

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË**  
**FAKULTETI I MJEKËSISË**

# **DISERTACION**

**I**

*PARAQITUR NGA*

**Z. LEDIO ÇOLLAKU**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

## **DOKTOR**

**SPECIALITETI: MJEKËSI INTERNE**

**TEMA: PREVALENCA E KOMORBIDITETIT DHE MULTIMORBIDITETIT  
TË SËMUNDJEVE KRONIKE DHE AKUTE NË PACIENTËT E  
HOSPITALIZUAR NË KLINIKËN E MJEKËSISË INTERNE**

**Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Mihal Tase**

**Tiranë 2020**

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I MJEKËSISË

## DISERTACION

I

*PARAQITUR NGA*

Z. LEDIO ÇOLLAKU

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

## DOKTOR

SPECIALITETI: MJEKËSI INTERNE

TEMA: PREVALENCA E KOMORBIDITETIT DHE MULTIMORBIDITETIT  
TË SËMUNDJEVE KRONIKE DHE AKUTE NË PACIENTËT E  
HOSPITALIZUAR NË KLINIKËN E MJEKËSISË INTERNE

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Mihal Tase

MBROHET ME DATE...../...../2020 PARA JURISË

1. Prof. Margarita Gjata\_\_\_\_\_KRYETAR
2. Prof. Elizana Petrela\_\_\_\_\_OPONENT
3. Ass.Prof Artur Hafizi\_\_\_\_\_ANËTAR
4. Ass.Prof. Ilir Bibolli\_\_\_\_\_OPONENT
5. Prof. Alma Idrizi\_\_\_\_\_ANËTAR

II

## Përmbajtja

Parathënie.....	IV
Falenderime.....	V
1. Hyrje .....	VI
1.1. Konsiderata të Përgjithshme.....	VI
1.2. Ç’është Ko-Morbiditetit dhe Multi-Morbiditetit.....	VII
1.3. Pacienti dhe Patologjitë e Shumëfishta.....	XI
1.4. Epidemiologjia e Ko-Morbiditetit dhe Multi-Morbiditetit.....	XIV
1.5. Konteksti i Studimit Aktual.....	XXX
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.....	2
3. Metodologjia .....	4
3.1. Popullata në Studim .....	5
3.2. Mbledhja e të Dhënave.....	6
3.3. Përkufizimi i Variableve (Ndryshoreve).....	6
3.4. Analiza Statistikore .....	7
4. Rezultatet.....	9
4.1. Përshkrimi i karakteristikave social-demografike të popullatës në studim.....	9
4.2. Karakteristikat klinike të pacientëve në studim .....	16
4.3. Lidhja e komorbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës.....	46
5. Diskutimi.....	50
5.1. Përmbledhje e Rezultateve Kryesore të Studimit.....	50
5.2. Menaxhimi i Multi-Morbiditetit – Një Problem Aktual.....	50
5.3. Përparësitë dhe Mangësitë e Studimit .....	60
6. Përfundime .....	62
7. Rekomandime .....	64
8. Referencat .....	65

## Parathënie

*Prevalenca gjithnjë në rritje e gjendjeve shëndetësore kronike (afatgjata), është sot sfida kryesore me të cilën përballen sistemet e kujdesit shëndetësor në rang global, por edhe në vendin tonë gjatë këtyre viteve të fundit.*

*Pacientët të cilët janë të prekur nga gjendje të shumëfishta shëndetësore, të njohura si multi-morbiditet dhe atyre nga sëmundje bashkë-shoqëruese (ko-morbiditet), përbëjnë një përqindje të konsiderueshme tek pacientët të cilët përdorin jo vetëm shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, por të të gjitha niveleve.*

*Bazuar në këto konsiderata, qëllimi i këtij studimi të kryer në vendin tonë ishte vlerësimi i magnitudës dhe i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit tek pacientët shqiptarë të të dyja gjinive në mënyrë që të përftohet evidenca e nevojshme shkencore për tipizimin dhe karakterizimin e profilit klinik, trajtimit dhe prognozës së këtyre pacientëve në vendin tonë.*

*Gjenerimi i evidencës shkencore dhe karakterizimi i profilit të pacientëve me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet do të ofrojë mundësi për t'iu përgjigjur me efektivitet dhe në kohën e duhur kërkesave dhe nevojave për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore ndaj këtyre pacientëve.*

*Në tërësi, ky studim ofron evidencë dhe informacion shumë të rëndësishëm për mjekët e përgjithshëm dhe mjekët specialistë në vendin tonë që përballen me sfidën e madhe të menaxhimit të shumë sëmundjeve njëkohësisht në pacientë adultë të të dyja gjinive.*

*Ky punim i kryer në Tiranë është nga të paktat studime të mirëfillta shkencore me metodologji korrekte dhe bashkëkohore për vlerësimin e prevalencës dhe disa faktorëve kryesorë të riskut të ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit tek pacientët adultë meshkuj dhe femra në vendin tonë.*

## Falenderime

Në radhë të parë, dëshiroj të falenderoj përzemërsisht udhëheqësin tim shkencor, Prof. Dr. Mihal Tase për mbështetjen e vazhdueshme profesionale përgjatë gjithë periudhës së studimit dhe hartimit të disertacionit përfundimtar.

Falenderime edhe për të gjithë kolegët e Shërbimit të Mjekësisë Interne në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe në Universitetin Mjekësor të Tiranës për atmosferën e ngrohtë, miqësore, inkurajuese dhe profesionale e cila më ka motivuar gjatë gjithë kohës së studimeve të doktoratës.

# 1. Hyrje

## 1.1. Konsiderata të Përgjithshme

Prevalenca gjithnjë në rritje e gjendjeve shëndetësore kronike (afatgjata), është sot sfida kryesore me të cilën përballen sistemet e kujdesit shëndetësor në rang global (1).

Pacientët të cilët janë të prekur nga gjendje të shumëfishta shëndetësore, të njohura si multi-morbiditet dhe atyre nga sëmundje bashkë-shoqëruese (ko-morbiditet), përbëjnë një përqindje të konsiderueshme tek pacientët të cilët përdorin jo vetë shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor por të të gjitha niveleve (2).

Multi-morbiditeti dhe ko-morbiditeti paraqesin një problem i cili sa vjen e bëhet gjithnjë e më i mprehtë, ndërmjet modeleve të dëshiruara të kujdesit shëndetësor, të cilat janë të përqendruara realisht tek pacienti, dhe shërbimeve shëndetësore aktuale të cilat zakonisht janë të organizuara në funksion të diagnostikimit dhe menaxhimit të gjendjeve shëndetësore (të vetme) individuale.

Njerëzit të cilët vuajnë nga multi-morbiditeti dhe ko-morbiditeti kanë më shumë gjasa që të kenë nevojë për përdorimin e një numri në rritje të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, që nga ana tjetër do të nxisë gjithashtu edhe përfshirjen në proces të një numri në rritje të profesionistëve të fushës së shëndetësisë.

Ky kompleksitet në rritje në ofrimin e kujdesit shëndetësor mund të “kërcënojë” koordinimin, vazhdimësinë dhe sigurinë, duke reduktuar kështu gjasat e përfitimit të kujdesit shëndetësor që plotëson standardet e larta lidhur me cilësinë.

Prevalenca e lartë e poli-farmacisë me rritjen e moshës, mund të çojë në një rrezik në rritje të përdorimit të papërshtatshëm të medikamenteve, të nën-përdorimit të trajtimeve efektive mjekësore, gabimeve mjekësore, ndërveprimet mes medikamenteve dhe, ç'është më e rëndësishmja, reaksionet e padëshiruara të medikamenteve.

Nga ana tjetër, gjithashtu mund të argumentohet se rritja e ndërveprimit me shërbimet shëndetësore, mund të rezultojë në rritje të mundësive për marrjen e kujdesit efektiv shëndetësor (3).

Prania e morbiditeteve sinergjike (d.m.th., gjendjet shëndetësore që përfaqësojnë pjesë të të njëjtit profil të përgjithshëm fiziopatologjik dhe në këtë mënyrë, ka më shumë gjasa që të jetë i njëjti fokus lidhur me sëmundjen dhe planin e vetë-menaxhimit) gjithashtu ofrojnë incentiva si për pacientët ashtu edhe për profesionistët lidhur me respektimin e udhëzimeve dhe protokolleve për kujdesin e rekomanduar shëndetësor.

Megjithatë, është plotësisht e mundur që si dëmet ashtu edhe përfitimet e përshkruara më sipër, të bashkë-shoqërohen me njëra-tjetrën (4).

Prania e njëkohshme e disa gjendjeve patologjike në formën e ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit është më shumë një rregull sesa një përjashtim, në të gjitha popullatat e pacientëve (5).

Gjatë dekadave të fundit ka pasur një interes në rritje për studime mbi ko-morbiditetin, ndoshta për shkak të faktit se po shkakton gjithnjë e më shumë probleme.

Për shkak të pasojave negative dhe koston së lartë të lidhur me multi-morbiditetin, ai ka marrë interes në rritje në literaturën mbi kujdesin parësor gjatë viteve të fundit dhe tani është pranuar nga disa si prioritet kërkimor (6).

Multi-morbiditeti është i shoqëruar me një rritje të kostove mjekësore dhe kufizimit të jetëgjatësisë (7). Për më tepër, ajo komplikon si vendosjen e një diagnoze të saktë ashtu edhe një terapi efektive (8).

Multi-morbiditeti është sfidues për menaxhimin e sistemit të kujdesit shëndetësor, sepse pacientët që e kanë atë, shpesh kërkojnë trajtim dhe monitorim më intensiv nga mjekët, infermierët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor (9). Ky angazhim nga ofrues të shumtë të kujdesit shëndetësor sigurisht që do të çojë në rritje të rëndësishme të shpenzimeve. Shkalla e paaftësisë, për shembull, rritet me numrin e patologjive nga të cilat vuan pacienti(10), dhe ko-morbiditeti shoqërohet me një përdorim të shpeshtë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, gjë që çon në pasojat e rëndësishme ekonomike.

Pjesa më e madhe e menaxhimit të pacientëve me multi-morbiditet është ndërmarrë në kujdesin parësor, duke vendosur kërkesa të mëdha për mjekët e familjes, shumë prej të cilëve tashmë janë duke u përballur me një rritje eksponenciale të ngarkesës së tyre në punë.

Në Holandë (11) p.sh., mjeku i përgjithshëm (GP) është në rolin e një portieri ndaj institucioneve të tjera të kujdesit shëndetësor. Pacientët vizitojnë mjekun e tyre të familjes para referimit të mundshëm tek mjeku specialist. Si rezultat, mjeku i përgjithshëm do të ballafaqohet drejtpërdrejt me efektet e sëmundjeve bashkëshoqëruese. Për më tepër, mjeku i përgjithshëm në veçanti ka detyrën dhe mundësinë e trajtimit të situatës komplekse shëndetësore të sëmundjeve bashkëshoqëruese, trajtimin pasues dhe ndikimin e të dyja patologjive në jetën e përditshme.

Gjendjet ko-morbide dhe multi-morbide janë të lidhura ngushtë me mjekësinë integruese dhe holistike, sepse vetë gjendjet ko-morbide janë "indiferente" ndaj specialiteteve dhe nën specialiteteve profesionale në shëndetësi (12).

## **1.2. Ç'është Ko-morbiditetit dhe Multi-morbiditetit**

Fjala ko-morbiditet është relativisht e re në mjekësi. Feinstein ishte i pari që përdori këtë term. (13) Ai e përshkroi atë si "një sëmundje shoqëruese që rrjedh nga sëmundje të tjera". Ai më vonë e përcaktoi atë si "çdo entitet shtesë i veçantë që ka ekzistuar ose

mund të ndodhë gjatë rrjedhës klinike të një pacienti që ka sëmundjen bazë nën studim". "Që atëherë, koncepti ka evoluar në drejtime të ndryshme. Të gjitha përkufizimet supozojnë bashkë-ndodhjen e gjendjeve ose situatave që lidhen me shëndetin.

Disa autorë të tjerë termin ko-morbiditet ia referojnë prezencës së sëmundjeve shtesë lidhur me sëmundjen bazë apo primare, ndërsa termi multi-morbiditet tregon prezencën e disa sëmundjeve tek i njëjti individ kur asnjë nga patologjitë e pranishme nuk identifikohet si sëmundje bazë apo primare.

Janë bërë përpjekje për të klasifikuar ose kategorizuar kuptimet e ndryshme të fjalës ko-morbiditet. Schellevis përdori një klasifikim me 4 kategori (14):

1. *Ko-morbiditetet konvergues*: bashkekzistenca e sëmundjeve tek i njëjti person pa ndonjë shpjegim të kënaqshëm, p.sh. sëmundje kardiovaskulare dhe osteoartriti;
2. *Ko-morbiditeti i grupimeve*: shpërndarja e sëmundjeve në një popullatë që tregon përqendrimë në nëngrupe që ndryshojnë dukshëm nga një shpërndarje e rastësishme;
3. *Ko-morbiditeti shkakësor*: ndërlidhja e sëmundjeve bazuar në një shkak të përbashkët patofiziologjik, p.sh. sëmundje ishemike e zemrës dhe sëmundje arteriale periferike;
4. *Ko-morbiditet ndërlidhës i një sëmundje specifike*: ekzistenca e një sëmundje është një domosdoshmëri për shfaqjen e një sëmundje tjetër, p.sh. diabeti mellitus dhe retinopatia diabetike.

### **Shpjegime për bashkë-shfaqjen e sëmundjeve.**

Shumicat e studimeve mbi shkaqet e sëmundjeve janë fokusuar në patologji të vetme dhe në kombinimet midis tyre. Një numër i vogël studimesh sigurojnë hipoteza për etiologjinë e mundshme të patologjive multiple. Përmenden dy lloje shpjegimesh: mekanizmat shkakësorë dhe gabimi (bias).

#### *Mekanizmat shkakësorë.*

Disa njerëz mund të jenë më të prekshëm nga bashkë-shfaqja e sëmundjeve sesa të tjerët për shkak të faktorëve gjenetikë dhe imunologjik, mjedisit ku ata jetojnë dhe punojnë, ngjarje jetësore, kapacitetet adaptuese, stili i jetës, faktorët e rrishtjes së sjelljes ose statusi shoqëror (18). Përveç kësaj, sëmundjet mund të kenë etiologji të përbashkët, karakteristika predispozues të njëjtë, ose patogjene të përbashkët (19).

Për më tepër, hipotetizohet se një sëmundje në një sistem të caktuar të trupit mund të shkaktojë një plakje të përsheptuar të përgjithshme, e cila përsëri sjell një cënueshmëri të shtuar për tu prekur nga sëmundje të tjera (20).

#### *Gabimi (Bias)*

Në disa studime, rezultatet paraqiten të renditura sipas moshës (21). Kjo është e rëndësishme pasi prevalenca e shumicës së patologjive kronike si ato kardiovaskulare,



pulmonare, lokomotore etj, rritet me kalimin e moshës. Në qoftë se moshja, apo edhe gjinia, nuk njihen si faktorë të mundshëm konfondues, bashkë-ndodhja e sëmundjeve mund të konsiderohet si e jo-rastësishme, kur lidhjet e observuara mund të shpjegohen në fakt me ndryshimet midis grupeve me njëfarë moshë apo edhe gjinie të caktuar. Gjithashtu, disa autorë përshkruajnë edhe gabime në zbulim që janë rrjedhojë e faktit që njerëz të diagnostikuar me një sëmundje, e kontaktojnë sistemin shëndetësor më

shpesh se të tjerët. Ata ekzaminohen më shpesh dhe më në hollësi. Si rezultat, ata kanë më shumë gjasa që të diagnostikohen me një sëmundje shitesë.

### **Modeli Vektorial i Kompleksitetit**

Përfaqësimi i ndryshme janë ndërmarrë për të karakterizuar barrën e kombinuar të sëmundjeve ose patologjive të paracaktuara si një matje e vetme në një shkallë (15). Indeksi Charlson është një nga indekset më të përdorura, dhe një rishikim i kohëve të fundit identifikoi edhe të tjera, duke përfshirë Shkallën e Vlerësimit të Sëmundjeve Kumulative (Cumulative Illness Rating Scale, CIRS), Indeksi i Sëmundjes Bashkë-egzistuese (Index of Coexisting Disease, ICED), dhe Indeksi Kaplan.

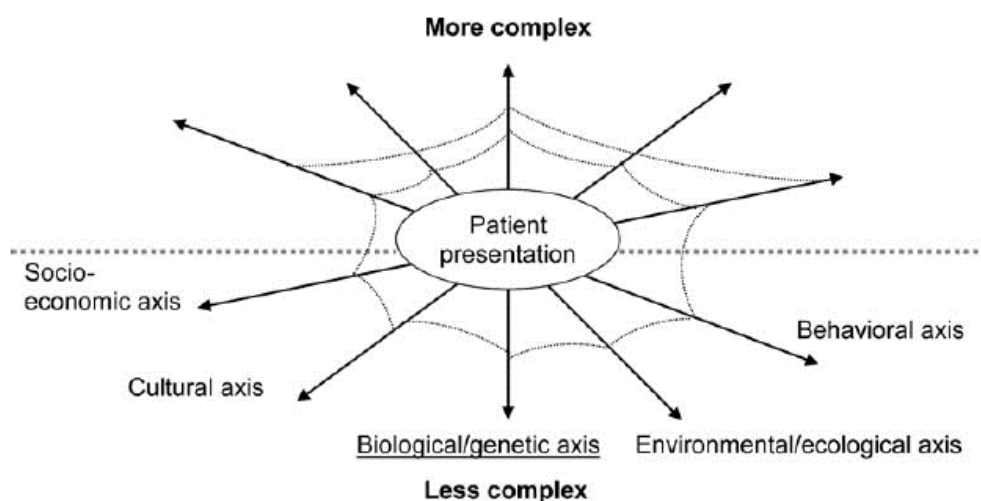
Një konstrukt i sapo shfaqur është ai i kompleksitetit të pacientit. Kjo pranon që barra e sëmundshmërisë ndikohet jo vetëm nga karakteristikat e lidhura me shëndetin, por edhe nga karakteristikat socio-ekonomike, kulturore, mjedisore dhe të sjelljes së pacientit (16).

Modeli vektorial i kompleksitetit (Vector Model of Complexity) të propozuar nga Safford dhe al. (16) portretizon bashkëveprimet midis forcave biologjike, socio-ekonomike, kulturore, mjedisore dhe të sjelljes si përcaktues të shëndetit. Arritja e një harmonie midis pacientit, mjekut dhe sistemit të kujdesit shëndetësor është thelbësore për një kujdes efektiv të përqendruar tek pacientët. Kjo kërkon vlerësimin e të gjitha akteve të modelit vektorial.

Dështimi në arritjen e harmonisë apo përputhjes midis pacientit dhe ofruesit të shërbimit shëndetësor mund të sigurojë një pasqyrë se përse gjysma e pacientëve me sëmundje kronike nuk marrin ilaçe sipas udhëzimeve (17).

Mungesa e harmonisë mund të kontribuojë në përdorimin e ndryshëm të shërbimeve parandaluese, procedurave diagnostike dhe ndërhyrjet terapeutike sipas racës/përkatësisë etnike, edhe kur përfaqësimi në kujdes, diagnozë dhe ashpërsia e sëmundjes janë të ngjashme. Në fakt, “mos-aderenca” e pacientit mund të jetë një sinjal i shkëlqyeshëm i vlerësimit jo të plotë të kompleksitetit dhe dështimit për të modifikuar qasjen klinike në përputhje me rrethanat, dhe / ose një sistemi të kujdesit shëndetësor që mbetet i pa-pajisur për të plotësuar nevojat e pacientëve kompleksë.

Fig. 1

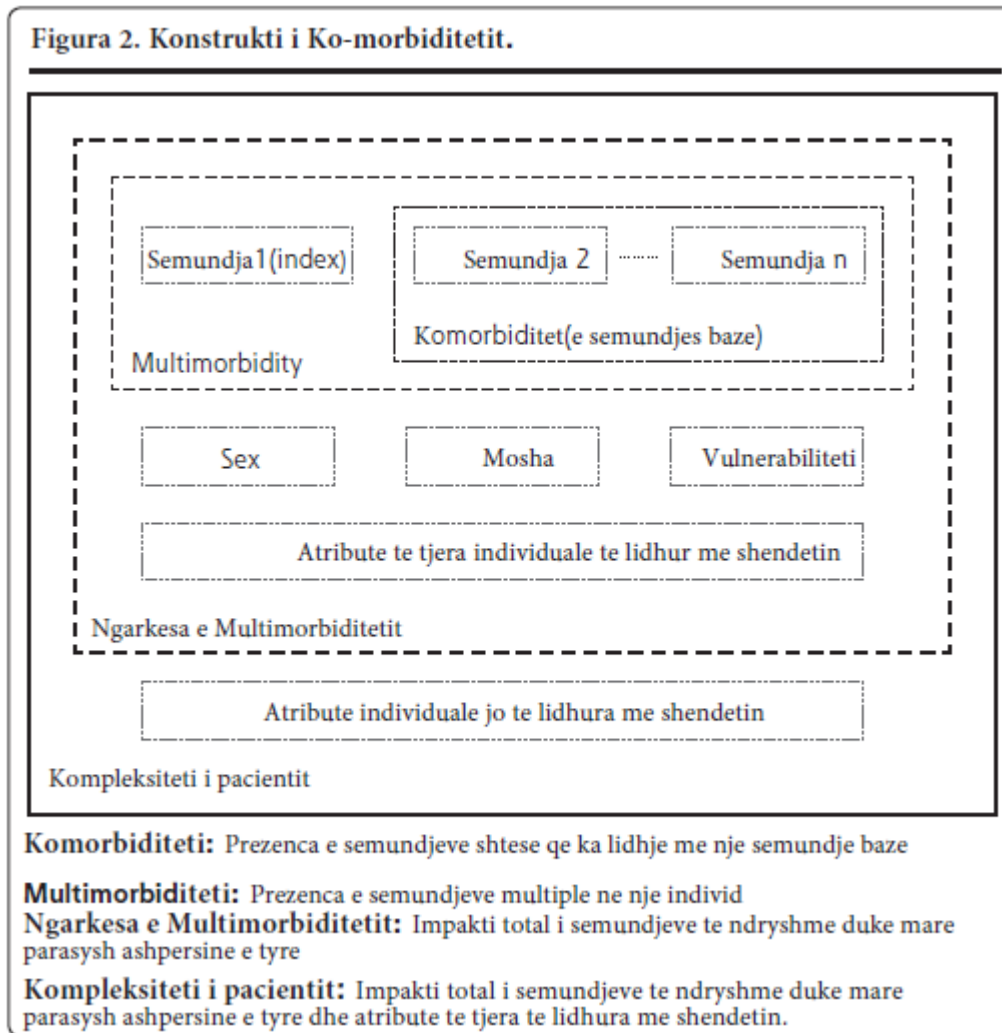


*Marrëdhëniet midis influencave në shëndet që mund të çojnë tek një pacient kompleks: Modeli Vektor i Kompleksitetit. Kompleksiteti i një pacienti lind nga akse të ndryshme, por mjekët shpesh përqendrohen në aksin biologjik (nënvizohet). Çdo bosht lidhet drejtpërdrejt me të tjerët, të përfaqësuar nga fijet e një rrjeti që lidhin edhe akset fqinje.*

Pacientët kompleks janë gjithnjë e më të zakonshëm në mjekësinë klinike. Pacientët të bërë kompleksë nga patologji multiple mjekësore kanë qenë në qendër të diskutimeve të fundit. Këto diskutime kanë të bëjnë me disa shqetësime të shprehura në lidhje me dobësitë e mundshme të krijuara nga qasja aktuale për cilësinë e vlerësimit të kujdesit dhe përgjegjshmërinë në kujdesin shëndetësor. Sidoqoftë, rrethanat socio-ekonomike, kulturore, të sjelljes dhe të mjedisit gjithashtu kontribuojnë në kompleksitet, por këto burime të fundit të kompleksitetit nuk kanë marrë vëmendje të njëjtë. Për më tepër, masat aktuale të cilësisë nuk janë komplekse.

Jose M.Valderas et al.(25) me anë të një figure ka ndërtuar konstruktin e një Komorbiditetit (fig. 2). Çdo konstrukt në figurën e tij tregon aspekte të ndryshme të morbiditetit.

Figura 2. Konstrukti i Ko-morbiditetit.



Sipas këtij konstrukti, pasi identifikohet sëmundja baze (index disease), dhe përcaktohen ko-morbiditetet apo edhe sëmundjet e tjera që kanë lidhje me sëmundjen bazë, e rëndësishme për tu marrë në konsideratë është edhe ngarkesa e multimorbiditetit. Kjo e fundit duhet të vlerësohet në lidhje ashpërsinë e patologjive përkatëse, gjininë, moshën, vulnerabilitetin ndaj sëmundjeve, apo edhe attributeve të tjera individuale që kanë lidhje me shëndetin. Dhe për të parë pacientin në kompleks, këtyre që thamë i shtohen edhe attribute te tjera jo të lidhura me shëndetin si kushtet ekonomike, bagazhi kultural, apo edhe situacioni personal dhe familjar.

Pra ky konstrukt mbështet idenë se ngarkesa apo ashpërsia e një morbiditeti nuk influencohet vetëm nga karakteristikat e lidhura me shëndetin, por edhe nga karakteristikat socio-ekonomike, kulture, ambientale, dhe të sjelljes së pacientit.(16)

### 1.3.Pacienti dhe Patologjitë e Shumëfishta

*Efektet e sëmundjeve të bashkë-shfaqura;*

Bashkë-shfaqja e sëmundjeve ndikon tek pacienti, njerëzit afër tij dhe shoqëria.(18) Disa studime tregojnë se ajo ka të bëjë me kufizim të aftësive fizike dhe sociale.(22) Bashkë-shfaqja e sëmundjeve mund të rezultojë në dhimbje dhe vuajtje, paaftësi, humbje të pavarësisë dhe përkeqësim të cilësisë së jetës.

Një analizë e tërthortë tregon se probabiliteti i të paturit të paktën një ose më shumë çrregullime kronike shtesë rritet me numrin e patologjive të njëkohshme.(23)

*Ndjeshmëria ndaj sëmundjes;*

Në studimet mbi stresin, ngjarjet jetësore dhe sëmundjen është konstatuar se ndërsa sëmundja ka lidhje me stresin dhe ngjarjet e jetës, aftësitë individuale adaptuese dhe cënueshmëria ndaj stresit mund të jenë vendimtare në këtë drejtim. Për më tepër, studime të tjera nxjerrin përfundimin se përveç kryerjes së studimeve mbi etiologjinë e sëmundjeve specifike, mund të jetë e dobishme të kërkohen faktorë që tregojnë të ashtuquajturin "personalitet të prirur ndaj sëmundjes ose brishtësi ndaj saj".(24)

*Probleme që zakonisht hasen nga pacientët me multi-morbiditet;*

#### **1. Fragmentimi dhe koordinimi i dobët i kujdesit shëndetësor**

Rezultatet nga vizitat në profesionistë të shumtë shëndetësor në kujdesin parësor sekondar dhe terciar.(26)

#### **2.Polifarmacia**

Rreziku shoqërues i efekteve anësore të barnave, përshkrime potenciale të papërshtatshme dhe probleme me ndërveprimet e medikamenteve.(27)

#### **3.Barra e trajtimit**

Rezultatet nga domosdoshmëria e mësimit dhe respektimit të planeve të menaxhimit dhe ndryshimeve në stilin e jetës, të sugjeruara për kushte të ndryshme dhe angazhimin me profesionistë të shumëfishtë të kujdesit shëndetësor.(28)

#### **4.Vështirësitë e shëndetit mendor**

Ankthi dhe depresioni janë më të zakonshëm në pacientët me multi-morbiditet dhe mund të ndikojnë në aftësinë e pacientëve për të menaxhuar patologji të tjera afatgjata.(29)

Pacientët që jetojnë në zona të varfra janë veçanërisht të prekshëm nga multi-morbiditeti që përfshin patologji të shëndetit mendor. Ata me dëmtime të sferës konjitive janë gjithashtu veçanërisht të prekshëm dhe mund të kenë vështirësi shtesë në menaxhimin e patologjive të tyre.(30)

## **5.Vështirësitë funksionale**

Vështirësitë funksionale rriten me rritjen e numrit të patologjive dhe tek njerëzit e moshës më shumë se 75 vjeç.(31)

## **6.Cilësia e ulët e jetës**

Shoqërohet me numrin e patologjive kronike mjekësore.(31)

## **7.Përdorimi i shtuar i kujdesit shëndetësor**

Përfshin një rrezik të shtuar të shtrimit urgjent në spital.

### *Shoqëria dhe Multi-morbiditeti*

Bashkë-ekzistenca e sëmundjeve ka impakt jo vetëm tek pacienti, por edhe tek njerëzit pranë tij dhe shoqërinë. Për më tepër, pasojat në të gjitha këto kategori mund të ndikojnë në përdorimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe nga ana tjetër mund të ketë implikime të thella për vetë individin, ku mjaft studime kanë evidentuar se është e lidhur si me paaftësinë fizike, ashtu edhe me atë sociale (51).

Jo vetëm pacienti vuan nga patologjia e shumëfishtë, por bashkë-shoqërimi i sëmundjeve është një pikë e rëndësishme edhe në kontekstin social të rrethit familjar dhe shoqëror.

Në këtë drejtim është prezantuar koncepti i prevalencës sociale, që do të thotë se më shumë njerëz janë të përfshirë me sëmundjen dhe jo vetëm vetë pacientët. Efektet mbi familjet e pacientëve dhe ofruesit e tjerë të kujdesit për këto individë, janë të rëndësishme, pasi për dikë me çrregullime të shumëfishta, atyre mundet që t'i marrë shumë kohë dhe energji dhe nga ana tjetër dhe këto persona mund të detyrohen të ndryshojnë mënyrën e tyre të jetesës dhe mund të arrijnë deri në heqjen dorë nga mundësitë e punësimit.

Për më tepër, barra mbi shoqërinë do të rritet përderisa njerëzit mund të jetojnë më gjatë me gjithë gjendjen e kufizuar shëndetësore, duke ndikuar në lidhje me një rritje të kërkesës për të përfituar shërbime sociale.

Përveç kësaj, kostoja shoqërore është e konsiderueshme jo vetëm në aspektin e shpenzimeve mjekësore dhe shëndetësore por edhe në humbjen e produktivitetit (52).

## 1.1. Epidemiologjia e Ko-morbiditetit dhe Multi-morbiditetit

Nga viti 2015 deri në vitin 2050, raporti i popullsisë botërore mbi 60 vjeç pothuaj do të dyfishohet nga 12% në 22% (nga 900 milion në 2 miliardë).(32)

Plakja e popullsisë po ndodh shumë më shpejt se më parë. P.sh, ndërsa Francës iu desh më shumë se 150 vjet që të adaptojë ndryshimin nga 10% në 20% në proporcionin e popullsisë që ishte më shumë se 60 vjeç, vendeve si Brazili, Kina apo India iu desh pak më shumë se 20 vjet që të bënin të njëjtin adaptim.

Për shembull, në 1990, 12% e popullsisë Holandeze ishin 65 vjeç ose më të vjetër. Deri në vitin 2025 kjo pritet të jetë 21%. Gjithashtu brenda grup moshës 65 vjeç e sipër, njerëzit po jetojnë më gjatë. (33)

Deri në vitin 2020, numri i njerëzve të moshës >60 vjeç do të tejkalojë fëmijët më të vegjël se 5 vjeç.

Në vitin 2050, 80% e njerëzve të moshuar do të jetojnë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Ndërsa ky ndryshim në shpërndarjen e popullsisë së një vendi drejt moshave të vjetra, të njohura si plakje të popullsisë, filloi në vendet me të ardhura të larta (për shembull në Japoni 30% e popullsisë janë tashmë mbi 60 vjeç), tani janë vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme që po përjetojnë ndryshimin më të madh. Nga mesi i shekullit shumë vende për shembull. Kili, Kina, Republika Islamike e Iranit dhe Federata Ruse do të kenë një përqindje të ngjashme të të moshuarve me Japoninë.

Njerëzit e moshuar në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme mbajnë një ngarkesë sëmundshmërie më të madhe sesa ata në botën e pasur. Pavarësisht se ku ata jetojnë, "vrasësit" më të mëdhenj të të moshuarve janë sëmundjet e zemrës, aksidentet vaskulare cerebrale dhe sëmundjet kronike të mushkërive. Shkaqet më të mëdha të aftësisë së kufizuar janë dëmtimet shqisore (veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme), dhimbja e shpinës dhe qafës, sëmundja pulmonare obstruktive kronike (veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme), çrregullime depresive, rrëzimet, diabeti, demenca dhe osteoartriti.

Në të njëjtën kohë, numri i pacientëve me multi-morbiditet, pra bashkekzistenca e disa sëmundjeve kronike, do të rritet në mënyrë dramatike.

Kujdesi shëndetësor gjithnjë e më shumë duhet të adresojë menaxhimin e individëve me sëmundje të shumta bashkëshoqëruese, të cilët tani janë më shumë normë se përjashtim. Në Shtetet e Bashkuara, rreth 80% e totalit të shpenzimeve mjekësore u kushtohen pacientëve me 4 ose më shumë gjendje kronike, me kosto që rriten në mënyrë eksponenciale ndërsa numri i sëmundjeve kronike rritet.(34)

Megjithëse prevalenca e saj rritet me moshën, nuk është problem i kufizuar vetëm tek popullata e të moshuarve. Janë regjistruar përqindje të larta të ko-morbiditetit edhe në moshat nën 60 vjeç. Numri i sëmundjeve bashkë-ekzistuese, gjithashtu rritet me moshën. Megjithatë, të dhënat e sakta akoma nuk janë të plota edhe në nivel ndërkombëtar. P.sh., në një studim të Salive ME (35) u vlerësua një prevalencë multi-morbiditeti nga 50% për personat nën 60 vjeç, në 62% për ata në moshën 65-74 vjeç dhe 81% për ata  $\geq$  85 vjeç.

Sipas disa studimeve të kryera në vende të ndryshme, ko-morbiditeti raportohet nga 35% deri në 80% të të gjithë të sëmurëve (36). Prevalenca e raportuar varion në varësi të metodave dhe teknikave të mbledhjes së të dhënave, përcaktimit të ko-morbiditetit ose multi-morbiditetit, përkufizimit dhe numrit të gjendjeve shëndetësore kronike të përfshira në protokoll. (37)

Aktualisht, në komunitetin shkencor mjekësor kemi të bëjmë me një numër shumë më të vogël të studimeve që lidhen me multi-morbiditetin, krahasuar me epidemiologjinë e sëmundjeve (të vetme) individuale.

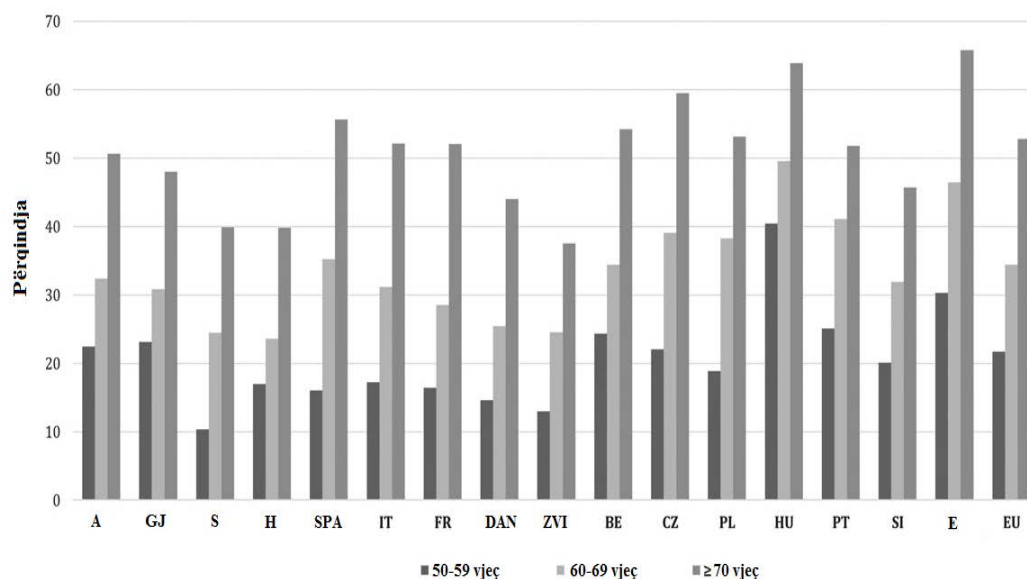
Nivelet e multi-morbiditetit tek të moshuarit, sipas një recensionit të Fortin et al (38) variojnë nga 49% deri në 99%, me një numër mesatar të sëmundjeve kronike për person midis 2.5 - 6.5.

Në një studim nga Palladino et al u përdorën të dhëna nga “Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe” (SHARE) në vitin 2011–12, ku u përfshinë mostrat përfaqësuese të personave më shumë se 50 vjeç nga 16 vende të ndryshme Evropiane.(39)

Prevalenca e multi-morbiditetit ishte 37.3%, dhe kjo përqindje u rrit nga 22.7% për personat e moshës 50-59, në 52.8% për personat e moshës 70 vjeç e lart (Figura 3). Prevalenca e multi-morbiditetit shkonte nga 24.7% në Zvicër në 51.0% në Hungari. Hipertensioni ishte patologjia më e përhapur (42.8%), e ndjekur nga Artriti / Reumatizma (26.4%) dhe problemet e zemrës (15.0%).

Numri i patologjive kronike ishte i shoqëruar me përdorim më të madh të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor në të gjitha vendet e analizuara. Numri i sëmundjeve kronike kishte lidhje me statusin mesatar/të dobët ekonomik, probleme të shëndetit mendor, si depresioni, dhe uljen e aftësive funksionale. Siç vihet re ka një lidhje të fortë të multi-morbiditetit me rritjen e moshës. Duket se multi-morbiditeti shfaqet në një numër pothuajse të pafund variantesh me një prevalencë të ulët në përgjithësi, argument i cili e bën të vështirë arritjen në konkluzione të përgjithshme.

**Figura 3. Prevalenca e multi-morbiditetit sipas moshës, në 16 shtete Evropiane**



(Burimi: Raffaele Palladino, John Tayu Lee, Mark Ashëorth, Maria Triassi, Christopher Millett. *Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries*).

[AT-Austria, GJ-Gjermania, S-Suedia, H-Holanda, SPA-Spanja, IT-Italia, FR- Franca, DAN-Danimarka, ZVI-Zvicra, BE-Belgjika, CZ-Republika Çeke, PL-Polonia, HU-Hungaria, PT-Portugalia, SI-Slovenia, E-Estonia, EU-Evropa].

Çrregullimet mendore të të gjitha llojeve janë më të zakonshme tek pacientët me sëmundje somatike në krahasim me popullatën e përgjithshme. Nga ana tjetër, sëmundjet somatike janë më shumë të zakonshme tek pacientët psikiatrikë në krahasim me popullatën e përgjithshme (40). Pacientët me çrregullime psikiatrike kanë edhe vdekshmëri më të lartë në krahasim me popullatën e përgjithshme.

Kontributi i sëmundjeve somatike në rritjen e vdekshmërinë pranohet në mënyrë të vazhdueshme nga komuniteti mjekësor, për shembull, sëmundjet kronike somatike përbënin pothuajse gjysmën e vdekshmërisë tek pacientët me skizofreni ose çrregullim bipolar.

Gjithashtu, të dhënat nga studime të kryera njëkohësisht në shumë shtete, evidentojnë faktin që shumica e sëmundjeve që bashkë-ekzistojnë me të tjerat midis pacientëve, rezultuan hipertensioni arterial, diabeti, sëmundjet vaskulare, artriti, demenca dhe katarakti.



Zakonisht janë më të shpeshta rastet kur kemi 2 gjendje ko-morbide ku shumicën e rasteve janë hipertensioni arterial dhe demenca, hipertensioni arterial dhe diabeti melitus, depresioni dhe refluksi gastroezofagal, demenca dhe depresioni, artriti reumatoid dhe demenca, si dhe shumë kombinime të tjera sëmundjesh.

Në shumicën e të dhënave nga raportet ndërkombëtare, evidentohet që demenca dhe depresioni ishin më të shpeshta tek femrat, krahasuar me meshkujt (41).

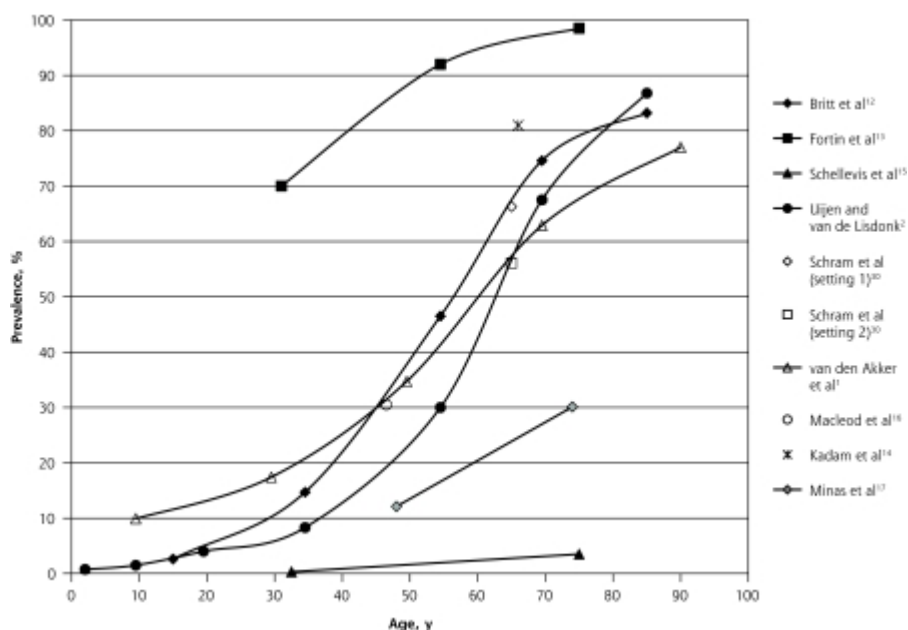
Në Holande, Schellevis et al. studioi pesë patologji kronike: hipertension, diabeti mellitus, sëmundje ishemiike kronike e zemrës, sëmundje kronike respiratore dhe osteoartriti i gjurit dhe/ose i artikulacionit koksofemoral.(42) Ata zbuluan se tek pacientët e moshës 65 vjeç e më tepër, rreth 15% vuajnë nga më shumë se një nga këto pesë sëmundje kronike.

Në një studim të Fortin M et al (43) u kërkua në literaturë për artikuj të publikuar ndërmjet viteve 1980-2010 në lidhje me prevalencën e multi-morbiditetit në popullsinë e përgjithshme, shërbimin primar ose në të dyja. Artikujt në kujdesit parësor kanë raportuar prevalencë në Holandë (44), në Mbretërinë e Bashkuar (45), Kanada (46), Australi (47), dhe Greqi (48).

U vunë re diferenca sinjifikante në prevalencën e multi-morbiditetit si në shërbimin primar ashtu edhe në popullsinë e përgjithshme. Ky ndryshim u vu re sidomos në moshën 75 vjeç me një prevalencë për multi-morbiditetin që shkante nga 3,5% deri në 98,5 në studime të ndryshme. Kjo kishte lidhje sipas studiuesve me metodologjinë dhe definicionin e multi-morbiditetit.

Në mesin e studimeve që përfshinin pacientë të të gjitha moshave, kishte një kurbë në formë S-je për lidhjen midis moshës dhe prevalencës: prevalenca ishte afërsisht 20% ose më e ulët para moshës 40 vjeç, pastaj rritej në mënyrë drastike, dhe në fund plato rreth moshës 70 vjeç vjet në 75%.

**Figura 4. Prevalenca e Multi-morbiditetit (e përcaktuar si  $\geq 2$  sëmundje) të raportuara në Kujdesin Shëndetësor Primar.**



Van den Akker et al. zbuloi se prevalenca e multi-morbiditetit tek pacientët e kujdesit parësor u rrit nga 10% tek 10-19 vjeç, deri në 78% në pacientët e moshës 80 vjeç e lart (44). Ata përfshinin të gjitha problemet mjekësore nën vëmendjen e mjekut të përgjithshëm (GP) për një periudhë të gjatë kohore, kështu që nuk u përfshinë vetëm sëmundjet kronike.

Annemarie et al. zbuluan se moshë në rritje, seksi femër, dhe klasa e ulët socio-ekonomike shoqërohet me një numër në rritje të pacientëve me një ose më shumë sëmundje kronike (49). Rreth 55% e pacientëve të moshës më shumë se 75 vjeç kanë katër ose më shumë sëmundje kronike. Në moshën 15 vjeç, rreth 10% e pacientëve tashmë janë të njohur nga mjekun i tyre, pasi kanë të paktën një sëmundje kronike.

Më tej ata zbuluan se prevalenca e sëmundjeve kronike ishte dyfishuar midis 1985 dhe 2005. Në këtë periudhë, përqindja e pacientëve me një dhe dy sëmundje kronike mbeti relativisht e qëndrueshme, ata me tre sëmundje kronike u rritën përafërsisht 60%, dhe ata me katër ose më shumë sëmundje kronike u rritën përafërsisht 300%.

Në një studim të ngjashëm me studimin tonë nga Condelius et al. u morën në shqyrtim numri i shtrimeve të planifikuara dhe urgjente në spital gjatë 1 viti në mesin e personave 65 vjeç dhe më shumë, dhe lidhjen e tij me kujdesin komunal, kujdesin ambulator, multi-morbiditetin, moshën dhe seksin.(50) U morën në studim 4907 individë që kishin një ose më shumë shtrime gjatë vitit 2001. Të dhënat u mblodhën nga dy regjistra dhe u bënë krahasime midis atyre që kanë një, dy dhe tre ose më shumë shtrime spitalore dhe ndërmjet atyre ata me, dhe pa përkujdesje dhe shërbime komunale. Pesëmbëdhjetë përqind e mostrës kishin tre ose më shumë qëndrime spitalore (diapazoni 3-15) që përbënin 35% të të gjitha hospitalizimeve. Ky grup

kishte shumë më tepër kontakte në kujdesin ambulator me mjekun (numri mesatar i kontakteve (md) = 15), krahasuar me ato me një (md: 8), ose dy shtrime (md: 11).

Parashikuesit kryesorë për numrin e shtrimeve ishin numri i grupeve të diagnozave dhe numri i kontakteve me mjekun në kujdesin ambulator.

Në këtë kontekst, evidentohet që ko-morbiditeti dhe multi-morbiditeti janë një problem i rëndësishëm, si në lidhje me barrën e sëmundshmërisë që përfaqësojnë, por edhe me komplikacionet e mundshme shëndetësore dhe me kostot e larta financiare të mjekimit të tyre.

## 1.2. Konteksti i Studimit Aktual

Sipas raportit shëndetësor kombëtar të publikuar në vitin 2014, barra totale e sëmundjeve jo të transmetueshme në Shqipëri u rrit me 34% në vitin 2010 në krahasim me vitin 1990, vit i cili shënoi edhe rënien e sistemit komunist dhe kalimin drejt një sistemi të ekonomisë së tregut (53,54).

Kështu, vetëm në meshkuj, DALY-t (*Disability-Adjusted Life Years*) për 100,000 ishin rreth 17,498 në vitin 1990 në krahasim me 23,448 në vitin 2010 (19,20).

Në të dyja gjinitë, proporcioni i përgjithshëm i sëmundjeve jo të transmetueshme përbëi barrën totale të sëmundshmërisë u rrit nga 59% në vitin 1990 në 79% në vitin 2010 (53,54).

Ritmi i kësaj rritjeje ishte i njëjtë në meshkuj dhe në femra, sipas të dhënave zyrtare nga institucionet shqiptare, por edhe nga vlerësimet e agjencive dhe institucioneve ndërkombëtare (53,54).

Në mënyrë të veçantë, shumë pacientë në Shqipëri vuajnë nga prania e të paktën dy sëmundjeve kronike (54).

Kutia 1 paraqet DALY-t gjini-specifike për sëmundjet jo të transmetueshme në tërësi në popullatën shqiptare për vitin 1990 dhe për vitin 2010.

**Kutia 1. DALY-t gjini-specifike për sëmundjet jo të transmetueshme në tërësi në Shqipëri për vitin 1990 dhe për vitin 2010 (*burimi: GBD, 2010*)**

GJINIA	Viti: 2010		Viti: 1990	
	DALY (për 100,000)	DALY (%)	DALY (për 100,000)	DALY (%)
Meshkuj	23447.5	75.3	17497.6	55.9
Femra	19800.9	82.9	16337.9	62.5
<b>Totali</b>	21625.7	78.6	16.932.2	58.9

Një analizë shtesë dëshmon një rritje më të madhe të sëmundjeve jo të transmetueshme në periudhën 1995-2000, periudhë e cila përfshin vitin 1997 të karakterizuar nga kolapsi i firmave piramidale në Shqipëri dhe pasojat politike dhe social-ekonomike të lidhura me rënien dhe falimentimin e këtyre skemave financiare të dështuara.

Më pas, në periudhën 2000-2010, u evidentua një rritje e qëndrueshme e barrës së sëmundjeve jo të transmetueshme, pavarësisht se kjo rritje ishte me ritme më të vogla se gjatë periudhës së mëparshme (54).

Nga ana tjetër, tek femrat, kishte evidencë të një rritjeje më të lehtë të barrës së sëmundjeve jo të transmetueshme në krahasim me meshkujt në dy dekadat e fundit

(54). Gjithsesi, shumë pacientë me sëmundje jo të transmetueshme vuanin nga ko-morbiditeti dhe multi-morbiditeti.

Lidhur me krahasimet me vendet e rajonit, duhet theksuar se barra e standardizuar për moshën e sëmundjeve jo të transmetueshme tek meshkujt shqiptarë në vitin 2010 (22,683 DALY për 100,000) ishte mes vlerave më të larta të rajonit të Evropës Jug-Lindore së bashku me Maqedoninë (shtet i cili paraqiti vlerën më të lartë) dhe Malin e Zi (53,54).

Nga ana tjetër, proporcioni i standardizuar për moshë i DALY nga sëmundjet jo të transmetueshme tek meshkujt shqiptarë në vitin 1990 ishte rreth 74%, vlerë e cila ishte më e ulëta në rajon.

Tek femrat, Maqedonia dhe Mali i Zi kishin vlerat më të larta, të ndjekura nga Shqipëria (me 18,368 DALY për 100,000) dhe Serbia. Proporcioni i standardizuar për moshë i DALY nga sëmundjet jo të transmetueshme tek femrat shqiptare në vitin 2010 ishte rreth 80%, vlerë e cila, përsëri, ishte më e ulëta në rajonin e Evropës Jug-Lindore.

Kjo evidencë në të dyja gjinitë dëshmon se sëmundjet e tjera përfshi ato infektive vazhdojnë që të përbëjnë një proporcion më të madh të barrës së përgjithshme të sëmundshmërisë në popullatën shqiptare në krahasim me vendet e tjera të rajonit të Evropës Jug-Lindore (53,54).

Në mënyrë interesante, në vitin 1990, proporcioni i standardizuar për moshë i DALY (përmbi barrën e përgjithshme të sëmundshmërisë) për të gjitha sëmundjet jo të transmetueshme në Shqipëri ishte shumë më i ulët se vlera mesatare në rajonin e Evropës Jug-Lindore (vetëm 65% në meshkuj dhe 69% në femra).

Kjo vlerë relativisht e ulët ishte si pasojë e vlerave relativisht të larta të kategorive të tjera të sëmundjeve përfshi sëmundjet infektive dhe shkaqet e jashtme të vdekjeve (53,54).

Ky hendek është reduktuar në mënyrë të ndjeshme gjatë dekadave të fundit, pavarësisht faktit se proporcioni i sëmundjeve jo të transmetueshme në Shqipëri vazhdon të jetë më i ulëti në rajonin e Evropës Jug-Lindore (53,54).

Në çdo rast, duhet theksuar se barra e saktë e multi-morbiditetit dhe ko-morbiditetit në popullatën adulte shqiptare nuk është e mirë-dokumentuar dhe mungojnë studime të mirëfillta shkencore të cilat evidentojnë me saktësi prevalencën dhe shpërndarjen e këtyre ngjarjeve shëndetësore gjatë viteve të fundit.

Në një studim nga Çollaku A dhe al, të realizuar në Qendrën Shëndetësore nr. 4 në Tiranë, nga 2500 pacientë kronikë u zgjodh një mostër prej 403 pacientësh në mënyrë rastësore.(55)

Nga studimi rezultoi se prevalenca e ko-morbiditetit tek mostra e të sëmurëve kronikë të marrë në studim është 64%. Në totalin e sëmundshmërisë, sëmundjet

kardiovaskulare përbënin ngarkesën kryesore me 46.6% te totalit ku hipertensioni ka rolin kryesor (67.5%). Sëmundje të tjera që luajnë rol të rëndësishëm në ngarkesën e sëmundshmërisë janë diabeti (22.2%), dislipidemia (22.2%), sëmundjet respiratore (8.6%), ato reumatizmale (6.7%), AVC(6.4%).

Në studim rezulton që 27% e të sëmurëve kronike i përkasin popullatës aktive, kundrejt 64% subjekteve pensionistë. Për sa i përket shpërndarjes së ko-morbiditetit sipas gjinisë, në të gjitha rastet (me 2,3 apo 4 sëmundje), prevalenca është më e lartë tek femrat. E kundërta ndodh me sëmundjet kronike kardiovaskulare ku dominojnë meshkujt.

Në pacientët me dy sëmundje, kombinimi më i shpeshtë është Hipertension - Diabet, i pasuar nga kombinime të tjera Hipertension - Dislipidemi, Hipertension - AVC, Dislipidemi- SIZ. Në pacientët me tre sëmundje kombinimi më i shpeshtë është Hipertension – Diabet – Dislipidemi. Një përfundim tjetër i rëndësishëm ishte se ko-morbiditeti rritet me rritjen e moshës.

Prandaj, në këtë kontekst, lind nevoja e udhëheqjes së studimeve shkencore metodologjikisht korrekte për përcaktimin e magnitudës dhe shpërndarjes së bashkëshoqërimit të sëmundjeve kronike dhe akute në popullatën adulte shqiptare.

## 2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit

### 2.1. Qëllimi i Studimit

Qëllimi i këtij studimi të kryer në vendin tonë ishte vlerësimi i magnitudës dhe i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit tek pacientët shqiptarë të të dyja gjinive në mënyrë që të përftohet evidenca e nevojshme shkencore për tipizimin dhe karakterizimin e profilit klinik, trajtimit dhe prognozës së këtyre pacientëve në vendin tonë.

Gjithashtu, një qëllim tjetër i studimit ishte vlerësimi i shkaqeve kryesore (diagnozave bazë) që diktojnë nevojën e paraqitjes në urgjencën mjekësore dhe hospitalizimin e pacientëve.

Gjenerimi i evidencës shkencore dhe karakterizimi i profilit të pacientëve me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet do të ofrojë mundësi për t'iu përgjigjur me efektivitet dhe në kohën e duhur kërkesave dhe nevojave për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore ndaj këtyre pacientëve.

### 2.2. Objektivat Specifike të Studimit

Objektivat specifike të këtij studimi ishin si më poshtë vijon:

- Vlerësimi prevalencës së ko-morbiditetit në pacientët e vendit tonë.
- Vlerësimi prevalencës së multi-morbiditetit në pacientët e vendit tonë.
- Vlerësimi i numrit të sëmundjeve të pacientëve:
  - Numri i sëmundjeve shoqëruese
  - Numri total i sëmundjeve (sëmundja kryesore dhe sëmundjet shoqëruese)
- Vlerësimi i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit sipas karakteristikave demografike të pacientëve:
  - Gjinia
  - Grup-mosha
  - Rrethi (vendbanimi)
- Vlerësimi i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit sipas profilit klinik të pacientëve:
  - Karakteristikat e shtrimit në spital

- Diagnozatat klinike
  - Ditë-qëndrimi
  - Përdorimi i antibiotikëve
- Vlerësimi i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit sipas faktorëve të lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës të pacientëve:
    - Duhan pirja
    - Konsumi i alkoolit
  - Vlerësimi i shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit sipas profilit hematologjik dhe biokimik të pacientëve:
    - Profili hematologjik: eritrocitet, leukocitet, trombocitet, hemoglobina;
    - Profili biokimik: glicemia, proteinat totale, kreatinemia, azotemia, AST, ALT, bilirubina, kolesteroli, trigliceridet, acidi urik.
  - Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit me:
    - Karakteristikat social-demografike të pacientëve (gjinia, grup-mosha, vendbanimi).
    - Faktorët e stilit (mënyrës) së jetesës së pacientëve të përfshirë në studim (duhan-prija dhe konsumi i alkoolit).

### 2.3. Hipotezat e Studimit

Në këtë studim u formuluan “*a priori*” disa hipoteza, bazuar në parimet e metodologjisë së kërkimit shkencor sasior, ku hipotezat konsiderohen si operacionalizimi i teorisë së studimit (studimet sasimore kanë një qasje deduktive sipas të cilës teoritë formulohen “*a priori*” që në zanafillë të studimit dhe më pas operacionalizohen në formë hipotezash të cilat janë pohime specifike të matshme, vlefshmëria ose jo e të cilave verifikohet vetëm “*a posteriori*”, d.m.th. vetëm pas mbledhjes së të dhënave).

Më konkretisht, hipotezat e këtij studimi ishin si më poshtë vijon:

- Prevalenca e ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit është më e lartë tek pacientët e moshuar në krahasim me pacientët më të rinj në moshë.
- Numri total i patologjive dhe/ose numri i sëmundjeve shoqëruese është më i lartë tek pacientët e moshuar në krahasim me pacientët më të rinj në moshë.



- Prevalenca e ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit është më e lartë tek femrat në krahasim me meshkujt.
- Numri total i patologjive është më i lartë tek femrat në krahasim me meshkujt.
- Prevalenca e ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit është më e lartë tek pacientët me një stil/mënyrë jetese jo të shëndetshme në krahasim me pacientët më të rinj në moshë.
- Edema pulmonare dhe kriza hipertensive janë shkaqet kryesore të shtrimit në spital (hospitalizimit të pacientëve).

### 3. Metodologjia

Në këtë kapitull të rëndësishëm përshkruhet me hollësi protokollin e këtij studimi duke përfshirë të gjitha detajet metodologjike duke filluar që nga tipi (apo lloji) i studimit, periudha kohore e realizimit të punimit shkencor, popullata në studim dhe procedurat e përzgjedhjes së pacientëve, mbledhja e të gjitha të dhënave (informacionit) klinik dhe social-demografik, përkufizimi përkatës i të gjitha të dhënave (të emërtuara si “variabla”, ose ndryshorë), si dhe analiza statistikore e të dhënave të gjeneruara nga ky studim.

#### **Tipi (lloji) i studimit**

Ky punim shkencor i referohet një studimi të tipit (llojit) *rast-seri* (“*case-series*”), i cili konsistoi në rekrutimin e një numri (serie) rastesh klinike të hospitalizuara në Shërbimin e Mjekësisë Interne në Qendrën Spitalore Universitare (QSUT) “Nënë Tereza” në Tiranë.

Studimet rast-seri (shpesh herë, të emërtuar edhe si “seri klinike”) janë studime që përfshijnë një grup pacientësh të cilët kanë të njëjtën diagnozë (patologji) dhe/ose një grup pacientësh që marrin të njëjtin mjekim (regjim terapeutik).

Këto lloj studimesh mund të përfshijnë një kontigjent konsektiv (të njëpasnjëshëm) pacientësh, ose mund të konsistojnë në një kontigjent jo konsektiv (jo të njëpasnjëshëm) pacientësh, në varësi të faktit nëse përfshihen të gjithë pacientët gjatë një periudhe kohore të caktuar, ose nëse merret vetëm një kampion përfaqësues i tyre.

Në studimin aktual u përfshinë të gjithë pacientët e hospitalizuar në Shërbimin e Mjekësisë Interne në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” për një periudhë pothuajse një vjeçare. Prandaj, ky studim konvencionalisht konsistoi në një kontigjent konsektiv (të njëpasnjëshëm) pacientësh.

Nga pikëpamja e objektit të hulumtimit, studimet rast-seri kanë karakter deskriptiv (përshkrues), në ndryshim nga studimet krahasuese me të paktën dy grupe të cilat kanë karakter analitik (si p.sh., studimet transversale, studimet rast-kontroll, ose studimet kohort/prospektive).

Studimet rast-seri kanë një aplikim shumë të gjerë në punën kërkimore-shkencore të mjekësisë klinike. Megjithatë, këto studime duhen kryer me shumë kujdes në fazën e përzgjedhjes së pacientëve për përfshirje në studim. Studimet rast-seri që konsistojnë në përzgjedhjen e një kampioni (mostre) dhe jo të gjithë pacientëve me një konditë (sëmundje) të caktuar mund të vuajnë nga gabimi sistematik i seleksionit (përzgjedhjes) nëse kontigjenti i individëve të përfshirë në studim nuk është përfaqësues. Ky problem shmanget nëse në studim përfshihen të gjithë

pacientët gjatë një periudhe kohore të caktuar. Pikërisht, bazuar mbi këtë avantazh metodologjik u ndërmor edhe studimi aktual, në të cilin u përfshi një kontigjent konsektiv (i njëpasnjëshëm) i pacientëve të hospitalizuar në Mjekësisë Interne në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”.

### **Periudha kohore e kryerjes (realizimit) të punimit shkencor**

Ky studim u realizua në Tiranë në periudhën Gusht 2013 – Qershor 2014 (pra, me një kohëzgjatje prej rreth një viti kalendarik).

### **3.1. Popullata në Studim**

Popullata e përfshirë në këtë studim konsistoi në një kontigjent prej 974 rastesh konsektive (të njëpasnjëshme) të pacientëve të shtruar pranë Shërbimit të Mjekësisë Interne të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë.

Në këtë studim nuk u përcaktuan kritere përjashtuese për kontigjentin e pacientëve, përveç atyre shumë pak rasteve ku pacientët nuk kishin mundësi që të bashkëpunonin dhe të merrnin pjesë në studim si pasojë e stadi të sëmundjes ose insistimit të familjarëve për mos t’iu nënshtruar ekzaminimeve shtesë dhe/ose intervistës së planifikuar në këtë studim; por, këto raste ishin shumë të pakta (n=6) dhe, në tërësi, të papërfillshme.

Prandaj, në total, shkalla e pjesëmarrjes në studim në kampionin e pacientëve ishte shumë e lartë:  $974/1000=97.4\%$ . Kjo pjesëmarrje në studim konsiderohet shumë e lartë në krahasim me studime të ngjashme të kryera në vendin tonë, por sidomos në vende të tjera, përfshi edhe rajonin tonë (me shtete të tilla si Kosova, Serbia, Maqedonia, Bosnja dhe Herecegovina, si dhe vende të tjera).

Nga 974 pacientë të përfshirë në këtë studim, 454 (45.6%) ishin meshkuj dhe 520 (53.4%) ishin femra.

Në tërësi, moshë mesatare e pacientëve të përfshirë në studim ishte  $61.3\pm 13.5$  vjeç dhe nuk kishte asnjë ndryshim domethënës në vlerën e moshës mesatare sipas gjinisë së pacientëve (në meshkuj, moshë mesatare ishte:  $61.2\pm 13.8$  vjeç, ndërsa në femra moshë mesatare ishte:  $61.3\pm 13.1$  vjeç).

Për të gjitha krahasimet dhe modelet statistikore të aplikuar në analizën e të dhënave, numri i nevojshëm i pacientëve rezultoi të ishte mëse i mjaftueshëm, bazuar në llogaritje dhe në supozime konservative (të cilat tentojnë që të maksimalizojnë madhësinë e kampionit).

Në tërësi, kampioni përfundimtar i pacientëve të përfshirë në këtë punim mundësoi plotësisht realizimin e objektivave dhe përmbushjen e qëllimit përfundimtar të studimit.

### 3.2. Mbledhja e të Dhënave

Mbledhja e të dhënave të këtij studimi konsistoi në ekzaminimin e hollësishëm klinik, analizat e detajuara laboratorike, si dhe në administrimin e një pyetësori të strukturuar tek të gjithë pacientët e përfshirë në këtë punim.

Kontrolli i cilësisë së mbledhjes së të dhënave u realizua nëpërmjet verifikimit të procedurave të punës dhe konsistoi në vlerësimin e cilësisë së informacionit të përshkruar në kartelat klinike, repertin e plotë laboratorik, si dhe në rishikimin e mënyrës së administrimit të pyetësorit tek të gjithë pacientët e përfshirë në studim.

Pyetësori i studimit përfshiu pyetje të lidhura me karakteristikat social-demografike (mosha, gjinia, vendbanimi dhe gjendja e punësimit), faktorët e lidhur me stilin/mënyrën e jetesës (duhanpirja dhe konsumi i alkoolit), si dhe profilin klinik të pacientëve (historinë e sëmundjes kryesore dhe sëmundjeve të tjera shoqëruese).

Studimi u miratua nga Komiteti i Etikës Bio-Mjekësore. Të gjithë individët dhanë pëlqimin për pjesëmarrje në studim pasi u informuan për qëllimin dhe objektivat e studimit, dhe procedurat e ndryshme të administrimit të ekzaminimeve dhe pyetësorit.

### 3.3. Përkufizimi i Variableve (Ndryshorëve)

Përtej përcaktimit klinik të diagnozës kryesore, si dhe eventualisht të gjitha patologjive të tjera shoqëruese, në studim u përfshinë edhe disa variable (ndryshorë) të tjerë social-demografikë dhe/ose faktorë të tjerë risku (kryesisht të lidhur me stilin ose mënyrën e jetesës).

Më specifikisht, përkufizimi i këtyre variableve (ndryshorëve) të përfshirë në studim paraqitet më poshtë:

#### - **Karakteristikat social-demografike:**

- **Mosha:** u vlerësua sipas vetë-raportimit të datës së lindjes të individëve dhe datës së ekzaminimit dhe/ose intervistimit të tyre. Në analizën e të dhënave, mosha u trajtua si variabël *numerik* dhe si variabël dikotomik (binar) në dy grup-mosha:  $\leq 60$  vjeç vs.  $\geq 61$  vjeç.
- **Gjinia:** variabël *binar/dikotomik* (meshkuj vs. femra).
- **Rrethi (vendbanimi):** u përcaktua bazuar në rezidencën (vendbanimin) e pacientëve të përfshirë në studim. Në analizën statistikore, ky variabël u *dikotomizua*: Tiranë vs. rrethe tjera të vendit.
- **Punësimi:** u përcaktua bazuar në raportimin e pacientëve. Në analizë, gjendja e punësimit u trajtua si variabël *nominal*: punësuar, papunë dhe pension.

#### - **Faktorët e stilit (mënyrës) së jetesës:**

- **Duhanpirja:** u përcaktua bazuar në raportimin e pacientëve. Në analizën e të dhënave, ky variabël u *dikotomizua*: po vs. jo.

- **Konsumi i alkoolit:** u përcaktua bazuar në raportimin e pacientëve. Në analizën e të dhënave, ky variabël u *dikotomizua*: po vs. jo.

**- Profili klinik:**

- **Shtrim urgjent:** variabël *binar/dikotomik* (po vs. jo).
- **Shtrim i planifikuar:** variabël *binar/dikotomik* (po vs. jo).
- **Transferim:** variabël *binar/dikotomik* (po vs. jo).
- **Shtrim i parë:** variabël *binar/dikotomik* (po vs. jo).

**- Profili hematologjik dhe biokimik:**

- **Eritrocitet:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Leukocitet:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Hemoglobina:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Trombocitet:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Glicemia:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Azotemia:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Kreatinemia:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Proteinat totale:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **AST:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **ALT:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Bilirubina:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Kolesteroli:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Trigliceridet:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).
- **Acidi urik:** variabël *numerik* (i vazhdueshëm).

### 3.4. Analiza Statistikore

Të gjitha të dhënat e mbledhura nga kartelat klinike dhe pyetësorët e pacientëve u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Procedurat dhe teknikat statistikore të aplikuara në analizën e të dhënave të këtij studimi përshkruhen me hollësi më poshtë:

- Për të gjitha variablet (ndryshorët) kategorike (*nominale* përfshi shkallën *binare/dikotomike*, dhe/ose *ordinale*), u llogaritën 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*.
- Analiza kryesore statistikore konsistoi në aplikimin e *Modelit Linear të Përgjithshëm* (*General Linear Model*) nëpërmjet të cilit u llogaritën vlerat mesatare (intervalet përkatëse të besimit 95%, si dhe vlerat e sinjifikancës/përfillshmërisë statistikore) të numrit të patologjive të përgjithshme dhe sëmundjeve shoqëruese të pacientëve të përfshirë në studim. Fillimisht u llogaritën vlerat mesatare bruto ose të pa-axhustuara (të pa kontrolluara) dhe më pas u llogaritën vlerat mesatare të axhustuara (të kontrolluara) për karakteristikat social-demografike (mosha, gjinia, rrethi dhe gjendja e punësimit) dhe faktorët e tjerë të lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës (duhanpirja dhe konsumi i alkoolit). Procedurat e modelit linear të përgjithshëm mundësojnë analizë regresioni linear për një ndryshor të varur (numerik) sipas një ose më shumë faktorëve/ndryshorëve numerikë dhe/ose kategorikë (nominalë, ose ordinalë). Aplikimi i testeve statistikore që konsistojnë në modelet e përgjithshme lineare mund të testojë hipotezën e zeros mbi efektet e ndryshorëve të tjerë në mesataret e kategorive të ndryshme të një ndryshori të vetëm (numerik) të varur. Kjo karakteristikë e modelit të përgjithshëm linear u përdor në këtë studim për të krahasuar vlerat mesatare të numrit të patologjive të përgjithshme dhe sëmundjeve shoqëruese të pacientëve të përfshirë në studim.
- Regresioni logjistik binar (*binary logistic regression*) u përdor për vlerësimin e lidhjes (shoqërimit) mes ndryshorëve të pavarur (karakteristikave social-demografike, faktorëve të stilit/mënyrës së jetesës dhe karakteristikave klinike të pacientëve) dhe ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit. Raporti i gjasave (OR), intervallet 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 njëkohshëm të të gjithë ndryshorëve të tjerë në studim). Testi Hosmer-Lemeshow u përdor për vlerësimin e vlefshmërisë së modeleve të regresionit logjistik binar. Të gjitha modelet e regresionit logjistik binar (modelet bivariate, si dhe ato multivariate) e përmbushën kriterin e përcaktuar nga ky test (pra, të gjitha modelet e regresionit logjistik rezultuan të ishin të vlefshëm).
- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e  $P \leq 0.05$ .

E gjithë analiza statistikore u krye nëpërmjet Paketës Statistikore për Shkencat Sociale, versioni 19.0 (*SPSS – Statistical Package for Social Sciences*).

## 4. Rezultatet

Në këtë kapitull paraqiten në mënyrë të hollësishme të gjitha gjetjet (rezultatet) e studimit aktual sipas renditjes së mëposhtme:

- Përshkrimi i karakteristikave social-demografike të pacientëve të përfshirë në studim;
- Përshkrimi i karakteristikave klinike në kontigjentin e pacientëve të përfshirë në studim:
  - a. Karakteristikat e shtrimit në spital të pacientëve
  - b. Diagnozatat e pacientëve të përfshirë në studim
  - c. Faktorët e mënyrës së jetesës
  - d. Profili hematologjik dhe biokimik
- Lidhja e ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe faktorët e stilit (mënyrës) së jetesës së pacientëve të përfshirë në studim.

### 4.1. Përshkrimi i karakteristikave social-demografike të popullatës në studim

Tabela 1 paraqet shpërndarjen e moshës në popullatën në studim në tërësi. Moshë mesatare e kontigjentit prej 974 pacientësh të përfshirë në këtë studim ishte  $61.3 \pm 13.5$  vjeç. Mediana e moshës ishte 62 vjeç (largësia interkuartile:  $71-53=18$  vjeç). Vlera minimale e moshës ishte 13 vjeç, ndërsa vlera maksimale ishte 90 vjeç; në këtë mënyrë, rangi i moshës ishte:  $90-13=77$  vjeç.

**Tabela 1. Shpërndarja e moshës në popullatën në studim**

<b>Numri</b>		974
<b>Mesatarja aritmetike</b>		61.28 vjeç
<b>Shmangia standarde</b>		13.462 vjeç
<b>Minimumi</b>		13 vjeç
<b>Maksimumi</b>		90 vjeç
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	53.00 vjeç
	<b>50</b>	62.00 vjeç
	<b>75</b>	71.00 vjeç

Tabela 2 paraqet shpërndarjen e moshës tek pacientët e gjinisë mashkullore. Moshë mesatare e kontigjentit prej 454 pacientësh meshkuj të përfshirë në këtë studim ishte  $61.2 \pm 13.8$  vjeç. Mediana e moshës ishte 62 vjeç (largësia interkuartile:  $71-54=17$  vjeç). Vlera minimale e moshës ishte 15 vjeç, ndërsa vlera maksimale ishte 90 vjeç; në këtë mënyrë, rangi i moshës ishte:  $90-15=75$  vjeç.

**Tabela 2. Shpërndarja e moshës tek meshkujt**

<b>Numri</b>		454
<b>Mesatarja aritmetike</b>		61.24 vjeç
<b>Shmangia standarde</b>		13.848 vjeç
<b>Minimumi</b>		15 vjeç
<b>Maksimumi</b>		90 vjeç
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	54.00 vjeç
	<b>50</b>	62.00 vjeç
	<b>75</b>	71.00 vjeç

Tabela 3 paraqet shpërndarjen e moshës tek pacientët e gjinisë femërore. Moshë mesatare e kontigjentit prej 520 pacientësh femra të përfshira në këtë studim ishte  $61.3 \pm 13.1$  vjeç. Mediana e moshës ishte 62 vjeç (largësia interkuartile:  $71-53=18$  vjeç). Vlera minimale e moshës ishte 13 vjeç, ndërsa vlera maksimale ishte 90 vjeç; në këtë mënyrë, rangi i moshës ishte:  $90-13=77$  vjeç.

**Tabela 3. Shpërndarja e moshës tek femrat**

<b>Numri</b>		520
<b>Mesatarja aritmetike</b>		61.32 vjeç
<b>Shmangia standarde</b>		13.129 vjeç
<b>Minimumi</b>		13 vjeç
<b>Maksimumi</b>		90 vjeç
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	53.00 vjeç
	<b>50</b>	62.00 vjeç
	<b>75</b>	71.00 vjeç

Tabela 4 paraqet shpërndarjen e karakteristikave social-demografike të popullatës në studim në tërësi (N=974 pacientë).

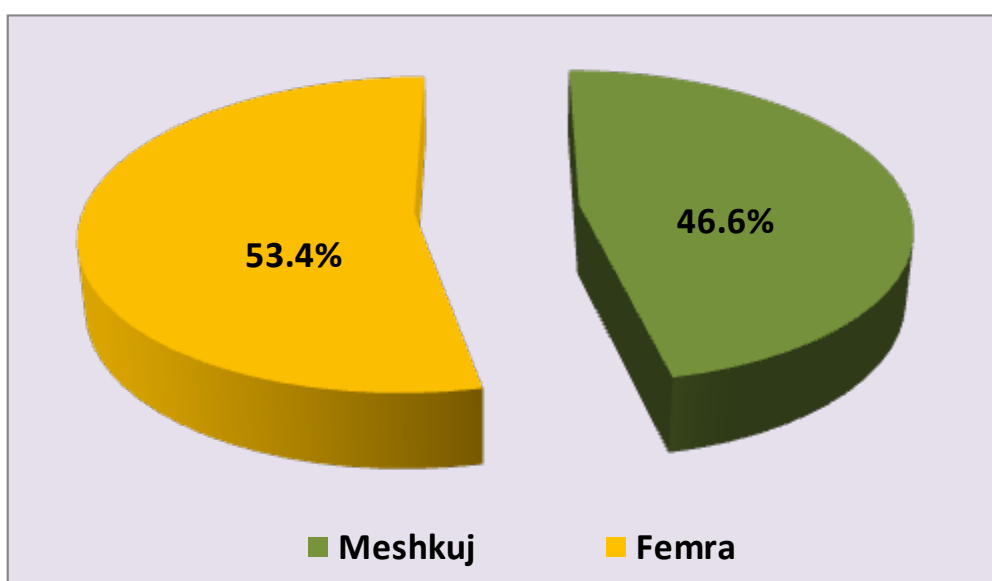


**Tabela 4. Shpërndarja e karakteristikave social-demografike të popullatës në studim**

Karakteristika	Numri (N=974)	Përqindja
<b>Gjinia:</b>		
Meshkuj	454	46.6
Femra	520	53.4
<i>Totali</i>	<i>974</i>	<i>100.0</i>
<b>Grup-mosha:</b>		
≤60 vjeç	444	45.6
≥61 vjeç	530	54.4
<b>Rrethi:</b>		
Tiranë	598	61.4
Rrethe tjera	376	38.6
<b>Punësimi:</b>		
Punësuar	449	46.1
Papunë	40	4.1
Pension	485	49.8

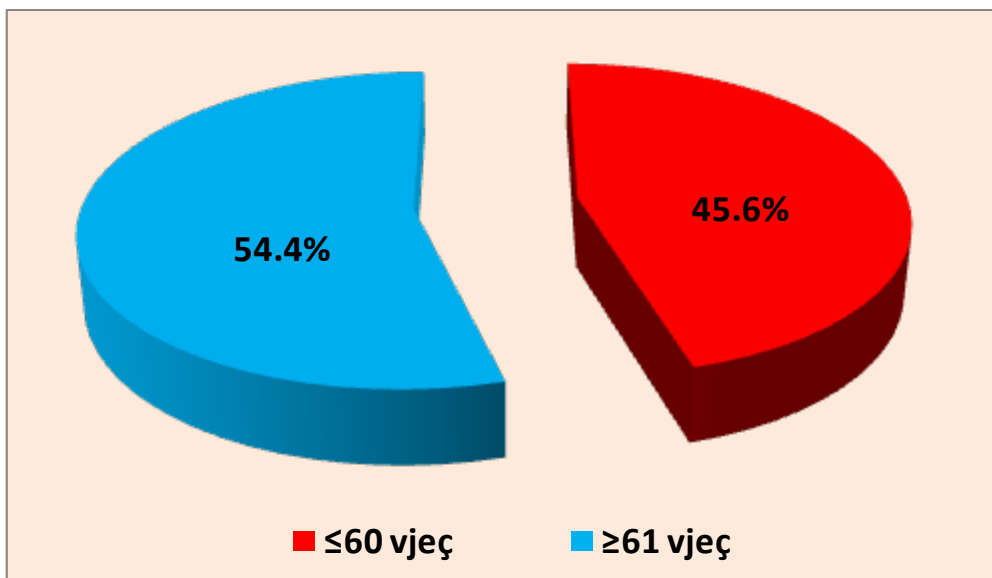
Në total, 454 (46.6%) pacientë ishin të gjinisë mashkullore, ndërkohë që 520 (53.4%) pacientë të tjerë ishin të gjinisë femërore (Grafiku 1).

**Grafiku 1. Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjinisë**



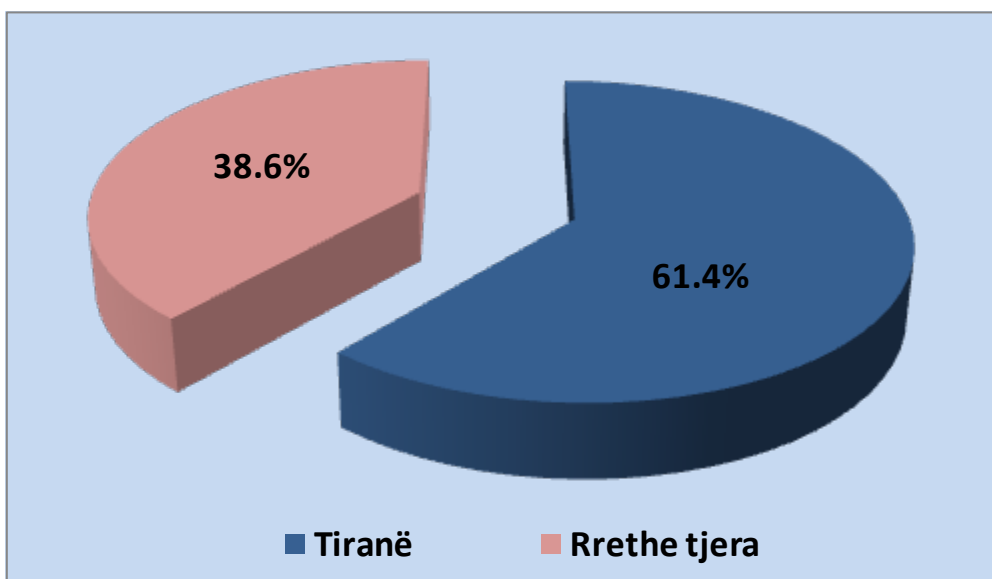
Në tërësi, 444 (45.6%) e pacientëve kishin një moshë  $\leq 60$  vjeç, ndërsa 530 (54.4%) e pacientëve të tjerë kishin një moshë  $\geq 61$  vjeç (Grafiku 2).

**Grafiku 2. Shpërndarja e popullatës në studim sipas grup-moshës**



Në total, 598 (61.4%) pacientë ishin nga Tirana, ndërsa 376 (38.6%) e pacientëve ishin nga rrethet e tjera të vendit (Grafiku 3).

**Grafiku 3. Shpërndarja e popullatës në studim sipas rretheve të vendit**



Lidhur me punësimin, 449 (46.1%) e pacientëve ishin të punësuar, 40 (4.1%) ishin të papunë dhe 485 (49.8%) ishin në pension (Grafiku 4).

**Grafiku 4. Shpërndarja e popullatës në studim sipas gjendjes së punësimit**

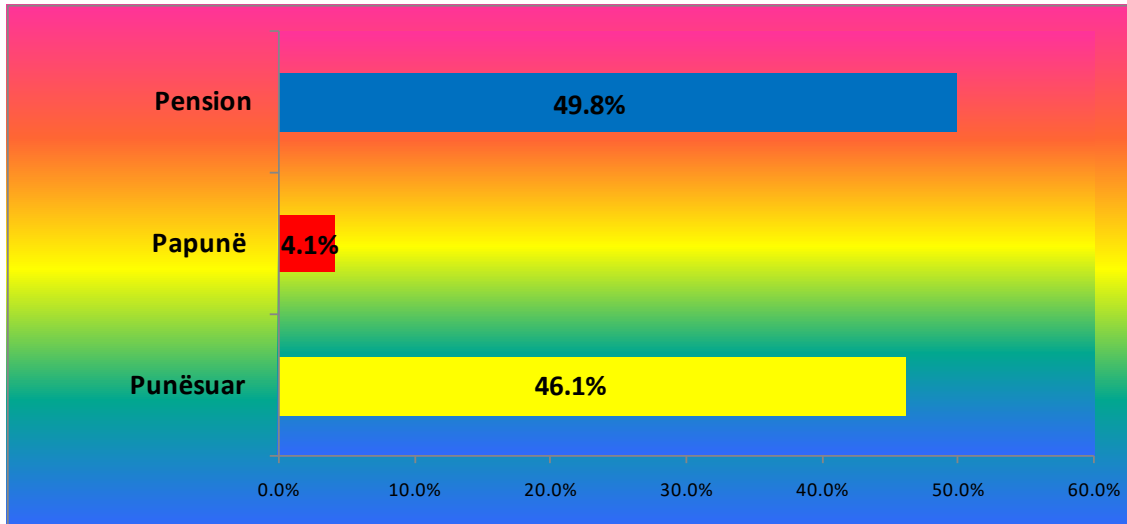


Tabela 5 paraqet shpërndarjen e karakteristikave social-demografike të popullatës në studim sipas gjinisë.

Nuk kishte ndryshim statistikiqsinjifikativ për asnjërën nga karakteristikat social-demografike mes meshkujve dhe femrave të përfshirë në këtë studim. Kështu, rreth 55% e meshkujve dhe rreth 54% e femrave kishin një moshë  $\geq 61$  vjeç ( $P=0.75$ ), ashtu siç paraqitet në Grafikon 5.

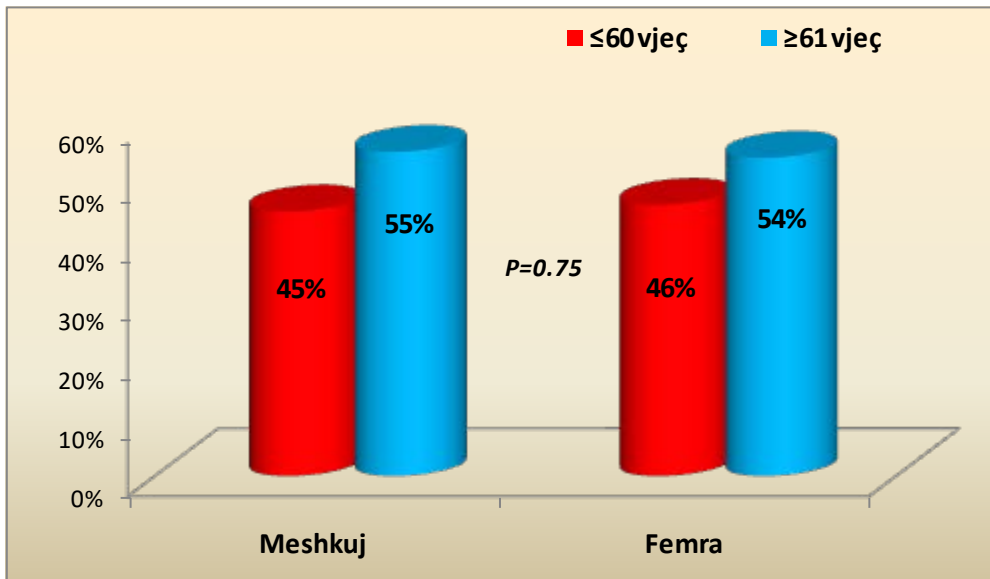
**Tabela 5. Shpërndarja e karakteristikave social-demografike sipas gjinisë**

Karakteristika	Meshkuj (N=454)	Femra (N=520)	P <sup>†</sup>
<b>Grup-mosha:</b>			
≤60 vjeç	204 (44.9)*	240 (46.2)	0.747
≥61 vjeç	250 (55.1)	280 (53.8)	
<b>Rrethi:</b>			
Tiranë	280 (61.7)	318 (61.2)	0.895
Rrethe tjera	174 (38.3)	202 (38.8)	
<b>Punësimi:</b>			
Punësuar	209 (46.0)	240 (46.2)	0.857
Papunë	17 (3.7)	23 (4.4)	
Pension	228 (50.2)	257 (49.4)	

\*Numrat absolutë dhe përqindjet sipas kolonave (në kllapa).

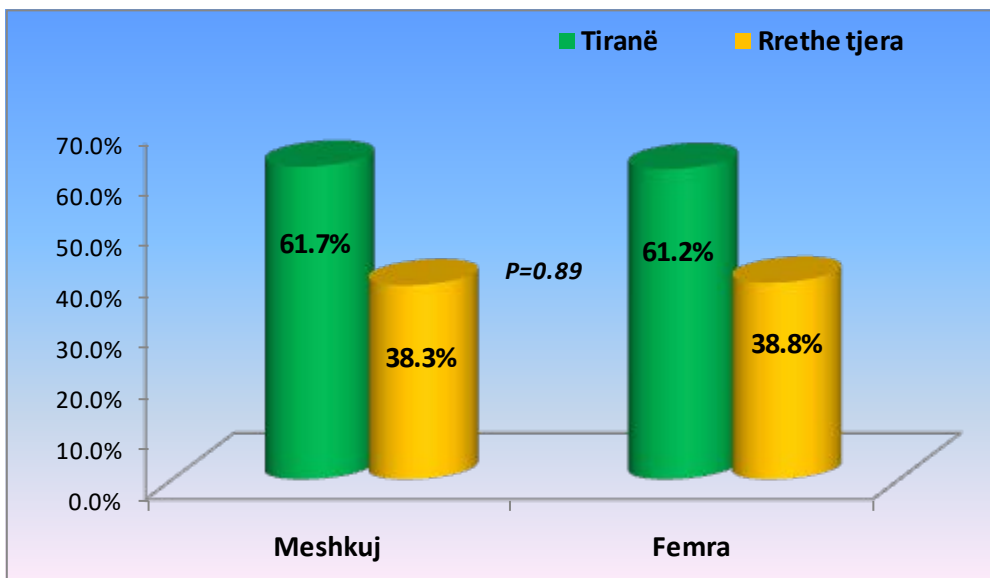
† Krahasimi i proporcioneve sipas testit ekzakt të Fisherit.

**Grafiku 5. Shpërndarja e moshës sipas gjinisë**



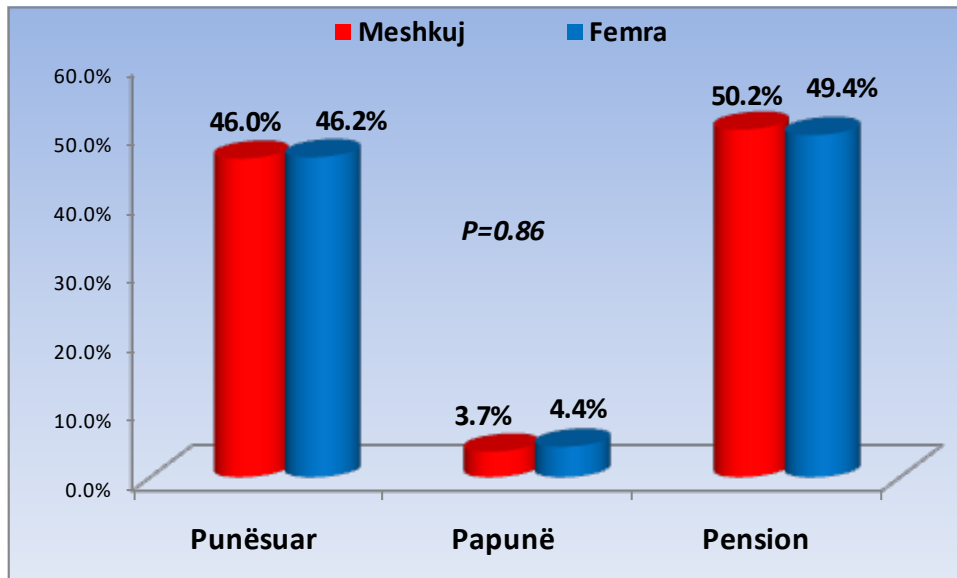
Grafiku 6 paraqet shpërndarjen e pacientëve sipas rretheve dhe gjinisë, ku evidenca dëshmon se nuk kishte asnjë ndryshim sinjifikativ mes meshkujve dhe femrave, rreth 38% e të cilëve ishin banorë të rrethit të Tiranës ( $P=0.89$ )

**Grafiku 6. Shpërndarja e pacientëve sipas rretheve dhe gjinisë**



Grafiku 7 paraqet shpërndarjen sipas gjendjes së punësimit dhe gjinisë së pacientëve të përfshirë në studim. Në të dyja gjinitë, rreth 46% e pacientëve ishin të punësuar dhe nuk kishte ndryshim sinjifikativ në shpërndarjen e statusit të punësimit mes meshkujve dhe femrave ( $P=0.86$ ).

**Grafiku 7. Shpërndarja e pacientëve sipas gjendjes së punësimit dhe gjinisë**



## 4.1. Karakteristikat klinike të pacientëve në studim

### 4.1.1. Karakteristikat e shtrimit në spital të pacientëve

Tabela 6 paraqet shpërndarjen e ditë-qëndrimit spitalor të pacientëve të përfshirë në studim në tërësi. Ditë-qëndrimi mesatar i kontigjentit prej 974 pacientësh të përfshirë në këtë studim ishte  $11.0 \pm 6.1$  ditë. Mediana e ditë-qëndrimit ishte 10 ditë (largësia interkuartile:  $14-7=7$  ditë). Vlera minimale e ditë-qëndrimit spitalor ishte 1 ditë, ndërsa vlera maksimale ishte 57 ditë; në këtë mënyrë, rangi i ditë-qëndrimit spitalor ishte:  $57-1=56$  ditë.

**Tabela 6. Shpërndarja e ditë-qëndrimit spitalor në popullatën në studim**

<b>Numri</b>		974
<b>Mesatarja aritmetike</b>		11.01ditë
<b>Shmangia standarde</b>		6.066ditë
<b>Minimumi</b>		1 ditë
<b>Maksimumi</b>		57ditë
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	7.00 ditë
	<b>50</b>	10.00 ditë
	<b>75</b>	14.00 ditë

Tabela 7 paraqet shpërndarjen e ditë-qëndrimit spitalor tek pacientët e gjinisë mashkullore. Ditë-qëndrimi mesatar i kontigjentit prej 454 pacientësh meshkuj të përfshirë në këtë studim ishte  $11.3 \pm 6.0$  ditë. Mediana e ditë-qëndrimit ishte 10.5 ditë (largësia interkuartile:  $14-7=7$  ditë). Vlera minimale e ditë-qëndrimit spitalor ishte 1 ditë, ndërsa vlera maksimale ishte 57 ditë; në këtë mënyrë, rangi i ditë-qëndrimit spitalor ishte:  $57-1=56$  ditë.

**Tabela 7. Shpërndarja e ditë-qëndrimit spitalor tek meshkujt**

<b>Numri</b>		454
<b>Mesatarja aritmetike</b>		11.33ditë
<b>Shmangia standarde</b>		6.039ditë
<b>Minimumi</b>		1 ditë
<b>Maksimumi</b>		57ditë
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	7.00 ditë
	<b>50</b>	10.50 ditë
	<b>75</b>	14.00 ditë

Tabela 8 paraqet shpërndarjen e ditë-qëndrimit spitalor tek pacientët e gjinisë femërore. Ditë-qëndrimi mesatar i kontigjentit prej 520 pacientesh femra të përfshira në këtë studim ishte  $10.7 \pm 6.1$  ditë. Mediana e ditë-qëndrimit spitalor ishte 10 ditë (largësia interkuartile:  $14-7=7$  ditë). Vlera minimale e ditë-qëndrimit spitalor ishte 1 ditë, ndërsa vlera maksimale ishte 44 ditë; në këtë mënyrë, rangi i ditë-qëndrimit spitalor ishte:  $44-1=43$  ditë.

**Tabela 8. Shpërndarja e ditë-qëndrimit spitalor tek femrat**

<b>Numri</b>	520	
<b>Mesatarja aritmetike</b>	10.73ditë	
<b>Shmangia standarde</b>	6.081ditë	
<b>Minimumi</b>	1ditë	
<b>Maksimumi</b>	44ditë	
<b>Percentilet</b>	<b>25</b>	7.00 ditë
	<b>50</b>	10.00 ditë
	<b>75</b>	14.00 ditë

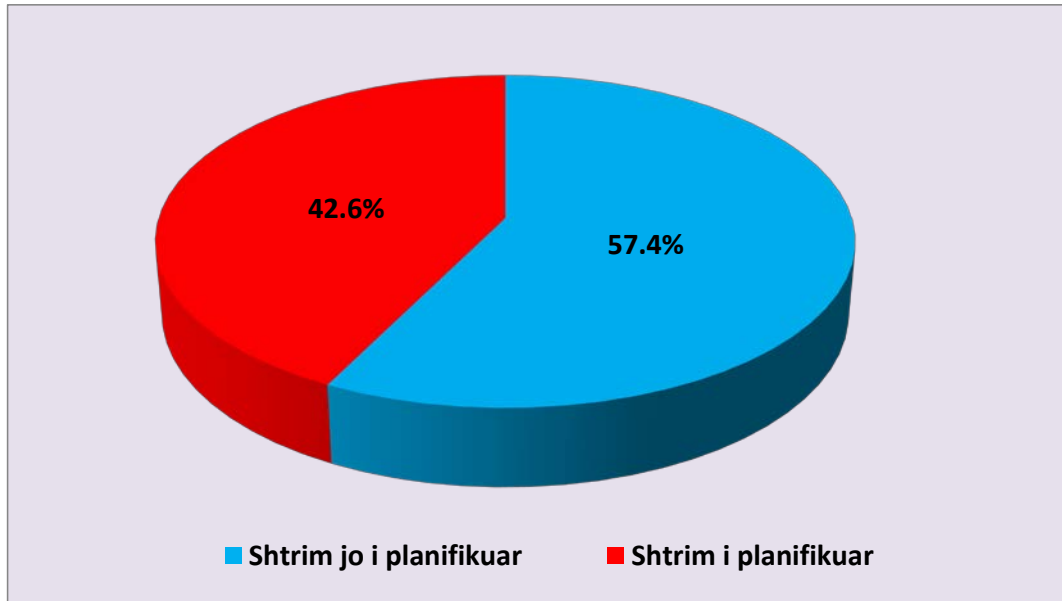
Tabela 9 paraqet shpërndarjen e llojit të shtrimit spitalor në popullatën në studim në tërësi (N=974 pacientë).

**Tabela 9. Shpërndarja e llojit të shtrimit spitalor në popullatën në studim**

<b>Lloji i shtrimit</b>	<b>Numri (N=974)</b>	<b>Përqindja</b>
<b>Lloji i shtrimit:</b>		
Urgjent	559	57.4
Planifikuar	415	42.6
<i>Totali</i>	<i>974</i>	<i>100.0</i>
<b>Transferim:</b>		
Jo	937	96.2
Po	37	3.8
<b>Shtrim i parë:</b>		
Jo	229	23.5
Po	745	76.5

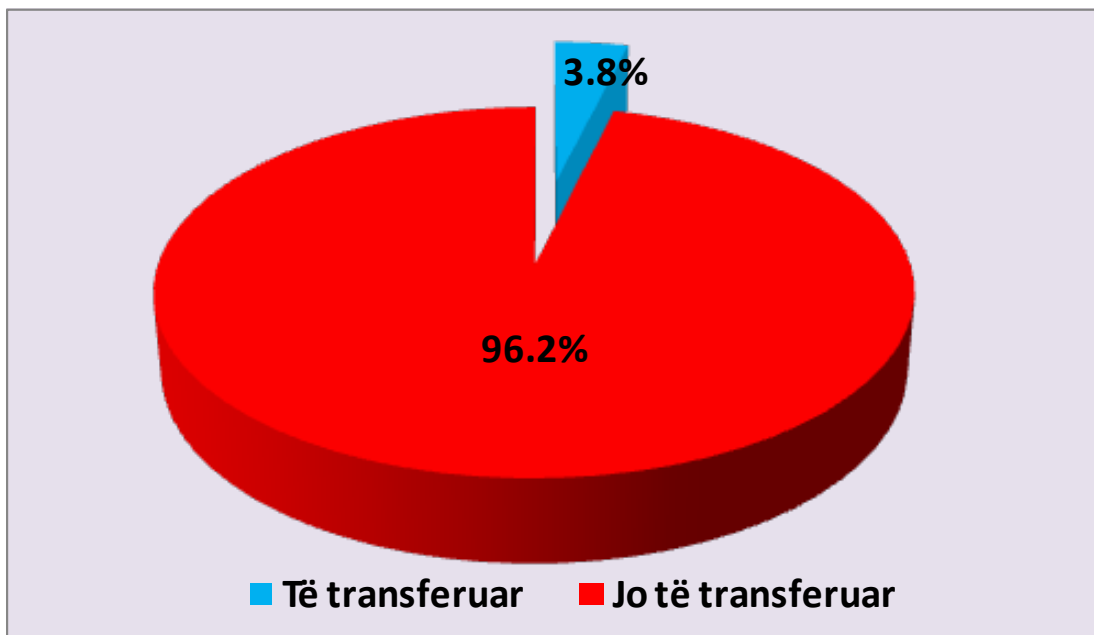
Në total, 559 (57.4%) pacientë u shtruan në spital në mënyrë urgjente, ndërkohë që 415 (42.6%) pacientë të tjerë nuk u shtruan me urgjencë, por në mënyrë të planifikuar në spital (Grafiku 8).

**Grafiku 8. Shpërndarja e pacientëve sipas llojit të shtrimit (shtrim urgjent ose i planifikuar)**



Vetëm 3,8% te pacienteve te hospitalizuar ne Mjekësinë Interne u transferuan nga një Klinike tjetër ose u transferuan në një klinike tjetër. (Grafiku 10).

**Grafiku 10. Shpërndarja e pacientëve sipas statusit të transferimit (jo vs. po)**





Së fundi, 745 (76.5%) pacientë ishin të shtruar për herë të parë në spital kundrejt 229 (23.5%) pacientëve të tjerë që ishin shtruar së paku edhe një herë tjetër në spital (Grafiku 11).

**Grafiku 11. Shpërndarja e pacientëve sipas numrit të shtrimeve**

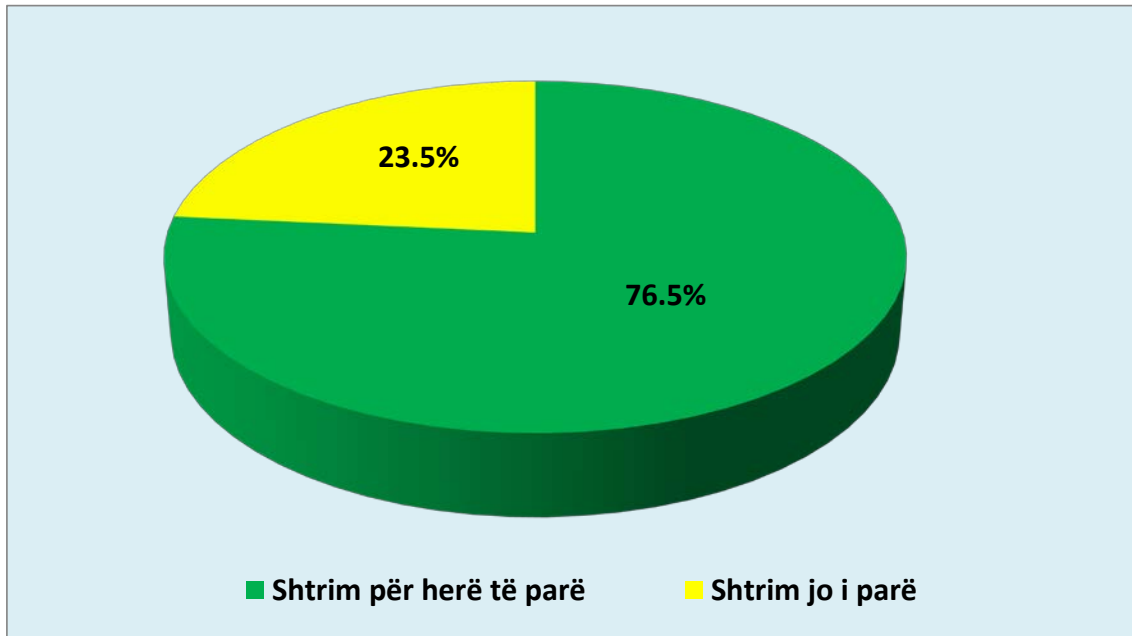


Tabela 10 paraqet shpërndarjen e llojit të shtrimit në spital sipas gjinisë së pacientëve të përfshirë në studim

**Tabela 10. Shpërndarja e llojit të shtrimit në spital sipas gjinisë**

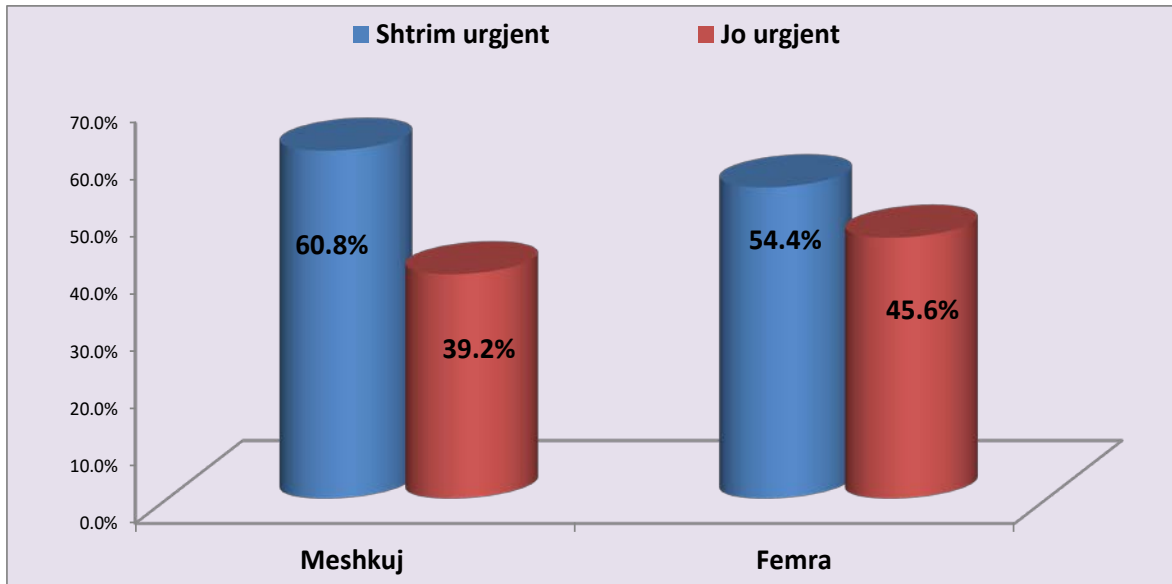
Lloji i shtrimit	Meshkuj (N=454)	Femra (N=520)	P <sup>†</sup>
<b>Shtrim urgjent:</b>			
Jo	178 (39.2)*	237 (45.6)	0.050
Po	276 (60.8)	283 (54.4)	
<b>Shtrim i planifikuar:</b>			
Jo	277 (61.0)	286 (55.0)	0.060
Po	177 (39.0)	234 (45.0)	
<b>Transferim:</b>			
Jo	439 (96.7)	498 (95.8)	0.504
Po	15 (3.3)	22 (4.2)	
<b>Shtrim i parë:</b>			
Jo	108 (23.8)	121 (23.3)	0.880
Po	346 (76.2)	399 (76.7)	

\*Numrat absolutë dhe përqindjet sipas kolonave (në kllapa).

† Krahasimi i proporcioneve sipas testit ekzakt të Fisherit.

Rreth 61% e meshkujve dhe rreth 54% e femrave u shtruan me urgjencë në spital (Grafiku 12) dhe ky ndryshim ishte statistikisht sinjifikativ ( $P=0.05$ ).

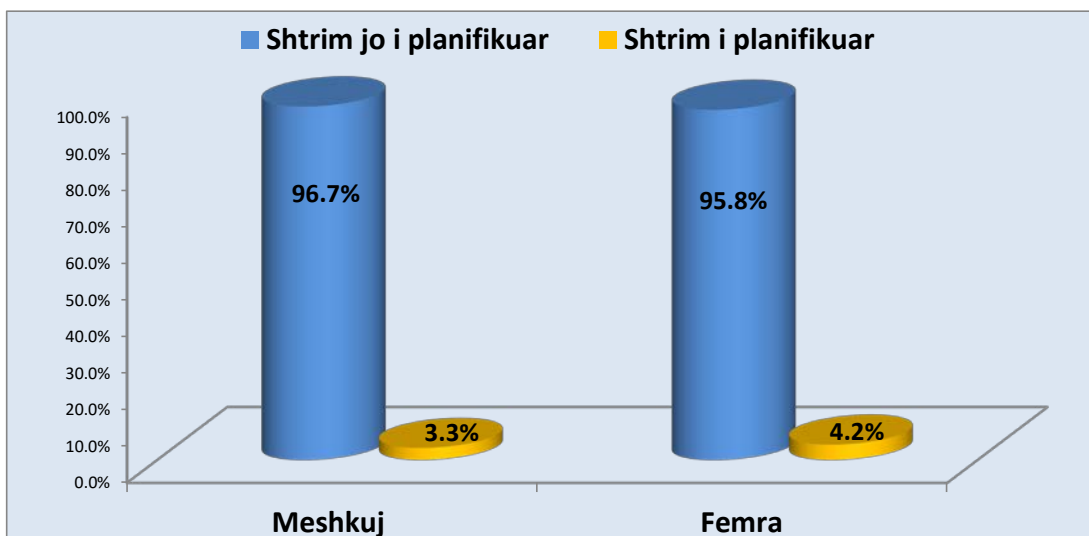
**Grafiku 12. Shpërndarja e pacientëve sipas llojit të shtrimit (urgjent ose jo) dhe gjinisë**



Nga ana tjetër, 39% e meshkujve dhe 45% e femrave u shtruan në mënyrë të planifikuar në spital (Grafiku 13) dhe ky ndryshim ishte pothuajse statistikisht sinjifikativ ( $P=0.06$ ).

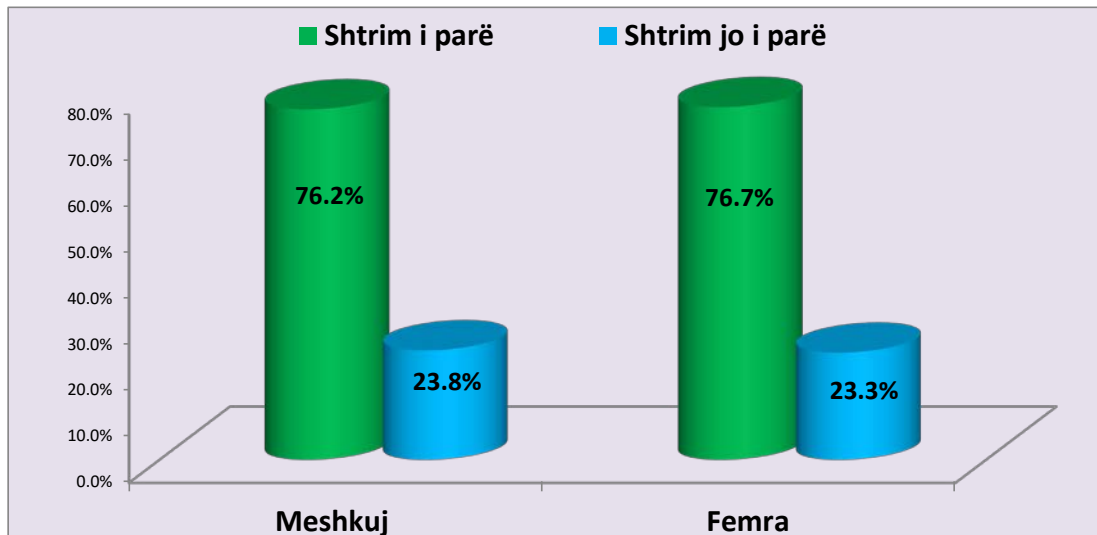
Rreth 97% e meshkujve dhe rreth 96% e femrave nuk ishin të transferuar në spital (Grafiku 14), por ky ndryshim shumë i lehtë gjinor nuk ishte statistikisht sinjifikativ ( $P=0.50$ ). Me fjalë të tjera, vetëm ekzaktësisht 3.3% e meshkujve dhe 4.2% e femrave ishin pacientë të transferuar.

**Grafiku 13. Shpërndarja e pacientëve sipas statusit të transferimit dhe gjinisë**



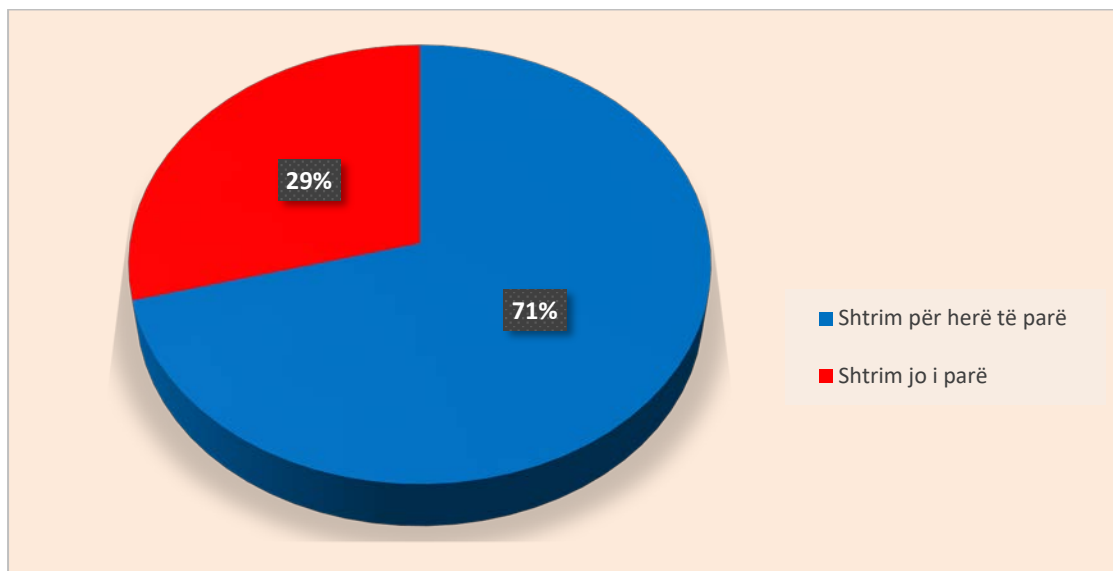
Së fundi, rreth 76% e meshkujve dhe rreth 77% e femrave u shtruan për herë të parë në spital (Grafiku 14), por ky ndryshim shumë i vogël gjinor nuk ishte statistikisht sinjifikativ ( $P=0.88$ ).

**Grafiku 14. Shpërndarja e pacientëve sipas numrit të shtrimeve në spital dhe gjinisë**



Nga 560 pacientë të shtruar me urgjencë në spital, 326 ose 71% ishin shtruar në pavionin tonë për herë të parë. Ndërsa 134 ose 29% e tyre ishte shtruar edhe të paktë një herë tjetër në Mjekësinë Interne. (Grafiku 15)

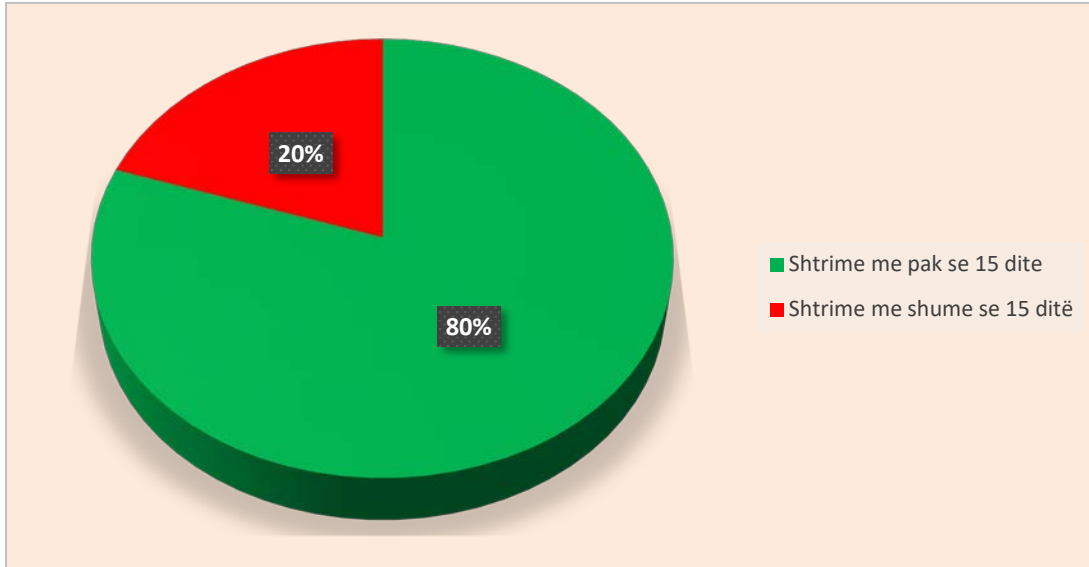
**Grafiku 15. Shpërndarja e pacientëve nga Urgjenca sipas numrit të shtrimeve**



Ditë-qëndrimi mesatar për të gjithë pacientët ishte 11.04 me minimumin e qëndrimit me 1 ditë dhe maksimumin me 57 ditë. Kurse ditë-qëndrimi për pacientët e shtruar nga Urgjenca ishte 11.5, shifër kjo më e lartë, por jo statistikisht sinjifikative.

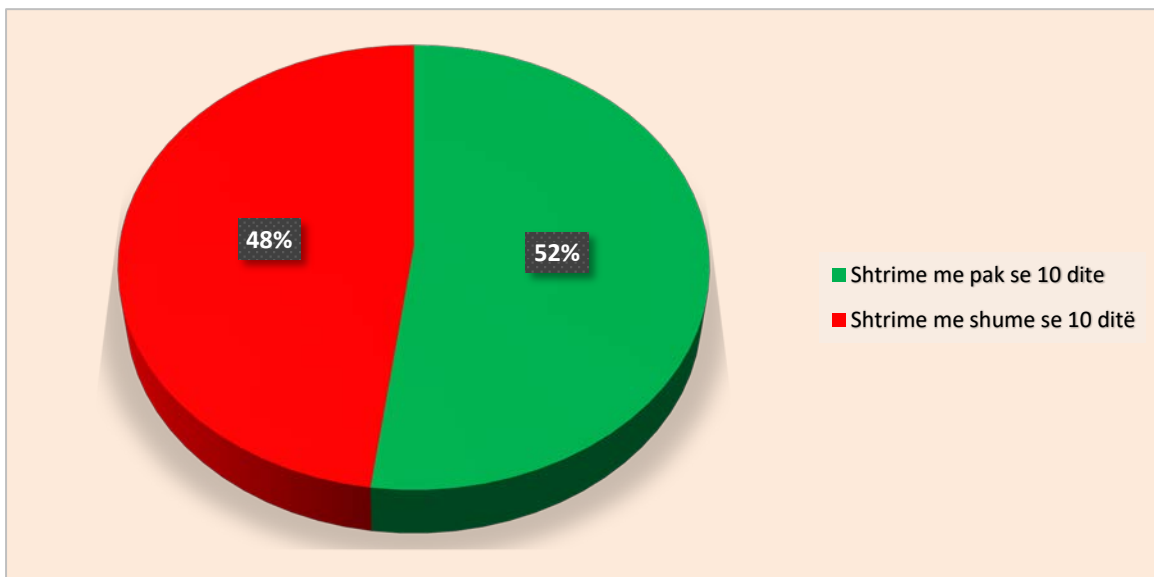
U pa gjithashtu që 196 pacientë ose 20% tyre kishin qëndruar në spital  $\geq 15$  dite (Grafiku 16).

**Grafiku 16. Shpërndarja e pacientëve sipas ditë-qëndrimit ( $\geq 15$  dite)**



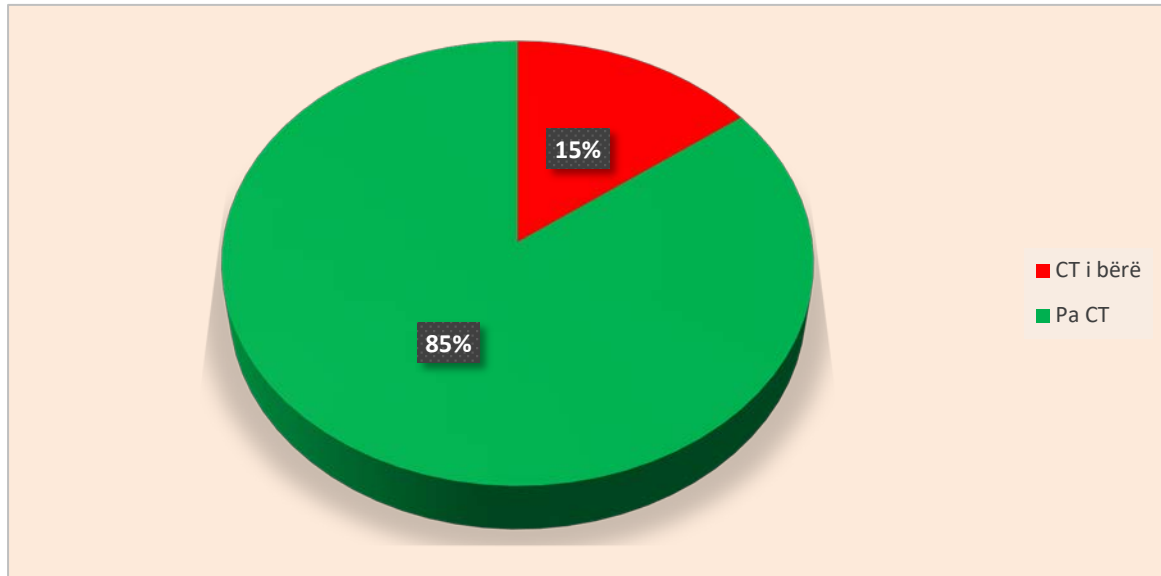
Kurse kur u pa ditë-qëndrimi përse i përket pacientëve me më pak ose më shumë se 10 ditë u vu re se vetëm 514 prej tyre ose 52% kishin qëndruar më pak se 10 ditë dhe 472 ose 48% kishin qëndruar me shume se 10 ditë. (Grafiku 17.)

**Grafiku 17. Shpërndarja e pacientëve sipas ditë-qëndrimit ( $\geq 10$  dite)**



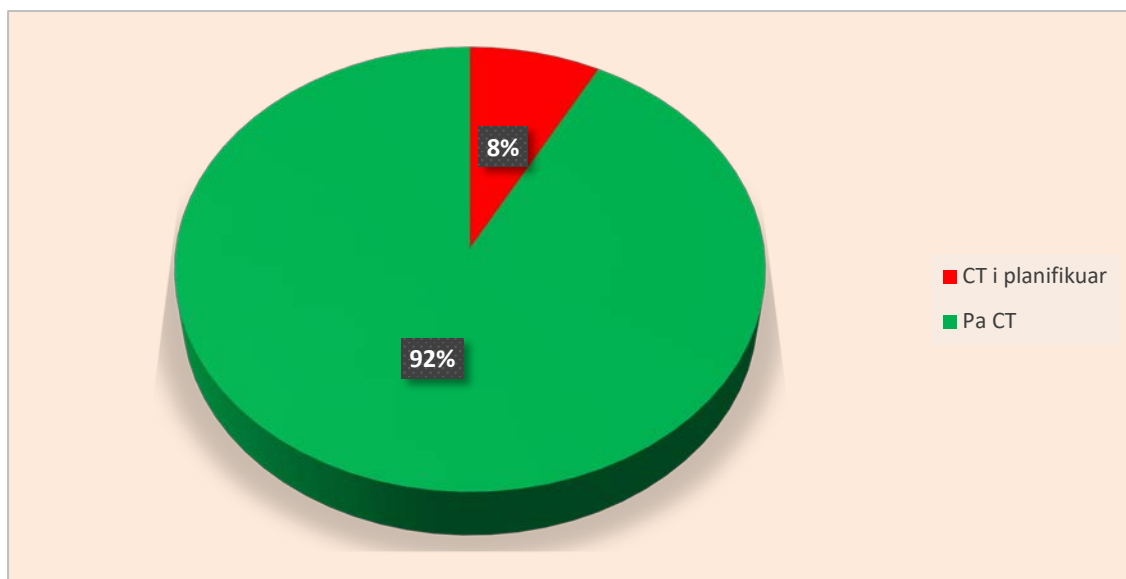
Përsa i përket ekzaminimeve imazherike u vu re se nga totali i pacientëve, 146 ose 15% e tyre e kishin bërë një CT gjatë qëndrimit të tyre në spital (Grafiku 18.)

**Grafiku 18. Shpërndarja e pacientëve sipas kryerjes së CT ne spital**



Përveç atyre që e kishin bërë CT, ekzistonte edhe një kategori tjetër të cilët e kishin planifikuar CT për ta bërë sipas sistemit të referimit dhe kjo arrinte deri në 66 pacientë ose në 8% të tyre.(Grafiku 19)

**Grafiku 19. Shpërndarja e pacientëve sipas planifikimit së CT.**



#### 4.1.2. Diagnozat e pacientëve në studim

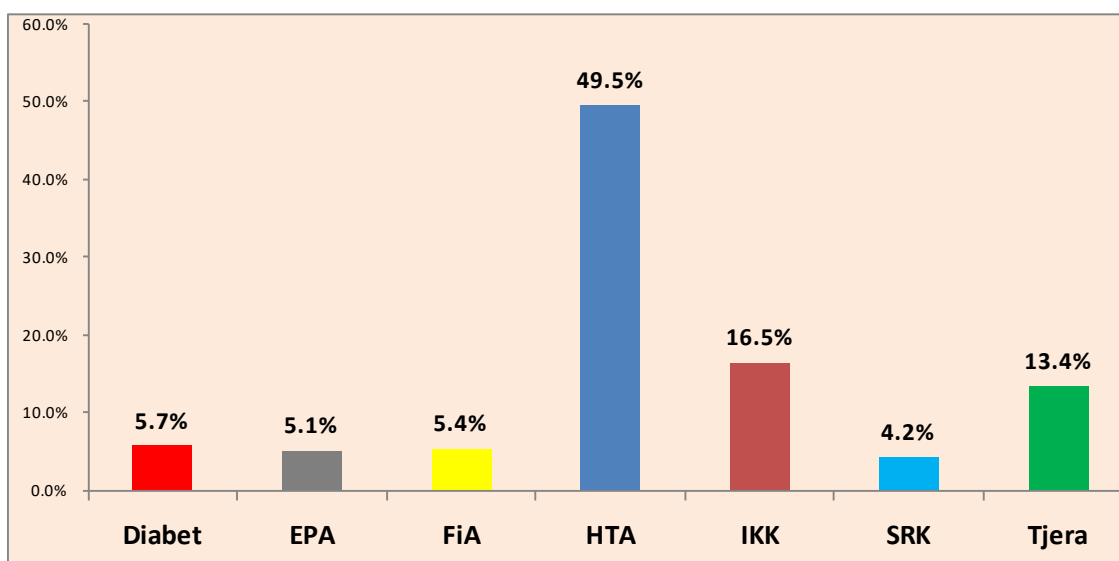
Tabela 11 paraqet shpërndarjen e diagnozave hyrëse në pacientët e përfshirë në këtë studim.

**Tabela 11. Shpërndarja e diagnozave hyrëse në pacientë të studimit**

DIAGNOZA	Numri (N=974)	Përqindja
Diabet	56	5.7
EPA	50	5.1
FiA	53	5.4
HTA	482	49.5
IKK	161	16.5
SRK	41	4.2
Diagnoza tjera	131	13.4
<i>Totali</i>	<i>974</i>	<i>100.0</i>

Në tërësi, 56 (5.7%) e pacientëve kishin si diagnozë hyrëse diabetin; 50 (5.1%) e pacientëve kishin si diagnoze hyrëse EPA (edemë pulmonare akute); 53 (5.4%) e pacientëve kishin si diagnozë hyrëse FiA (fibrilacion atrial); pjesa më e madhe (482 pacientë, ose 49.5% e tyre) kishin si diagnozë hyrëse e HTA (hipertension arterial); 161 (16.5%) e pacientëve kishin si diagnozë hyrëse IKK (insuficiencë kardiake kongjестive); 41 (4.2%) e pacientëve kishin si diagnozë hyrëse SRK (sëmundje renale kronike); ndërsa pjesa tjetër prej 131 (13.4%) e pacientëve kishin diagnoza të tjera hyrëse përfshi disa sëmundje akute. Këto të dhëna paraqiten edhe në Grafikon 20.

**Grafiku 20. Shpërndarja e pacientëve sipas llojit të diagnozës hyrëse**

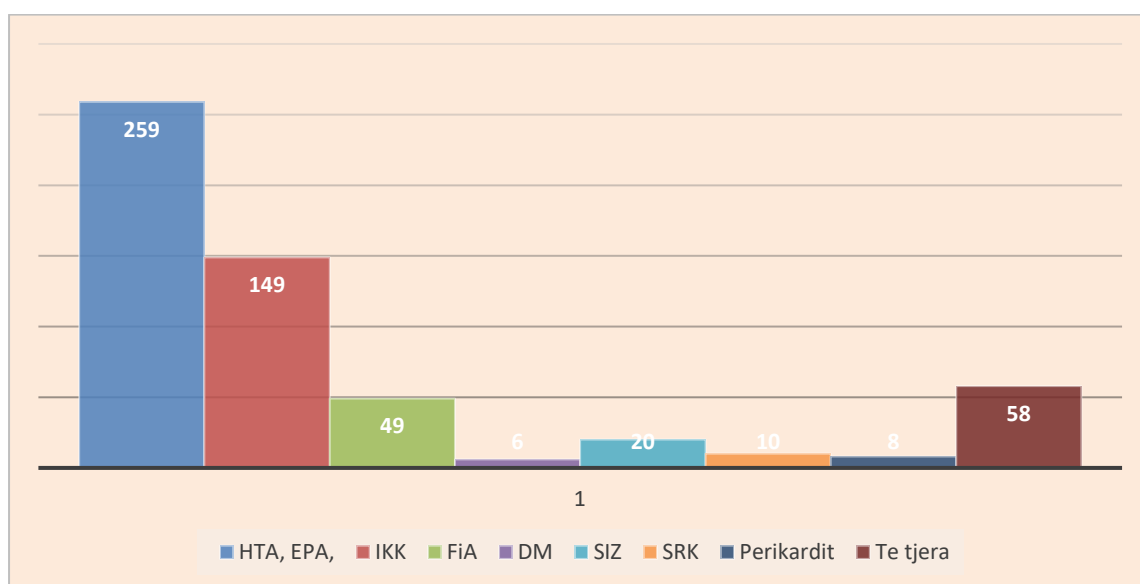


**Tabela 11.1. Shpërndarja e diagnozave hyrëse në pacientët e shtruar urgjent**

DIAGNOZA	Numri (N=974)	Përqindja
Diabet	6	1
HTA/EPA	259	46
FiA	49	9
IKK	149	27
SRK	10	2
SIZ	20	4
Perikardit	8	1
Diagnoza tjera	58	10
<i>Totali</i>	559	100

Nga Shërbimi i urgjencës u shtruan në Mjekësinë Interne 559 paciente. Nga këta pjesën më të madhe me 259 (46%) e zinin pacientët me diagnozë hyrëse kryesore HTA/EPA. Janë vënë bashkë pasi pothuaj të gjithë pacientët me EPA vijnë në urgjencë në kushtet e TA me shifra të larta. Në vend të dytë për shkaqet më të shpeshta të hospitalizimit nga Urgjenca vinte IKK me 149 (27%) pacientë. Pastaj me radhë, 49 (9%) kishin si shkak FiA, 20 (4%) ishin me SIZ, 10 (2%) paciente me SRK, 8 (1%) me Perikardit dhe 6 (1%) me DM. 58 (10%) të pacientëve të mbetur ishin me diagnoza te tjera. (Grafiku 21)

**Grafiku 21. Shpërndarja e pacientëve nga Urgjenca sipas llojit të diagnozës hyrëse**



**Tabela 11.2. Shpërndarja e diagnozave kryesore në pacientët e studimit**

DIAGNOZA	Numri (N=974)	Përqindja
Diabet	64	6.6
FiA	59	6.1
HTA	497	51.0
IKK	161	16.5
SRK	41	4.2
Diagnoza tjera	152	15.6
<i>Totali</i>	<i>974</i>	<i>100.0</i>

Nëse shohim diagnozat kryesore të daljes së pacientëve në total, do të shohim se përsëri në vend të parë do të jetë HTA me 497 (51%) pacientë, pastaj IKK me 161 ose 16,5% të pacientëve, 64 ose 6% të tyre me DM, 59 ose 6.1% me FiA, 41 ose 4,2% me SRK dhe 152 ose 15% me diagnoza të tjera. (Grafiku 22)

**Grafiku 22. Shpërndarja e diagnozave kryesore në pacientët e studimit**

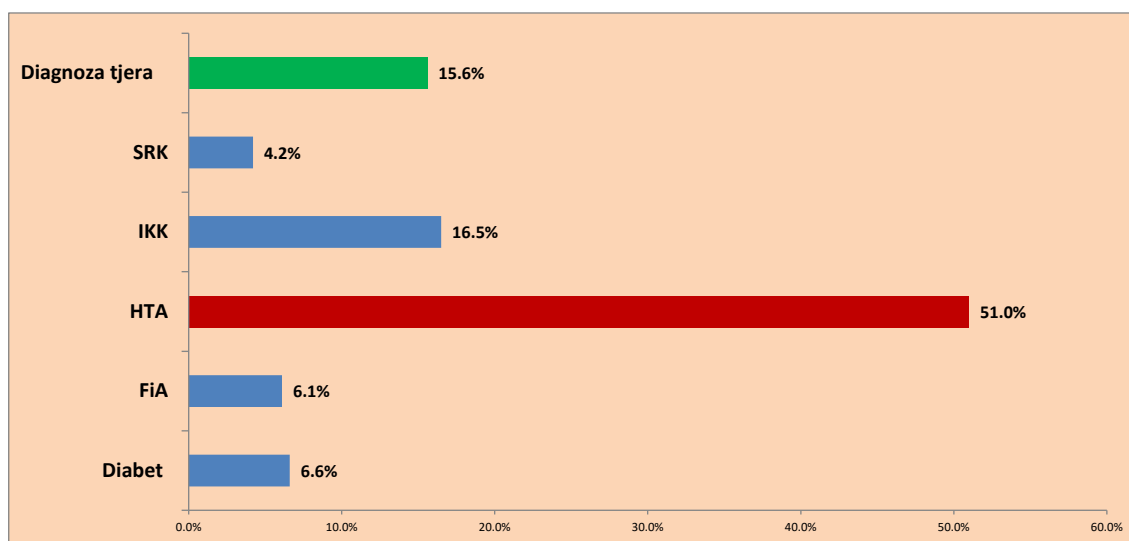




Tabela 12 paraqet shpërndarjen e diagnozave të hyrjes sipas gjinisë së pacientëve të përfshirë në këtë studim.

**Tabela 12. Shpërndarja e diagnozave të hyrjes sipas gjinisë së pacientëve**

DIAGNOZA	Meshkuj (N=454)	Femra (N=520)	P <sup>†</sup>
Diabet	32 (7.0)*	24 (4.6)	<0.001
EPA	18 (4.0)	32 (6.2)	
FiA	17 (3.7)	36 (6.9)	
HTA	206 (45.4)	276 (53.1)	
IKK	97 (21.4)	64 (12.3)	
SRK	25 (5.5)	16 (3.1)	
Diagnoza tjera	59 (13.0)	72 (13.8)	

\*Numrat absolutë dhe përqindjet sipas kolonave (në kllapa).

<sup>†</sup> Krahasimi i proporcioneve sipas testit ekzakt të Fisherit.

Kishte evidencë të një ndryshimi statistiki shumë sinjifikativ në shpërndarjen e llojit të diagnozës kryesore mes meshkujve dhe femrave (testi ekzakt i Fisherit: P<0.001). Kështu, proporcioni i HTA-së ishte më i lartë tek femrat në krahasim me meshkujt (53.1% vs. 45.4%, përkatësisht), ndërsa proporcioni i IKK ishte më i lartë tek meshkujt në krahasim me femrat (21.4% vs. 12.3%, përkatësisht). Nga ana tjetër, proporcioni i diagnozave “të tjera” përfshi edhe sëmundjet akute ishte pak a shumë i barabartë në të dyja gjinitë. Këto të dhëna mbi shpërndarjen e llojit kryesor të diagnozave të pacientëve sipas gjinisë paraqiten edhe në Grafikon 23.

**Grafiku 23. Shpërndarja e pacientëve sipas llojit të diagnozës kryesore dhe gjinisë**

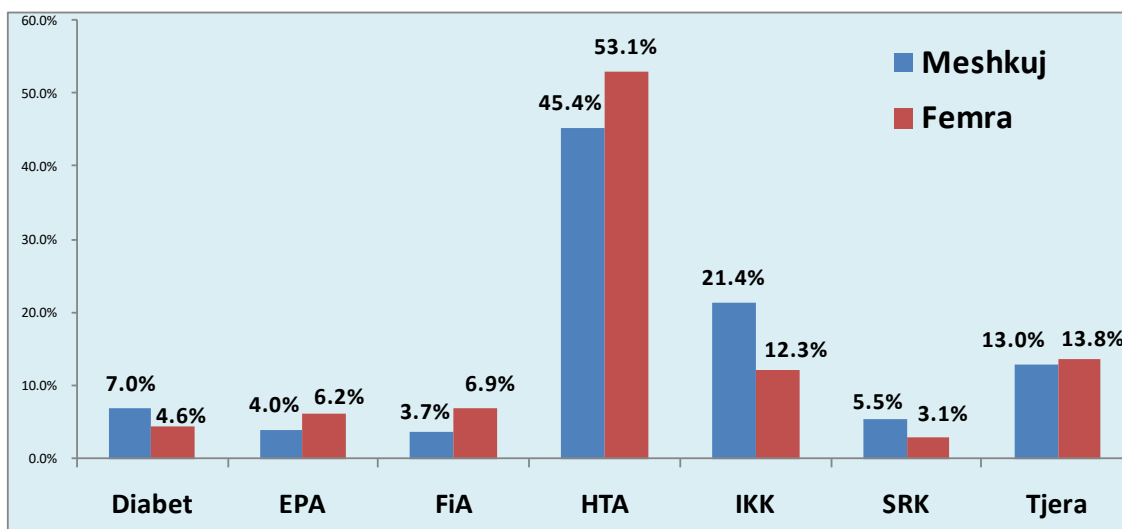


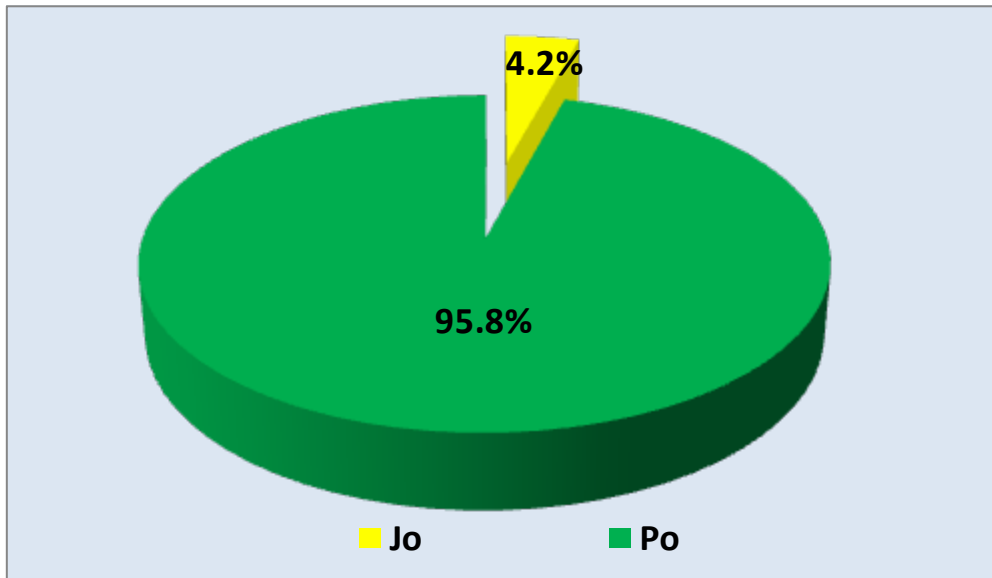
Tabela 13 paraqet shpërndarjen e pacientëve sipas numrit të diagnozave shoqëruese (nga një deri në nëntë sëmundje shoqëruese, ose e shprehur ndryshe: pacientë me minimalisht dy sëmundje deri në dhjetë patologji).

**Tabela 13. Shpërndarja e pacientëve sipas numrit të sëmundjeve**

<b>NUMRI I SËMUNDJEVE</b>	<b>Numri</b>	<b>Përqindja</b>
<b>Dy sëmundje (ose, një sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	41	4.2
Po	933	95.8
<i>Totali</i>	<i>974</i>	<i>100.0</i>
<b>Tre sëmundje (ose, dy sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	112	11.5
Po	862	88.5
<b>Katër sëmundje (ose, tre sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	237	24.3
Po	737	75.7
<b>Pesë sëmundje (ose, katër sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	388	39.8
Po	586	60.2
<b>Gjashtë sëmundje (ose, pesë sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	568	58.3
Po	406	41.7
<b>Shtatë sëmundje (ose, gjashtë sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	698	71.7
Po	276	28.3
<b>Tetë sëmundje (ose, shtatë sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	795	81.6
Po	179	18.4
<b>Nëntë sëmundje (ose, tetë sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	861	88.4
Po	113	11.6
<b>Dhjetë sëmundje (ose, nëntë sëmundje shoqëruese):</b>		
Jo	920	94.5
Po	54	5.5

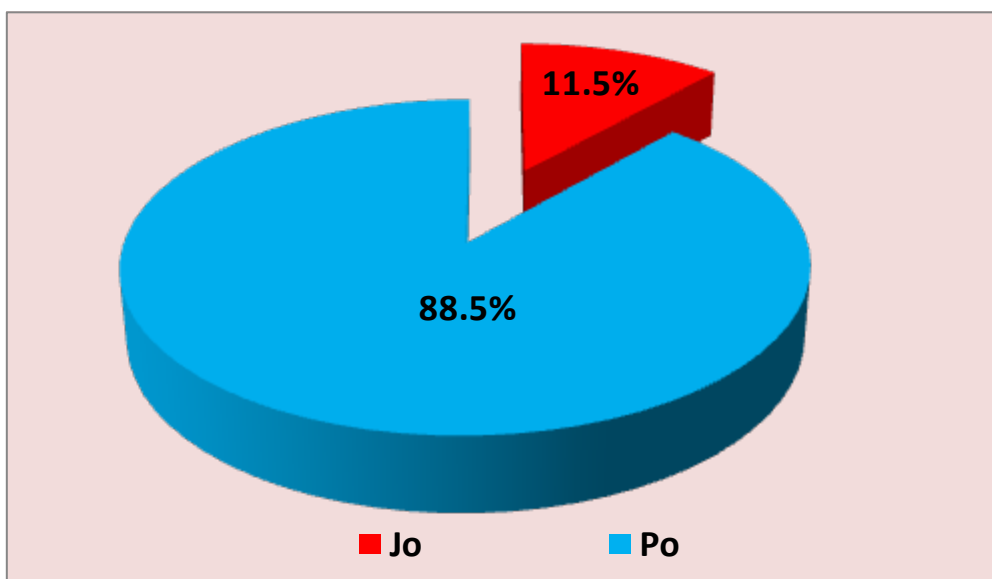
Në tërësi, prevalenca e të paktën dy sëmundjeve (ose, një sëmundjeje shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte shumë e lartë: 933 ose 95.8% e pacientëve kishin evidencë të të paktën dy patologjive (Grafiku 24).

**Grafiku 24. Prevalenca e të paktën dy sëmundjeve (ose, një sëmundjeje shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



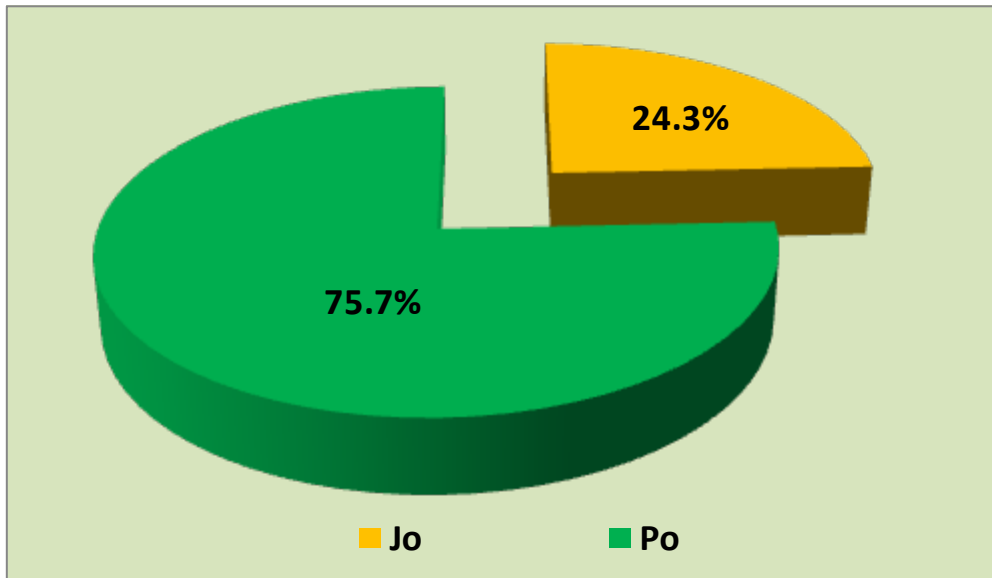
Prevalenca e të paktën tre sëmundjeve (ose, dy sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte gjithashtu e lartë: 862 ose 88.5% e pacientëve kishin evidencë të të paktën tre patologjive (Grafiku 25).

**Grafiku 25. Prevalenca e të paktën tre sëmundjeve (ose, dy sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



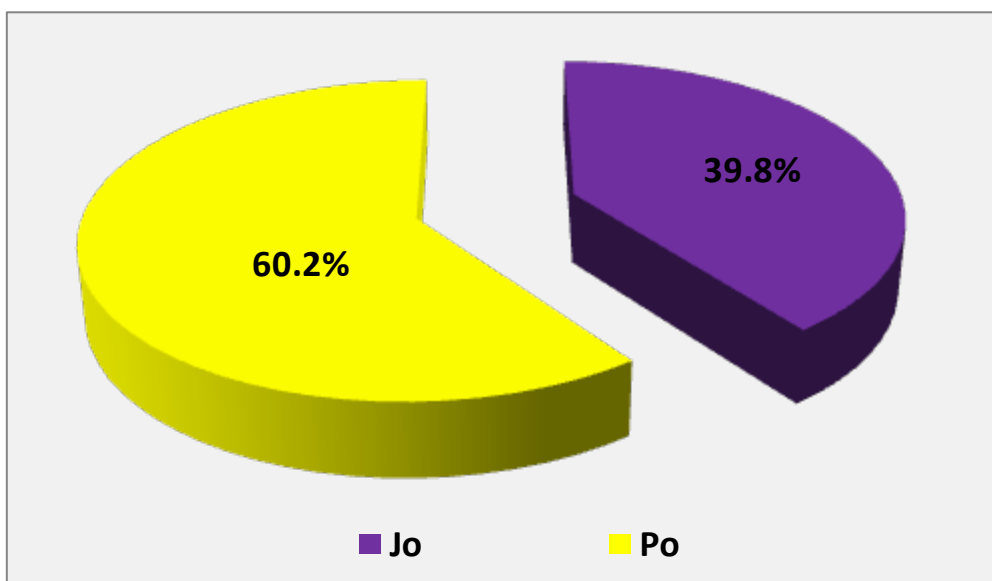
Prevalenca e të paktën katër sëmundjeve (ose, tre sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte sërish e lartë: 737 ose 75.7% e pacientëve kishin evidencë të të paktën katër patologjive (Grafiku 26).

**Grafiku 26. Prevalenca e të paktën katër sëmundjeve (ose, tre sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



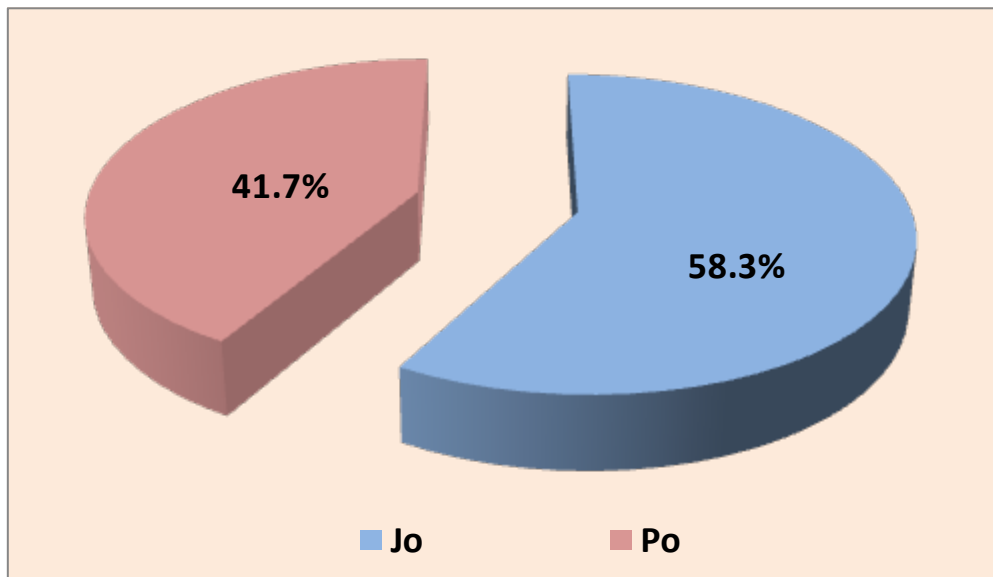
Prevalenca e të paktën pesë sëmundjeve (ose, katër sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte e lartë: 586 ose 60.2% e pacientëve kishin evidencë të të paktën pesë patologjive (Grafiku 27).

**Grafiku 27. Prevalenca e të paktën pesë sëmundjeve (ose, katër sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



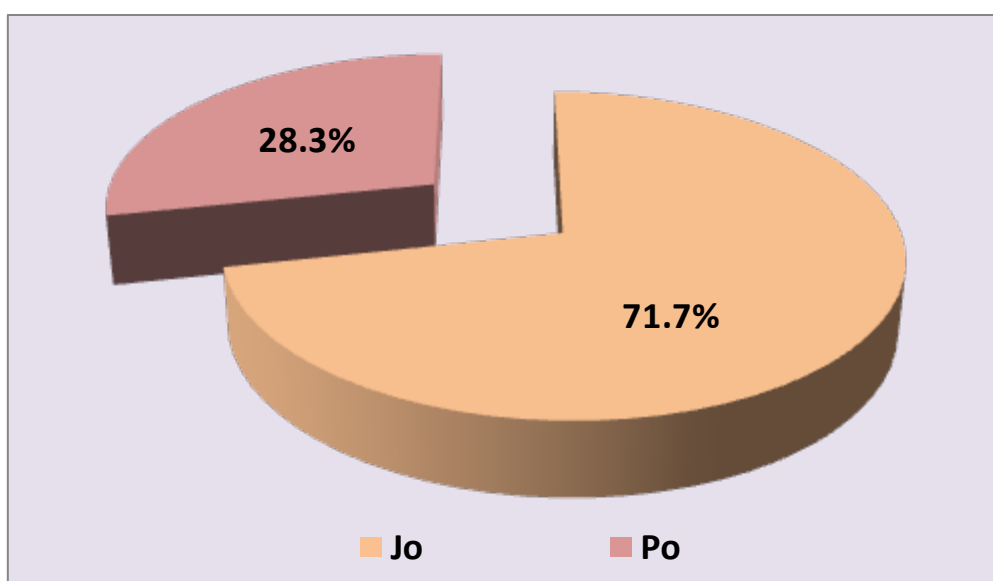
Prevalenca e të paktën gjashtë sëmundjeve (ose, pesë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte si më poshtë: 406 ose 41.7% e pacientëve kishin evidencë të të paktën gjashtë patologjive (Grafiku 28).

**Grafiku 28. Prevalenca e të paktën gjashtë sëmundjeve (ose, pesë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



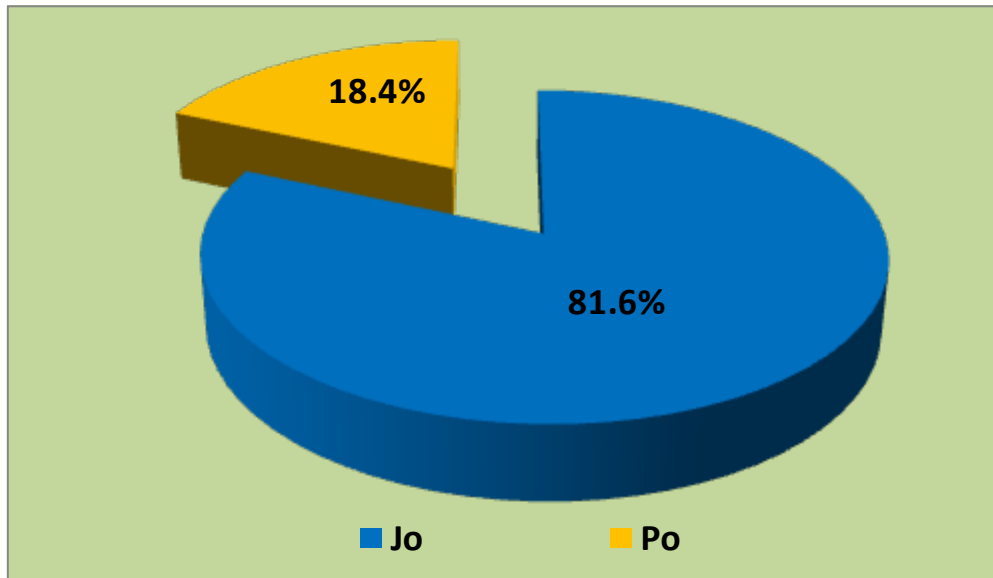
Prevalenca e të paktën shtatë sëmundjeve (ose, gjashtë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte si më poshtë: 276 ose 28.3% e pacientëve kishin evidencë të të paktën shtatë patologjive (Grafiku 29).

**Grafiku 29. Prevalenca e të paktën shtatë sëmundjeve (ose, gjashtë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



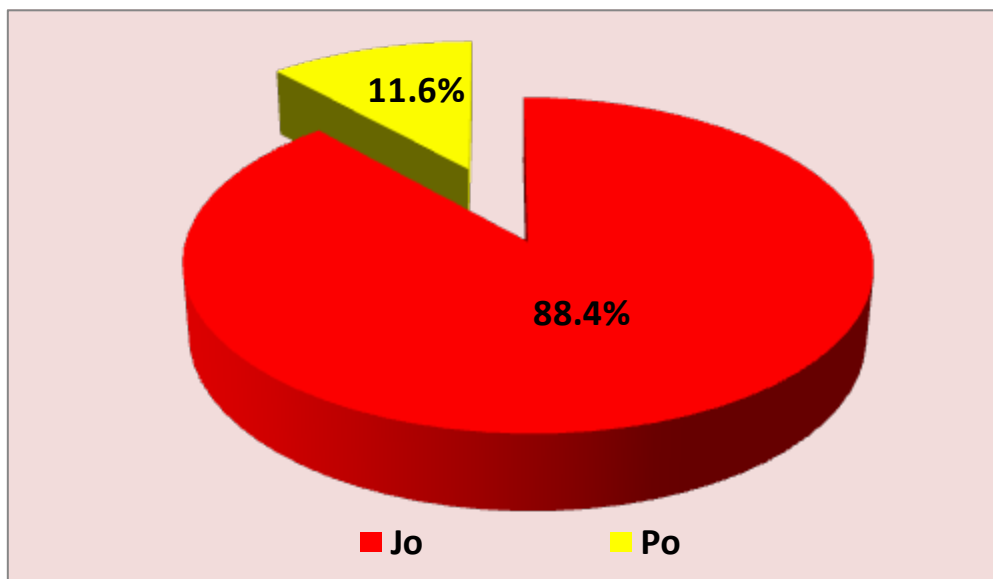
Prevalenca e të paktën tetë sëmundjeve (ose, shtatë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte si më poshtë: 179 ose 18.4% e pacientëve kishin evidencë të të paktën tetë patologjive (Grafiku 30).

**Grafiku 30. Prevalenca e të paktën tetë sëmundjeve (ose, shtatë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



Prevalenca e të paktën nëntë sëmundjeve (ose, tetë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte si më poshtë: 113 ose 11.6% e pacientëve kishin evidencë të të paktën tetë patologjive (Grafiku 31).

**Grafiku 31. Prevalenca e të paktën nëntë sëmundjeve (ose, tetë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**



Prevalenca e të paktën dhjetë sëmundjeve (ose, nëntë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte si më poshtë: 54 ose 5.5% e pacientëve kishin evidencë të të paktën dhjetë patologjive (Grafiku 32).

**Grafiku 32. Prevalenca e të paktën dhjetë sëmundjeve (ose, nëntë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore)**

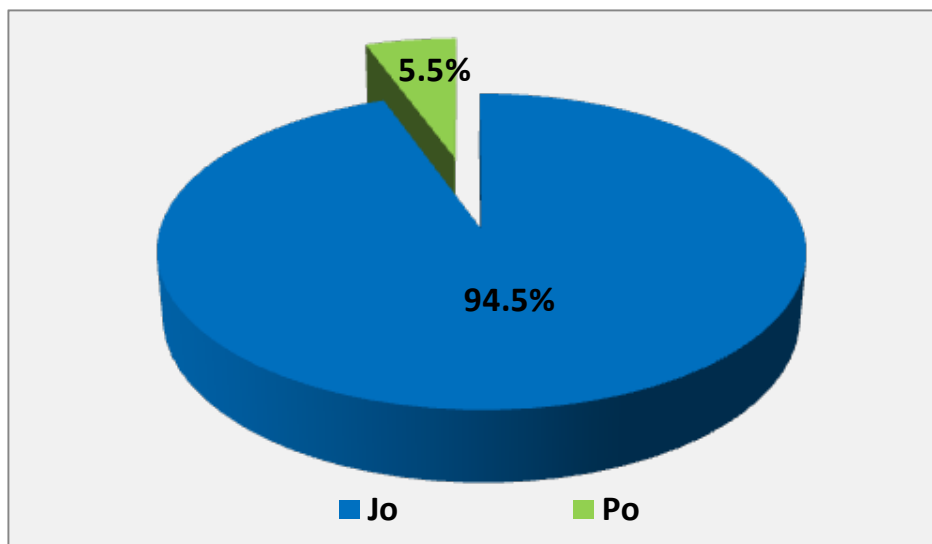
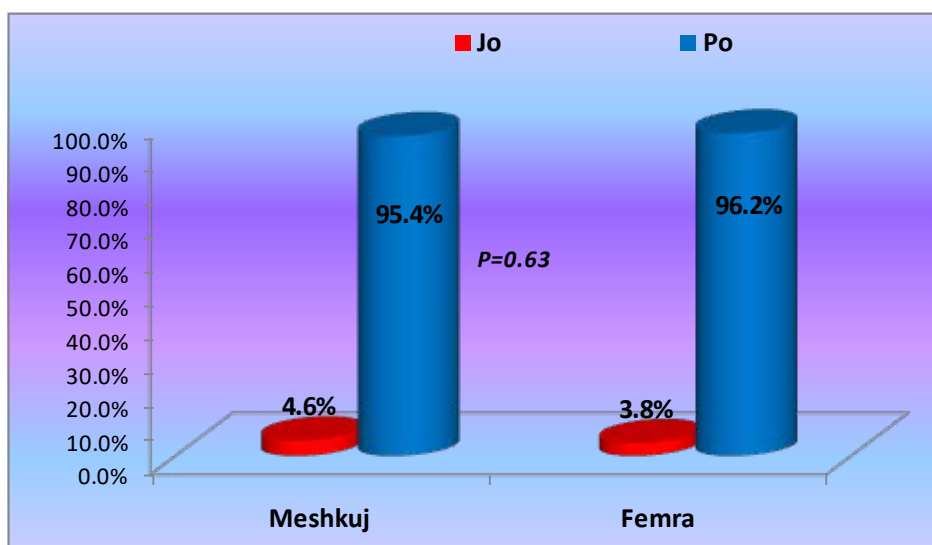


Tabela 14 paraqet shpërndarjen e numrit të sëmundjeve të pacientëve të përfshirë në studim sipas gjinisë (meshkujt kundrejt femrave).

Nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën dy sëmundjeve (ose, të paktën një sëmundjeje shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (95.4% vs. 96.2%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.63$ ) [Grafiku 33].

**Grafiku 33. Prevalenca e të paktën dy sëmundjeve (ose, një sëmundjeje shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë së pacientëve**



**Tabela 14. Shpërndarja e pacientëve sipas numrit të sëmundjeve dhe gjinisë**

<b>NUMRI I SËMUNDJEVE</b>	<b>Meshkuj</b>	<b>Femra</b>	<b>P<sup>†</sup></b>
<b>Dy sëmundje (ose, një sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	21 (4.6)*	20 (3.8)	0.632
Po	433 (95.4)	500 (96.2)	
<b>Tre sëmundje (ose, dy sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	51 (11.2)	61 (11.7)	0.841
Po	403 (88.8)	459 (88.3)	
<b>Katër sëmundje (ose, tre sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	105 (23.1)	132 (25.4)	0.454
Po	349 (76.9)	388 (74.6)	
<b>Pesë sëmundje (ose, katër sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	165 (36.3)	223 (42.9)	0.042
Po	289 (63.7)	297 (57.1)	
<b>Gjashtë sëmundje (ose, pesë sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	237 (52.2)	331 (63.7)	<0.001
Po	217 (47.8)	189 (36.3)	
<b>Shtatë sëmundje (ose, gjashtë sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	312 (68.7)	386 (74.2)	0.064
Po	142 (31.3)	134 (25.8)	
<b>Tetë sëmundje (ose, shtatë sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	360 (79.3)	435 (83.7)	0.082
Po	94 (20.7)	85 (16.3)	
<b>Nëntë sëmundje (ose, tetë sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	395 (87.0)	466 (89.6)	0.229
Po	59 (13.0)	54 (10.4)	
<b>Dhjetë sëmundje (ose, nëntë sëmundje shoqëruese):</b>			
Jo	429 (94.5)	491 (94.4)	0.998
Po	25 (5.5)	29 (5.6)	

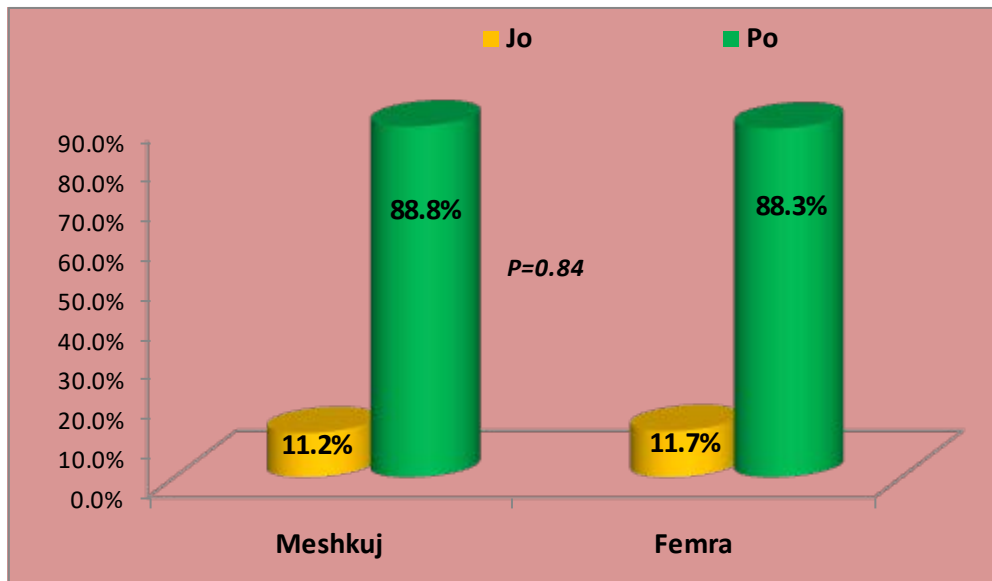
\*Numrat absolutë dhe përqindjet sipas kolonave (në kllapa).

<sup>†</sup> Krahasimi i proporcioneve sipas testit ekzakt të Fisherit.

Në mënyrë të ngjashme, nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën tre sëmundjeve (ose, të paktën dy sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (88.8% vs. 88.3%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit: P=0.63) [Grafiku 34].

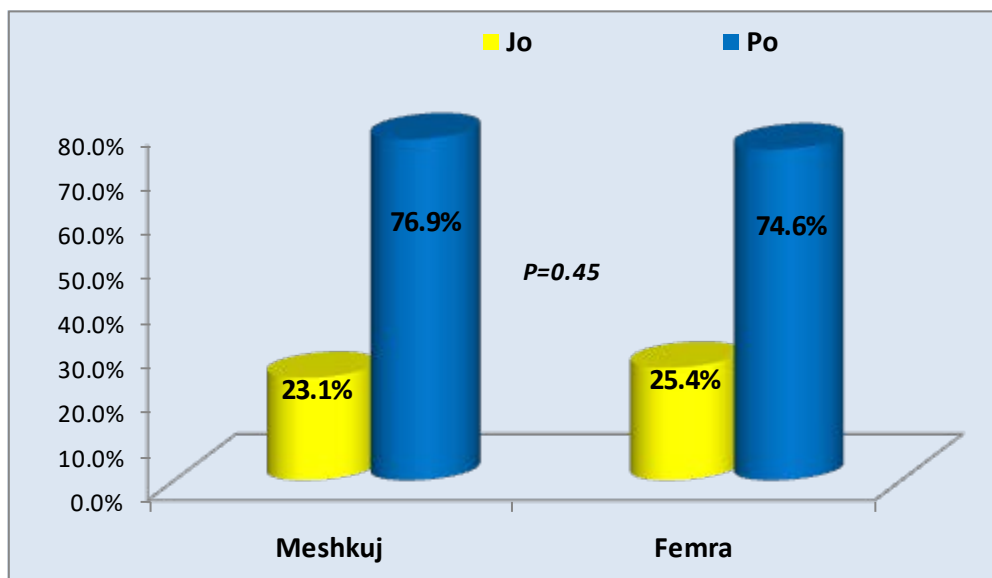


**Grafiku 34. Prevalenca e të paktën tre sëmundjeve (ose, dy sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



Po kështu, nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikiqisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën katër sëmundjeve (ose, të paktën tre sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (76.9% vs. 74.6%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.45$ ) [Grafiku 35].

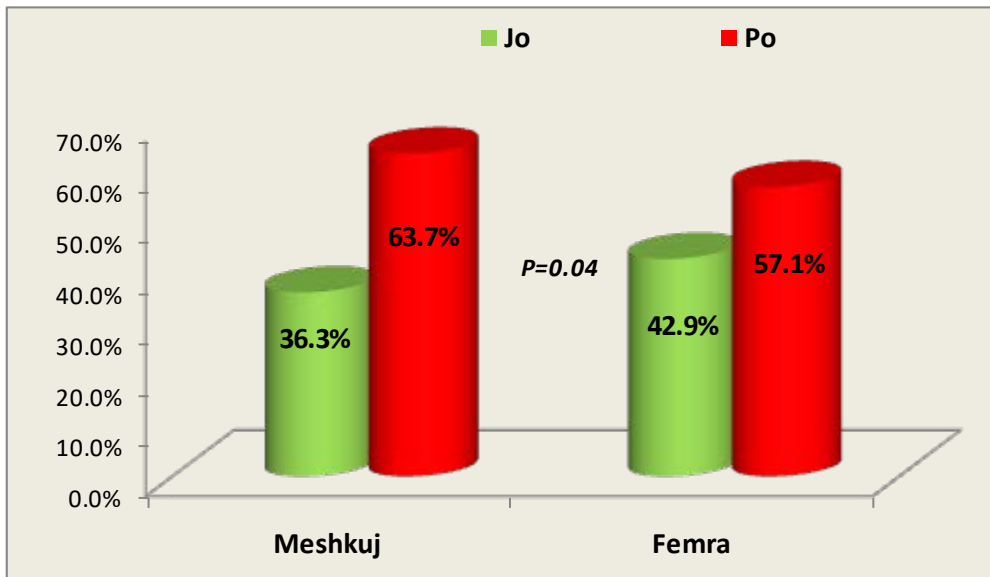
**Grafiku 35. Prevalenca e të paktën katër sëmundjeve (ose, tre sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



Nga ana tjetër, kishte evidencë të një ndryshimi statistikiqisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën pesë sëmundjeve (ose, të paktën katër sëmundjeve shoqëruese) mes

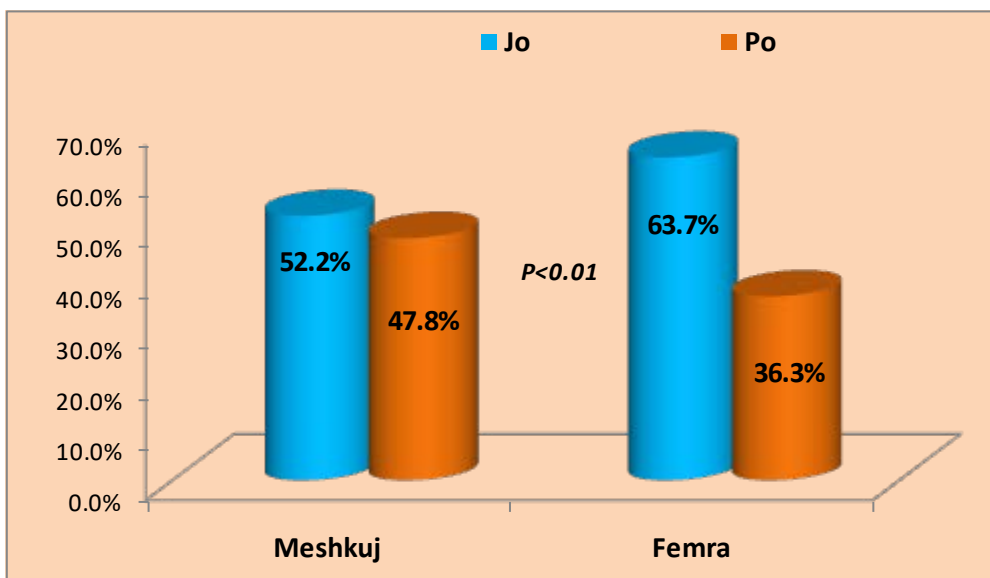
meshkujve dhe femrave (63.7% vs. 57.1%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.04$ ) [Grafiku 36].

**Grafiku 36. Prevalenca e të paktën pesë sëmundjeve (ose, katër sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



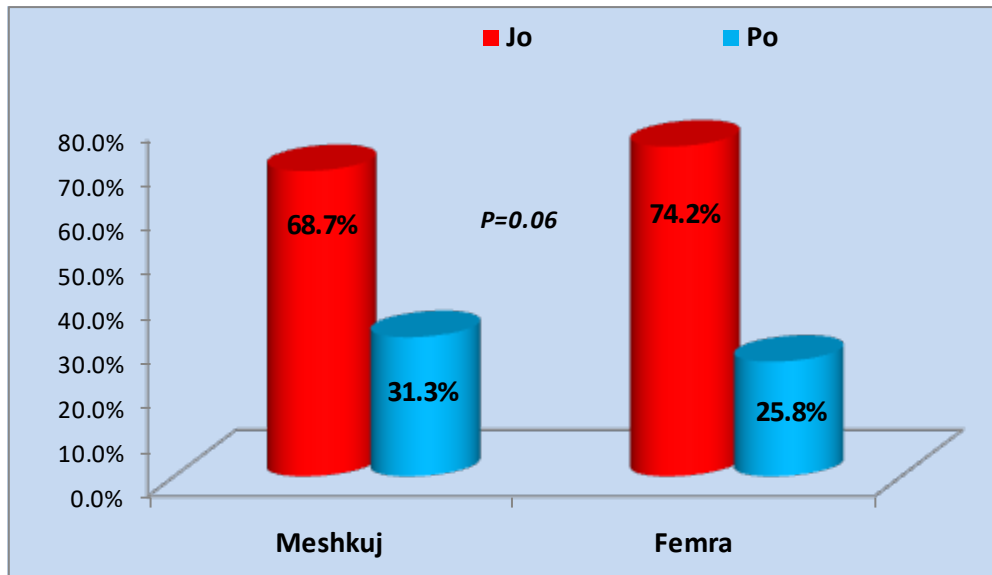
Po kështu, kishte evidencë të një ndryshimi statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën gjashtë sëmundjeve (ose, të paktën pesë sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (47.8% vs. 36.3%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P<0.01$ ) [Grafiku 37].

**Grafiku 37. Prevalenca e të paktën gjashtë sëmundjeve (ose, pesë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



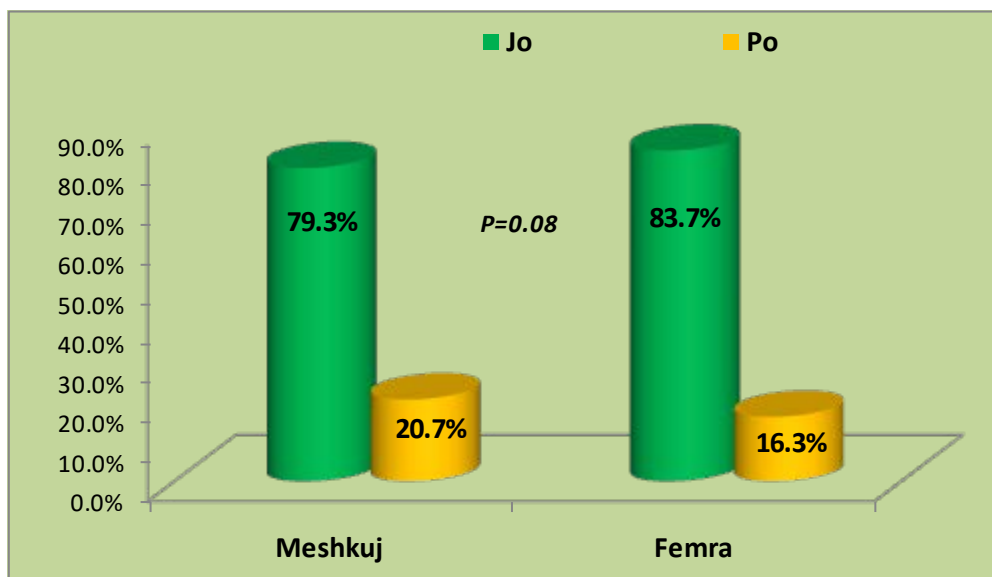
Më tej, kishte evidencë të një ndryshimi pothuajse statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën shtatë sëmundjeve (ose, të paktën gjashtë sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (31.3% vs. 25.8%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.06$ ) [Grafiku 38].

**Grafiku 38. Prevalenca e të paktën shtatë sëmundjeve (ose, gjashtë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



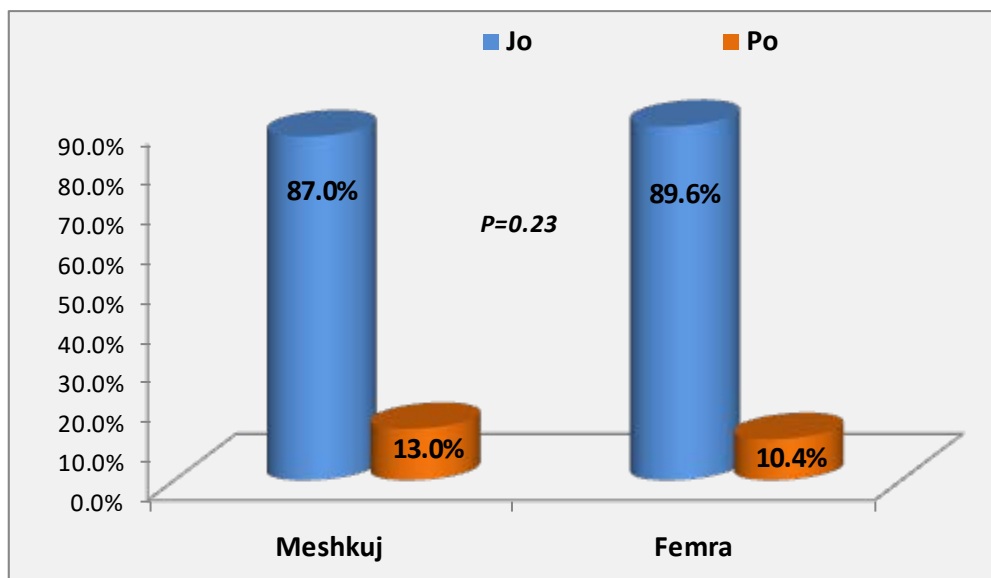
Në të njëjtën mënyrë, kishte evidencë të një ndryshimi pothuajse statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën tetë sëmundjeve (ose, të paktën shtatë sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (20.7% vs. 16.3%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.08$ ) [Grafiku 39].

**Grafiku 39. Prevalenca e të paktën tetë sëmundjeve (ose, shtatë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



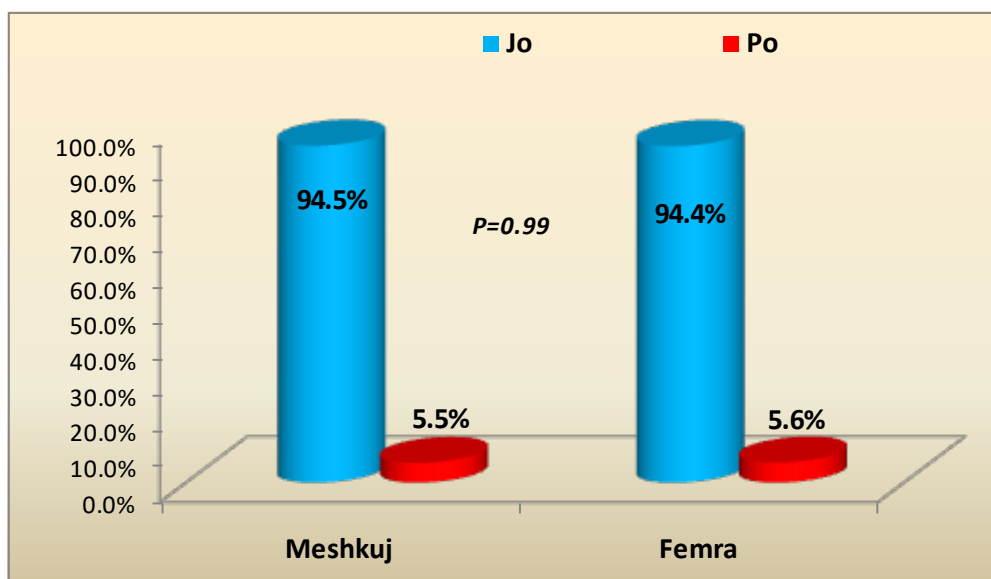
Nga ana tjetër, nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën nëntë sëmundjeve (ose, të paktën tetë sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (13.0% vs. 10.4%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.23$ ) [Grafiku 40].

**Grafiku 40. Prevalenca e të paktën nëntë sëmundjeve (ose, tetë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



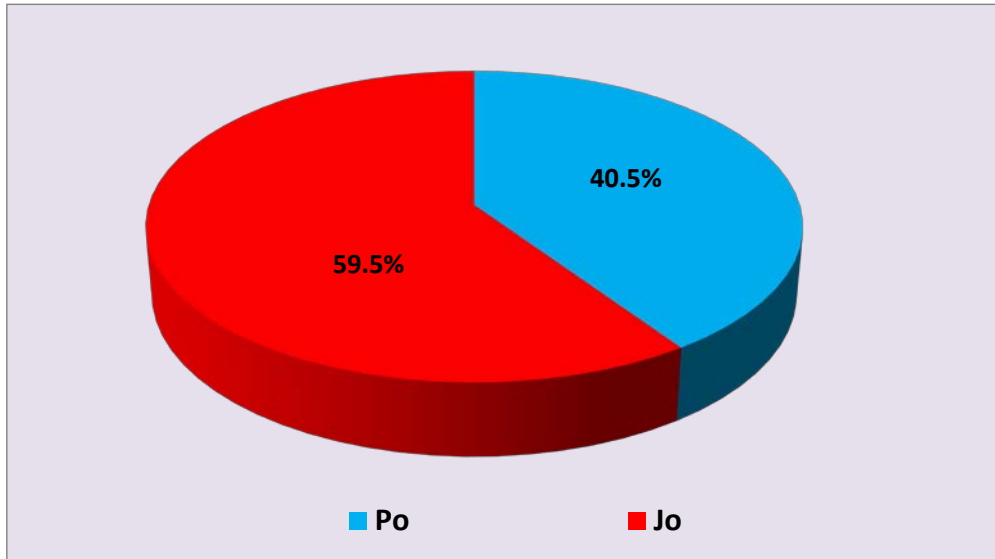
Së fundi, nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht sinjifikativ në prevalencën e të paktën dhjetë sëmundjeve (ose, të paktën nëntë sëmundjeve shoqëruese) mes meshkujve dhe femrave (5.5% vs. 5.6%, përkatësisht; testi ekzakt i Fisherit:  $P=0.99$ ) [Grafiku 41].

**Grafiku 41. Prevalenca e të paktën dhjetë sëmundjeve (ose, nëntë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) sipas gjinisë**



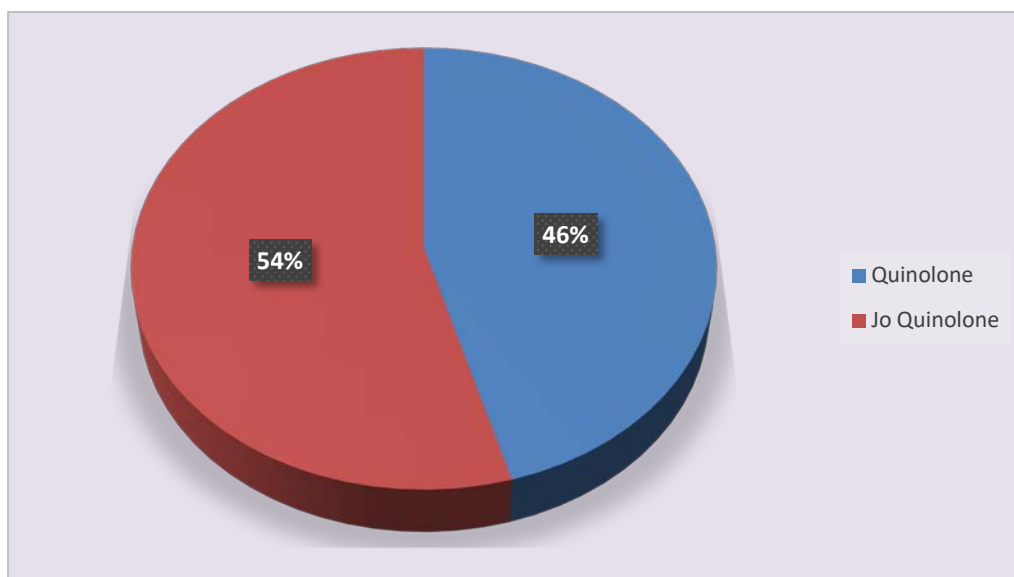
Gjatë studimit u pa që një përqindje e konsiderueshme e pacientëve kishin përdorur antibiotike të ndryshëm gjatë qëndrimit në spital. Kishin përdorur antibiotike 395 pacientë ose 40.5% të tyre. (Grafiku 42)

**Grafiku 42. Prevalenca e përdorimit të antibiotikëve**



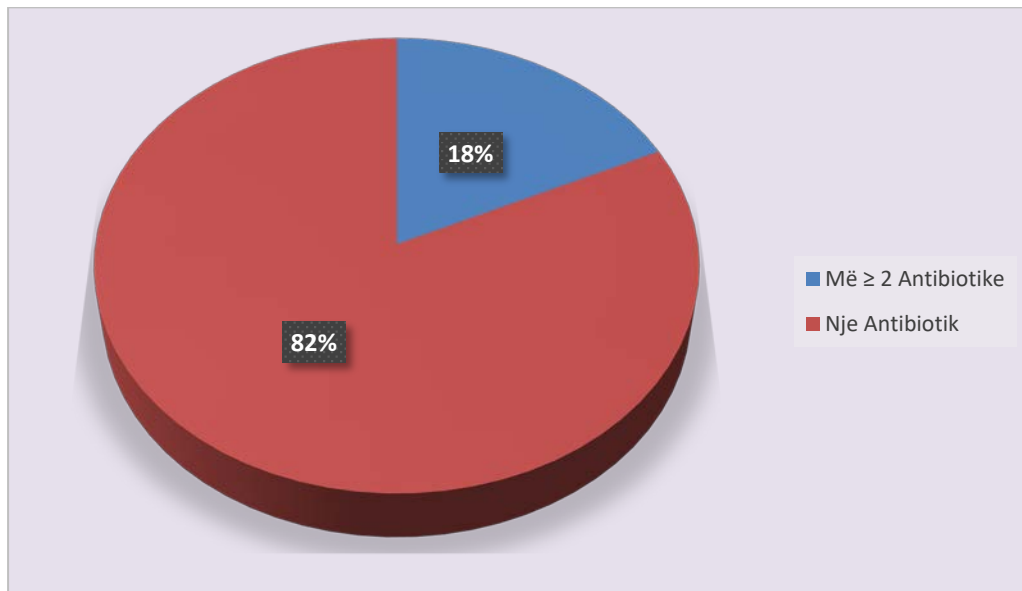
Ndër antibiotikët e përdorur më shpesh ishin Quinolonet me një përqindje tek 46% ose 180 pacientë.(Grafiku 43)  
Në vend të dytë ishin Cefalosporinat me 175 pacientë ose 45% të tyre.

**Grafiku 43. Prevalenca e përdorimit të Quinoloneve**



Dhe së fundi u vu re që një përqindje e konsiderueshme e pacientëve kishin përdorur të paktën dy antibiotikë. Kjo shkante deri ne 18% tyre ose 71 pacientë. (Grafiku 44)

**Grafiku 44. Prevalenca e përdorimit të më shumë se një Antibiotiku**



### 4.1.3. Faktorët e lidhur me mënyrën e jetesës

Tabela 15 paraqet shpërndarjen e faktorëve të lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës sipas gjinisë së pjesëmarrësve në studim.

**Tabela 15. Prevalenca e faktorëve të rrezikut të lidhur me mënyrën e jetesës sipas gjinisë së pacientëve**

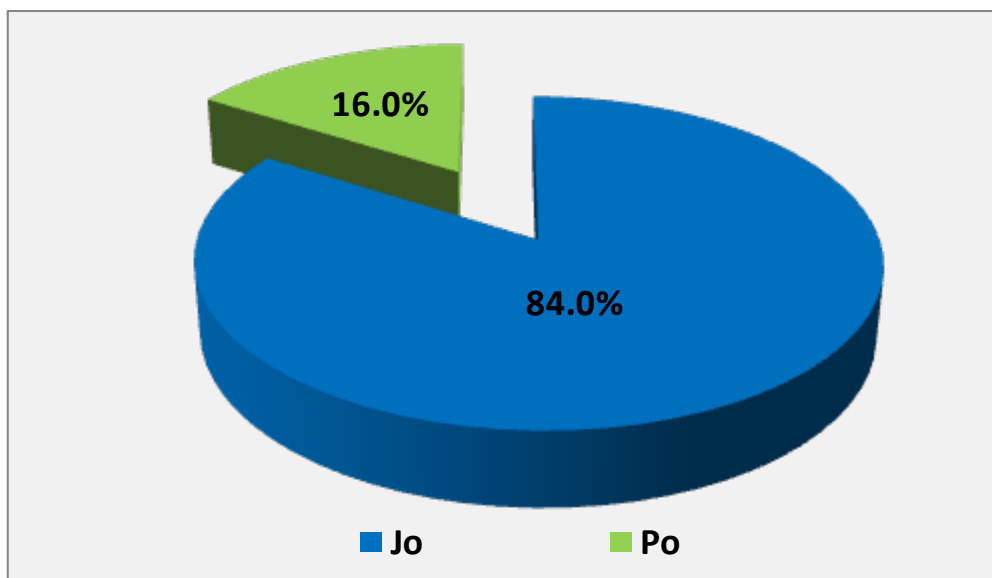
FAKTORI	Totali	Meshkuj	Femra	P <sup>†</sup>
<b>Duhanpirja:</b>				
Jo	818 (84.0)*	316 (69.6)	502 (96.5)	<0.001
Po	156 (16.0)	138 (30.4)	18 (3.5)	
<b>Konsumi i alkoolit:</b>				
Jo	886 (91.0)	375 (82.6)	511 (98.3)	<0.001
Po	88 (9.0)	79 (17.4)	9 (1.7)	

\*Numrat absolutë dhe përqindjet sipas kolonave (në kllapa).

† Krahasimi i proporcioneve sipas testit ekzakt të Fisherit.

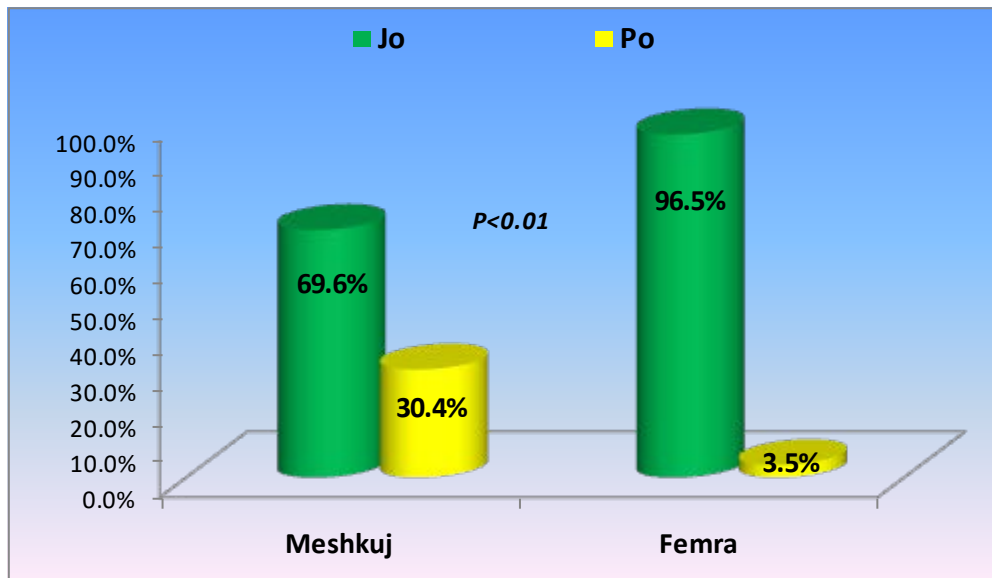
Në tërësi, prevalenca e duhanpirjes në këtë kontigjent pacientësh të përfshirë në studim (N=974) ishte 16% (Grafiku 45).

**Grafiku 45. Prevalenca e duhanpirjes tek pacientët në tërësi (N=974)**



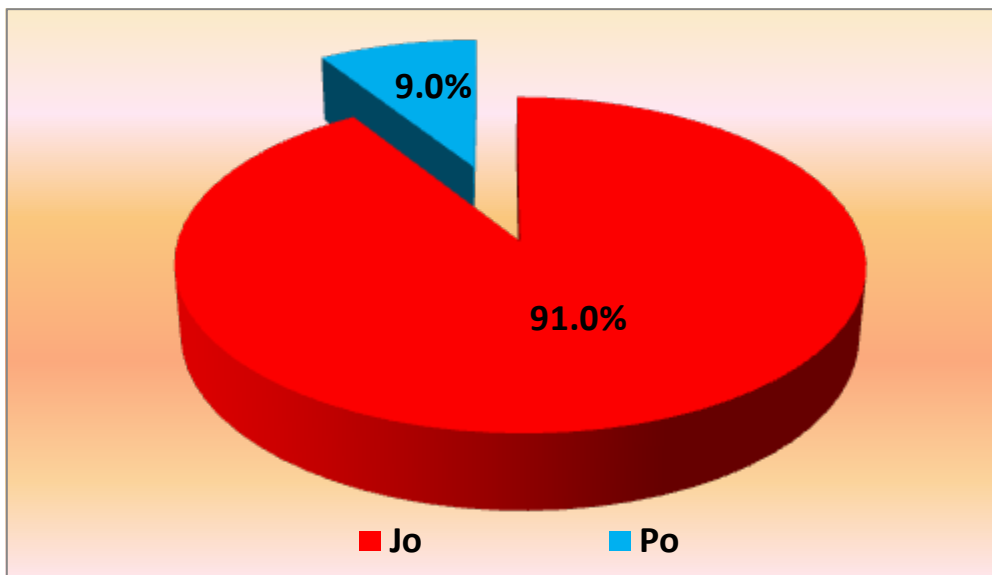
Prevalenca e duhanpirjes ishte shumë më e lartë tek meshkujt (30.4%) në krahasim me femrat (3.5%) dhe ky ndryshim ishte statistikisht shumë sinjifikativ (testi ekzakt i Fisherit:  $P < 0.001$ ) [Grafiku 46].

**Grafiku 46. Prevalenca e duhanpirjes sipas gjinisë së pacientëve**



Në tërësi, prevalenca e konsumit të alkoolit në këtë kontigjent pacientësh të përfshirë në studim (N=974) ishte 9% (Grafiku 47).

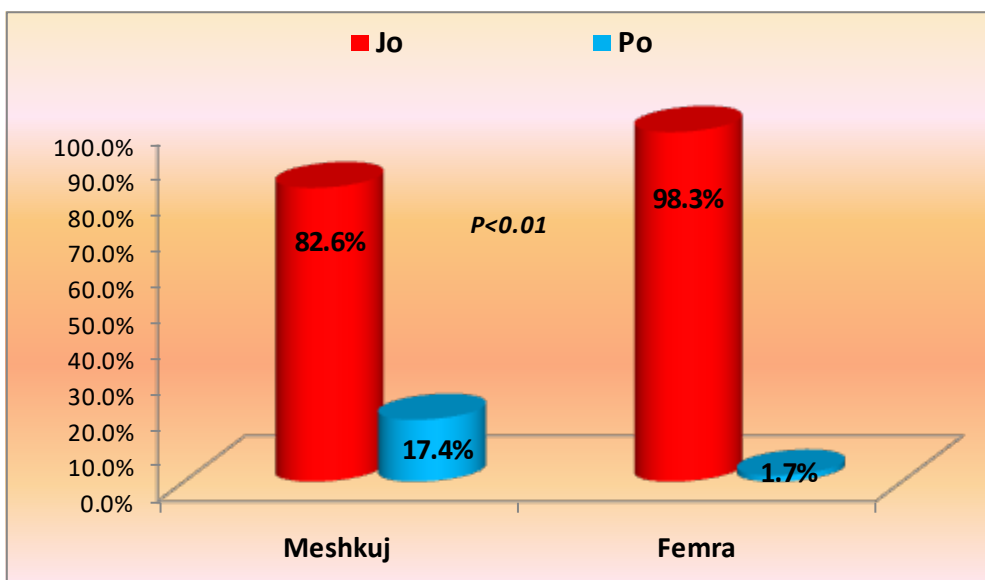
**Grafiku 47. Prevalenca e konsumit të alkoolit tek pacientët në tërësi (N=974)**





Prevalenca e konsumit të alkoolit ishte shumë më e lartë tek meshkujt (17.4%) në krahasim me femrat (vetëm 1.7%) dhe ky ndryshim ishte statistikisht shumë sinjifikativ (testi ekzakt i Fisherit:  $P < 0.001$ ) [Grafiku 48].

**Grafiku 48. Prevalenca e konsumit të alkoolit sipas gjinisë së pacientëve**



#### 4.1.4. Karakteristikat e profilit hematologjik dhe biokimik

Tabela 16 paraqet shpërndarjen e profilit hematologjik të pacientëve të përfshirë në studim.

**Tabela 16. Shpërndarja e parametrave hematologjikë tek pacientët e përfshirë në studim**

	Eritrocite	Leukocite	Trombocite	Hemoglobinë	
Numri	927	948	945	948	
	47	26	29	26	
Mesatarja aritmetike	4457361	7650.86	251576.30	12.31	
Shmangia standarde	774897.0	6787.102	95225.552	4.813	
Minimumi	410000	610	29000	2	
Maksimumi	9270000	126000	960000	148	
Percentilet					
	25	4070000	5525.00	190500.00	11.00
	50	4500000	6900.00	240000.00	12.30
	75	4890000	8500.00	289500.00	13.50

Tabela 17 paraqet shpërndarjen e glicemisë, kreatinemisë, azotemisë, dhe proteinave totale tek pacientët e përfshirë në studim.

**Tabela 17. Shpërndarja e glicemisë, azotemisë, kreatinemisë dhe proteinave totale**

	Glicemi	Azotemi	Kreatinemi	Proteina total
Numri	925	941	906	689
	49	33	68	285
Mesatarja aritmetike	138.71	54.48	1.316	7.220
Shmangia standarde	78.110	42.999	1.7121	.6956
Minimumi	25	9	.4	4.5
Maksimumi	700	324	37.0	9.6
Percentilet				
25	89.00	31.00	.800	6.800
50	111.00	40.00	1.000	7.300
75	164.50	61.00	1.300	7.700

Tabela 18 paraqet shpërndarjen e profilit lipidik, acidit urik, si dhe provave të heparit tek pacientët e përfshirë në studim.

**Tabela 18. Shpërndarja e profilit lipidik, acidit urik dhe provave të heparit**

	AST	ALT	Bilirubine	Kolesterol	Trigliceride	Acidi urik
Numri	964	952	959	934	930	885
	10	22	15	40	44	89
Mesatarja aritmetike	27.55	26.85	.816	187.56	151.23	6.357
Shmangia standarde	27.765	27.604	.7579	61.963	79.123	2.4788
Minimumi	4	0	.1	20	33	1.0
Maksimumi	560	440	13.0	1189	733	16.3
Percentilet						
25	17.00	15.00	.500	150.75	101.00	4.500
50	22.00	21.00	.600	185.00	137.00	6.000
75	29.00	31.00	.900	221.25	179.00	7.750

Nga ana tjetër, Tabela 19 paraqet shpërndarjen e të gjithë parametrave hematologjike dhe biokimike sipas gjinisë së pacientëve të përfshirë në studim.

Ndryshimet statistikiisht sinjifikative mes meshkujve dhe femrave ishin evidente për parametrat e mëposhtëm: eritrocitet, hemoglobina, azotemia, kreatinemia, AST, ALT, bilirubina, kolesteroli dhe acidi urik.

Nga ana tjetër, nuk kishte ndryshim statistikisht sinjifikativ mes meshkujve dhe femrave lidhur me parametrat e mëposhtëm: leukocitet, trombocitet, glicemia, proteinat totale dhe trigliceridet.

**Tabela 19. Shpërndarja e të gjithë parametrave hematologjike dhe biokimike sipas gjinisë së pacientëve**

	Gjinia	Numri	Mesatarja	SD	SE
Eritrocite	M	438	4580128	764156.179	36512.795
	F	489	4347399	768672.212	34760.559
Leukocite	M	446	8060.09	7674.600	363.403
	F	502	7287.29	5871.547	262.060
Hemoglobine	M	446	12.91	6.740	.319
	F	502	11.78	1.679	.075
Trombocite	M	445	246536.40	98129.718	4651.795
	F	500	256061.80	92431.720	4133.672
Glicemi	M	436	141.98	77.710	3.722
	F	489	135.80	78.429	3.547
Azotemi	M	441	60.60	49.530	2.359
	F	500	49.07	35.459	1.586
Kreatinemi	M	424	1.545	2.2915	.1113
	F	482	1.114	.8999	.0410
Proteina total	M	315	7.250	.7123	.0401
	F	374	7.195	.6812	.0352
AST	M	449	29.90	34.512	1.629
	F	515	25.50	19.928	.878
ALT	M	442	30.02	33.797	1.608
	F	510	24.10	20.440	.905
Bilirubine	M	446	.906	.7926	.0375
	F	513	.739	.7181	.0317
Kolesterol	M	438	176.37	52.195	2.494
	F	496	197.45	67.990	3.053
Trigliceride	M	436	148.43	90.193	4.319
	F	494	153.71	67.868	3.054
Acid urik	M	413	6.757	2.5437	.1252
	F	472	6.007	2.3684	.1090

## 4.2. Lidhja e ko-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës

Në Tabelën 20 paraqiten rezultatet nga Modeli i Përgjithshëm Linear (*General Linear Model, GLM*) mbi lidhjen (shoqërimin) e ko-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës në kontigjentin e pacientëve të përfshirë në studim (N=974).

**Tabela 20. Lidhja e ko-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës të pacientëve të përfshirë në studim (N=974)**

VARIABLI	Modelet bruto*		Modelet multivariate†	
	Mesatarja (95%CI)	P	Mesatarja (95%CI)	P
<b>Grup-mosha:</b>				
≤60 vjeç	3.57 (3.36-3.77)	<0.001	3.49 (3.14-3.84)	<0.001
≥61 vjeç	4.84 (4.65-5.02)		4.72 (4.37-5.08)	
<b>Gjinia:</b>				
Meshkuj	4.11 (3.91-4.30)	0.028	4.01 (3.63-4.37)	0.158
Femra	4.43 (4.22-4.64)		4.21 (3.88-4.56)	
<b>Rrethi:</b>				
Tiranë	4.38 (4.20-4.56)	0.034	4.15 (3.81-4.49)	0.574
Rrethe tjera	4.06 (3.83-4.29)		4.07 (3.70-4.43)	
<b>Punësimi:</b>				
Punësuar	4.24 (4.03-4.45)	referencë	4.26 (3.97-4.55)	referencë
Papunë	3.65 (2.94-4.36)	0.073	3.72 (3.01-4.44)	0.090
Pension	4.32 (4.12-4.53)	0.592	4.34 (4.06-4.62)	0.591
<b>Duhanpirja:</b>				
Jo	4.18 (4.02-4.33)	0.012	3.89 (3.48-4.30)	0.098
Po	4.68 (4.32-5.04)		4.32 (3.91-4.73)	
<b>Konsumi i alkoolit:</b>				
Jo	4.23 (4.08-4.39)	0.343	4.02 (3.47-4.57)	0.602
Po	4.48 (4.00-4.96)		4.19 (3.88-4.51)	

\*Vlerat mesatare të numrit të sëmundjeve (patologjitë në total, përfshi diagnozën kryesore dhe sëmundjet shoqëruese), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore nga Modeli i Përgjithshëm Linear (GLM).

† Modelet e Përgjithshme Lineare të axhustuara (kontrolluara) njëkohësisht për të gjithë variablet (ndryshorët) e tjerë të paraqitur në tabelë.

Në Modelet e Përgjithshme Lineare bruto (të pa axhustuara, ose të pa kontrolluara për efektin potencial konfundues të faktorëve të tjerë), vlera mesatare e numrit të përgjithshëm të patologjive (përfshi diagnozën kryesore si dhe sëmundjet e mundshme

shoqëruese) ishte sinjifikativisht më e lartë tek pacientët e moshuar ( $\geq 61$  vjeç) në krahasim me pacientët më të rinj në moshë ( $\leq 60$  vjeç): vlerat mesatare ishin 4.8 vs. 3.6, përkatësisht ( $P < 0.001$ ).

Në mënyrë të ngjashme numri mesatar i sëmundjeve ishte më i lartë tek femrat në krahasim me meshkujt (4.4 vs. 4.1, përkatësisht;  $P = 0.03$ ).

Po kështu, numri mesatar i sëmundjeve ishte më i lartë tek individët nga Tirana në krahasim me pacientët nga rrethet e tjera të vendit (4.4 vs. 4.1, përkatësisht;  $P = 0.03$ ).

Lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës, numri mesatar i sëmundjeve ishte më i lartë tek individët duhanpirës në krahasim me pacientët që nuk pinin duhan (4.7 vs. 4.2, përkatësisht;  $P = 0.01$ ).

Nga ana tjetër, nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht domethënës në numrin mesatar të sëmundjeve mes pacientëve që raportuan të konsumonin pije alkoolike dhe atyre që nuk konsumonin pije alkoolike ( $P = 0.34$ ).

Në Modelet e Përgjithshme Lineare Multiavariate (të axhustuara, ose të kontrolluara njëkohësisht për efektin potencial konfundues të të gjithë faktorëve të tjerë), vlera mesatare e numrit të përgjithshëm të patologjive ishte sinjifikativisht më e lartë tek pacientët e moshuar ( $\geq 61$  vjeç) në krahasim me pacientët më të rinj në moshë ( $\leq 60$  vjeç): numri mesatar i sëmundjeve ishte 4.7 vs. 3.5, përkatësisht ( $P < 0.001$ ).

Por, asnjë nga variabellet e tjera nuk ishte i lidhur (shoqëruar) në mënyrë statistikisht domethënëse me numrin mesatar të patologjive pas axhustimit (kontrollit) simultan (të njëkohshëm) për të gjitha karakteristikat social-demografike dhe faktorët e lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës.

Nga ana tjetër, në Tabelën 21 paraqiten rezultatet nga Regresioni Logjistik Binar mbi lidhjen (shoqërimin) e ko-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës në kontigjentin e pacientëve të përfshirë në studim ( $N = 974$ ).

Në modelet bruto të regresionit logjistik binar, kishte evidencë të një lidhjeje statistikisht sinjifikative mes ko-morbiditetit dhe grup-moshës së pacientëve; kështu, pacientët me moshë  $\geq 61$  vjeç kishin gjasa 4.5 herë më të larta (intervali i besimit 95%: 2.12-9.53;  $P < 0.001$ ) në krahasim me pacientët me moshë  $\leq 60$  vjeç për të patur të paktën një sëmundje shoqëruese (ose, e thënë ndryshe, kishin prani të të paktën dy sëmundjeve njëkohësisht).

Pavarësisht se femrat kishin evidencë të një eksesi të lehtë të ko-morbiditetit në krahasim me meshkujt ( $OR = 1.21$ ), ky ndryshim nuk ishte statistikisht domethënës ( $P = 0.55$ ).

**Tabela 21. Lidhja e ko-morbiditetit me karakteristikat social-demografike dhe me faktorët e mënyrës së jetesës të pacientëve të përfshirë në studim (N=974)**

VARIABLI	Modelet bruto*		Modelet multivariate†	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
<b>Grup-mosha:</b>				
≤60 vjeç	1.00 (referencë)	<0.001	1.00 (referencë)	<0.001
≥61 vjeç	4.50 (2.12-9.53)		4.27 (1.99-9.14)	
<b>Gjinia:</b>				
Meshkuj	1.00 (referencë)	0.546	1.00 (referencë)	0.297
Femra	1.21 (0.65-2.27)		1.43 (0.73-2.78)	
<b>Rrethi:</b>				
Rrethe tjera	1.00 (referencë)	0.093	1.00 (referencë)	0.306
Tiranë	1.71 (0.91-3.20)		1.40 (0.74-2.66)	
<b>Punësimi:</b>		<b>0.376 (2)‡</b>		<b>0.415 (2)‡</b>
Punësuar	1.00 (referencë)	-	1.00 (referencë)	-
Papunë	1.03 (0.23-4.52)	0.973	1.10 (0.24-4.93)	0.905
Pension	1.58 (0.83-3.04)	0.167	1.56 (0.81-3.02)	0.187
<b>Duhanpirja:</b>				
Jo	1.00 (referencë)	0.497	1.00 (referencë)	0.893
Po	1.39 (0.54-3.60)		1.08 (0.34-3.45)	
<b>Konsumi i alkoolit:</b>				
Jo	1.00 (referencë)	0.352	1.00 (referencë)	0.338
Po	1.98 (0.47-8.34)		2.29 (0.42-12.45)	

\*Raporti i gjasave (OR: të paktën një sëmundje shoqëruese vs. asnjë sëmundje shoqëruese), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore nga Regresioni Logjistik Binar.

† Modelet e Regresionit Logjistik Multivariat të axhustuara (kontrolluara) njëkohësisht për të gjithë variablet (ndryshorët) e tjerë të paraqitur në tabelë.

‡Vlera e përgjithshme e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

Pacientët nga rrethi i Tiranës kishin rreth 70% më shumë gjasa që të kishin të paktën një sëmundje shoqëruese në krahasim me pacientët e ardhur nga rrethet e tjera te vendit. Megjithatë, ky ndryshim (OR=1.71, 95%CI=0.91-3.20) ishte vetëm në kufijtë e përfillshmërisë statistikore (P=0.09)[borderline significant].

Nga ana tjetër, nuk kishte evidencë të ndonjë lidhjeje statistikiisht domethënëse mes ko-morbiditetit dhe gjendjes së punësimit të pacientëve të përfshirë në këtë studim (vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore: P=0.38).

Në mënyrë të ngjashme, nuk kishte shoqërim statistikiisht domethënës mes sëmundjeve shoqëruese dhe faktorëve të lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës ( $P=0.50$  për duhanpirjen, dhe  $P=0.35$  për konsumin e alkoolit).

Nga ana tjetër, në Modelet e Regresionit Logjistik Binar Multivariat (modele të axhustuara, ose të kontrolluara njëkohësisht për efektin potencial konfondues të të gjithë faktorëve të tjerë të paraqitur në Tabelën 21), vetëm grup-mosha e pacientëve rezultoi të ishte një faktor sinjifikativisht “parathënës” i ko-morbiditetit në këtë studim; kështu, pacientët me moshë  $\geq 61$  vjeç kishin gjasa rreth 4.3 herë më të larta (intervali i besimit 95%: 1.99-9.14;  $P<0.001$ ) në krahasim me pacientët me moshë  $\leq 60$  vjeç për të patur të paktën një sëmundje shoqëruese (e thënë ndryshe, kishin prani të të paktën dy sëmundjeve njëkohësisht).

Ndërsa karakteristikat e tjera social-demografike apo faktorët e stilit (mënyrës) së jetesës (duhanpirja dhe konsumi i alkoolit) nuk ishin të lidhur në mënyrë domethënëse me ko-morbiditetin në kontigjentin e pacientëve të përfshirë në këtë studim.

## 5. Diskutimi

### 5.1. Përmbledhje e Rezultateve Kryesore të Studimit

Ky punim synoi të vlerësonte barrën e shpërndarjes së ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit tek pacientët shqiptarë të të dyja gjinive. Në këtë studim u përfshi një kampion i madh pacientësh të shtruar në Shërbimin e Mjekësisë Interne të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë që konsiston në shërbimin publik terciar të vetëm të këtij lloji në vendin tonë.

Në tërësi, në këtë studim u përfshinë 974 pacientë nga të cilët, 454 (45.6%) ishin meshkuj dhe 520 (53.4%) ishin femra.

Mosha mesatare e pacientëve të përfshirë në studim ishte  $61.3 \pm 13.5$  vjeç dhe nuk kishte asnjë ndryshim domethënës në vlerën e moshës mesatare sipas gjinisë së pacientëve (në meshkuj, mosha mesatare ishte:  $61.2 \pm 13.8$  vjeç, ndërsa në femra mosha mesatare ishte:  $61.3 \pm 13.1$  vjeç).

Gjithashtu, nuk kishte ndonjë ndryshim statistikisht domethënës në shpërndarjen e karakteristikave të tjera social-demografike (vendbanimit dhe gjendjes së punësimit) mes meshkujve dhe femrave të përfshirë në këtë studim.

Përsa i takon rezultateve kryesore të studimit, në tërësi, 5.7% e pacientëve kishin si diagnozë hyrëse kryesore diabetin; 5.1% EPA (edemë pulmonare akute); 5.4% FiA (fibrilacion atrial); pjesa më e madhe (49.5%) kishin HTA (hipertension arterial); 16.5% IKK (insuficiencë kardiace kongjeste); 4.2% SRK (sëmundje renale kronike); ndërsa pjesa tjetër (13.4%) e pacientëve kishin diagnoza të tjera.

Ndërsa nga pacientët e shtruar urgjent në spital, 46% të tyre (ose 259) ishin hospitalizuar për shkak të HTA (Krizë hipertensive, EPA, HTA rezistent). Ndër shkaqet e tjera më pak të shpeshta ishin IKK me 27% (ose 149 pacientë), FiA me 9% (ose 49 pacientë), SIZ me 4% (ose 20 pacientë), dhe 15% të mbetur me sëmundje të tjera si Perikardit, Sëmundje autoimune etj.

Nga këto shifra bie në sy që Hipertensioni, n.q.s. i shtojmë edhe Edemën Pulmonare Akute (në shumicën e rasteve shkaktohet nga shifra të larta të TA), përbën shkakun më të shpeshtë që e detyron një pacient të paraqitet në Urgjencë dhe më tej të hospitalizohet në MI. Dhe n.q.s. i shtojmë kësaj shifre edhe një numër të madh pacientësh që paraqiten në urgjencë për shkak të shifrave të larta të TA por që nuk hospitalizohen, atëherë kuptojmë se sa e rëndësishme do të ishte një menaxhim më i mirë për mbajtjen në kontroll të tensionit arterial (TA). Mbajtja nën kontroll të TA do të çonte në uljen e numrit të shtrimeve, uljen e komplikacioneve afat-shkurtër apo afat-gjatë të TA, rritjen e cilësisë së jetës së këtyre pacientëve, apo edhe rritjen e jetëgjatësisë. Gjatë viteve të fundit janë bërë mjaft trajnime, konferenca, kryesisht me mjekët e familjes si në rrethet ashtu edhe në Tiranë. Megjithatë, duke parë këto shifra, kuptojmë që ka akoma shumë për të bërë.



Në total, 559 (57.4%) pacientë u shtruan në spital në mënyrë urgjente, kundrejt 415 (42.6%) të tjerëve që u hospitalizuan në mënyrë të planifikuar. Nga pacientët e shtruar me urgjencë, rreth 61% ishin meshkuj dhe rreth 54% ishin femra dhe ky ndryshim ishte statistikisht sinjifikativ.

U vu re një përqindje e konsiderueshme pacientësh që shtroheshin në mënyrë të përsëritur në spital. Rreth 24% ose 229 pacientë ishin shtruar së paku edhe një herë tjetër në spital, kundrejt 76.5% ose 745 pacientë që ishin të shtruar për herë të parë. Rreth 4% e tyre ose 44 pacientë ishin shtruar më shumë se 3 herë në spital.

Pra pacientët që hospitalizoheshin nga Urgjenca ishin në përqindje më të lartë se ata që hospitalizoheshin me planifikim. Nga 560 pacientë të shtruar me urgjencë në spital, 326 ose 71% ishin shtruar në pavionin tonë për herë të parë, ndërsa 134 ose 29% e tyre ishte shtruar edhe të paktën një herë tjetër në spital. Në rastin e pacientëve të shtruar me planifikim kjo përqindje ishte 23% për ata që ishin shtruar me shumë se një herë.

Shpërndarja e numrit të sëmundjeve (patologjive) në këtë kontigjent të pacientëve ishte si më poshtë:

- Në tërësi, prevalenca e të paktën dy sëmundjeve (ose, një sëmundjeje shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte shumë e lartë: 933 ose 95.8% e pacientëve kishin evidencë të të paktën dy patologjive.
- Prevalenca e të paktën tre sëmundjeve (ose, dy sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte gjithashtu e lartë: 862 ose 88.5% e pacientëve kishin evidencë të të paktën tre patologjive.
- Prevalenca e të paktën katër sëmundjeve (ose, tre sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte sërish e lartë: 737 ose 75.7% e pacientëve kishin evidencë të të paktën katër patologjive.
- Prevalenca e të paktën pesë sëmundjeve (ose, katër sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte edhe kjo e lartë: 586 ose 60.2% e pacientëve kishin evidencë të të paktën pesë patologjive.
- Prevalenca e të paktën gjashtë sëmundjeve (ose, pesë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte 41.7%.
- Prevalenca e të paktën shtatë sëmundjeve (ose, gjashtë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte 28.3%.
- Prevalenca e të paktën tetë sëmundjeve (ose, shtatë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte 18.4%.
- Prevalenca e të paktën nëntë sëmundjeve (ose, tetë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte 11.6%.
- Prevalenca e të paktën dhjetë sëmundjeve (ose, nëntë sëmundjeve shoqëruese përveç diagnozës kryesore) ishte 5.5%.

Këto përqindje të larta të multimorbiditetit në pacientët që hospitalizohen tregojnë për vulnerabilitetin e këtij kontigjenti pacientësh. Kjo tregon që këta pacientë janë më shumë të predispozuar dhe më në risk për të bërë shtrime të përsëritura në spital. Prandaj edhe masat që duhet të merren në lidhje me një përjasje tjetër ndaj këtij kontigjenti të madh të sëmurësh kronike, janë emergjente. Pothuaj të gjitha studimet në literaturë nuk kanë të detajuar një kosto ndaj kësaj përjasje të re ndaj këtyre pacientëve. Sigurisht që kjo qasje e re ka koston e saj, por duke marrë parasysh shtrimet në spital, mortalitetin e rritur, cilësinë e jetës, kjo është një kosto që duhet marrë në konsideratë edhe për vende me GDP të ulëta si kjo e jona.

Lidhur me faktorët e riskut, prevalenca e duhanpirjes dhe e konsumit të alkoolit ishin shumë më të larta tek meshkujt në krahasim me femrat dhe këto ndryshime ishin statistikisht shumë sinjifikative.

Përsa i takon profilit hematologjik dhe parametrave biokimike, kishte ndryshime statistikisht sinjifikative mes meshkujve dhe femrave për parametrat e mëposhtëm: eritrocitet, hemoglobina, azotemia, kreatinemia, AST, ALT, bilirubina, kolesterolit dhe acidi urik.

Nga ana tjetër, nuk kishte ndryshim statistikisht sinjifikativ mes meshkujve dhe femrave lidhur me parametrat e mëposhtëm: leukocitet, trombocitet, glicemia, proteinat totale dhe trigliceridet.

Në Modelet e Përgjithshme Lineare Multiavariate (të axhustuara, ose të kontrolluara njëkohësisht për efektin potencial konfundues të të gjithë faktorëve të tjerë), vlera mesatare e numrit të përgjithshëm të patologjive ishte sinjifikativisht më e lartë tek pacientët e moshuar ( $\geq 61$  vjeç) në krahasim me pacientët më të rinj në moshë ( $\leq 60$  vjeç): numri mesatar i sëmundjeve ishte 4.7 vs. 3.5, përkatësisht ( $P < 0.001$ ).

Por, asnjë nga variablet e tjera nuk ishte i lidhur (shoqëruar) në mënyrë statistikisht domethënëse me numrin mesatar të patologjive pas axhustimit (kontrollit) simultan (të njëkohshëm) për të gjitha karakteristikat social-demografike dhe faktorët e lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës.

Nga ana tjetër, në Modelet e Regresionit Logjistik Binar Multivariat (modele të axhustuara, ose të kontrolluara njëkohësisht për efektin potencial konfundues të të gjithë faktorëve të tjerë), vetëm grup-mosha e pacientëve rezultoi të ishte një faktor sinjifikativisht "parathënës" i komorbiditetit në këtë studim; kështu, pacientët me moshë  $\geq 61$  vjeç kishin gjasa rreth 4.3 herë më të larta (intervali i besimit 95%: 1.99-9.14;  $P < 0.001$ ) në krahasim me pacientët me moshë  $\leq 60$  vjeç për të patur të paktën një sëmundje shoqëruese (ose, prani të të paktën dy sëmundjeve njëkohësisht).

Ndërkohë do të paraqesim edhe disa rezultate të tjera që mbase nuk kanë ndonjë rëndësi të madhe shkencore por kanë të bëjnë me punën e përditshme në klinikë, dhe këto të dhëna mund të ndikojnë në përmirësimin e praktikës së punës dhe gjithashtu në njohjen e pikave dobëta që kanë nevojë për rishikim.

Një problem i rëndësishëm përsa i përket kostove dhe efikasitetit, është edhe ditë-qëndrimi. Ditë-qëndrimi mesatar për të gjithë pacientët ishte 11.04 me minimumin e

qëndrimin me 1 ditë dhe maksimumin me 57 ditë. Kurse ditë-qëndrimi për pacientët e shtruar nga Urgjenca ishte 11.5, shifër kjo më e lartë, por jo statistikisht sinjifikative.

Kur u pa ditë-qëndrimi përsa i përket pacientëve që kishin qëndruar me më pak ose më shumë se 10 ditë u vu re se vetëm 514 prej tyre ose 52% kishin qëndruar më pak se 10 ditë dhe 472 ose 48% kishin qëndruar më shumë se 10 ditë.

U pa gjithashtu që 196 pacientë ose 20% tyre kishin qëndruar në spital  $\geq$  15 ditë.

Ky ditë-qëndrim relativisht i lartë ka të bëjë kryesisht me kontigjentin e pacientëve të cilët hospitalizohen në MI. Megjithëse rreth 50% të pacientëve kanë si diagnoze kryesore HTA, duhet patur parasysh se këta pacientë kanë multi-morbiditet të lartë, duke iu referuar shifrave të mësipërme. Përqindjen e ditë-qëndrimit e rrit edhe numri i lartë i pacientëve me IKK.

Përsa i përket ekzaminimeve imazherike u vu re se nga totali i pacientëve, 146 ose 15% e tyre e kishin bërë një CT gjatë qëndrimit të tyre në spital.

Përveç atyre që e kishin bërë CT, ekzistonte edhe një kategori tjetër të cilët e kishin planifikuar CT për ta bërë sipas sistemit të referimit dhe kjo arrinte deri në 66 pacientë ose në 8% të tyre. Kjo do e çonte në një total prej 23% të pacientëve. Në pamje të parë nuk është ndonjë shifër e lartë, por duke patur parasysh që 55% të pacientëve kanë si diagnoze dalje kryesore HTA, dhe 17% të tyre IKK, kjo shifër është disi e lartë.

Gjatë studimit u pa që një përqindje e konsiderueshme e pacientëve kishin përdorur antibiotike të ndryshëm gjatë qëndrimit në spital. Kishin përdorur antibiotike, 395 pacientë ose 40.5% të tyre.

Ndër antibiotikët e përdorur më shpesh ishin Quinolonet me një përqindje tek 46% ose 180 pacientë. Në vend të dytë ishin Cefalosporinat me 175 pacientë ose 45% të tyre.

Dhe së fundi u vu re që një përqindje e konsiderueshme e pacientëve kishin përdorur të paktën dy antibiotikë. Kjo shkonte deri në 18% tyre ose 71 pacientë.

## 5.2. Menaxhimi i Multi-morbiditetit – Një problem aktual

Ndërsa vazhdon debati rreth rolit të mëshimit të popullsisë në tranzicionin epidemiologjik, po ndodh gjithashtu edhe tranzicioni demografik në të gjithë rajonet e botës, megjithëse me modele, përcaktorë dhe shpejtësi të ndryshme.

Është evidentuar se moshimi i popullsisë po vazhdon si në vendet e zhvilluara ashtu edhe në vendet në zhvillim megjithëse, niveli i rritjes së numrit të të moshuarve në vendet me ardhura të ulëta dhe vendet me të ardhura mesatare do të mbetet dukshëm më i lartë se në shumicën e vendeve me të ardhura të larta edhe për shumë dekada (56).

Plakja e popullsisë po ndodh më shpejt sesa më parë. Për shembull, ndërsa Francës iu desh gati 150 vjet për t'u përshtatur me një ndryshim nga 10% në 20% në përqindjen e popullsisë që ishte më e vjetër se 60 vjet, vende si Brazili, Kina dhe India do të kenë pak më shumë se 20 vjet për të bërë të njëjtën përshtatje. (57)

Sipas OBSH popullsia mbi 60 vjeç në Shqipëri pritet të rritet shumë shpejt duke arritur sa 45% e popullsisë në moshë pune, 15-65 vjeç. Ajo që për vende të zhvilluara të Evropës ka ndodhur për dekada, në Shqipëri po ndodh brenda vitit. Në vitin 2018, raporti i varësisë së të rinjve (raporti i popullsisë 0-14 vjeç me popullsinë 15-64 vjeç) ka shënuar rënie në krahasim me vitin 2017, nga 26,0% në 25,4%, ndërsa raporti i varësisë së të moshuarve (raporti i popullsisë 65+ me popullsinë 15-64 vjeç) ka shënuar rritje nga 19,4% në 20,1% për të njëjtën periudhë.

Ndërsa popullsia globale vazhdon të rritet në numër, dhe të bëhet gjithnjë e më e madhe, ka edhe një rritje të pritshme të prevalencës së multi-morbiditetit. Trajtimi multi-morbiditetit si pjesë e barrës së sëmundjeve jo të transmetueshme (kronike) mbetet një nga sfidat kryesore me të cilat ballafaqohet komuniteti ndërkombëtar.

Në mënyrë të veçantë, kërkohet nga sistemet përkatëse shëndetësore që të identifikojnë dhe të shqyrtojnë përcaktorët e tij social-ekonomik në mënyrë që të sigurojnë kujdes shëndetësor më të barabartë për popullsitë e tyre dhe për të nxitur parandalimin e sëmundjeve jo të transmetueshme.

Pavarësisht nga të dhënat që sugjerojnë një rritje të prevalencës së multi-morbiditetit midis adultëve e sidomos tek të moshuarit, shumica dërrmuese e studimeve globale kanë mbetur kryesisht të fokusuar tek sëmundjet e vetme dhe jo tek ko-morbiditeti apo multi-morbiditeti (58).

Gjithnjë e më shumë po bëhet evidente se përmirësimi i kujdesit shëndetësor të ofruar nga disiplina dhe/ose sektorë të ndryshëm në mënyrë të integruar, mund të jetë më efektiv në aspektin e cilësisë së kujdesit shëndetësor. Gjithashtu edhe kënaqësia e pacientit, apo edhe rezultatet shëndetësore dhe kostot përkatëse, do të ishin më efikase në një kujdes shëndetësor të integruar, në krahasim me kujdesin shëndetësor të fragmentuar.

Aktualisht, vështirë të jetë identifikuar ndonjë strategji ose politikë e mirëfilltë në nivel kombëtar ose rajonal të orientuar drejt kujdesit (të integruar) të individëve me multi-

morbiditet. Shumica e politikave aktuale kombëtare dhe rajonale ose strategjitë që kanë të bëjnë me kujdesin ndaj sëmundjeve kronike, janë *sëmundje specifike*.

Pacientët me multi-morbiditet kanë nivel të lartë të konsultave në kujdesin shëndetësor parësor dhe të hospitalizimeve, por gjithashtu ato përbëjnë edhe një ngarkesë financiare disproporcionale të shpenzimeve të përgjithshme të shërbimit shëndetësor.

Në SHBA, është vlerësuar se 75% e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor alokohen për trajtimin e gjendjeve shëndetësore kronike, ndërsa në Evropë, kostoja e agreguar e kujdesit shëndetësor shumëzohet me çdo gjendje shëndetësore shtesë (vlerësimi i kostos mesatare për tre gjendje shëndetësore është 1631 €, krahasuar me 562 € për asnjë gjendje shëndetësore) (61).

Pjesa më e madhe e kujdesit shëndetësor për njerëzit të prekur nga gjendje shëndetësore kronike është ofruar nga kujdesi shëndetësor parësor, dhe për këtë arsye ky duhet të jetë elementi kryesor për qasjen ndaj përmirësimit të menaxhimit të pacientëve me multi-morbiditet.

Janë identifikuar disa studime të cilat kanë shqyrtuar një sërë ndërhyrjesh komplekse të cilat raportuan efekte mikse. Më të efektshme ishin ndërhyrjet organizative të fokusuara në fushat me interes për pacientët ose në fushat ku ata kanë vështirësi, të tilla si aftësitë funksionale dhe menaxhimin e mjekimit.

Në një studim të vitit 2018 nga Salisbury et al u morën në shqyrtim 1646 pacientë nga 34 praktika të ndryshme.(62) Tek këta pacientë u vu në veprim një strategji e veçante në ndjekjen e tyre, e quajtur për qasja 3D. Hipoteza e tyre ishte se modeli i kujdesit, pacienti në qendër, të ashtuquajtura për qasja 3D (bazuar në dimensionet e shëndetit, depresionit dhe ilaçeve) për pacientët me multi-morbiditet do të përmirësonin cilësinë e jetës së tyre në lidhje me shëndetin, që është qëllimi përfundimtar i ndërhyrjes 3D. U rekrutuan pacientë me tre ose me shumë patologji. Qëllimi final ishte cilësia e jetës pas 15 muajsh ndjekjeje dhe monitorimi. Sipas analizave të detajuara statistikore nuk kishte diferenca midis dy grupeve në qëllimin kryesor që ishte kualiteti i jetës.

Duke njohur këto probleme, organizata në Angli (63), USA (64), Evropë (65) dhe më gjerë (66) kanë publikuar udhërrëfyes për përmirësimin e menaxhimit të pacientëve me multi-morbiditet, dhe Departamenti i Shëndetit dhe Shërbimeve Humane i SH.B.A.-së ka bërë thirrje për një ndryshim paradigme në mënyrën se si ofrohet kujdesi shëndetësor.

Ekziston një konsensus i gjerë në lidhje me përbërësit kryesorë të një qasje të tillë, të cilat pasqyrojnë një model të kujdesit të pacientit në qendër (67), dhe njohuri nga Modeli i Kujdesit Kronik (68). Këta përbërës përfshijnë një rishikim të rregullt gjithëpërfshirës të problemeve të pacientëve sipas rrethanave të tyre individuale, një përqendrim në cilësinë e jetës dhe funksionit si dhe kontrollit të sëmundjes, përshtatjen e rekomandimeve të trajtimit për prioritetet dhe situatën e çdo individi, balancimin e rreziqeve dhe përfitimet e trajtimit, ndërsa kërkon të zvogëlojë barrën e trajtimit (veçanërisht polifarmacinë e papërshtatshme), promovimin e vetë-menaxhimit,

diskutimin e vendimeve me vetë pacientët dhe rënien dakord për një planin kujdesi të individualizuar.

Pavarësisht se ka patur mbështetje të gjerë internacionale për këto ide, ka evidenca të pakëta për efikasitetin e tyre në përmirësimin e rezultateve përsa i përket rritjes së cilësisë së jetës në pacientët me multi-morbiditet.

Scott dhe Davis në 1979 (69) kanë përshkruar një kornizë të përdorur gjerësisht në praktikë, me qëllim që të ndihmojnë mjekët e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor, pra mjekët e përgjithshëm dhe të familjes, për të zgjeruar konsultën duke ndjekur 4 elemente bazë:

- A) menaxhimin e problemeve prezente (rishtazi),
- B) menaxhimin e problemeve të vazhdueshme,
- C) modifikimin e sjelljeve që kërkojnë ndihmë
- D) promovimi oportunist i shëndetit .

#### *Menaxhimi i problemit/problemeve prezent (rishtazi)*

Shumicën e kohës një klinikist e kalon me problemin prezent apo të shfaqur së fundi. Ballafaqimi me problemet e paraqitura rishtazi mund të jetë i komplikuar nga prania e multi-morbiditetit, ndërsa problemi prezent mund të ketë marrë shkas nga një prej sëmundjeve ekzistuese të pacientit ose nga trajtimet e këtyre sëmundjeve.

#### *Menaxhimi i problemeve të vazhdueshme*

Mbikëqyrja e sistematike e problemeve kronike nuk është kaq interesante sesa menaxhimi i problemeve prezente, por problemi në rritje i multi-morbiditetit, dhe efikasiteti i jashtëzakonshëm i disa trajtimeve mjekësore i ka detyruar klinikistët që të vazhdojnë të trajtojnë dhe monitorojnë me kujdes sëmundjet kronike, që mund të vazhdojnë për shumë dekada. (69) Pacientët me multi-morbiditet mund të kërkojnë gjithashtu vëmendje për menaxhimin e vazhdueshëm të problemeve të tyre të tjera, duke përfshirë edhe kontrollin mbi progresin, zbatimin e trajtimit, dhe çdo mënyrë të parandalimit sekondar.

#### *Modifikimi i sjelljeve që kërkojnë ndihmë*

Çdo takim me mjekun dhe pacientin duhet të influencojë në sjelljet e ardhshme të pacientit përsa i përket kërkesës së ndihmës. Kjo do të përcaktonte kontrollin dhe negociimin e nevojave dhe pritshmërive të pacientit në lidhje me konsultën e ardhshme, duke përfshirë vizitat rutinë. Është e rëndësishme që të shmanget një barrë trajtimi tepër të lartë të pacientëve, që ndërhyr me jetën e tyre të përditshme dhe rezulton në thellimin e problemeve të trajtimit të sëmundjeve dhe të konsultave, si për problemin e paraqitur rishtaz ashtu edhe për ecurinë e sëmundjeve.

### *Promovimi oportunist i shëndetit*

Një nga komponentët më interesantë dhe oportunistë të çdo konsulte është mundësia që siguron si një promocion të jetës së shëndetshme, ashtu edhe vënien e një diagnoze të hershme. Aktivitetet parandaluese duhet të përfshijnë logjikën që lidhet me moshën e pacientit dhe parandalimi sipas gjinisë, por prania e multi-morbiditetit mund të mbingarkojë pacientët dhe mjekët në këtë këndvështrim.

Ekspertët në shumicën e vendeve Evropiane kanë raportuar për ekzistencën e politikave ose strategjive të tyre relevante kombëtare ose rajonale për kujdesin ndaj multi-morbiditetit. Megjithatë, shumica e tyre nuk duket që po zhvillohen nga perspektiva e sëmundjeve të shumëfishta kronike, por ishin kryesisht të lidhura me kujdesin për të moshuarit.

Për shembull, qeveria qendrore dhe rajonale në Suedi morën së bashku iniciativën për një ndryshim të madh të shëndetit dhe të kujdesit shoqëror për adultët me gjendje komplekse shëndetësore.

Në Zvicër, u miratua një strategji gjithëpërfshirëse, me qëllim ndryshimin e sistemit shëndetësor në mënyrë që të plotësojë më mirë nevojat e njerëzve dhe gjithashtu të jetë financiarisht e përballueshme. Edhe pse motivi kryesor për këtë politikë është moshimi i popullsisë, kujdesi për individët me gjendje komplekse shëndetësore, në mënyrë të tërthortë i referohet multi-morbiditetit.

### *Parimet e Ariadne-s të konsultës për pacientët me multi-morbiditet*

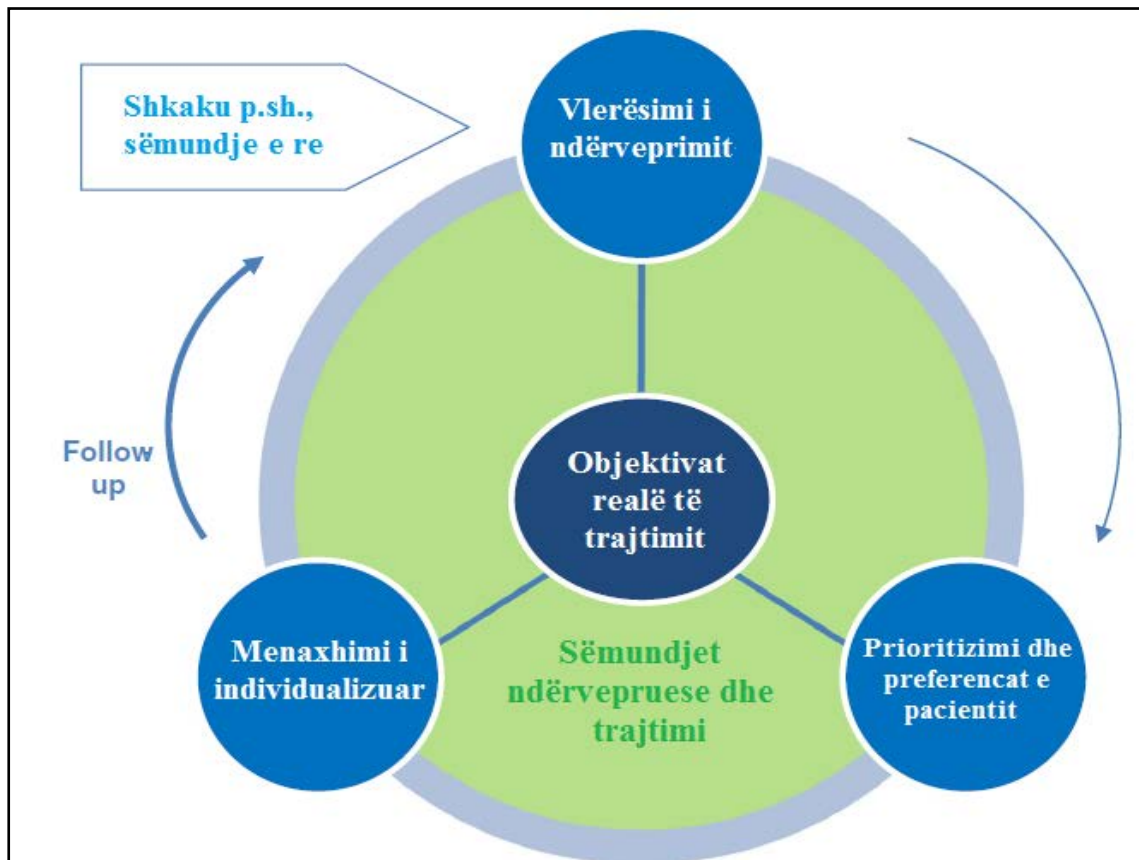
Një punim interesant është kryer nga Muth et al në lidhje me modifikimin e principeve të Ariadnes, dhe implementimin e këtyre principeve në menaxhimin e multi-morbiditetit. (70) Në mitologjinë greke, Ariadne ndihmoi Tezeun që të gjejë rrugëdaljen nga labirinti i Minotaurit duke i dhënë atij një top peri - një përshkrim që përshtatet mirë me kërkimin shkencor lidhur me multi-morbiditetin (71). Parimet e Ariadne-s mund të shihen si “fije” që ndihmojnë mjekun për të gjetur rrugën e tij/e saj brenda labirintit të konsultave të shumëfishta të kujdesit parësor dhe kontaktit të pacientit me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor.

Figura 5 paraqet elementet kryesore të një procesi të vazhdueshëm këshillimi për pacientët me multi-morbiditet në kujdesin shëndetësor parësor.(70)

Në qendër të procesit është diskutimi i objektivave realë të trajtimit midis mjekut dhe pacientit. Ata vijnë si pasojë e një *vlerësimi të plotë të ndërveprimit* të gjendjeve

shëndetësore dhe trajtimeve, një pikë e domosdoshme si për problemet e paraqitura rishtazi ashtu edhe për problemet e vazhdueshme, si dhe *prioritizimi i problemeve shëndetësore* që merr në konsideratë preferencat e pacientit.

**Figura 3. Princi i Ariadne-s lidhur me konsultën me pacientët me multi-morbiditet**



Burimi: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/223>

Në pacientët me multi-morbiditet mund të ndodhin ndërveprime potenciale midis vetë sëmundjes dhe trajtimit, ndërveprime të cilat mund të çojnë në përkeqësimin e ecurisë së sëmundjes. Mekanizma të rëndësishëm cilat duhen kontrolluar veçmas janë ndërveprimet sëmundje-sëmundje, sëmundje-medikament, medikament-medikament.

Në qoftë se ndërveprimet e planit të trajtimit rezultojnë në më shumë dëme sesa përfitime, ose qëllimet e trajtimit konkurrojnë me njëra-tjetrën, atëherë duhet të përcaktohen prioritetet. Në këto raste vendimet e kujdesit shëndetësor duhet të merren brenda kontekstit të vlerave dhe preferencave të vetë pacientit.

*Menaxhimi i individualizuar* realizon opsionet më të mira (në dispozicion) të kujdesit shëndetësor (diagnostikimi dhe trajtimi, por edhe parandalimi parësor dhe dytësor) për të arritur objektivat (70).



Si përfundim, autoret kanë formuluar një përjasje longitudinale gjithë-përfshirëse ndaj menaxhimit të pacientëve me multi-morbiditet në kujdesin parësor. Për grupin heterogjen të pacientëve me multi-morbiditet, nuk ka zgjidhje të lehta që vlejné për të gjithë pacientët. Prandaj, ata zhvilluan një seri parimesh që mund të përdoren për të strukturuar dhe pasuruar qasjen ndaj konsultimeve siç është sugjeruar nga Stott dhe Davis dhe për të përmirësuar rezultatet duke përdorur qasje të përshtatura sipas pacientit.

Si në rastin e studimit të Salisbury C et al mbi përjasjen 3D për menaxhimin e multi-morbiditetit me modelin e kujdesit duke vënë në qendër pacientin, ashtu edhe studimi i mësipërm, apo edhe studime të tjera, duhet të inkorporohen në programet e edukimit për menaxhimin në pacientët me multi-morbiditet. Efikasiteti i këtyre modeleve të propozuara ka nevojë për aplikime të mëtejshme klinike, pavarësisht se deri tani nuk kanë patur ndonjë rezultat sinjifikativ në rritjen e cilësisë së jetës të këtyre pacientëve.

### 5.3. Përparësitë dhe Mangësitë e Studimit

Ky punim i kryer në Tiranë paraqet disa përparësi, por edhe disa mangësi të cilat përshkruhen shkurtimisht më poshtë:

- **Tipi i studimit:** ky punim konsistoi në një studim të tipit rast-seri.  
Por, meqenëse studimi nuk ishte i tipit (llojit) prospektiv, skema e studimit nuk mundëson përfitim të konkluzioneve (përfundimeve) shkakësore mbi lidhjet apo varësitë statistikore të vëzhguara mes multi-morbiditetit dhe ko-morbiditetit me faktorët social-demografikë, karakteristikat e stilit/mënyrës së jetesës, apo parametrat hematologjike dhe biokimike të pacientëve të përfshirë në studim.  
Gjithsesi, ndërmarrja e studimeve të tilla rast-seri është një qasje e përdorur gjerësisht në studime të tilla klinike që synojnë vlerësimin e barrës dhe shpërndarjes së patologjive në pacientët e hospitalizuar me sëmundje të ndryshme.
- **Gabimi sistematik i përzgjedhjes (seleksionit) të kampionit:** ky lloj gabimi potencial lidhet me përfaqësueshmërinë e kampionit të pacientëve. Ky studim përfshiu një kampion konsektiv (të njëpasnjëshëm) të pacientëve të hospitalizuar në Shërbimin e Mjekësisë Interne në QSUT.  
Por, pavarësisht madhësisë së kënaqshme dhe përfaqësueshmërisë së mirë të kampionit të pacientëve të përfshirë në këtë punim, në asnjë rast nuk mund të arrihet në përfundimin se përfaqësueshmëria e kampionit është në shkallën 100%, prandaj edhe rezultatet e studimit duhen trajtuar me kujdes.
- **Gabimet sistematike të informacionit:** në të gjitha etapat e studimit u bënë përpjekje maksimale për të shmangur gabimet sistematike të informacionit që lidhen kryesisht me vetë-perceptimin dhe vetë-raportimin e pacientëve, sidomos për faktorët e lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës. Në veçanti, gabimet sistematike të informacionit në studime të këtij lloji mund të lidhen me raportimin e diferencuar të duhan-pirjes, apo konsumit të alkoolit, faktorë të cilët nuk është e lehtë që të vlerësohen përmes intervistave të shkurtra.  
Por, gjithsesi, në studimin aktual nuk ka evidencë të ndonjë gabimi të mundshëm sistematik në përfitim të informacionit, fakt i cili mund të ndikonte negativisht në përgjithësimin e rezultateve të studimit.

- ***Instrumentet e studimit:*** në këtë punim u aplikua në mënyrë rigoroze dhe konsistente një formular vlerësimi klinik për të gjithë pacientët, shoqëruar edhe me administrimin e një pyetësori standard. Prandaj, aplikimi në mënyrë rigoroze i këtyre instrumenteve përbën një përparësi metodologjike për punimin aktual.

Prandaj, në tërësi, rezultatet e përfuara nga ky punim mund të përgjithësohen për të gjithë të sëmurët (pacientët) e ngjashëm të vendit tonë.

## 6. Përfundime

1. Ky studim shkencor i tipit kuantitativ (sasior) konsistoi në rekrutimin e një kontigjenti të madh konsektiv (të njëpasnjëshëm) pacientësh të shtruar në Shërbimin e Mjekësisë Interne të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, si institucioni i vetëm publik që ofron shërbime të tilla të Mjekësisë Interne në nivel terciar në të gjithë vendin tonë.
2. Më konkretisht, në tërësi, studimi aktual konsistoi në ekzaminimin dhe intervistimin e 974 pacientëve, nga të cilët rreth 46% ishin meshkuj dhe rreth 54% ishin femra.
3. Në total, mosha mesatare e pacientëve të përfshirë në këtë studim ishte rreth  $61 \pm 13$  vjeç, me një shpërndarje pak a shumë të njëtrajtshme në të dyja gjinitë.
4. Përsa i takon diagnozave kryesore të hyrjes së pacientëve të rekrutuar në këtë studim, në tërësi, pjesa më e madhe (49.5%) e individëve kishin HTA (hipertension arterial); 5.7% e pacientëve kishin si diagnozë kryesore diabetin; 5.1% EPA (edemë pulmonare akute); 5.4% FiA (fibrilacion atrial); 16.5% IKK (insuficiencë kardiake kongjeste); 4.2% SRK (sëmundje renale kronike); ndërsa pjesa tjetër (13.4%) e pacientëve kishin diagnoza të tjera kryesore hyrje.
5. Shpërndarja e numrit të sëmundjeve (patologjive) në këtë kontigjent të pacientëve ishte si më poshtë: prevalenca e të paktën *dy* sëmundjeve ishte rreth 96%; prevalenca e të paktën *tre* sëmundjeve ishte rreth 89%; prevalenca e të paktën *katër* sëmundjeve ishte rreth 76%; prevalenca e të paktën *pesë* sëmundjeve ishte rreth 60%; prevalenca e të paktën *gjashtë* sëmundjeve ishte rreth 42%; prevalenca e të paktën *shtatë* sëmundjeve ishte rreth 28%; prevalenca e të paktën *tetë* sëmundjeve ishte rreth 18%; prevalenca e të paktën *nëntë* sëmundjeve ishte rreth 12%; dhe prevalenca e të paktën *dhjetë* sëmundjeve ishte rreth 5%.
6. Ditë-qëndrimi mesatar për të gjithë pacientët ishte 11.04 me minimumin e qëndrimit me 1 ditë dhe maksimumin me 57 ditë. Kurse ditë-qëndrimi për pacientët e shtruar nga Urgjenca ishte 11.5, shifër kjo më e lartë, por jo statistikisht sinjifikative.
7. Rreth 41% e pacientëve kishin përdorur antibiotike gjatë qëndrimit të tyre në spital, me Quinolonet në vend të parë me 46% dhe në vend të dytë Cefalosporinat me 45%.
8. Lidhur me faktorët e riskut, prevalenca e duhan-pirjes dhe e konsumit të alkoolit ishin shumë më të larta tek meshkujt në krahasim me femrat dhe këto ndryshime ishin statistikisht shumë sinjifikative.

9. Përsa i takon profilit hematologjik dhe parametrave biokimike, kishte ndryshime statistikisht sinjifikative mes meshkujve dhe femrave për parametrat e mëposhtëm: eritrocitet, hemoglobina, azotemia, kreatinemia, AST, ALT, bilirubina, kolesteroli dhe acidi urik.
10. Nga ana tjetër, nuk kishte ndryshim statistikisht sinjifikativ mes meshkujve dhe femrave lidhur me parametrat e mëposhtëm: leukocitet, trombocitet, glicemia, proteinat totale dhe trigliceridet.
11. Vlera mesatare e numrit të përgjithshëm të patologjive ishte sinjifikativisht më e lartë tek pacientët e moshuar ( $\geq 61$  vjeç) në krahasim me pacientët më të rinj në moshë ( $\leq 60$  vjeç): numri mesatar i sëmundjeve ishte 4.7 vs. 3.5, përkatësisht ( $P < 0.001$ ).
12. E shprehur ndryshe, pacientët me moshë  $\geq 61$  vjeç kishin gjasa rreth 4.3 herë më të larta (intervali i besimit 95%: 1.99-9.14;  $P < 0.001$ ) në krahasim me pacientët me moshë  $\leq 60$  vjeç për të patur të paktën një sëmundje shoqëruese (ose, prani të të paktën dy sëmundjeve njëkohësisht).
13. Por, asnjë nga karakteristikat e tjera social-demografike ose faktorët e stilit/mënyrës së jetesës nuk ishin të lidhur (shoqëruar) në mënyrë statistikisht domethënëse me numrin mesatar të patologjive në modelet multivariate të analizës së të dhënave.

## 7. Rekomandime

1. Ky punim i kryer në Tiranë është një studim shkencor me metodologji korrekte dhe bashkëkohore për vlerësimin e prevalencës dhe disa faktorëve kryesorë të riskut të ko-morbiditetit dhe multi-morbiditetit tek pacientët adultë meshkuj dhe femra në vendin tonë.
2. Në tërësi, ky studim ofron evidencë dhe informacion shumë të rëndësishëm për mjekët e përgjithshëm dhe mjekët specialistë në vendin tonë që përballen me sfidën e madhe të menaxhimit të shumë sëmundjeve njëkohësisht në pacientë adultë të të dyja gjinive.
3. Rezultatet e përftuara nga ky punim duhet të ndihmojnë në hartimin e strategjive, politikave dhe programeve racionale dhe të bazuara në evidencë të cilat synojnë përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor spitalor, por edhe të kujdesit shëndetësor parësor për pacientët me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet në vendin tonë.
4. Implementimi efektiv i strategjive, politikave dhe programeve shëndetësore duhet të marrë në konsideratë barrën e madhe dhe problematikat specifike të lidhura me menaxhimin dhe trajtimin e sëmundjeve kryesore dhe patologjive bashkë-shoqëruese të pacientëve adultë që janë të sëmurë kronikë në të gjitha rrethet e vendit.
5. Kontrolli dhe trajtimi efektiv i pacientëve me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet duhet të bazohet në protokollet terapeutike moderne dhe bashkëkohore, të cilat parashikojnë dhe nënkuptojnë trajtimin e njëkohshëm (simultan) të patologjive kryesore dhe të gjitha sëmundjeve të tjera shoqëruese.
6. Mjekët e familjes, mjekët specialistë dhe i gjithë personeli shëndetësor në të gjitha nivelet e shërbimit dhe të kujdesit shëndetësor duhet të jetë i ndërgjegjshëm dhe i mirë-informuar për trajtimin efikas dhe rigoroz jo vetëm të sëmundjeve, por edhe kontrollin dhe menaxhimin e faktorëve madhorë të riskut në pacientët me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet.
7. Por, më e rëndësishmja, politikë-bërësit dhe vendim-marrësit e sektorit shëndetësor në vendin tonë duhet të informohen dhe të marrin masa adekuate për garantimin e shërbimeve mjekësore cilësore dhe në kohën e duhur për të gjithë pacientët me ko-morbiditet dhe multi-morbiditet, në mënyrë që t'i garantohet një cilësi jete sa më e mirë dhe integrim i plotë në aktivitetet dhe veprimtaritë shoqërore.

## 8. Referencat

1. Alwan A . Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) (accessed 7 December 2014).
2. Violan C , Foguet-Boreu Q , Flores-Mateo G , Salisbury C , Blom J , Freitag M, et al . Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies . PloS one 2014 ; 9 : e102149 .
3. Valderas JM , Ricci-Cabello I , Violan-Fors C . The impact of multimorbidity on quality and safety of healthcare in theory and in practice: A primary care perspective . In: Salisbury C , Fortin M , Mercer S , editors . ABC of multimorbidity . 1st ed . Chichester: John Wiley & Sons ; 2014 . pp. 38 – 41 .
4. National Health Service . Quality and outcomes framework United Kingdom: NHS; 2012 . Available at: <http://www.qof.ic.nhs.uk/> (accessed 7 December 2014).
5. Starfield B: Threads and yarns: Weaving the tapestry of comorbidity. *Annals of Family Medicine* 2006; 4:101-103.
6. Starfield B. Global health, equity, and primary care. *J Am Board Fam Med.* 2007;20(6):511–513
7. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract* 2001;50:211-6
8. Cheng HY. Effect of coexisting diseases on the treatment of unrelated disease needs more studies. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1145
9. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, et al.(1998) Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 51(5):367–375.
10. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, et al. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in acute care general hospital. *J Gerontol*1992; 47: M35-9
11. Leering T, Relou W. Verkenning van de veroudering in Nederland. Bevolkingsprognoses ten behoeve van de planning van voorzieningen voor ouderen. Rijswijk: Instituut voor Ruimtelijke Ordening TNO, 1990
12. Jakovljević M: Transdisciplinary holistic integrative psychiatry – A wishful thinking or reality? *Psychiatria Danubina* 2008b; 20:341-348.
13. Feinstein AR. *Clinical judgment*. New York: The Williams & Wilkins Company, 1967
14. Schellevis FG. *Chronic disease in general practice. Comorbidity and quality of care*. Utrecht: Drukkerij Pascal, 1993.
15. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity. a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(3):221-229.

16. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. the vector model of complexity. *J Gen Intern Med.*2007;22(Suppl 3):382-390.
17. Krousel-Wood M, Hyre A, Muntner P, Morisky D. Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions. *Curr Opin Cardiol.* 2005;20:296–300
18. Guralnik JM, LaCroix AZ, Everett DF, Kovar MG. Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability. *Advance Data. From Vital Statistics of the National Center for Health Statistics No. 170, 1989*
19. Schellevis FG. *Chronic disease in general practice. Comorbidity and quality of care.* Utrecht: Drukkerij Pascal, 1993
20. Seernan TE, Guralnik JM, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R. The health consequences of multiple morbidity in the elderly. *The Alameda County Study. ] Aging Health* 1989; 1: 50-66.
21. Schramm A, Franke H, Chowanetz W. Multimorbidität und polyopathie im Alter. *Z Allg Med* 1982;58:234-7
22. Verbrugge LM, Lepkowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbunk Mem Fund Q* 1989; 67: 450-84.
23. Knottnerus JA, Metsemakers J, Hoppener P, Limonard C. Chronic illness in the community and the concept of ‘social prevalence’. *Fum Prud* 1992; 9: 15-21
24. Friedman HS, Booth-Kewley S. The ‘disease-prone personality’. A metaanalytic view of the construct. *Am Psycho* 1987; 42: 539-55.
25. Jose M.Valderas, B. Starfield, B. Sibbald, C. Salisbury, M. Roland. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services *Annals of Family Medicine.* Vol 7, No. 4. July/August 2009
26. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs’ perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2013;3:e003610
27. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4
28. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339
29. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, Pallant JF, Chondros P, Herrman HE, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:175-84
30. Drewes YM, den Elzen WP, Mooijaart SP, de Craen AJ, Assendelft WJ, Gussekloo J. The effect of cognitive impairment on the predictive value of multimorbidity for the increase in disability in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *Age Ageing* 2011;40:352-7.
31. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10:430-9.



32. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing 1950–2050. New York, NY: United Nations; 2002.
33. Leering T, Relou W. Verkenning van de veroudering in Nederland. Bevolkingsprognoses ten behoeve van de planning van voorzieningen voor ouderen. Rijswijk: Instituut voor Ruimtelijke Ordening TNO, 1990
34. Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162(20):2269-2276.
35. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* January 31, 2013
36. Mezzich JE & Salloum IM: Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry* 2008; 7:1-2.
37. Frances A, Widiger T & Fyer MR: The influence of classification methods on comorbidity. In Maser JD & Cloninger CR (eds): *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*, 41-59. American Psychiatric Press, Inc., 1990
38. Fortin M, Lapointe L, Hudon C & Vanasse A: Multimorbidity is common to family practice: Is it commonly researched? *Canadian Family Physician* 2005; 3:244-250
39. Palladino R, Lee J, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age Ageing.* 2016 May; 45(3): 431–435.
40. Oreški I, Jakovljević M, Branka Aukst Margetić, Željka Crnčević Orlić & Bjanka Vuksan Ćusa: Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorders: Similarities and differences. *Psychiatria Danubina* 2012; 24:80-85.
41. K.L. Moore, W.J. Boscardin, M.A. Steinman, and J.B. Schwartz. Patterns of chronic co-morbid medical conditions in older residents of U.S. nursing homes: differences between the sexes and across the agespan. *J Nutr Health Aging.* 2014 April ; 18(4): 429–436. doi:10.1007/s12603-014-0001-y.
42. Schellevis FG, Velden van der J, Lisdonk van de EH, Eijk van JT, Weel van C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 469–73
43. Martin Fortin A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology, *Ann Fam Med* 2012;10:142-151. doi:10.1370/afm.1337
44. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(5):367–375
45. Kadam UT, Croft PR North Staffordshire GP Consortium Group Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Fam Pract.* 2007;24(5):412–419
46. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med.* 2005;3(3):223–228
47. Britt HC, Harrison CM, Miller GC, Knox SA. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. *Med J Aust.* 2008;189(2):72–77

48. Minas M, Koukousias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulialis KI. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:252
49. Annemarie A. Uijen & Eloy H. Van De Lisdonk Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice.* 2008; 14(Suppl 1): 28-32
50. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46:41-55.
51. Meyboom-de Jong B. De oudere patiënt in beeld. *Huisarts Wet* 1991; 34: 82-8
52. Incalzi RA, Gemma A, Capparella O, et al. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in acute care general hospital] *Gerontol* 1992; 47: M35-9.
53. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Global Burden of Disease Database.* Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2014.  
<http://www.healthdata.org>.
54. Albanian Institute of Public Health. *National health report: Health status of the Albanian population.* Tirana, Albania; 2014.
55. Artencja Çollaku, P.Pulluqi, E.Roshi, L.Collaku, M.Murati, Prevalenca e Sëmundjeve Kronike dhe e kombinimeve të tyre në Pacientët Kronikë, *Medicus* ISSN 1409-6366 UDC 61 Vol X, Nr 2, tetor 2008.
56. *Preparing for an Aging World. The Case for Cross-National Research.* Washington DC: The National Academies Press; 2001
57. WHO. [https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/en/](https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/).
58. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012;380(9859):2224–60
59. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, et al. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract* 2008;25:287–93
60. Chew-Graham CA, Hunter C, Langer S, et al. How QOF is shaping primary care review consultations: a longitudinal qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013;14:103
61. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract* 2011;28:516–23.
62. Chris Salisbury, Mei-See Man, Peter Bower, Bruce Guthrie, Katherine Chaplin, Daisy M Gaunt, Sara Brookes, Bridie Fitzpatrick, Caroline Gardner, Sandra Hollinghurst, Victoria Lee, John McLeod, Cindy Mann, Keith R Moffat, Stewart W Mercer. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *The Lancet* | Volume 392, ISSUE 10141, P41-50, July 07, 2018
63. National Guideline Centre. *Multimorbidity: clinical assessment and management.* London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016.

64. US Department of Health and Human Services. Multiple chronic conditions—a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2010.
65. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, et al. Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy* 2018; 122: 4–11.
66. Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med* 2014; 12: 223
67. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*, 3rd edn. London: Radcliffe Publishing Ltd, 2014
68. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775–79
69. Stott NC, Davis RH: The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract* 1979, 29:201–205.
70. Ch Muth, Marjan van den Akker, J W Blom, Ch D Mallen, J Rochon, F G Schellevis, A Becker, M Beyer, J Gensichen, H Kirchner, R Perera, A Prados-Torres, M Scherer, U Thiem, H Bussche and P Glasziou. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine* 2014, 12:223  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/223>
71. Schaefer I, von Leitner EC, Schoen G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, Kaduszkiewicz H, Wegscheider K, Glaeske G, van den Bussche H: Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS ONE* 2010, 5:e15941