmundshmërinë kronike (sëmundshmërinë jo të transmetueshme) tek adultët Shqiptarë.
- Bazuar në gjetjet e studimit aktual, lind nevoja e përmirësimit të rolit dhe efektivitetit të politikave publike në vendin tonë me fokus kryesor në ambientin social për zbutjen e efektit të faktorëve social-ekonomikë dhe të mënyrës/stilit të jetesës, si dhe sasisë dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore publike.
- Problematikat kritike të tranzicionit gjatë jetës sic janë arsimimi, fillimit të punës, krijimit të familjes, ndryshimit të vendit të punës, daljes në pension, duhet tu adresohen në mënyrë sa më efektive vendim-marrësve, pasi të gjitha këto ndikojnë në mënyrë të rëndësishme në gjendjen e përgjithshme shëndetësore dhe në zhvillimin e sëmundjeve kronike (jo të transmetueshme).
- Përmirësimi i edukimit shëndetësor, mënyrës së ushqyerjes, kujdesit shëndetësor parandalues dhe burimeve të ndryshme sociale dhe ekonomike për të ulur rrezikun për shfaqjen e sëmundshmërisë kronike (sëmundshmërisë jo të transmetueshme), si dhe për të rritur cilësinë e vetë-vlerësimit të gjendjes së përgjithshme shëndetësore të të gjithë individëve të popullatës.
- Rritja e nivelit të përgjithshëm të edukimit dhe sigurimi i aksesit të barabartë në institucionet arsimore për të përmirësuar shëndetin e popullatës në përgjithësi, dhe të grupeve vulnerabël në veçanti (shtresat e marginalizuara me nivel social-ekonomik të ulët).
- Të gjithë pjesëtarët e shoqërisë duhet të mbrohen nga garantimi i të ardhurave minimale të jetesës, sigurimi i pagës minimale sipas legjislacionit në fuqi dhe të kenë akses në shërbimet shtetërore duke realizuar ndërhyrjet përkatëse për reduktimin e varfërisë dhe përjashtimit social si në rang individual ashtu edhe shoqëror.
- Reduktimi i pabarazive sociale dhe ekonomike mund të çojnë në reduktim të përjashtimit social, në kohezion më të madh social dhe standarde më të mira të gjendjes së përgjithshme shëndetësore.

- Në të njëjtën kohë, duhet të mundësohet programe mbështetëse për adresimin e çështjeve të diferencimit social, që përbën edhe rrënjët e inductimit të sjelljeve jo të shëndetshme si duhanpirja dhe përdorimi i alkoolit. Identifikimi i problemeve me përdorimin e alkoolit dhe duhanit dhe trajtimin e individëve të prekur.
- Në tërësi, rekomandohet përmirësimi i politikave dhe i programeve të shëndetit publik për promovimin e ushqyerjes së shëndetshme dhe aktivitetit fizik si elementë themelore në perceptimin e mirë të gjendjes së përgjithshme shëndetësore dhe parandalimin e sëmundjeve jo të transmetueshme.

8. REFERENCA

1. Healthy People 2020: An Opportunity to Address Societal Determinants of Health in the United States. Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020 – Social Determinants of Health Report. Available at: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health> Accessed October 28, 2014.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Social Determinants of Health. Healthy People 2020 website. 2014. Available at: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives>. Accessed October 28, 2014.
3. World Health Organization. Social Determinants of Health Key Concepts. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en. Accessed October 28, 2014.
4. Commission on Social Determinants of health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social determinants of health, draft, May2005.http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/.
5. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. ISBN 978-92-79-30898-7 doi:10.2772/34426. December 2013.Funded by Health Programme of the European Union.
6. Mackenbach, J.P., Bakker, M.J., Kunst, A.E., et al. Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview 2002; In J.P. Mackenbach and M.J. Bakker, eds. Reducing inequalities in health. Routledge London and New York.
7. Marmot, M. Introduction, 2005; In M. Marmot, and R.G. Wilkinson eds. Social determinants of health. Second ed. Oxford University Press. ISBN: 9780198565895. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001/acprof-9780198565895>
8. Kawachi, I., Kennedy, B.P, et al.Social capital, income inequality and mortality. Am J Public Health 1997; 87, 1491-8.
9. Berkman, L.F., and Syme, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine years follow-up of Alameda County residents. Am J Epidemiol 1976 ; 109, 186-204.
10. Diderichsen, F, Evans, T, and Whitehead, M. The social basis of disparities in health. In: T. Evans et al, eds. Challenging inequities in health. Oxford University Press, Oxford 2001.
11. Roemer, J. Equality and responsibility. Boston Review 1995; 22(2). <http://bostonreview.net/archives/BR20.2/roemer.html>

12. Blane, D. The life course, the social gradient, and health in Marmot, M. and R.G. Wilkinson eds. *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford 1999.
13. Barker, D.J.P. *Mothers, babies and disease in later life*. BMJ Publishing, London 1994.
14. Montgomery, S., Bartley, M., Cook, et al. Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1994; 50, 415-22.
15. Montgomery, S., Bartley, M. and Wilkinson, R. Family conflict and slow growth. *Arch Dis Child*.1997; 77, 326-30.
16. Marmot, M. and Wilkinson, R.G. *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford 1999.
17. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl 1):S4–10.
18. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. CSDH final report.
19. Adler NE, Stewart J, editors. *The biology of disadvantage: socioeconomic status and health*. New York: John Wiley & Sons; 2010. *Ann N Y Acad Sci*. 2010 Feb;1186:1-4. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05385.x.
20. Braveman PA, Egerter SA, Woolf SH, et al. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? *Am J Prev Med*. 2011;40(1 Suppl 1):S58–66.
21. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:413–33.
22. Paula Braveman, Laura Gottlieb. *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*. *Nursing in 3D: Diversity, Disparities, and Social Determinants*. *Public Health Reports*, 2014 Supplement 2, Volume 129.
23. McKeown T, Record RG, Turner RD. An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. *Popul Stud* 1975;29:391–422.
24. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Soc Sci Med*. 1989;29:369–76.
25. Howse C. "The ultimate destination of all nursing": the development of district nursing in England, 1880–1925. *Nurs Hist Rev*. 2007;15:65–94.
26. Black D, Morris JN, Smith C, et al. *Inequalities in health: the black report, the health divide*. London: Penguin; 1988.
27. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358:2468–81.

28. Ananth CV, Misra DP, Demissie K, et al. Rates of preterm delivery among black women and white women in the United States over two decades: an age-period-cohort analysis. *Am J Epidemiol.* 2001;154:657–65. [PubMed: 11581100]
29. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:78–93.[PubMed: 11900188]
30. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA.* 1993;270:2207–12.
31. Jemal A, Thun MJ, Ward EE, et al. Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *Am J Prev Med.* 2008;34:1–8.
32. Galea S, Tracy M, Hoggatt KJ, et al. Estimated deaths attributable to social factors in the United States. *Am J Public Health.* 2011;101:1456–65.
33. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health.* 1978;32:244–9. [PMCID: PMC1060958]
34. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health.* 2010;100(Suppl 1):S186–96.
35. Fuller-Thomson E, Nuru-Jeter A, Minkler M, et al. Black-white disparities in disability among older Americans: further untangling the role of race and socioeconomic status. *J Aging Health.* 2009;21:677–98.
36. Braveman P. Black-white disparities in birth outcomes: is racism-related stress a missing piece of the puzzle? In: Lemelle AJ, Reed W, Taylor S, editors. *Handbook of African American health: social and behavioral interventions.* New York: Springer; 2011; 155–63.
37. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: mechanisms and causal evidence. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1186:56–68.
38. Braveman P, Egerter S, Barclay C. et al: Robert Wood Johnson Foundation: Income, wealth and health. *Exploring the social determinants of health: issue brief no. 4,* 2011.
39. Reynolds AJ, Temple JA, Ou SR, et al. Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and well-being: a 19-year follow-up of low-income families. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161:730–9.
40. Marco CA, Wolfson AR, Sparling M, et al. Family socioeconomic status and sleep patterns of young adolescents. *Behav Sleep Med.* 2011;10:70–80.
41. Chuang YC, Cubbin C, Ahn D, et al. Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:568–73.
42. Evans GW, Schamberg MA. Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2009;106:6545–9.
43. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1186:146–73.

44. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998;338:171–9.
45. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993;88(4 Pt 1):1973–98
46. Wolffe AP, Matzke MA. Epigenetics: regulation through repression. *Science*. 1999;286:481–6.
47. Price LH, Kao HT, Burgers DE, et al. Telomeres and early-life stress: an overview. *Biol Psychiatry* 2013;73:15–23.
48. Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, et al. Childhood socioeconomic status and host resistance to infectious illness in adulthood. *Psychosom Med*. 2004;66:553–8.
49. Anand S, Ravallion M. Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *J Econ Perspect*. 1993;7:133–50.
50. Cole SW, Arevalo JM, Manu K, et al. Antagonistic pleiotropy at the human IL6 promoter confers genetic resilience to the pro-inflammatory effects of adverse social conditions in adolescence. *Dev Psychol*. 2011;47:1173–80.
51. Turrell G, Lynch JW, Leite C, et al. Socioeconomic disadvantage in childhood and across the life course and all-cause mortality and physical function in adulthood: evidence from the Alameda County Study. *J Epidemiol Community Health* 2007; 723–30.
52. Egerter S, Braveman P, Sadegh-Nobari T, et al. Education and health. Exploring the social determinants of health: issue brief no. 5. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation; 2011.
53. Galea S, Riddle M, Kaplan GA. Causal thinking and complex system approaches in epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2010;39:97–106.
54. Miller W, Simon P, Maleque S, editors. Beyond health care: new directions to a healthier America. Washington: Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America; 2009.
55. World Health Organization. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2008.
56. Bonnie Spring, Arlen C. Moller, Michael J. Coons .Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health | Vol. 34, No. S1*, pp. i3–i10 | doi:10.1093/pubmed/fdr111
57. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF et al. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004;291(10):1238–45.
58. USPSTF. USPSTF A and B recommendations. Rockville, MD: U.S. Preventive Services Task Force, 2010. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd> (27 December 2011, date last accessed).
59. National Health Survey. Statistics on obesity, physical activity and diet: England, 2013 Report, 2013. <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public->

health/obesity/obes-phys-acti-diet-eng-2013/obes-phys-acti-diet-eng-2013-rep.pdf

60. Stenbacka M, Leifman A, Romelsjo A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. *Drug Alcohol Rev* 2010;29(1):21–7.
61. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection [Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD001220.
62. Thijssen DH, Maiorana AJ, O’Driscoll G et al. Impact of inactivity and exercise on the vasculature in humans. *Eur J Appl Physiol* 2010;108(5):845–75.
63. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr* 2003;78:559S–569S.
64. Wu PH, Yang CY, Yao ZL et al. Relationship of blood pressure control and hospitalization risk to medication adherence among patients with hypertension in Taiwan. *Am J Hypertens* 2010;23(2):155–60.
65. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999– 2002. *JAMA* 2004;291:2847–50.
66. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med* 2009;6(4):e1000058.
67. Center for Disease Control. Smoking and Tobacco Use [Internet]. Atlanta: Center for Disease Control, 2010. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/economics/econ_facts/ (27 December 2011, date last accessed).
68. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171(6):633–44.
69. Sanchez T, Finlayson T, Drake A et al. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Risk, Prevention, and Testing Behaviors—United States, National HIV Behavioral Surveillance System: Men Who Have Sex with Men, November 2003–April 2005. *Surveillance Summaries* 2006;55:1–16.
70. Cobiac LJ, Vos T, Barendregt JJ. Cost-effectiveness of interventions to promote physical activity: a modelling study. *PLoS Med* 2009;6:e1000110 [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700960/.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700960/))
71. Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW et al. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Med Sci Sports Exerc* 2008;40:181–8.
72. Centers for Disease Control. Behavioural Risk Factor Surveillance System: Fruit and Vegetables [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control, 2009. <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/display.asp?cat=FV&yr=2009&qkey=4415&state=US> (27 December 2011, date last accessed).

73. Dietary Reference Intakes: Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academics Press, 2004. <https://www.nap.edu/read/10925/chapter/1>
74. Coups EJ, Gaba A, Orleans T. Physician screening for multiple behavioural health risk factors. *Am J Prev Med* 2004;27(2S):34–41.
75. Pronk NP, Anderson LH, Crain AL et al. Meeting recommendations for multiple healthy lifestyle factors. Prevalence, clustering, and predictors among adolescent, adult, and senior health plan members. *Am J Prev Med* 2004;27:25 – 33.
76. Katon W, Richardson L, Russo J et al. Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviours. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(3):233–9.
77. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH et al. Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20(6):1089–97.
78. Tamakoski A, Tamakoski K, Lin Y et al.; JACC Study Group. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. *Prev Med* 2009;48(5):486–92.
79. Huisman, M., Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. 2005, *Prev Med* 40: 756- 764.
80. Mackenbach, J. P., Huismna, M., Andersen, et al Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European countries. *Eur J Cancer* 2004; 40: 126-135.
81. WHO, Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen 2010. Report from the WHO European. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
82. Watson, R. Heart disease rising in central and eastern Europe. *BMJ* 2005; 320: 467.
83. Jürgen Rehm, Robin Room, Maristela Monteiro, et al. Alcohol use. *Comparative Quantification of Health Risks WHO 2004*. <https://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf>
84. Zakhari S. Alcohol and the cardiovascular system: molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health and Research World*, 1997;21:21–29.
85. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL et al. Effects of moderate alcohol consumption in the central nervous system. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 1998; 22:998–1040.
86. Drummond DC. The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 1990; 85:357–366.
87. Ridolfo B, Stevenson C. The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia 1998. Australian Institute of Health and Welfare,

- Canberra,2001.<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442459310>
88. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. (2000) International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>
 89. Schatzkin A, Longnecker MP. Alcohol and breast cancer: where are we now and where do we go from here? *Cancer*, 1994; 74:1101–1110.
 90. Swanson CA, Coates FJ, Malone KE et al. Alcohol consumption and breast cancer risk among women under age 45 years. *Epidemiology*, 1997; 8:231–237.
 91. Piette JD, Barnett PG, Moos RH. First-time admissions with alcohol-related medical problems: a 10-year follow-up of a national sample of alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 1998; 89–96.
 92. Breslow RA, Weed DL. Review of epidemiologic studies of alcohol and prostate cancer: 1971–1996. *Nutrition and Cancer*, 1998; 30:1–13.
 93. Muscat JE, Wynder EL. A case-control study of risk factors for major salivary gland cancer. *Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 1998; 118: 195–198.
 94. Klatsky AL. Cardiovascular effects of alcohol. *Scientific American. Science and Medicine*, 1995; 2:28–37.
 95. Wannamethee SG, Shaper AG. Alcohol and sudden cardiac death. *British Heart Journal*, 1992; 68:443–448.
 96. Corrao G, Arico S, Zambon A, Torchio P, Di Orio F. Female sex and the risk of liver cirrhosis. Collaborative groups for the study of liver diseases in Italy. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1997; 32:1174–1180.
 97. Haberman PW, Weinbaum DF. Liver cirrhosis with and without mention of alcohol as cause of death. *British Journal of Addiction*, 1990; 85:217–222.
 98. Gruenewald PJ, Ponicki WR. Relationship of alcohol sales to cirrhosis mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995; 56:635–641.
 99. Yaffee R. Introduction to time-series analysis and forecasting. Academic Press Inc. 2000; San Diego, CA.
 100. Markou A, Kosten TR, Koob GF. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 1998; 18:135–174.
 101. *Andrea E. Bombak*. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health*, Epidemiology. May 2013, Volume 1, Article 15
 102. Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Self-rated health and mortality over three decades: results from a time-dependent covariate analysis. *Res Aging* 1999; 21:402–16.
 103. Garrity TF, Somes GW, Marx MB. Factors influencing self-assessment of health. *Soc Sci Med* 1978; 12:77–81.

104. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The meanings of self-ratings of health: a qualitative and quantitative approach. *Res Aging* 1999; 21:458–76.
105. Benyamini Y, Idler EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995 to 1998. *Res Aging* 1999; 21:392–401
106. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, et al. Impact of social position on the effect of cardiovascular risk factors on self-rated health. *Am J Public Health* 2009; 99:1278–84.
107. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist* 2003; 43:387–95.
108. Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, et al. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel Cohort Studies. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:364–72.
109. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994; 32:930–42.
110. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health* 1997; 87:951–6.
111. Haseli-Mashhadi N, Pan A, Ye X, et al. Self-rated health in middle-aged and elderly Chinese: distribution, determinants and associations with cardio-metabolic risk factors. *BMC Public Health* 2009; 9:368. doi: 10.1186/1471-2458-9-368.
112. Kepka D, Suchi Ayala GX, Cherrington A. Do Latino immigrants link self-rated health with BMI and health behaviors? *Am J Health Behav* 2007; 31:535–44.
113. Björner, J.B, Sondergaard Kristensen, T, Orth-Gomer, K, et al. Self-rated health: a useful concept in research, prevention and clinical medicine, Stockholm: FRN, Swedish Council for Planning and Coordination of Research, 1996.
114. Martikainen, P, Aromaa, A, Heliovaara, M, et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med*, 1999; 48: 1117-22.
115. Benyamini, Y. and Idler, E.L. Community studies reporting association between self-rated health and mortality - Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 1999; 21: 392-401.
116. Wilcox, V.L., Kasl, S.V. and Idler, E.L. Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1996; 51: S96-104.
117. Moum, T. Self-assessed health among Norwegian adults. *Soc Sci Med*, 1992; 35: 935-47.
118. Burström, B. and Fredlund, P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 2001; 55: 836-40.
119. Kraja F, Kraja B, Cakerri L, et al. Socio-demographic and lifestyle correlates of self-perceived health status in a population-based sample of Albanian adult men and women. *Mater Sociomed*. 2016 Jun; 28(3): 173-177

120. F. Kraja, B.Kraja, I.Mone, et al. Self-reported prevalence and risk factors of non-communicable diseases in the Albanian adult population. *Medical Archives* 2016 Jun; 70(3):208-212:
121. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep.* 2001 Dec;13(1):35-52.
122. Beatriz Fernandez-Martinez, Maria-Eugenia Prieto-Flores, Maria João ForjazII, et al. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):310-9
123. Janković J, Janević T, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J.* 2012; 53: 254-62.
124. Girón P. Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults. *European Journal of Public Health.* 2012; 22(1): 36-40.
125. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med.* 1998; 47(2): 269-79.
126. National Health Survey: First Results, 2014-15-Australia. ABS Cat. No. 4364. Canberra: ABS. <http://www.abs.gov.au/>.
127. EUROSTAT, European Union Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). Data extracted on April 4th, 2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
128. National Population Health Survey (NPHS) Health Indicators, Cat. No. 82-221: CANSIM Table 104- 0022 at <http://www.statcan.gc.ca/htm>
129. National Survey of Health, ENS (ENS 2009-2010). <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/index.htm>
130. Israel Central Bureau of Statistics. The Israeli Social Survey. <http://surveys.cbs.gov.il/Survey/survey.htm>
131. OECD Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
132. Pavel Grigoriev, Olga Grigorieva. Self-perceived health in Belarus: Evidence from the income and expenditures of households survey. Volume 24, Article 23; 551-578; published 12 april 2011 <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/23/> DOI: 10.4054/DemRes.2011.24.23
133. Leila Freidoony,Ranabhat Chhabi, Chang Soo Kim et al. The Components of Self-Perceived Health in the Kailali District of Nepal: A Cross-Sectional Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 3215-3231; doi:10.3390/ijerph120303215
134. Fylkesnes, K. and Forde, O.H. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med,* 1992; 35: 271-9.
135. Kottke, T.E, Puska, P, Salonen, J.T, et al. Changes in perceived heart disease risk and health during a community-based heart disease prevention program: the North Karelia project. *Am J Public Health,* 1984; 74: 1404-5.

136. Carlson, P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Soc Sci Med*, 1998; 46: 1355-66.
137. Berglund, E., Lytsy, P. & Westerling, R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health* 14, 492 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-492>
138. Bosworth, H.B, Siegler, I.C, Brummett, B.H, et al. The association between self-rated health and mortality in a well-characterized sample of coronary artery disease patients. *Med Care*, 1999; 37: 1226-36.
139. Onadja, Y, Bignami, S, Rossier, C, et al. The components of self-rated health among adults in Ouagadougou, Burkina Faso. *Popul. Health Metr.* 2013, 11, 15–26.
140. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005 Apr; 34(2):295-305.
141. Wróblewska W. The male-female differences in health: the role of the health-related behaviours. In: Szamotulska K, editor. *Polish population review*. Warsaw: GUS; 2005. p. 27.
142. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 2002 May-Jun; 93(3):193-7.
143. Kozakiewicz K, Tendera M, Piwoński J, Głuszek J, et al. Socioeconomic factors and their differentiation in the Polish population. In: Szamotulska K, editor. *Polish population review*. Warsaw: GUS; 2005.
144. Villiers-Tuthill, A., Copley, A., McGee, H. et al. The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC Public Health* 16, 627 (2016)
145. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev Med.* 2004;39(3):625–9.
146. Gochman DS. *Handbook of health behavior research. Personal and Social Determinants*. New York; London. Plenum Press. 1997;1:3. ISBN 978-0-306-45443-1.
147. Zanjani FA, Schaie KW, Willis SL. Age group and health status effects on health behavior change. *Behavioral medicine (Washington, DC)*. 2006;32(2):36–46.
148. Baglietto L, English DR, Hopper JL, Powles J, Giles GG. Average volume of alcohol consumed, type of beverage, drinking pattern and the risk of death from all causes. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(6):664–71).
149. Agren G, BerenSSon K. *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Swedish National Institute of Public Health. 2006;29.
150. Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *Am J Health Promot.* 2000;14(6):357–61).
151. Wurm S, Tomasik MJ, Tesch-Römer C. On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-

- sectional and longitudinal findings. *Psychol Health* 2008;25(1):25–42. doi:10.1080/08870440802311314.
152. Hirve S, Juvekar S, Sambhudas S, et al. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance. *Int J Epidemiol.* 2012;41(6):1719–1728. doi:10.1093/ije/dys163
 153. Faqjona Kraja, Indrid Këlliçi, Luljeta Çakërri . Determinants of self-perceived health status in population-based studies. *Albanian Medical Journal* 2 - 2013 .
 154. Salomon JA, Nordhagen S, Oza S, et al. Are Americans feeling less healthy? The puzzle of trends in self-rated health. *Am J Epidemiol.* 2009 Aug 1; 170(3):343-51.
 155. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health* 2007; 7:177.
 156. Lee Y, Shinkai S. Correlates of cognitive impairment and depressive symptoms among older adults in Korea and Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:576–86.
 157. Harris AH, Thoresen CE. Volunteering is associated with delayed mortality in older people: analysis of the longitudinal study of aging. *J Health Psychol* 2005;10:739–52)
 158. Tay JB, Kelleher CC, Hope A, Barry M, Gabhainn SN, Sixsmith J. Influence of sociodemographic and neighbourhood factors on self rated health and quality of life in rural communities: findings from the Agriproject in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:904–11.
 159. Bostic RW, Thornton RL, Rudd EC, et al. Health in all policies: the role of the U.S. Department of Housing and Urban Development and present and future challenges. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:2130–7.
 160. Kelly MP, Bonnefoy J, Morgan A, et al. The development of the evidence base about the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, Measurement and Evidence Knowledge Network; 2006.
 161. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006 Mar;21(3):267-75
 162. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:836–40
 163. Ng N, Hakimi M, Santosa A, Byass P, Wilopo SA, Wall S. Is self-rated health an independent index for mortality among older people in Indonesia? *PLoS ONE* 2012;7: e35308.
 164. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2011;175:228–35.).

165. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K, Chirinda W, et al. Self-reported prevalence of chronic non-communicable diseases and associated factors among older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 2013; 6:20936. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.20936>.
166. Jerliu N, Toçi E, Burazeri G, et al. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. *BMC Geriatrics*. 2013;13:22.
167. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in Western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008; 62:492–498.
168. Bener A, Ghulom S, Abou-Saleh MT. Prevalence, symptom patterns and comorbidity of anxiety and depressive disorders in primary care in Qatar. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47(3):439–46.
169. Alm-wi W, Amim H, Al-Sayed N, et al. Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of type 2 diabetes. *J Endocrinol Invest*. 2008; 31(11):1020–1024.
170. Burazeri G, Achterberg P. Health status in the transitional countries of South Eastern Europe (Editorial). *SEEJPH* 2015. DOI 10.12908/SEEJPH-2014-43.
171. Hosseinpoor RA, Bergen N, Kunst A, et al. Socioeconomic inequalities in risk factors for non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*. 2012; 12:912.
172. Blakely T, Hales S, Kieft C, et al. The global distribution of risk factors by poverty level. *Bull World Health Organ*. 2005; 83:118–126.
173. Shapo L, McKee M, Coker R, et al. Type 2 diabetes in Tirana City, Albania: a rapid increase in a country in transition. *Diabet Med*. 2004;21(1):77-83.
174. Petrela E, Burazeri G, Pupuleku F, et al. Prevalence and correlates of hypertension in a transitional southeastern European population: results from the Albanian Demographic and Health Survey. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2013; 64(4):479-87.
175. Hoxha F, Tafaj A, Roshi E, et al. Distribution of Risk Factors in Male and Female Primary Health Care Patients with Osteoarthritis in Albania. *Med Arch*. 2015; 69(3):145-8.
176. Burazeri G, Goda A, Sulo G, et al. Conventional risk factors and acute coronary syndrome during a period of socioeconomic transition: population-based case-control study in Tirana, Albania. *Croat Med J*. 2007; 48(2):225-33.
177. Kraja F, Harizaj I, Kraja et al. Pancreatic cancer and lifestyle characteristics: a population-based study in Albania. *Annals of Oncology*. 2013; 24 (Suppl.4):iv41, P-0051.
178. Kraja B, Kreka B, Pupuleku F, et al. Smoking and alcohol consumption as risk factors for esophageal cancer. *European Journal of Cancer*. 2011; 47(Suppl.1):S251.

179. Burazeri G, Bregu A, Qirjako G, et al. National Health Report: Health Status of the Albanian Population 2014. (<http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/01/Health-report-English-version.pdf>).
180. Sulo G, Burazeri G, Dehghan A, et al. Partner's smoking status and acute coronary syndrome: population-based case-control study in Tirana, Albania. *Croat Med J.* 2008; 49(6):751-6.
181. Burazeri G, Kark JD. Moderate alcohol intake, though not regular heavy drinking, is protective for acute coronary syndrome: a population-based, case-control study in Southeast Europe. *Ann Epidemiol.* 2011; 21(8):564-71.