

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



Nr. 1 - 2016

BULETINI i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 1-2016

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

**Genc Burazeri, Eduard Kakarriqi, Silva Bino,
Arben Luzati, Gentiana Qirjako, Ervin Toçi**

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktorë letrarë:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout Genc Musa

ISBN: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 1-2016

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Ervin Toçi, Herion Muja

Treguesit e vdekshmërisë dhe lidhja me nivelin e varfërisë në Shqipëri 7

Artan Simaku

Gripi në Shqipëri për Sezonin 2015 -2016, Java 1 dhe 2 31

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Treguesit e vdekshmërisë dhe lidhja me nivelin e varfërisë në Shqipëri

Ervin Toçi¹, Herion Muja¹

¹ Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Vdekshmëria e përgjithshme dhe ajo specifike lidhet, midis të tjerash, dhe me nivelin e varfërisë duke sugjeruar rritjen e treguesve të vdekshmërisë me rritjen e privimit ekonomik dhe social. Në vendin tonë studimet lidhur me prevalencën e varfërisë në përgjithësi nuk janë lidhur me indikatorët e vdekshmërisë, duke krijuar një boshllëk në drejtim të dokumentimit të lidhjeve midis tyre. Ky studim shqyrtoi pikërisht këtë lidhje duke përdorur të dhënat zyrtare sekondare lidhur me vdekshmërinë bruto të përgjithshme dhe specifike dhe prevalencën e varfërisë sipas rajoneve të Shqipërisë. Varfëria u evidentua si një faktor i qartë rreziku për vdekshmërinë nga sëmundjet infektive, sëmundjet respiratore dhe vdekshmërinë nga traumat-aksidentet-helmimet ndërkohë që lidhja me treguesit e tjerë të vdekshmërisë sugjeroi marrdhënie shumë më komplekse midis faktorëve ekonomikë, socialë, kulturorë dhe atyre që kanë të bëjnë me sistemin shëndetësor. Luhatjet e theksuara të niveleve të përzgjedhura të vdekshmërisë edhe midis rajoneve me nivele të ngjashme varfërie sugjerojnë se sistemi i informacionit shëndetësor në vendin tonë ka vend për përmirësime të ndjeshme. Nga ana tjetër, pavarësisht kufizimeve të këtij studimi, diferencat e vërjetura sugjerojnë marrjen e masave për adresimin e përshtatshëm të tyre.

Hyrje

Indikatorët e vdekshmërisë janë të lidhur ngushtë me treguesit e varfërisë apo të deprivimit social. Për shembull, një artikull i kohëve të fundit i cili hodhi dritë mbi lidhjen e varfërisë dhe vdekshmërisë në tre grup-mosha të ndryshme: foshnjat (<1 vjeç), fëmijët (1-17 vjeç) dhe adultët në moshë pune (25-64 vjeç) evidentoi lidhjen pozitive midis tyre (ose rritjen e vdekshmërisë me rritjen e nivelit të varfërisë) (Fritzell dhe bp. 2013). Megjithatë, efekti i varfërisë dhe deprivimit social ishte i ndryshëm në grup-mosha të ndryshme, duke qënë më i theksuar tek foshnjat, dhe ndryshonte edhe sipas regjimit social dhe ekonomik të çdo vendi (Fritzell dhe bp. 2013). Autorët arritën në përfundimin që prevalenca e varfërisë është e rëndësishme për indikatorët e vdekshmërisë dhe shtetet me politika sociale të konsoliduara kanë nivele më të ulëta të varfërisë dhe, për pasojë, edhe tregues më të ulët të vdekshmërisë krahasuar me llojet e tjera të regjimeve (Fritzell dhe bp. 2013). Një tjetër studim në Kanada që mori në shqyrtim periudhën 1971-1996, sugjeroi që personat më të pasur (kuintili 1) kishin vazhdimisht nivelet më të ulëta të vdekshmërisë krahasuar me personat më të varfër (kuintili 5) dhe kjo tendencë ruhej edhe për nivelin e vdekshmërisë foshnjore, jetëgjatësinë e pritshme në lindje dhe probabilitetin e mbijetesës deri në moshën 75 vjeç, ku treguesit ishin më pozitivë midis personave në gjendje ekonomike dhe sociale më të mirë (Wilkins, Berthelot & Edward 2002). Lidhja e fortë midis varfërisë dhe vdekshmërisë është nënvizuar dhe nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO, 1999).

Në Shqipëri të dhënat që lidhin treguesit e varfërisë me indikatorët e vdekshmërisë në përgjithësi janë të kufizuara. Në këtë kontekst, qëllimi i këtij studimi është paraqitja e trendeve të vdekshmërisë gjatë periudhës 2001-2009 në

vendin tonë dhe shqyrtimi i lidhjes së vdekshmërisë me treguesit e varfërisë, për vitet e përzgjedhura në studim.

Metodologjia

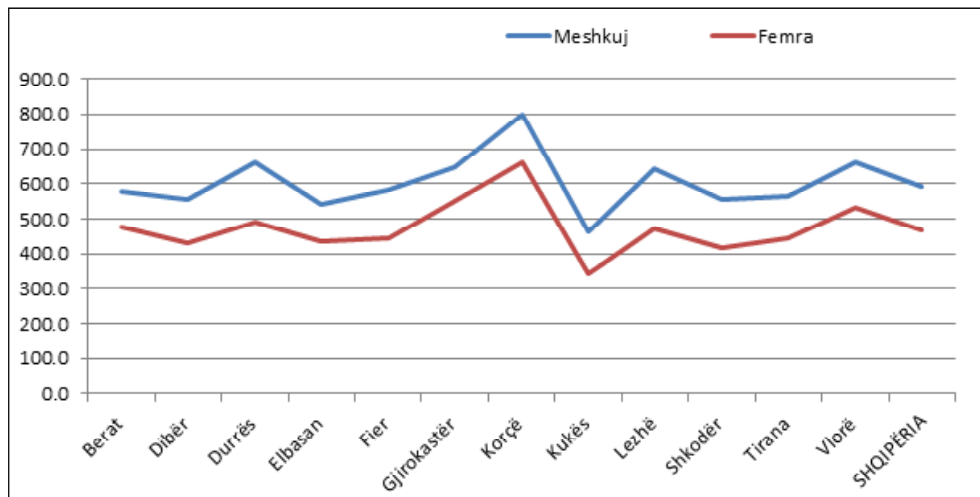
Ky punim bazohet mbi analizën e të dhënave sekondare lidhur me vdekshmërinë dhe nivelin e varfërisë. Të dhënat e vdekshmërisë i referohen shifrave zyrtare të publikuara nga Instituti i Statistikave (INSTAT). Kurse treguesit e varfërisë janë marrë nga studimi i Institutit të Statistikave dhe Bankës Botërore, të cilët kanë publikuar të dhënat lidhur me prevalencën e varfërisë në vitin 2012 (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Arsyeja përse u përdor prevalenca e varfërisë në vitin 2012 ishte sepse të dhënat e varfërisë sipas qarqeve të vendit detajoheshin vetëm për vitin 2012 (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Kurse për analizimin e lidhjes varfëri-vdekshmëri, ne përdorëm të dhënat e vdekshmërisë së vitit 2009 pasi ky ishte viti më i fundit për të cilin të dhënat e vdekshmërisë ishin më të plota.

Rezultatet

Vdekshmëria nga të gjithë shkaqet

Sipas të dhënave të raportuara, niveli i vdekshmërisë bruto nga të gjithë shkaqet në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 490.2 vdekje për 100.000 banorë duke variuar nga 403.6 në Kukës në 730.8 vdekje për 100.000 banorë në Korçë (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura). Niveli bruto i vdekshmërisë nga të gjithë shkaqet është më i lartë midis meshkujve sesa femrave (Figura 1). Gjatë periudhës 2001-2009, diferenca më e madhe gjinore e nivelit të vdekshmërisë bruto nga të gjithë shkaqet u vu re në Durrës (rreth 172 vdekje më shumë midis meshkujve sesa midis femrave për çdo 100.000 banorë) dhe diferenca më e ulët në Gjirokastrë (rreth 101 vdekje më shumë midis meshkujve sesa midis femrave për çdo 100.000 banorë).

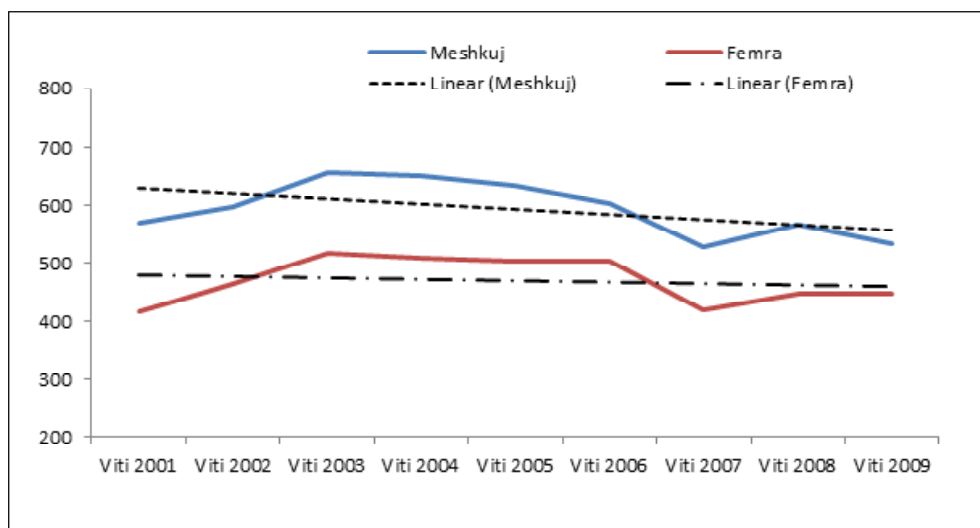
Figura 1. Vdekshmëria bruto nga gjithë shkaqet (për 100.000 banorë) sipas gjinisë dhe rajoneve, 2001-2009



Vdekshmëria bruto nga gjithë shkaqet paraqet trend zbritës si për meshkujt dhe për femrat gjatë periudhës 2001-2009 (Figura 2), ndoshta duke

reflektuar përmirësimin e kushteve të përgjithshme të jetesës, përfshirë kujdesin shëndetësor.

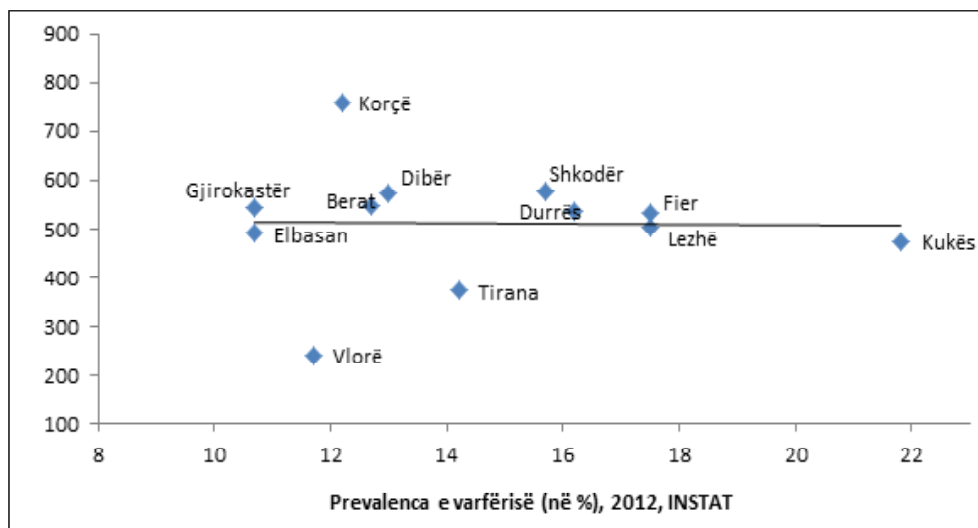
Figura 2. Vdekshmëria bruto nga të gjitha shkaqet sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 3 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga të gjithë shkaqet sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re që nuk ka ndonjë korrleacion të qartë negativ apo pozitiv midis nivelit të vdekshmërisë nga të gjithë shkaqet dhe nivelit të varfërisë duke qënë se prefektura

me nivele të ngjashme varfërie (për shembull Berati, Dibra, Korca dhe Vlora, paraqesin nivele shumë të ndryshme të vdekshmërisë bruto nga të gjithë shkaqet). Arsytet e këtyre luhatjeve kaq të theksuara mund të ndricohen nëpërmjet studimeve të tjera në të ardhmen.

Figura 3. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë në 2012

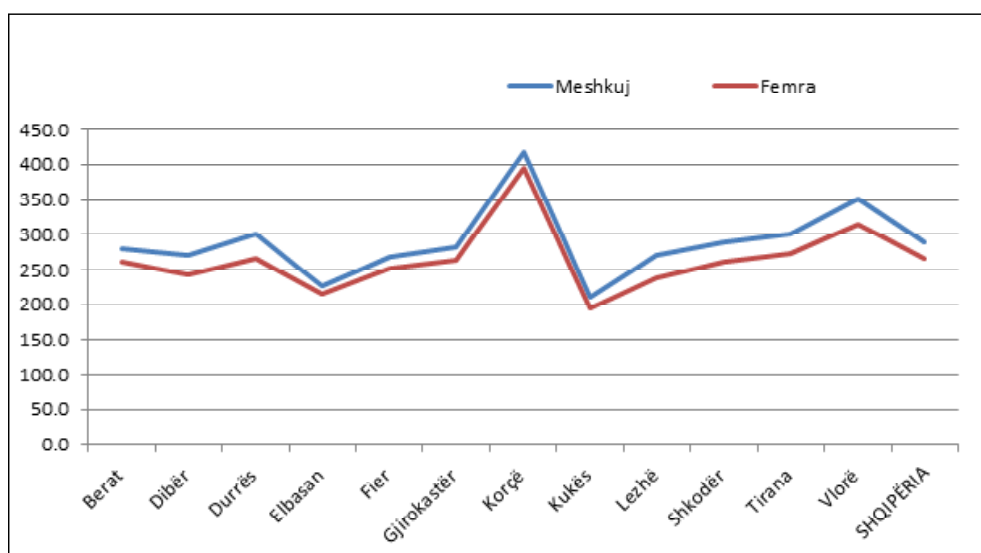


Vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit të Gjakut

Niveli i vdekshmërisë bruto nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 278.2 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët në Kukës (202.3 vdekje për

100.000 banorë) dhe më i lartë në Korçë (406.7 vdekje për 100.000 banorë) (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura). Niveli bruto i vdekshmërisë nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut është më i lartë midis meshkujve sesa femrave, por diferencat janë të vogla (Figura 4).

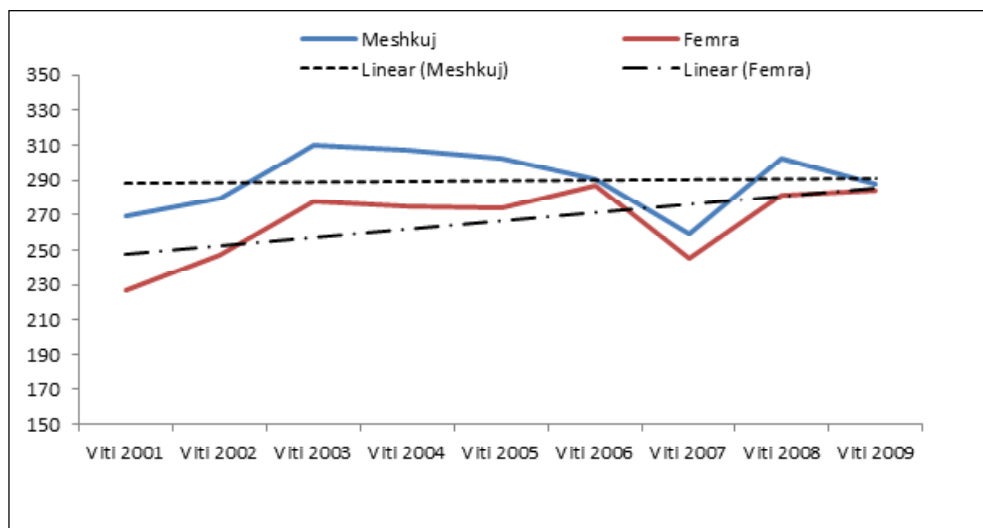
Figura 4. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit të Gjakut, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Pavarësisht luhatjeve, përgjatë viteve vdekshmëria nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut kanë shënuar trend rritës (Figura 5), gjë që

pjesërisht mund të shpjegohet edhe me moshimin e popullsisë në vendin tonë.

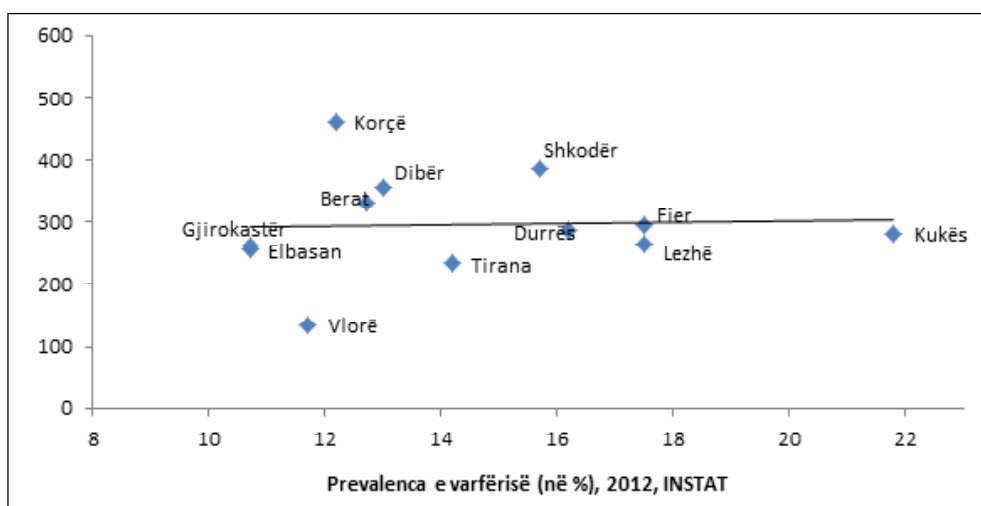
Figura 5. Vdekshmëria bruto nga Sëmundjet e Sistemit të Qarkullimit të Gjakt sipas viteve



Në Figurën 6 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakt sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje e lehtë pozitive midis nivelit të varfërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundjet e

sistemit të qarkullimit të gjakt. Megjithatë, edhe në këtë rast, luhatjet e këtij treguesi midis prefekturave me prevalencë të ngjashme të varfërisë janë mjaft të mëdha, duke sugjeruar hulumtim më të kujdesshëm në të ardhmen lidhur me faktorët përgjegjës.

Figura 6. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga sëmundjet e qarkullimit të gjakt në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012

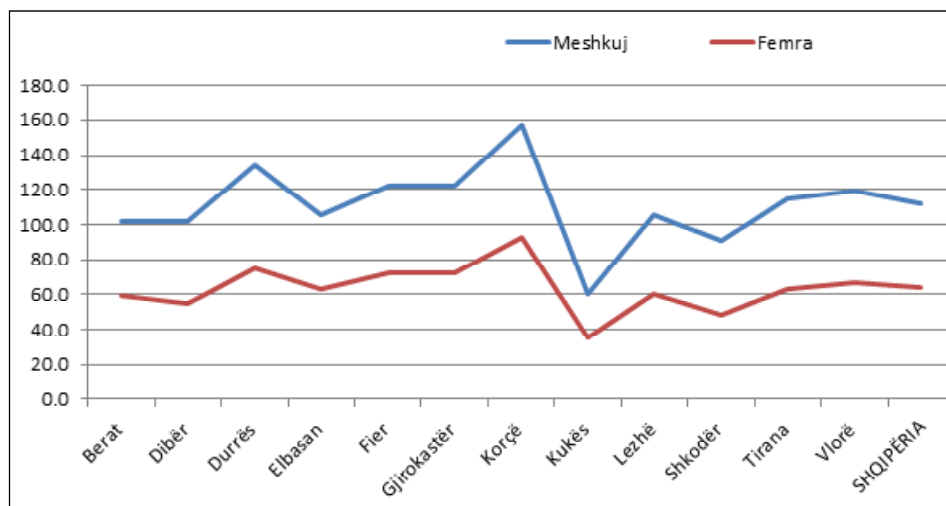


Vdekshmëria nga Neoplazmat

Niveli i vdekshmërisë bruto nga neoplazmat në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 87.9 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët

në Kukës dhe më i lartë në Korçë (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura). Niveli bruto i vdekshmërisë nga neoplazmat është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave (Figura 7).

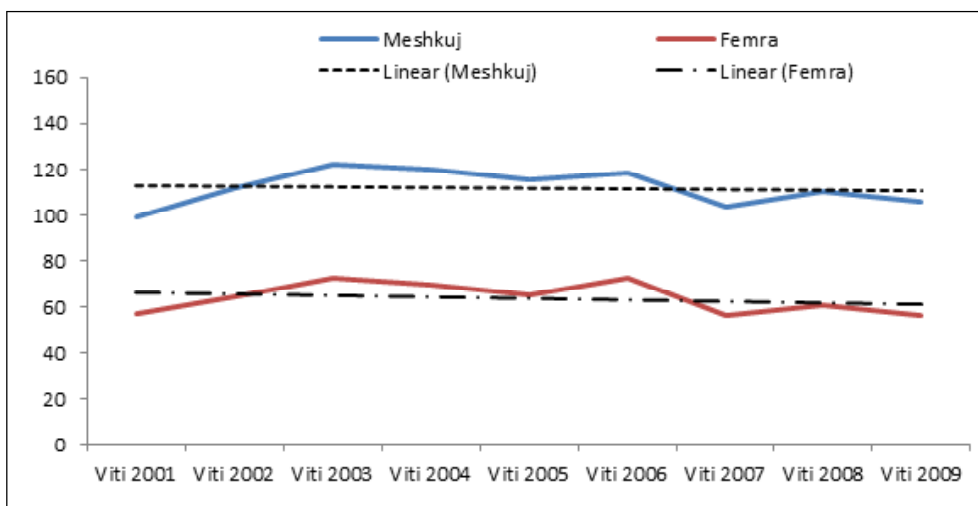
Figura 7. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga neoplazmat, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Pavarësisht luhatjeve, përgjatë viteve vdekshmëria nga neoplazmat ka shënuar trend të lehtë zbritës (Figura 8). Megjithatë kjo gjetje duhet interpretuar me kujdes. Shpjegimet e

mundshme mund të përfshijnë rritjen e jetëgjatësisë së individëve, kapjen e hershme të neoplazmave dhe përmirësimin e trajtimit të neoplazmave në përgjithësi në vendin tonë.

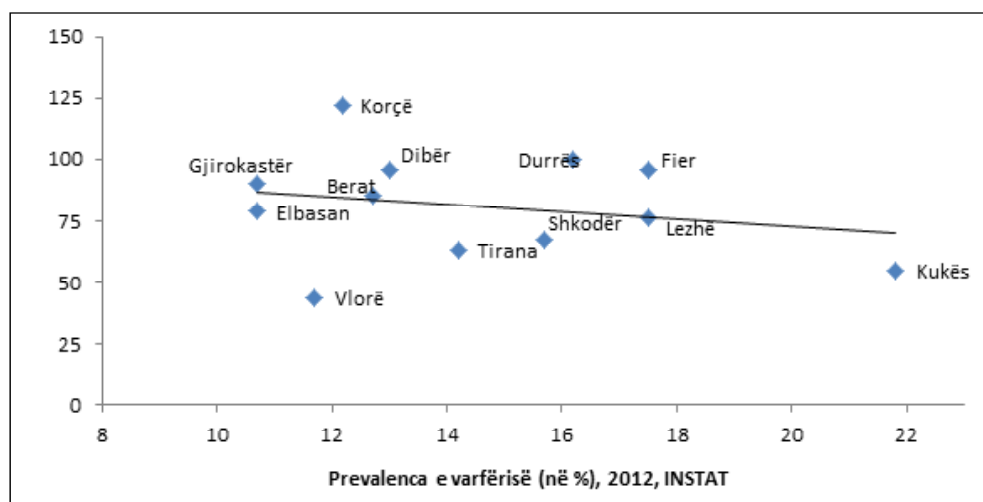
Figura 8. Vdekshmëria bruto nga neoplazmat (për 100.000 banorë) sipas gjinisë dhe viteve



Në Figurën 9 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga neoplazmat sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje negative midis

nivelet të varfërisë dhe vdekshmërisë nga neoplazmat. Kjo gjetje duket se është në përputhje me tendencat e përgjithshme, pasi neoplazmat konsiderohen si sëmundje të mirëqënies.

Figura 9. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga neoplazmat në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012

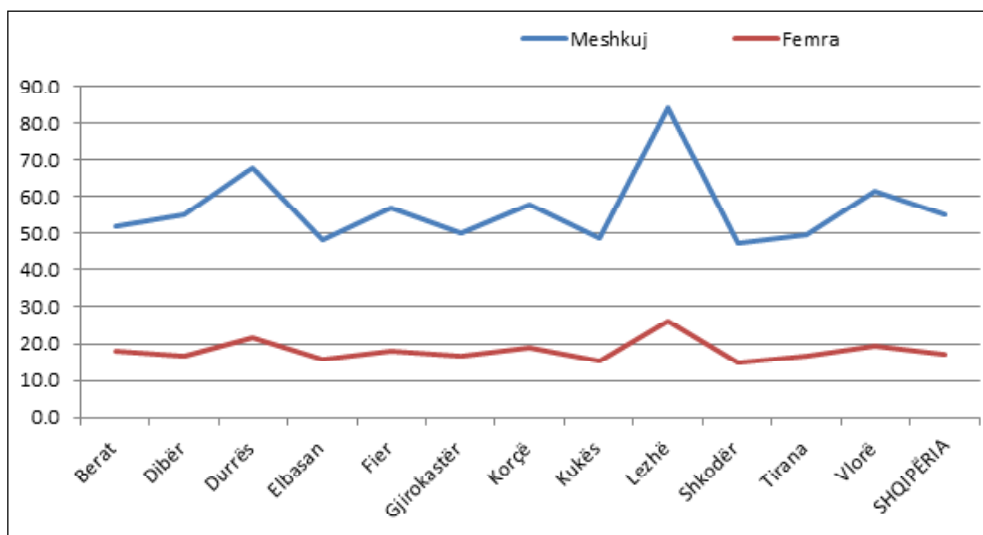


Vdekshmëria nga Traumat-Aksidentet-Helmimet

Niveli i vdekshmërisë bruto nga Traumat-Aksidentet-Helmimet në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 36.1 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët në Shkodër dhe më i lartë në

Lezhë (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura). Niveli bruto i vdekshmërisë nga Traumat-Aksidentet-Helmimet është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave, gjetje kjo në përputhje me stilin e jetesës më të rrezikshëm të meshkujve (Figura 10).

Figura 10. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Traumat-Aksidentet-Helmimet, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Përgjatë viteve vdekshmëria nga Traumat-Aksidentet-Helmimet ka shënuar trend të qartë zbritës si për meshkujt ashtu edhe për femrat (Figura 11), pavarësisht rritjes së motorizimit dhe

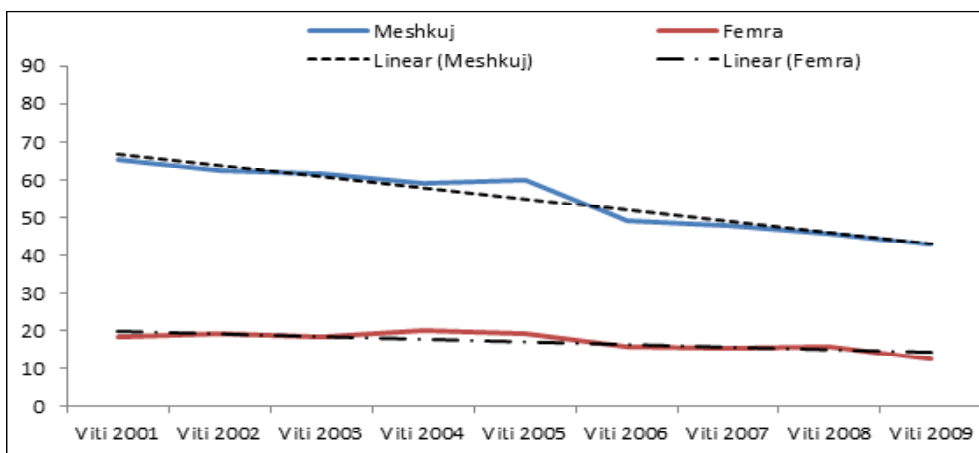
dhe shtimit të numrit të mjeteve lëvizëse. Ndoshta këto tendenca reflektojnë përmirësimin e infrastrukturës, përmirësimin e sigurisë rrugore në tërësi ashtu edhe përmirësimin e kujdesit

mjekësor ndaj personave viktimë të aksidenteve apo helmimeve.

Megjithatë, është e vështirë të dallohen kontributet e komponentëve të ndryshëm të këtij indikator, duke qënë se indikator është i

përbërë (trauma të natyrave të ndryshme, aksidentet dhe helmimet) dhe është raportuar i agreguar. Sidoqoftë, studime të tjera duhet të ndërmerren për të hedhur dritë mbi faktorët që kanë ndikuar në këto tendenca.

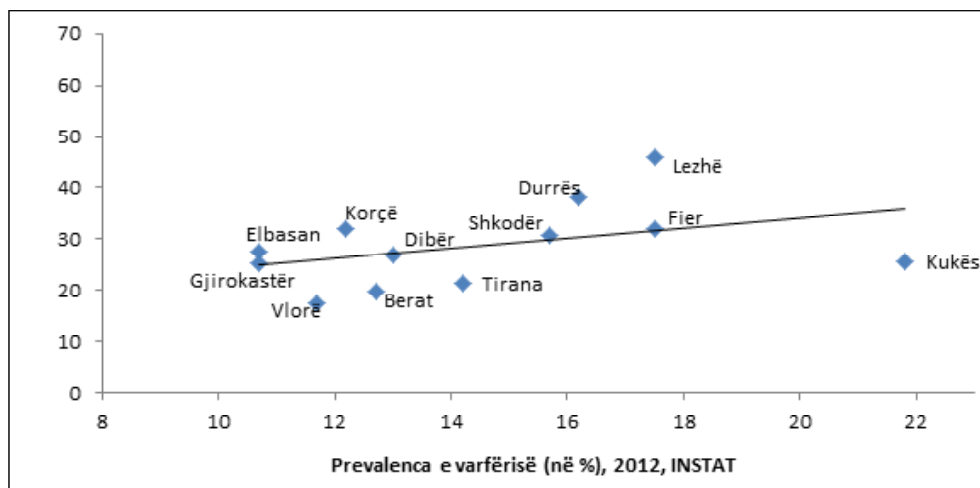
Figura 11. Vdekshmëria bruto nga Traumat-Aksidentet-Helmimet sipas viteve



Në figurën 12 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga Traumat-Aksidentet-Helmimet sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje pozitive midis nivelit të varfërisë dhe vdekshmërisë nga Traumat-Aksidentet-Helmimet. Kjo gjetje duket se është në përputhje me faktin që komunitetet më të varfra angazhohen më tepër

në sjellje të rrezikshme që favorizojnë traumat dhe aksidentet e natyrave të shumëllojshme. Gjithashtu, në zonat më të deprivuara kujdesi shëndetësor mund të lërë më shumë për të dëshiruar duke shpjeguar në këtë mënyrë një pjesë të lidhjes midis varfërisë dhe vdekshmërisë së treguar në Figurën 12.

Figura 12. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga Traumat-Aksidentet-Helmimet në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



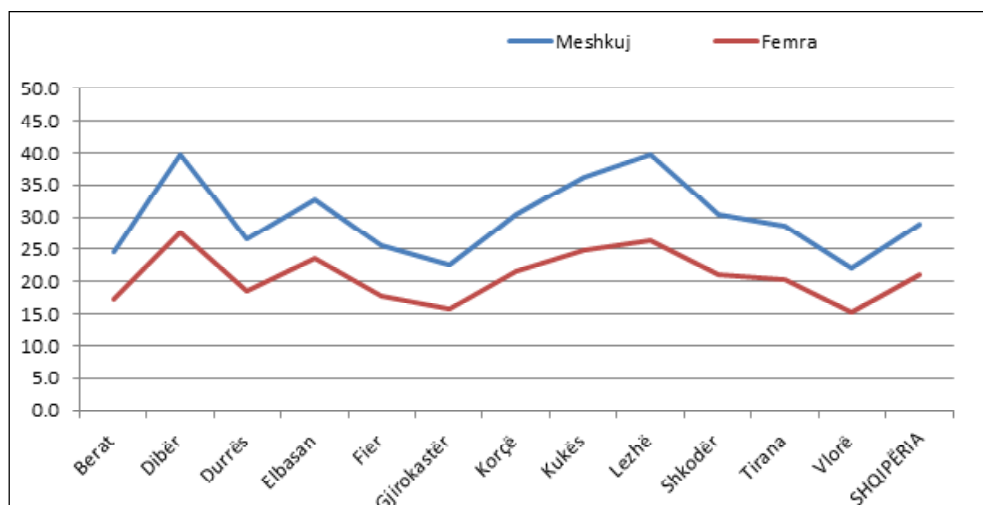
Vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Respirator

Niveli i vdekshmërisë bruto nga Sëmundjet e Sistemit Respirator në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 24.9 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët në Vlorë dhe më i lartë në Dibër (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura). Në mënyrë interesante, vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Respirator nuk është më e lartë në zonat tradicionalisht të ndotura si Elbasani apo Fieri por në rajone të papritura të tilla si Dibra,

Lezha dhe Kukësi (Figura 13). Kjo sugjeron që niveli i varfërisë, kequshqyerja dhe aksesit ndaj kujdesit shëndetësor mund të luajnë role të rëndësishme në vdekshmërinë respiratore krahas ndotjes së ambientit.

Niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Respirator është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave, gjetje kjo që kërkon hetimin e shkaqeve të këtyre diferencave (Figura 13).

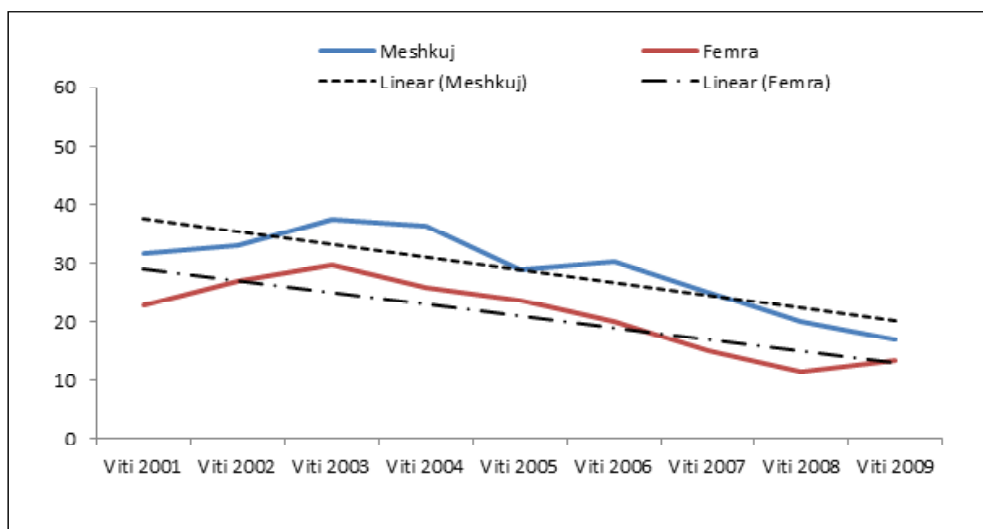
Figura 13. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Respirator, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Përgjatë viteve vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Respirator ka shënuar trend të qartë zbritës si për meshkujt ashtu edhe për femrat (Figura 14), duke reflektuar, midis të tjerave, përmirësimin e kushteve të përgjithshme të jetesës, përfshirë mënyrën e ushqyerjes, dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësor.

Megjithëse vdekshmëria nga sëmundjet respiratore ka pësuar ulje për të dyja gjinitë,

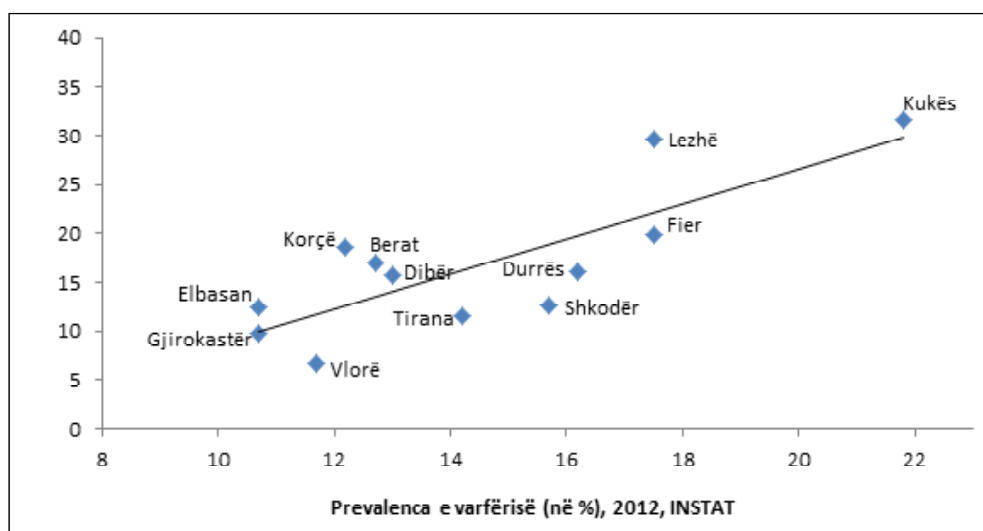
diferenca gjinore nuk ka pësuar pothuajse aspak ulje përgjatë gati një dekade (nëse vlerësohen vijat e trendeve kohore; ndërsa në vitin 2009 duket që kjo diferencë është ngushtuar dukshëm). Kjo gjetje duhet të përbëjë një shqetësim të veçantë për profesionistët e shëndetit dhe sistemin në tërësi duke kërkuar vëmendje të posaçme për adresimin e këtyre diferencave në të ardhmen.

Figura 14. Vdekshmëria bruto nga Sëmundjet e Sistemit Respirator sipas viteve

Në Figurën 15 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Respirator sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje e qartë pozitive midis nivelit të varfërisë dhe vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Respirator: vdekshmëria nga sëmundjet respiratore është më e lartë në prefekturat ku prevalenca e varfërisë është më e lartë.

Nga Figura 15 mund të vihet në dukje më mirë roli i madh që luan varfëria në vdekshmërinë nga

sëmundjet respiratore, duke marrë ndoshta përparësi mbi nivelin e ndotjes së mjedisit. Për shembull, nëse krahasohen prefekturat e Elbasanit dhe Fierit (zona të ndotura për shkak të metalurgjikut në Elbasan dhe rafinerisë së naftës në Fier), vihet re që vdekshmëria nga sëmundjet respiratore është rreth 50% më e lartë në Fier sesa në Elbasan. Ndoshta këto diferenca reflektojnë prevalencën mjaft më të lartë të varfërisë në Fier (17.5%) krahasuar me Elbasanin (10.7%).

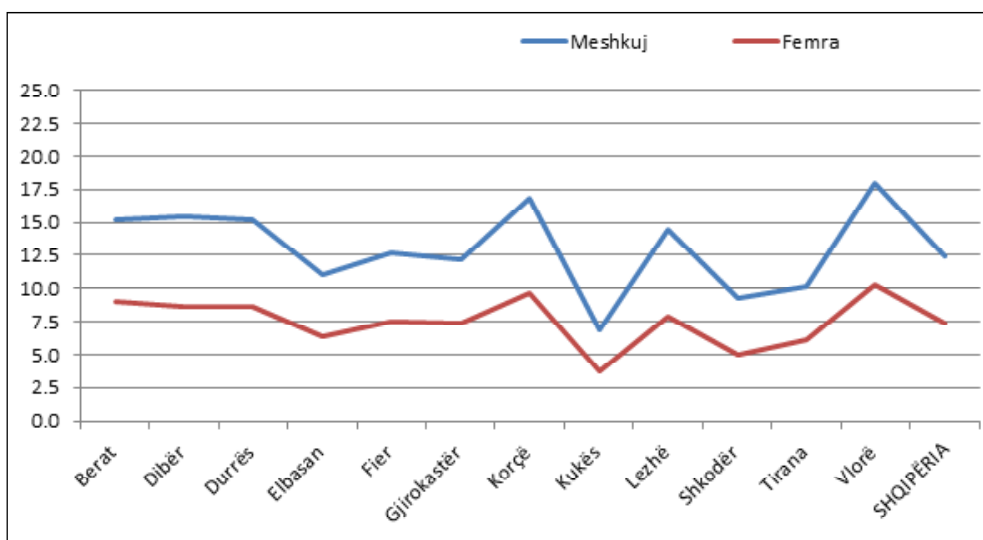
Figura 15. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Respirator në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012

Vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv

Niveli i vdekshmërisë bruto nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 9.9 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët në Kukës (5.3 vdekje për 100.000 banorë) dhe më i lartë në Vlorë (14.1 vdekje për 100.000 banorë) (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura).

Niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave (Figura 16). Ndoshta këto diferenca i dedikohen konsumit të ushqimeve të skuqura apo të gatuar në prush (qymyr), si dhe konsumit të pijeve alkoolike, sjellje këto që janë më të pranishme midis meshkujve sesa midis femrave.

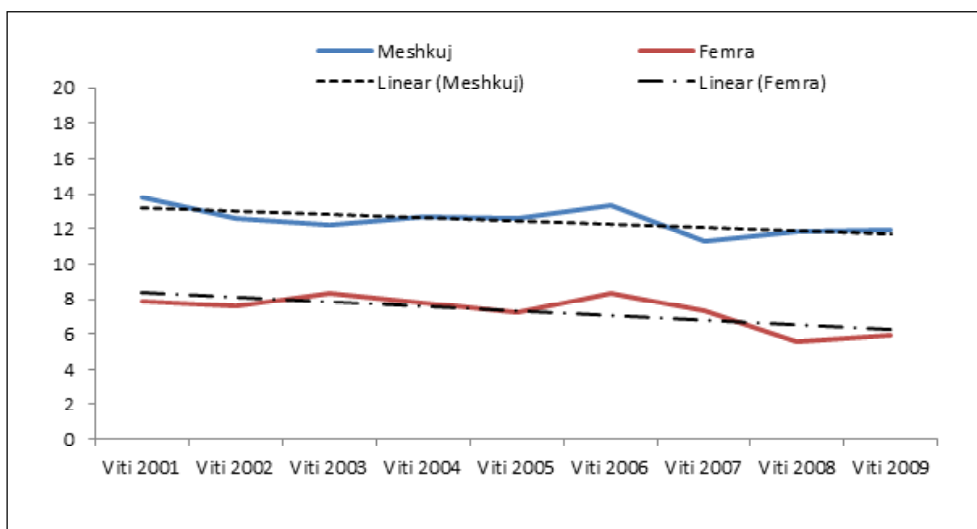
Figura 16. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv, sipas gjinisë dhe rajoneve, 2001-2009



Përgjatë viteve vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv ka shënuar trend të lehtë zbritës si për meshkujt ashtu edhe për femrat (Figura 17). Megjithatë, diferenca gjinore në favor të meshkujve duket se paraqet trend rritës. Kjo

gjetje sugjeron që meshkujt duhet të targetohen në mënyra të ndryshme krahasuar me femrat në mënyrë që të adresohet më mirë niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet e sistemit digjektiv në këtë grup të popullatës.

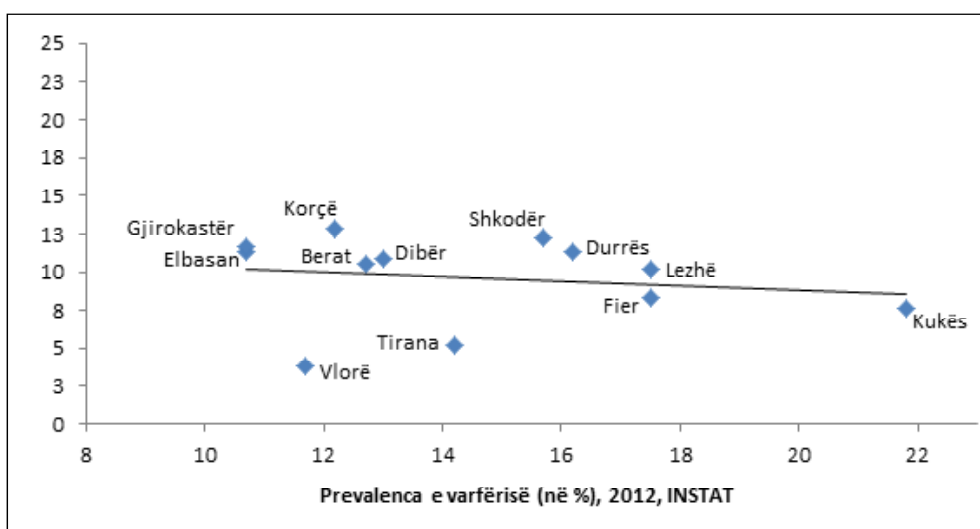
Figura 17. Vdekshmëria bruto nga Sëmundjet e Sistemit Digjestiv sipas viteve



Në figurën 18 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Digjestiv sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje negative midis nivelit të varfërisë dhe

vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Digjestiv: vdekshmëria nga sëmundjet digjestive është lehtësisht më e ulët në prefekturat ku prevalenca e varfërisë është më e lartë.

Figura 18. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Digjestiv në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital

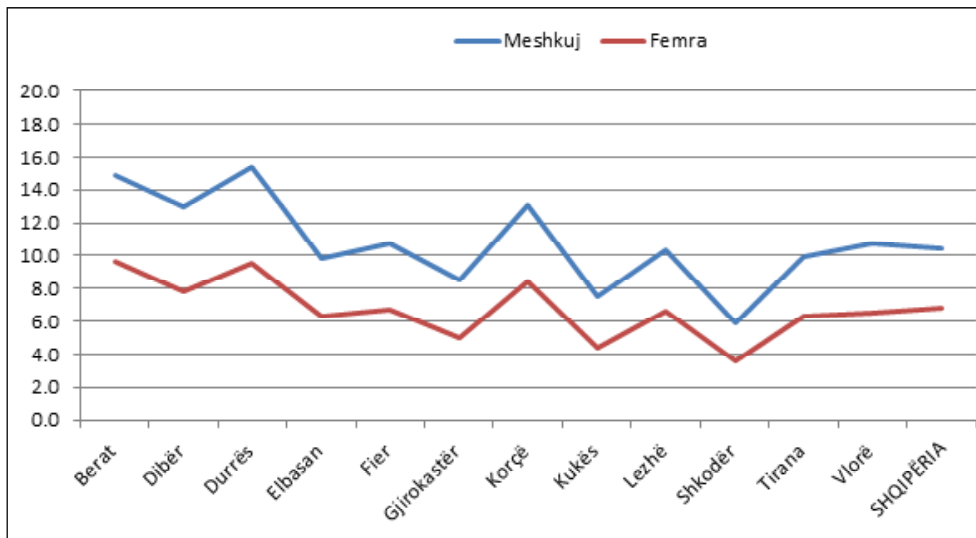
Niveli i vdekshmërisë bruto nga Sëmundjet e Sistemit Digjestiv në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 8.6 vdekje për 100.000 banorë

duke qënë më e ulët në Shkodër (4.8 vdekje për 100.000 banorë) dhe më e lartë në Durrës (12.5 vdekje për 100.000 banorë) (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura).

Niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e

Sistemit Uro-Gjenital është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave (Figura 19).

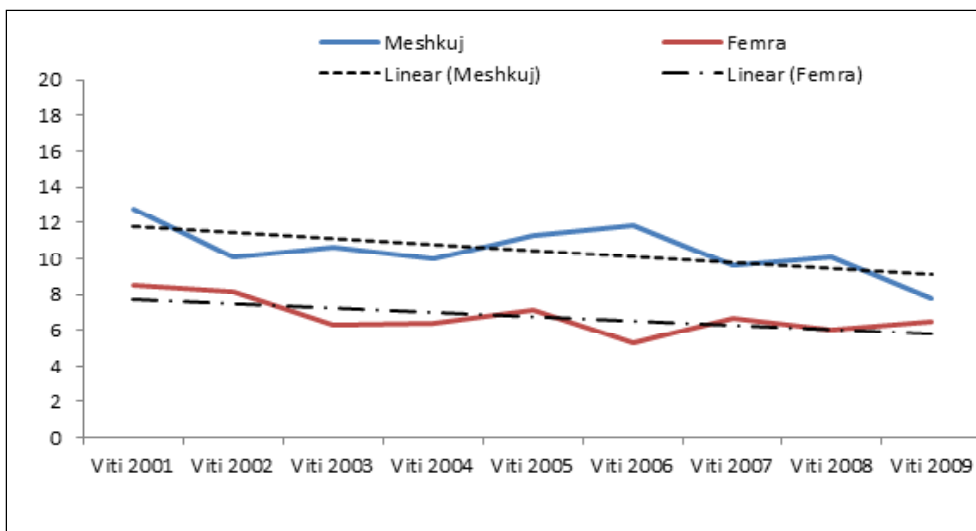
Figura 19. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Përgjatë viteve vdekshmëria nga Sëmundjet e Sistemit Digjektiv ka shënuar trend të lehtë zbritës si për meshkujt ashtu edhe për femrat

(Figura 20). Megjithatë, diferenca gjinore në favor të meshkujve duket se është ruajtur, pavarësisht ngushtimit të saj gjatë viteve 2008-2009.

Figura 20. Vdekshmëria bruto nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital sipas viteve



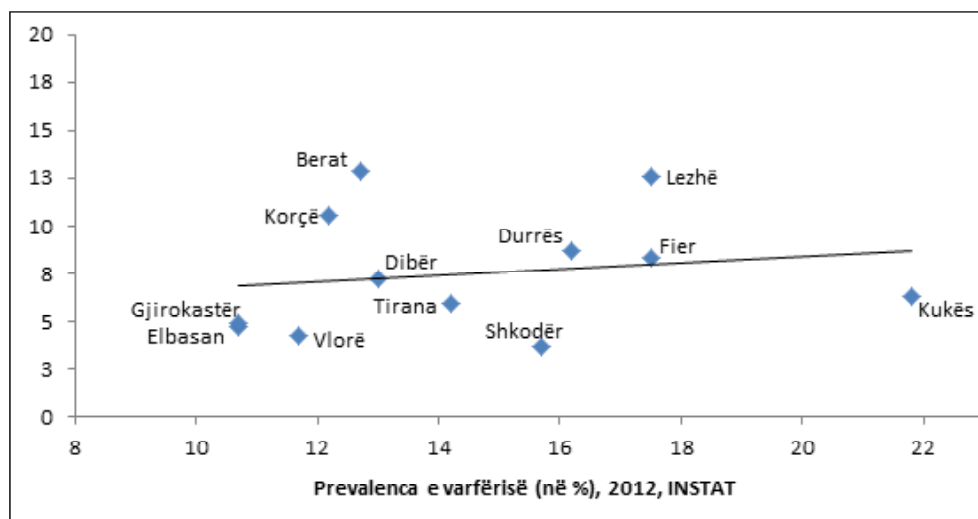
Në figurën 21 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka

Botërore 2013). Vihet re një lidhje pozitive midis nivelit të varfërisë dhe vdekshmërisë nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital: në përgjithësi vdekshmëria nga sëmundjet digjестive është

lehtësisht më e lartë në prefekturat ku prevalenca e varfërisë është më e lartë. Kjo gjetje sugjeron që sjelljet e rrezikshme, përfshirë ato seksuale, mund të jenë më tepër të pranishme në rajonet ku prevalenca e varfërisë është më e lartë duke sugjeruar përqëndrimin e ndërhyrjeve në këto

komunitete. Megjithatë, luhatjet e këtij indikator sipas nivelit të varfërisë janë mjaft të mëdha dhe faktorë të tjerë përveç atyre të përmendur mund të ndikojnë dhe shpjegojnë diferencat e paraqitura nga Figurën 21.

Figura 21. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Sistemit Uro-Gjenital në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



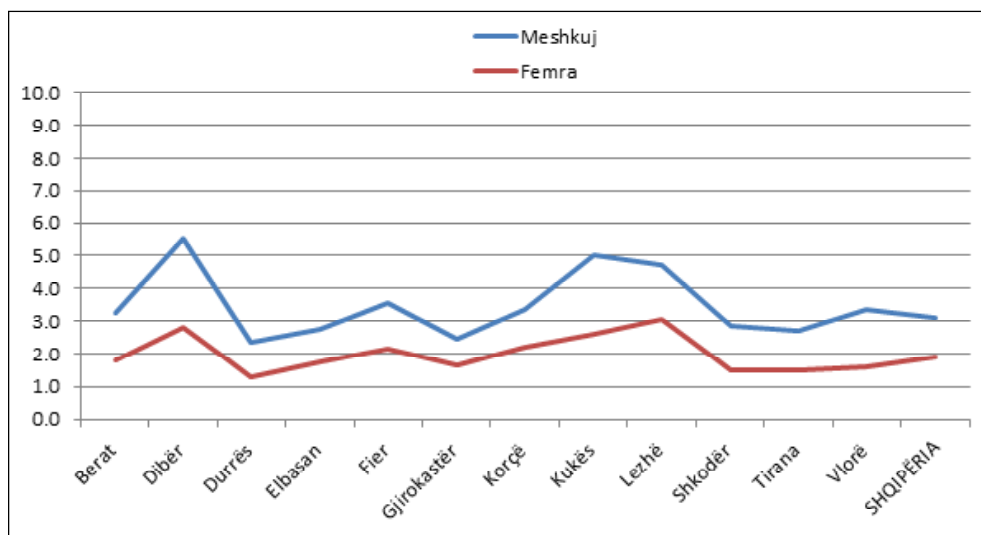
Vdekshmëria nga Sëmundjet Infektive

Niveli i vdekshmërisë bruto nga Sëmundjet Infektive në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2009 ishte 2.5 vdekje për 100.000 banorë duke qënë më i ulët në Durrës (1.8 vdekje për 100.000 banorë) dhe më i lartë në Dibër (4.2 vdekje për 100.000 banorë) (këto të dhënat nuk paraqiten në Figura).

Sic pritej, nivelet e vdekshmërisë nga sëmundjet infektive në vendin tonë janë shumë të ulëta,

madje këto përfaqësojnë nivelet më të ulëta të vdekshmërisë krahasuar me cdo shkak tjetër vdekjeje, duke reflektuar suksesin e padiskutueshëm të Programit Kombëtar të Imunizimit dhe nivelet e larta të mbulesës vaksinale, si dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësor në përgjithësi. Niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet Infektive është dukshëm më i lartë midis meshkujve sesa femrave, në cdo rajon të vendit (Figura 22).

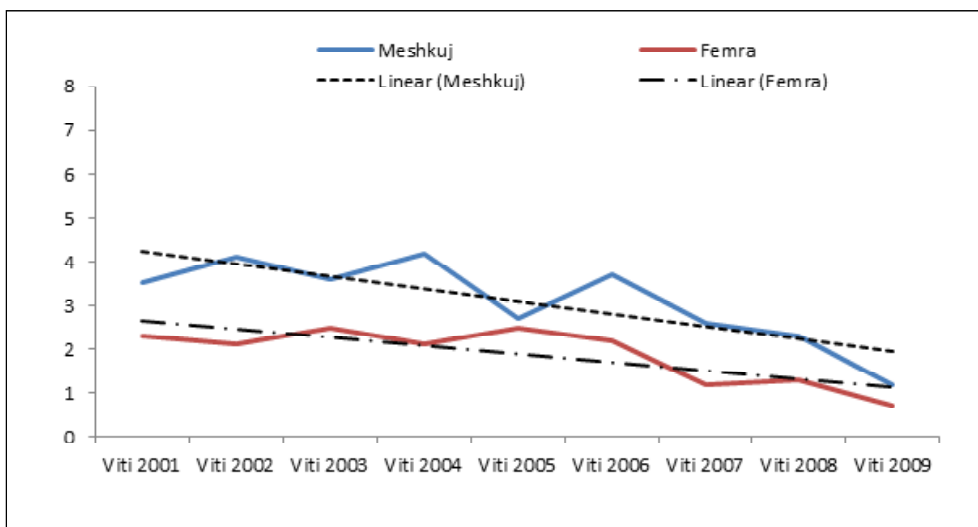
Figura 22. Vdekshmëria bruto (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet e Infektive, sipas gjinisë dhe prefekturës, 2001-2009



Përgjatë viteve vdekshmëria nga Sëmundjet Infektive ka shënuar trend të qartë zbritës si për meshkujt ashtu edhe për femrat (Figura 23). Megjithatë, diferenca gjinore në favor të meshkujve duket se është ruajtur, pavarësisht ngushtimit të saj gjatë viteve 2008-2009. Këto

gjetje sugjerojnë që faktorët përgjegjës për këto diferenca nuk kanë ndryshuar gjatë pothuajse një dekade duke sugjeruar marrjen e masave të mëtejshme në mënyrë që këto diferenca të ngushtohen edhe më tej.

Figura 23. Vdekshmëria bruto nga Sëmundjet Infektive sipas viteve



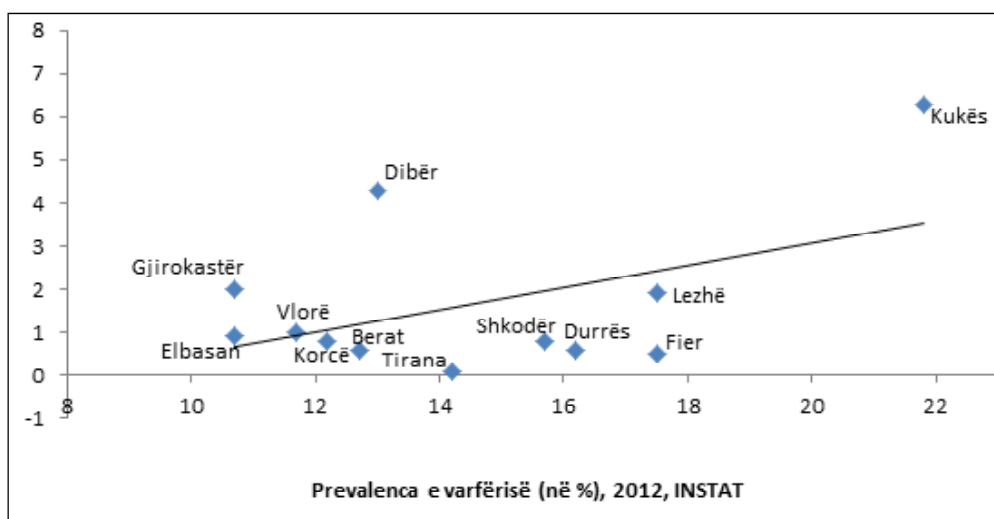
Në Figurën 24 paraqitet niveli bruto i vdekshmërisë nga Sëmundjet Infektive sipas qarqeve dhe prevalencës së varfërisë (në përqindje) (INSTAT dhe Banka Botërore 2013). Vihet re një lidhje e

qartë dhe e fortë pozitive midis nivelit të varfërisë dhe vdekshmërisë nga Sëmundjet Infektive: vdekshmëria nga sëmundjet infektive është disa herë më e lartë në prefekturat ku

prevalenca e varfërisë është më e lartë krahasuar me prefekturat ku prevalenca e varfërisë është më e ulët. Kjo gjetje sugjeron që pabarazitë lidhur me këtë indikator bazë të gjendjes shëndetësore të popullatës vazhdojnë të ekzistojnë në vendin tonë. Gjithashtu, Figura 24 sugjeron që vetëm vaksinimi dhe imunizimi i popullatës është i

pamjaftueshëm për të reduktuar vdekshmërinë nga sëmundjet infektive, por përkundrazi, kërkon ndërhyrje të koordinuara në shumë drejtime, përfshirë përmirësimin e ushqyerjes, nivelit të edukimit dhe kujdesit shëndetësor në tërësi në këto rajone të disavantazuara në shumë drejtime.

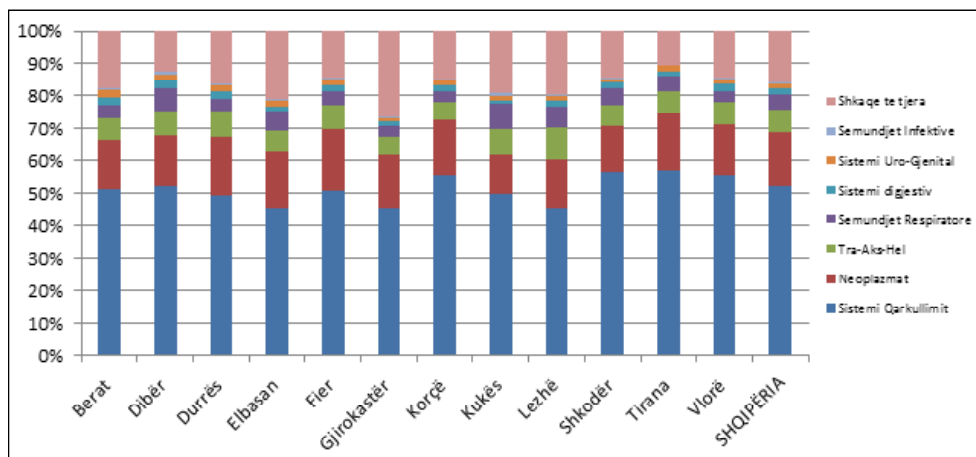
Figura 24. Niveli i vdekshmërisë (për 100.000 banorë) nga Sëmundjet Infektive në vitin 2009 sipas prevalencës së varfërisë (në %) në 2012



Vdekshmëria proporcionale

Figura 25 në vijim paraqet vdekshmërinë proporcionale sipas shkaqeve specifike gjatë periudhës 2001-2009, sipas prefekturave dhe në nivel kombëtar. Mund të vihet re që rreth 75% e shkaqeve të vdekshmërisë zihet nga sëmundjet e qarkullimit, neoplazmat dhe traumat-aksidentet-helmimet. Një model i tillë është i ngjashëm me modelet e vdekshmërisë së vendeve të zhvilluara. Sipas rretheve, vërehen luhatje të lehta të vdekshmërisë proporcionale. Kështu, vdekshmëria

proporcionale nga sëmundjet e qarkullimit është më e lartë në Tiranë, Shkodër, Vlorë dhe Korçë. Në Tiranë rreth 81% e vdekshmërisë së përgjithshme shkaktohet nga sëmundjet e qarkullimit, neoplazmat dhe traumat-aksidentet-helmimet ndërkohë që në Elbasan, Kukës dhe Lezhë këto shkaqe janë përgjegjëse për rreth 70% të vdekshmërisë. Në këtë mënyrë, në prefektura të ndryshme vihen re modele të ndryshme të vdekshmërisë proporcionale duke dëshmuar për stile të ndryshme jetese në këto rajone.

Figura 25. Vdekshmëria proporcionale gjatë periudhës 2001-2009, sipas prefekturave**Vdekshmëria Foshnjore**

Niveli i vdekshmërisë foshnjore në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 ishte 12.3 vdekje për 1,000 lindje të gjalla duke qënë më i ulët në Delvinë (0 vdekje) dhe më i lartë në Malësinë e Madhe (23.5 vdekje për 1,000 lindje të gjalla) (Figura 25). Luhatjet e këtij indikator sipas rretheve gjatë periudhës në studim janë të mëdha, duke reflektuar me shumë gjasa cilësinë dhe aksesin e ndryshëm të kujdesit shëndetësor në këto

rrethe. Ajo që bie në sy është niveli i lartë i vdekshmërisë foshnjore në Tiranë, e cila përfaqëson nivelin e dytë më të lartë midis të gjithë rretheve të vendit. Është fakt që në Tiranë trajtohen rastet më të rënda, që vijnë nga e gjithë Shqipëria, të cilët kanë nevojë për trajtim të specializuar. Megjithatë, ne sugjerojmë studimin me kujdes të situatës për të evidentuar faktorët përgjegjës për këtë situatë.

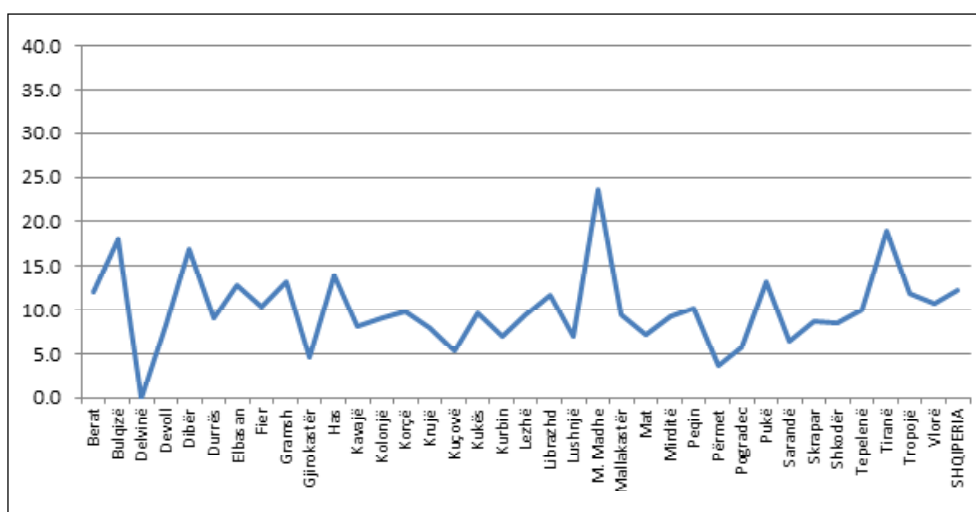
Figura 25. Vdekshmëria foshnjore (për 1,000 lindje të gjalla) sipas rretheve, 2001-2013

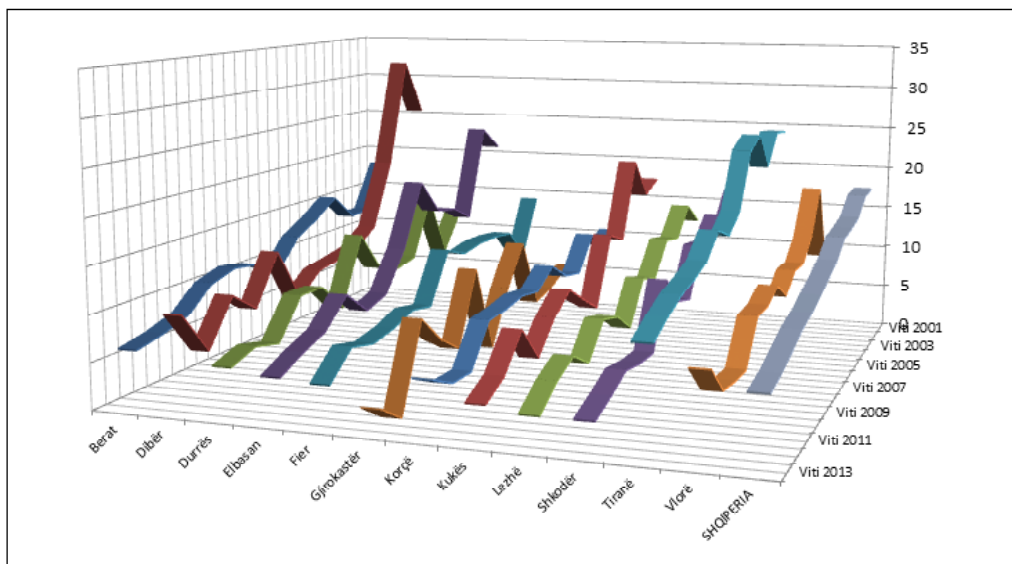
Figura 26 paraqet vdekshmërinë foshnjore për 1,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve gjatë periudhës 2001-2013. Në mënyrë

të qartë, ky indikator ka ardhur në ulje përgjatë viteve në të gjitha prefekturat e vendit, dhe në nivel kombëtar nga 17.5 vdekje për 1,000 lindje

të gjalla në vitin 2001 në 7.2 vdekje për 1,000 lindje të gjalla në vitin 2013, duke reflektuar një ulje monotone (Figura 26). Megjithatë, diferencat midis prefekturave përse i përket këtij indikator janë të theksuara. Edhe në këtë këndvështrim, vihet re që vdekshmëria foshnjorë në prefekturën e Tiranës në vitin 2013 është më e lartë krahasuar me gjithë prefekturat e tjera. Një ndër faktorët shpjegues të niveleve të larta të vdekshmërisë foshnjore në Tiranë është fakti që këtu ndiqen pjesa më e madhe e barrave problematike apo

me rrezik për shkak të infrastrukturës më të mirë të kujdesit shëndetësor dhe ofrimit të kujdesit shëndetësor të nivelit terciar. Megjithatë, diferencat midis prefekturave kërkojnë analizimin e hollësishëm të situatës në mënyrë që këto pabarazi të adresohen në mënyrë të përshtatshme. Krahasuar me vitin 2001, uljet më të mëdha të vdekshmërisë foshnjore (diferencë e numrit të vdekjeve për 1,000 lindje të gjalla midis të dy pikave kohore) janë shënuar në Elbasan, Dibër, Kukës, Shkodër dhe Tiranë.

Figura 26. Vdekshmëria foshnjore për 1,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve, 2001-2013



Vdekshmëria Fëmijënore (<5 vjeç)

Niveli i vdekshmërisë fëmijënore në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 ishte 14.0 vdekje të moshës <5 vjeç për 1,000 lindje të gjalla duke qënë më i ulët në Delvinë (3.3 vdekje për 1,000 lindje të gjalla) dhe më i lartë në Malësinë e Madhe (32.4 vdekje për 1,000 lindje të gjalla) (Figura 27). Luhatjet e këtij indikator sipas rretheve gjatë periudhës në studim janë të

mëdha, duke reflektuar cilësinë dhe aksesin e ndryshëm të kujdesit shëndetësor në këto rrethe. Ajo që bie në sy është niveli i lartë i vdekshmërisë fëmijënore në Tiranë, e cila përfaqëson nivelin e tretë më të lartë midis të gjithë rretheve të vendit. Përtej arsyeve të përmendura edhe në rastin e vdekshmërisë foshnjore, ne sugjerojmë studimin me kujdes të situatës për të evidentuar faktorët përgjegjës për këtë situatë.

Figura 27. Vdekshmëria fëmijërore (<5 vjeç) (për 1,000 lindje të gjalla) sipas rretheve, 2001-2013

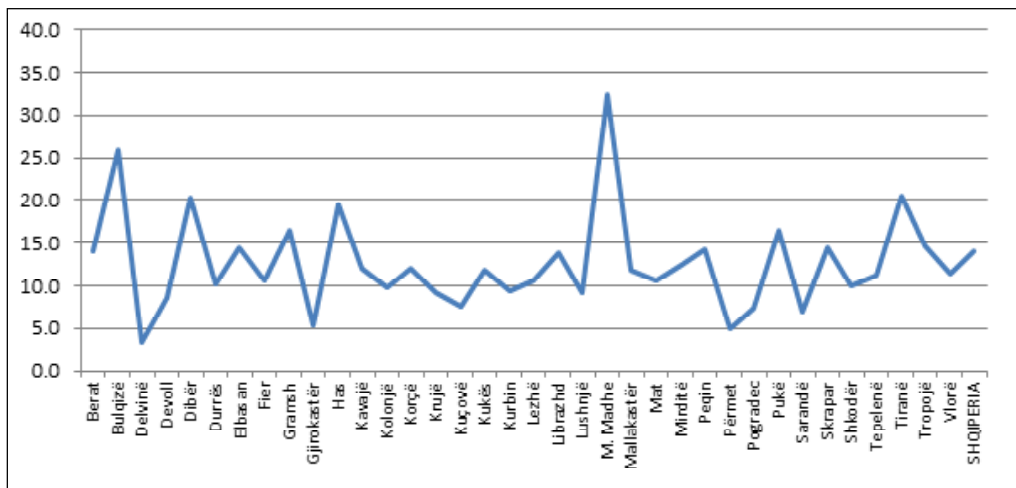
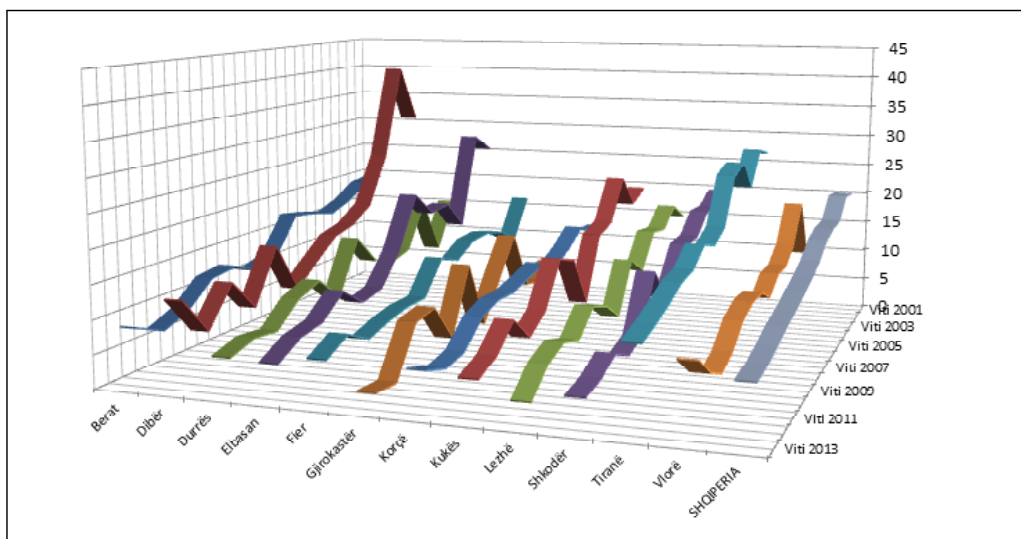


Figura 28 paraqet vdekshmërinë fëmijërore për 1,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve gjatë

periudhës 2001-2013. Tendencat janë të ngjashme me ato që vihen re për vdekshmërinë foshnjore.

Figura 28. Vdekshmëria fëmijërore për 1,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve, 2001-2013



Vdekshmëria amtare

Niveli i vdekshmërisë amtare në Shqipëri gjatë periudhës 2001-2013 ishte 13.7 vdekje për 100,000 lindje të gjalla duke qënë zero në Delvinë, Gramsh, Gjirokastrë, Kolonjë, Krujë, Kuçovë, Kurbini, Lezhë, Malësi e Madhe, Mallakastër, Peqin, Përmet, Skrapar, Tepelenë dhe Tropojë dhe Sarandë, Mirditë dhe Has (55.2 vdekje, 55.2

vdekje dhe 45.5 vdekje për 100,000 lindje të gjalla, përkatësisht) (figura 29). Luhatjet e këtij indikatori sipas rretheve gjatë periudhës në studim mund të reflektojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe aksesin ndaj tij. Kurse në ato rrethe ku është zero mund të reflektojnë fenomenin që lindjet kryhen në rrethe të tjera. Psh, zakonisht gratë me vendbanim në Tropojë lindin në Gjakovë.

Figura 29. Vdekshmëria amtare (për 100,000 lindje të gjalla) sipas rretheve, 2001-2013

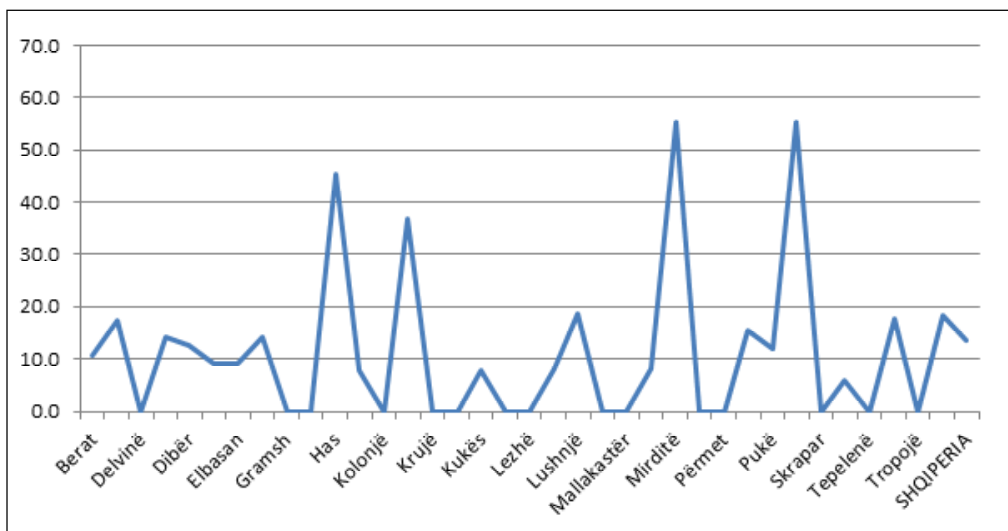
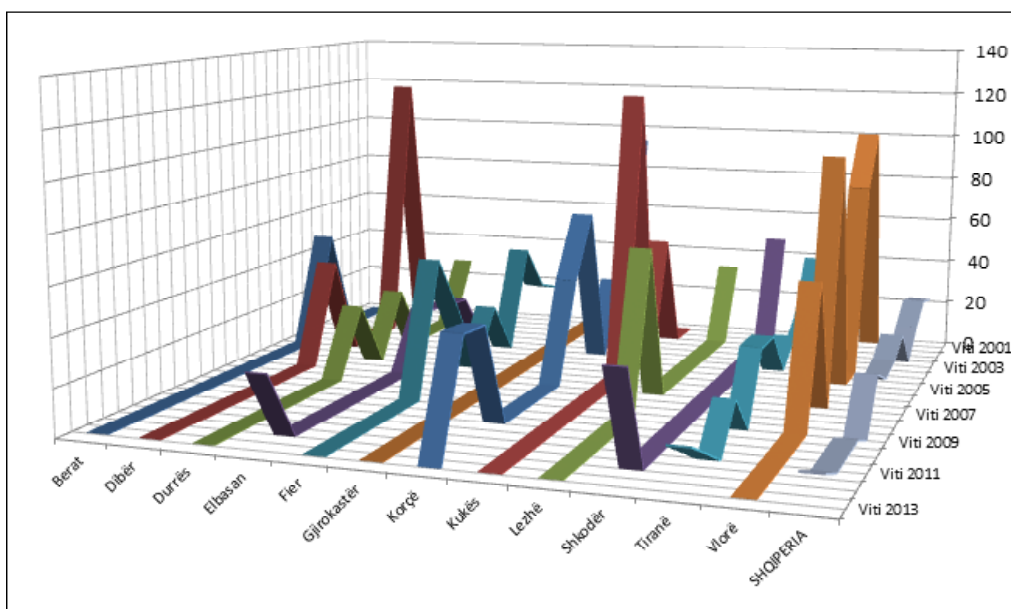


Figura 30 paraqet vdekshmërinë amtare për 100,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve gjatë periudhës 2001-2013. Në nivel kombëtare, vdekshmëria amtare ka pësuar rënie

përgjatë viteve, edhe pse trendi nuk është monoton, duke paraqitur luhajtje në disa vite dhe madje duke shënuar rritje gjatë vitit 2013.

Figura 30. Vdekshmëria amtare për 100,000 lindje të gjalla sipas prefekturave dhe viteve, 2001-2013



Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Në përgjithësi, varfëria, deprivimi social dhe ekonomik janë faktorë që rrisin rrezikun e vdekjes së parakohshme. Në vendin tonë, studimet që lidhin nivelin e varfërisë me indikatorët e vdekshmërisë janë shumë të kufizuar.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Ky raport hedh dritë mbi lidhjen midis prevalencës së varfërisë me indikatorët e vdekshmërisë së përgjithshme dhe specifike, sipas prefekturave të vendit, duke sugjeruar lidhje të forta midis varfërisë dhe vdekshmërisë nga sëmundjet infektive, respiratore dhe vdekshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet dhe marrdhënie edhe më komplekse përse i përket indikatorëve të tjerë të vdekshmërisë.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Është e domosdoshme të ndërmerren studime më të thelluara për të faktuar më mirë lidhjen midis varfërisë dhe indikatorëve të vdekshmërisë në mënyrë që të merren masa për adresimin e pabarazive.

Diskutim

Ky ndoshta është një ndër të paktët studime që hedhin dritë mbi lidhjen e varfërisë dhe indikatorëve të vdekshmërisë në vendin tonë.

U vu re një lidhje e fortë pozitive midis nivelit të varfërisë dhe nivelit të vdekshmërisë nga sëmundjet infektive, vdekshmërisë nga sëmundjet e sistemit respirator, vdekshmërisë nga traumat-aksidentet-helmimet dhe nga sëmundjet e sistemit uro-gjenital (lidhja më pak e fortë) kurse lidhja e prevalencës së varfërisë me vdekshmërinë e nga neoplazmat dhe vdekshmërinë nga sëmundjet digjестive ishte e lehtë dhe negative. Lidhja midis vdekshmërisë së përgjithshme dhe varfërisë nuk tregoi ndonjë trend të qartë ngjites apo zbritës. Këto gjetje sugjerojnë për marrdhënie komplekse midis vdekshmërisë, varfërisë dhe faktorëve të tjerë sociale, kulturorë dhe atyre që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor dhe politikat e mirëqënies sociale.

Ajo që bie në sy është luhata shumë e madhe e niveleve të vdekshmërisë midis rrethëve me

prevalence të ngjashme të varfërisë. Kjo mund të reflektojë ndryshime të theksuara në stilin e jetesës dhe gjithë faktorët e tjerë që luajnë rol në vdekshmërinë e përgjithshme dhe specifike (që për mendimin tonë është pak e mundshme duke qenë se kemi të bëjmë me të njëjtin kontekst social, ekonomik dhe kulturor shqiptar, i cili, pavarësisht diferencave, nuk mund të prodhojë dallime kaq të mëdha) ose mund të sugjerojë për cilësi të ndryshme në raportimin e indikatorëve të vdekshmërisë dhe/ose klasifikimit të shkaqeve të vdekjeve (që për mendimin tonë mund të luajë një rol kryesor për shpjegimin e këtyre diferencave). Siç u evidentua dhe nga Raporti Shëndetësor Kombëtar i vitit 2014 mbi Gjendjen Shëndetësore të Popullatës Shqiptare (Instituti i Shëndetit Publik 2014), ka mangësi të theksuara dhe probleme të mëdha në raportimin e shumë treguesve shëndetësorë dhe sistemi i informacionit shëndetësor në Shqipëri ka nevojë urgjente për reformim dhe rinovim në mënyrë që të mundësohet vlerësimi i drejtë i treguesve shëndetësorë dhe sistemit shëndetësor

në përgjithësi. Nga ana tjetër, që të ndriçohet më mirë lidhja midis indikatorëve të vdekshmërisë dhe varfërisë, është e nevojshme që të kontrollohet

efekti i moshës.

Për këto arsye, gjetjet e këtij studimi duhet të interpretohen me shumë kujdes.

Bibliografia

Instituti i Shëndetit Publik 2014, 'Raport Shëndetësor Kombëtar – Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare'.

Instituti i Statistikës, The World Bank 2013, 'Shqipëria: Trendi i varfërisë 2002-2005-2008-2012. INSTAT. Shtator 2013'. E disponueshme në: http://www.instat.gov.al/media/206688/shqiperi-trendi_i_varferise_2012_.pdf.

Friztell, J, Kangas, O, Hertzman, JB, Blomgren, J, Hiilamo, H 2013, 'Cross-temporal and cross-national poverty and mortality rates among developed countries'. *Journal of Environmental and Public Health*. Article ID 915490.

WHO 1999, 'World Health Report 1999' World Health Organisation, Geneva.

Wilkins, R, Berthelot, JM & Ng E 2002, 'Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1993' Supplement to Health Reports, volume 13. Statistics Canada, Catalogue 82-003.

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Gripi në Shqipëri për Sezonin 2015 -2016, Java 1 dhe 2

Artan Simaku¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive,
Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Në javën 1-2 të sezonit 2015-2016 u vu re një aktivitet më i ulët i Gripit krahasuar me sezonet e mëparshme duke përfaqësuar një situatë të ngjashme me shumicën e vendeve Europiane. Në javën e dytë të vitit 2016 kemi një rritje të mostrave pozitive për Grip nga survejanca sentinel për ILI (Influenza Like Illness) dhe SRRA (Sëmundje e Rëndë Respiratore Akute), ku mbizotëron tipi A(H1N1)pdm09 por kemi dhe tipin B në një rast. Në rajonin European dhe vendet fqinje të Europës Jug-Lindore përqindja e mostrave pozitive është rritur në javën 51 të vitit 2015 duke na treguar që sezoni i Gripit në rajonin tonë ka filluar në javën 51 të 2015. Kjo situatë është pak a shumë e ngjashme edhe në vendin tonë ku vërejmë pozitivitet të mostrave në javën 53 të 2015 dhe javën 1 dhe 2 të vitit 2016.

Hyrje

Survejanca e gripit kryhet në të gjitha vendet e Rajonit European të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) për monitorimin e gripit dhe sigurimin e shëndetit të popullatës. Kjo survejancë është e standardizuar dhe siguron informacion në kohën e duhur mbi kohën, përhapjen, ndikimin dhe peshën e gripit sezonal, si dhe vepron si një sistem i paralajmërimit të hershëm për tipet e reja të viruset që mund të shfaqen, të tillë si virusi i pandemisë në vitin 2009 dhe viruset e gripit të shpendëve. Gjithashtu, kjo survejancë lejon krahasimin e të dhënave ndërmjet vendeve të ndryshme të kontinentit European.

Qëllimi kryesor i survejancës së gripit është të minimizoj, ndikimin e sëmundjes, duke siguruar informacion të dobishëm për Autoritetin e Shëndetit Publik dhe Ministrinë e Shëndetësisë (MSH) në mënyrë që të planifikohen sa më mirë masa të përshtatshme të kontrollit dhe të ndërhyrjes, shpërndarjes së burimeve shëndetësore dhe të japë rekomandime për menaxhimin e rasteve.

Materiali dhe Metodat

Për survejancën e gripit gjatë sezonit 2015 – 2016, java 1 dhe 2 janë përdorur të dhënat e survejancës së infeksioneve akute respiratore të sipërme dhe të poshtme të sistemit ALERT, survejancës sentinel të sëmundjeve të ngjashme me Gripin në rrethin e Tiranës, vlerësimit të infeksioneve respiratore tek fëmijët 0 -1 vjeç dhe survejancës së infeksioneve respiratore akute të rënda në spitalet kryesore në të gjithë vendin si dhe raportimit rutinë. Të dhënat mbledhen gjatë gjithë vitit dhe gjatë sezonit të gripit, me një frekuencë javore të raportimit nga institucionet shëndetësore. Nga pacientët që plotësojnë përkufizimin e rastit merren mostrat respiratore të shoqëruara me skedën individuale të raportimit për ILI dhe SRRA. Skeda përmban të dhënat socio-demografike të pacientit, të

dhënat epidemiologjike, shenjat dhe simptomat klinike, statusin e vaksinimit, sëmundjet shoqëruese dhe faktorët e riskut, përdorimin e terapisë antivirale dhe përfundimin e pacientit. Të gjitha mostrat e grumbulluara të rrugëve të frymëmarrjes testohen në laboratorin kombëtar të gripit në Institutin e Shëndetit Publik.

Rezultatet

Nga të dhënat e raportimit sipas survejancës së infeksioneve akute respiratore të sipërme dhe të poshtme të sistemit ALERT, survejancës sentinel të sëmundjeve të ngjashme me Gripin në rrethin e Tiranës, vlerësimit të infeksioneve respiratore tek fëmijët 0 -1 vjeç dhe survejancës së infeksioneve respiratore akute të rënda në spitalet kryesore në të gjithë vendin si dhe raportimit rutinë, vërejmë se kemi të bëjmë me një aktivitet të ulët të Gripit në krahasim me sezonet e mëparshme. Kjo situatë është e ngjashme me shumicën e vendeve europiane në të cilat vërehet një nivel i ulët i aktivitetit të Gripit. Në javën e dytë të vitit 2016 kemi një rritje të mostrave pozitive për Grip nga survejanca sentinel për ILI (Influenza Like Illness) dhe SRRA (Sëmundje e Rëndë Respiratore Akute), ku mbizotëron tipi A(H1N1)pdm09 por kemi dhe tipin B në një rast.

Në rajonin Evropian dhe vendet fqinje të Evropës Jug-Lindore përqindja e mostrave pozitive është rritur në javën 51 të vitit 2015 duke na treguar që sezoni i Gripit në rajonin tonë ka filluar në javën 51 të 2015. Kjo situatë është pak a shumë e ngjashme edhe në vendin tonë ku vërejmë pozitivitet të mostrave në javën 53 të 2015 dhe javën 1 dhe 2 të vitit 2016.

Në rajonin European 74% e mostrave janë Grip A dhe 26% tip B, ku shumica e nëntipave A është A(H1N1)pdm09 dhe atyre B është B/Victoria. Ajo çka vihet re është se mbizotërimi i virusit A(H1N1)pdm09 lidhet me raste të SRRA

dhe vdekje në javët e fundit të lidhura me infeksionin nga ky virus në Armeni, Izrael, Turqi dhe Ukrainë.

Analiza filogjenetike e viruseve A(H1N1) pdm09 që po qarkullojnë në këtë sezon (2015 -2016) tregon se ka në qarkullim një klaster të ri të një nëngrupi gjenetik, 6B, që do të thotë se kemi të bëjmë me një variant të ri të këtij virusi në disa raste. Ky variant është zbuluar fillimisht në Shtetet e Bashkuara të Amerikës në Nju Jork në Gusht të 2015, dhe është vënë re në disa raste në këtë sezon në Mbretërinë e Bashkuar, Japoni, Arabi Saudite dhe sidomos Iran ku është vënë re një numër i lartë rastesh të rënda dhe vdekje. Ky variant i këtij virusi të Gripit është i lidhur me forma të rënda të sëmundjes dhe vdekje. Po kështu mendohet se është ky lloj varianti që lidhet me format e rënda të Gripit që janë vënë re javët e fundit në Turqi, Ukrainë, Rusi, Armeni dhe Izrael.

Gjithsesi shumica e viruseve janë të ngjashëm nga pikëpamja gjenetike me shtamet e rekomanduara për tu përfshirë në vaksinat trevalente dhe katërvalente të hemisferës veriore (*shiko më poshtë*). Vetëm një numër i vogël i viruseve A(H3N2) nuk kanë qenë të ngjashëm me ato të përfshirë në vaksinë. Po kështu, edhe ato që i përkasin linjës B të virusit (Victoria) nuk janë të përfshirë në vaksinë.

Përbërja e vaksinës së Gripit për sezonin 2015 - 2016 është:

- A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus;
- A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)-like virus;
- B/Phuket/3073/2013-like virus.

Vaksina katërvalente përmban dy viruse B të Gripit dhe përveç viruseve të mësipërme përmban tipin B/Brisbane/60/2008-like virus.

Figura 1. Prirja e Infeksioneve Respiratore të Sipërme dhe të Poshtëme në javët 35 – 01 të sezonit 2014-2015 dhe të sezonit 2015-2016 (numri i rasteve)

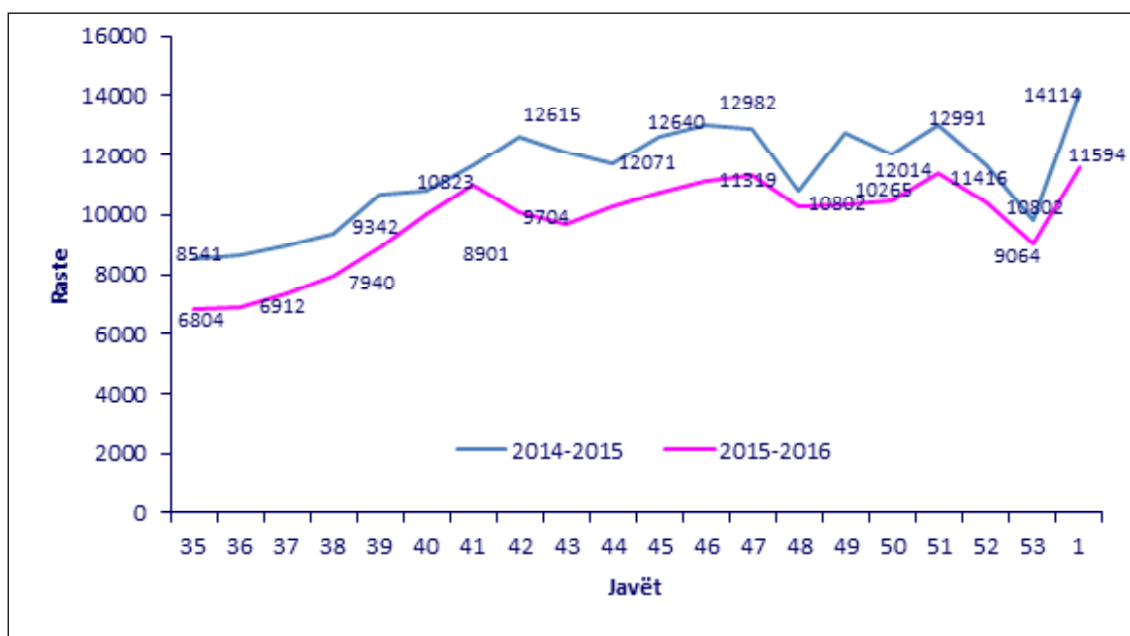
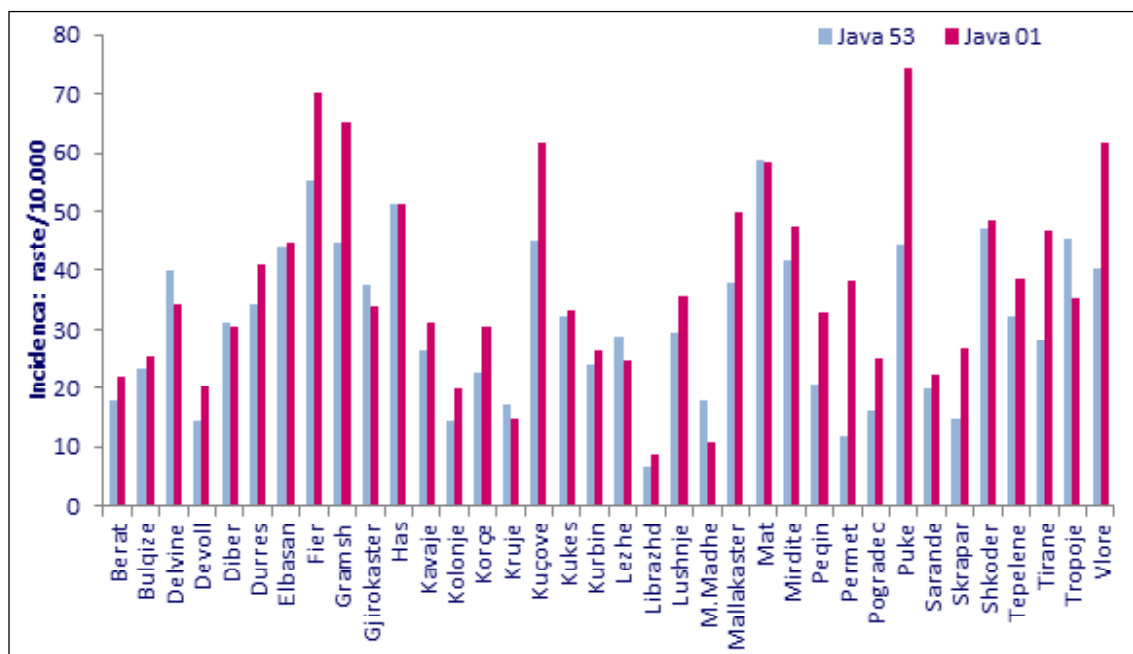


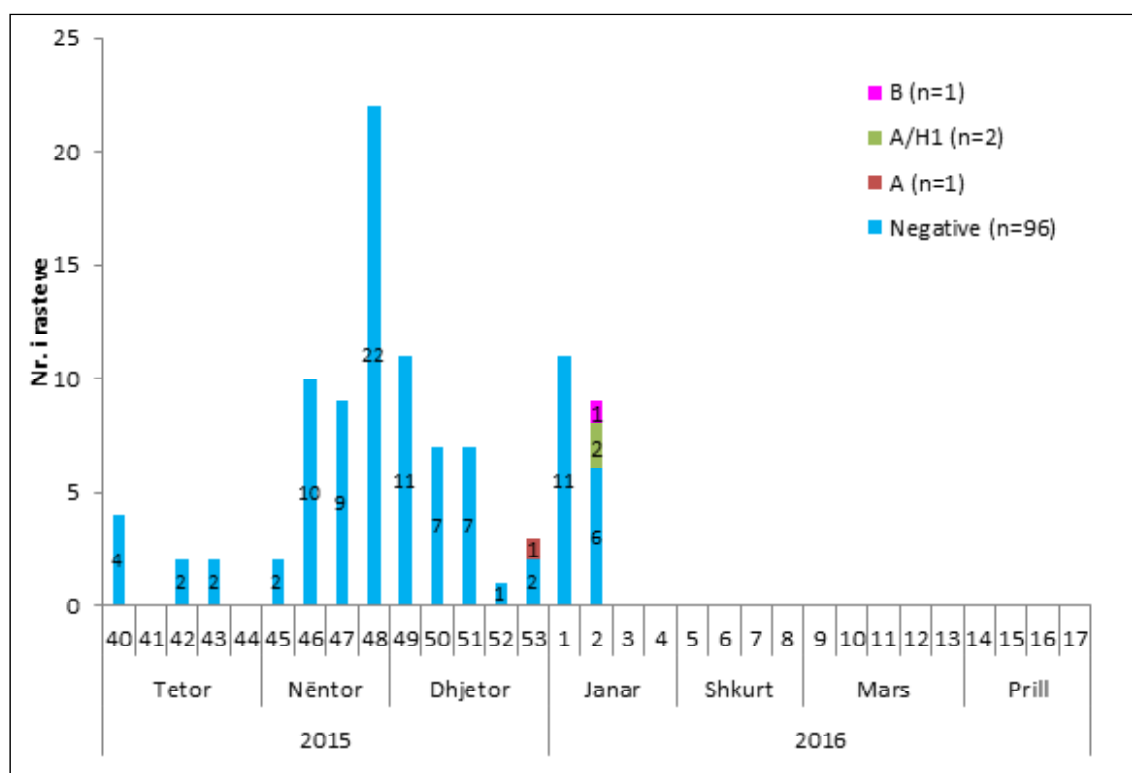
Figura 2. Frekuenca e hasjes së Infeksioneve Respiratore të Sipërme dhe të Poshtëme sipas rretheve në javën 53 të vitit 2015 dhe javën 01 të vitit 2016 (incidenca -raste/10.000)



Vihet re rritje të rasteve me infeksione respiratore kryesisht në Tiranë, Vlorë, Fier, Pukë, Kuçovë,

Gramsh, Durrës, Kavajë, Korçë, Përmet dhe në rrethe të tjera të vendit.

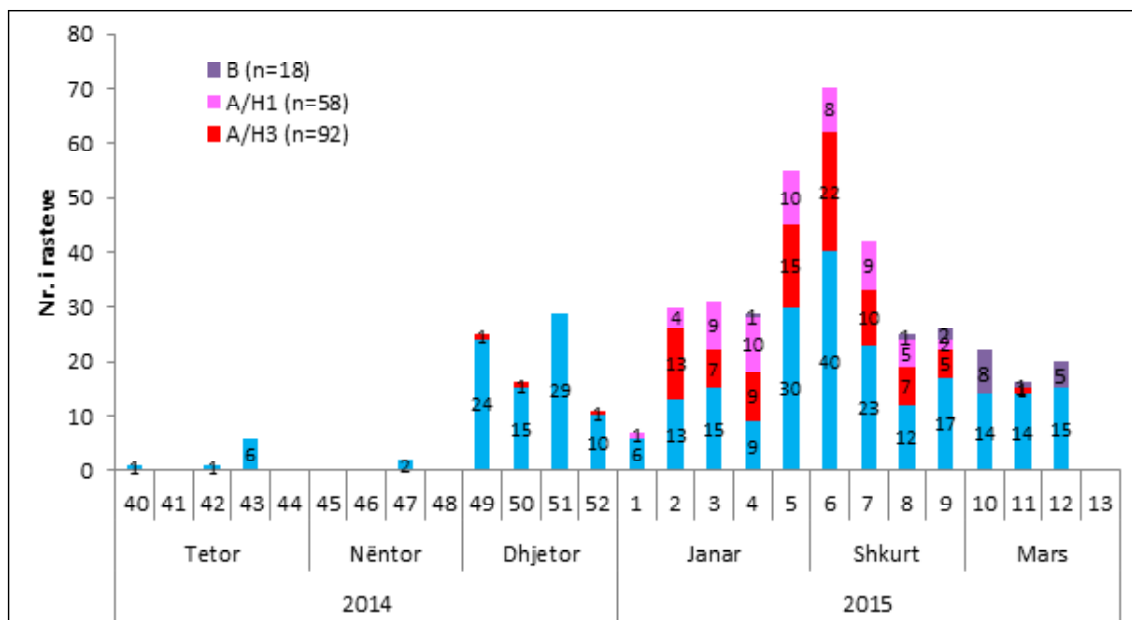
Figura 3. Numri i mostrave të ardhura sipas javëve dhe rezultati laboratorik 2015- 2016



Prej javës së 1-të të muajit Tetor 2015 deri më datën 15 janar 2016 kanë ardhur në ISHP 100 mostra nga persona të dyshuar për Grip, nga të cilat 4 (4%) kanë rezultuar pozitive për viruset e gripit.

- 2 mostra kanë rezultuar me virusin A/H1
- 1 mostër me virusin A (e pa nëntipizuar)
- 1 mostër me virusin B

Figura 4. Numri i mostrave të ardhura sipas javëve nga persona të dyshuar me Grip dhe rezultati laboratorik 2014-2015



Prej fillimit të muajit Tetor 2014 deri më datën 30 Mars 2015 kanë ardhur në ISHP 464 mostra

nga persona të dyshuar për Grip nga të cilat 168 (36%) kanë rezultuar pozitive për viruset e Gripit.

Figura 5. Shpërndarja e rasteve sipas grup-moshës për Gripin 2015- 2016

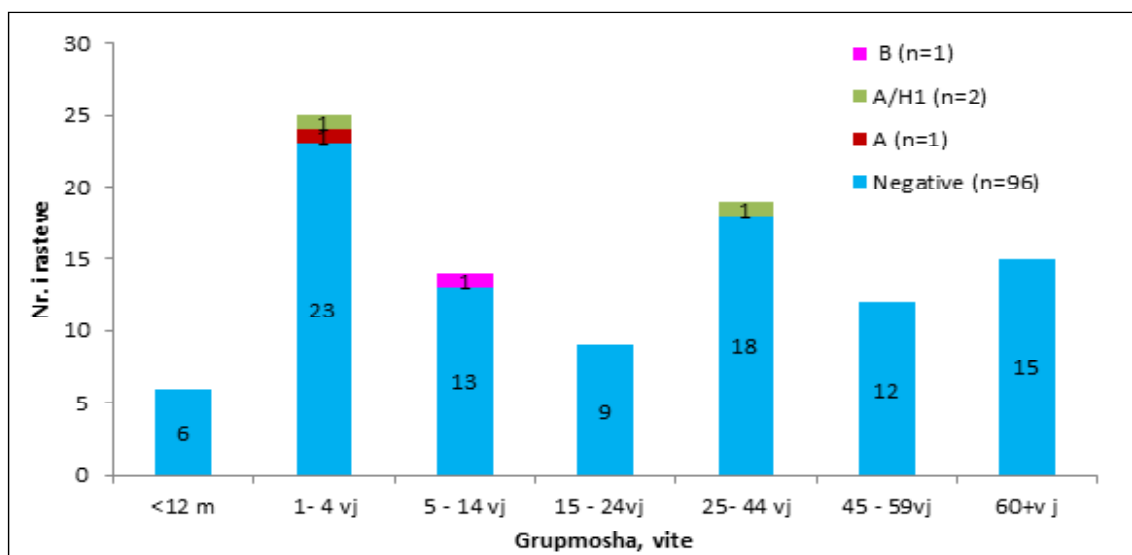
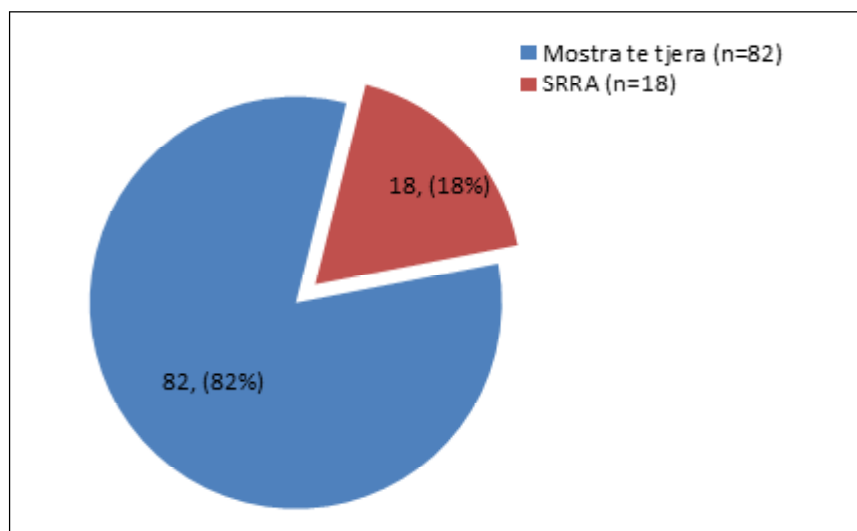


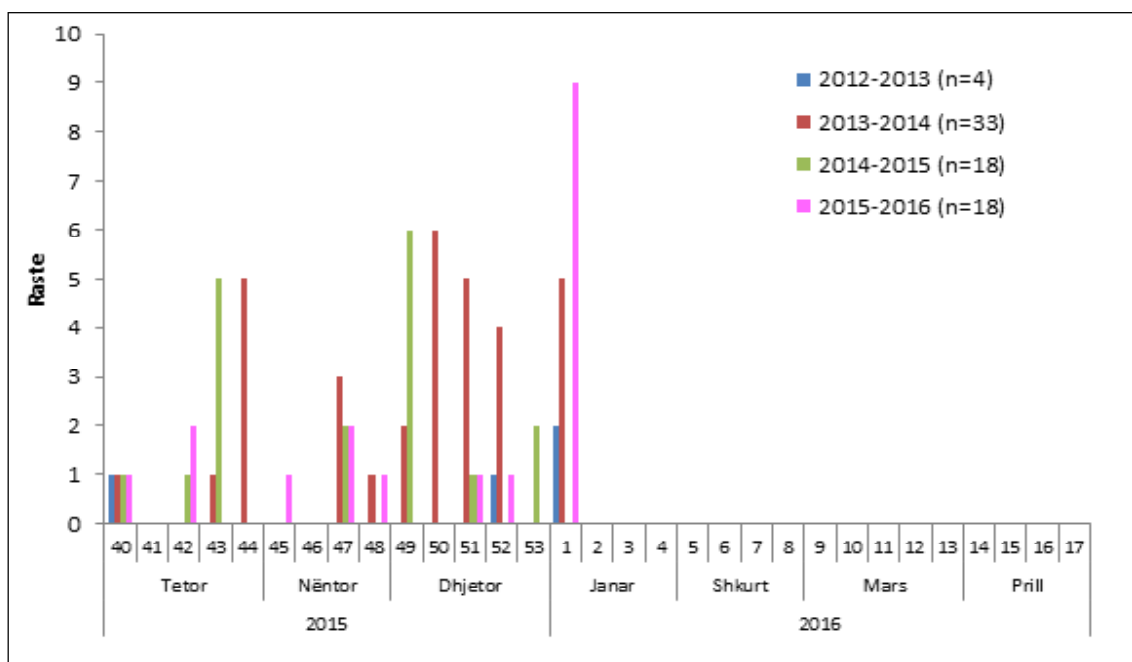
Figura 6. Sëmundja e Rëndë Respiratore Akute (SRRA)



Vetëm 18 (18%) prej pacientëve të dyshuar për Grip prej të cilëve janë marrë mostra kanë paraqitur komplikacione (SRRA). Ndërsa vetëm

1 rast në moshën pediatrike ka rezultuar Grip A (jo i nëntipizuar).

Figura 7. Krahasoni i rasteve SRRA sipas sezoneve (deri në javën e parë të muajit Janar)



Në sezonin aktual 2015-2016 numri i rasteve SRRA në javën e parë të muajit Janar është më i lartë krahasuar me sezonet e mëparëshme prandaj është e rëndësishme të merren në kohë

mostrat për të parë nëse qarkullon apo jo edhe tek ne varianti A(H1N1) që shkakton forma të rënda.

Figura 8. Shpërndarja e rasteve sipas vendit të marrjes së mostrës dhe rezultati laboratorik

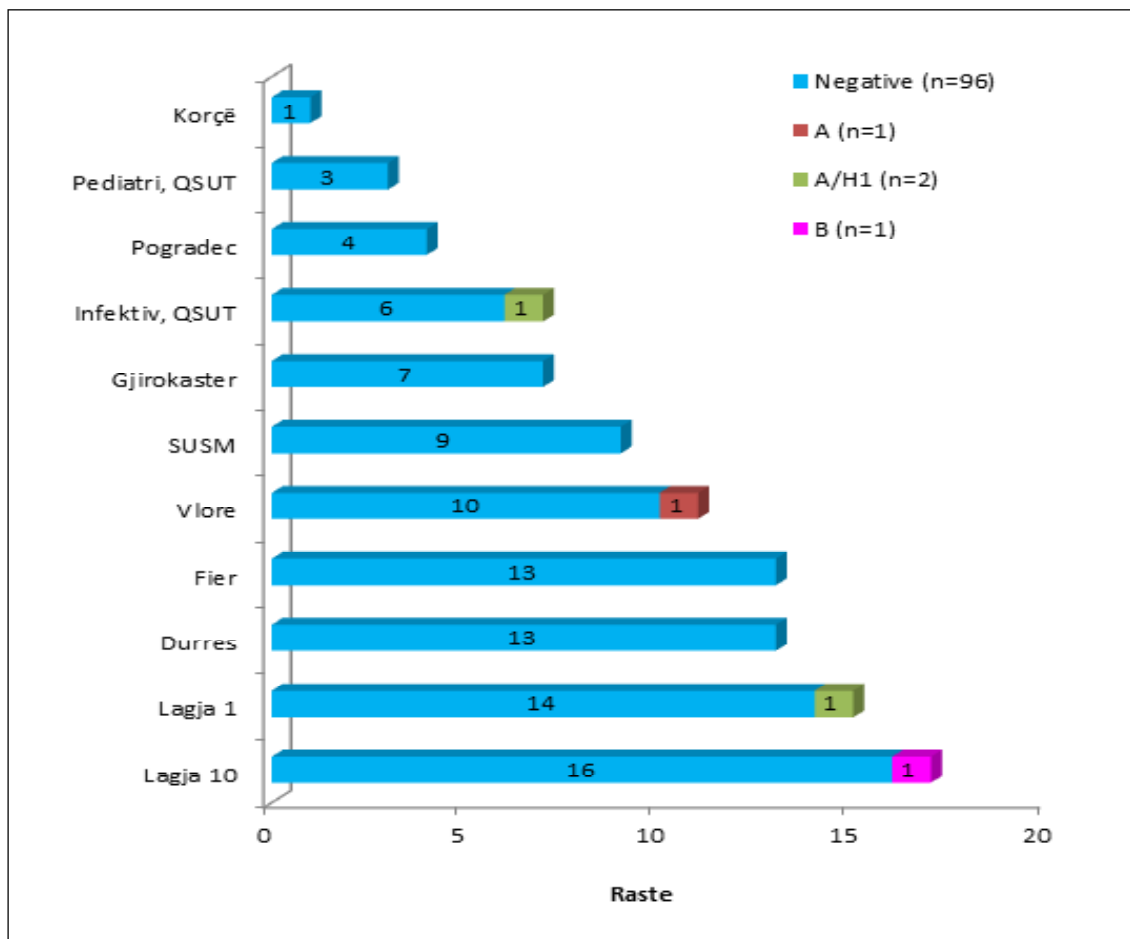


Figura 9. Krahasimi i aktivitetit të “Infeksioneve Respiratore të Sipërme dhe të Poshtëme” sipas sezoneve (javët 40 – 20) dhe Pragu Epidemik. Raste/100.000

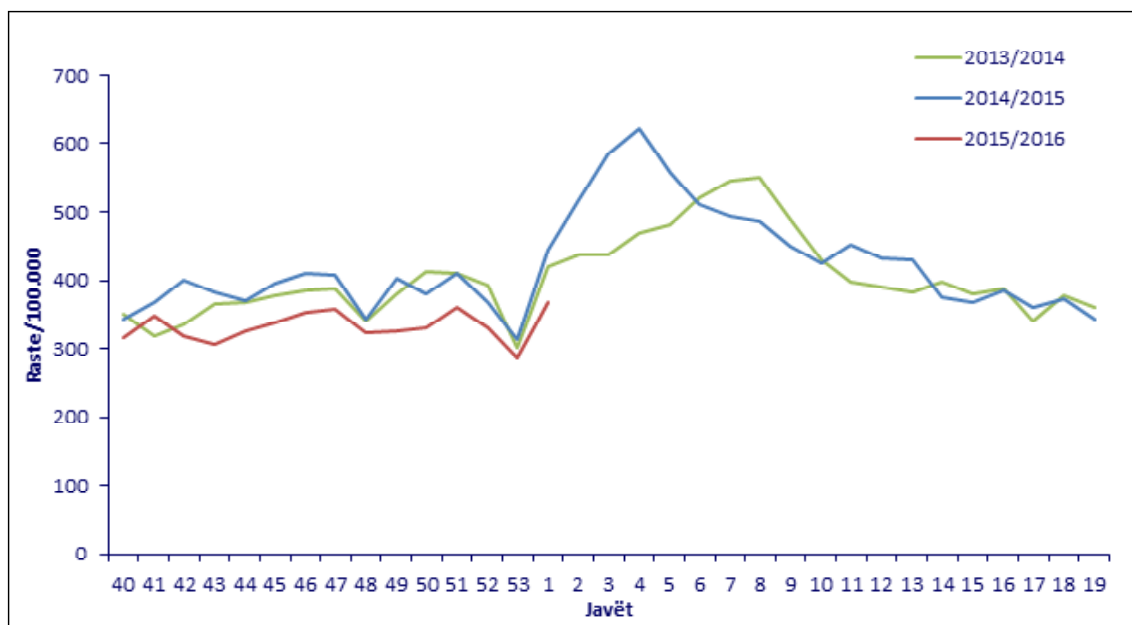
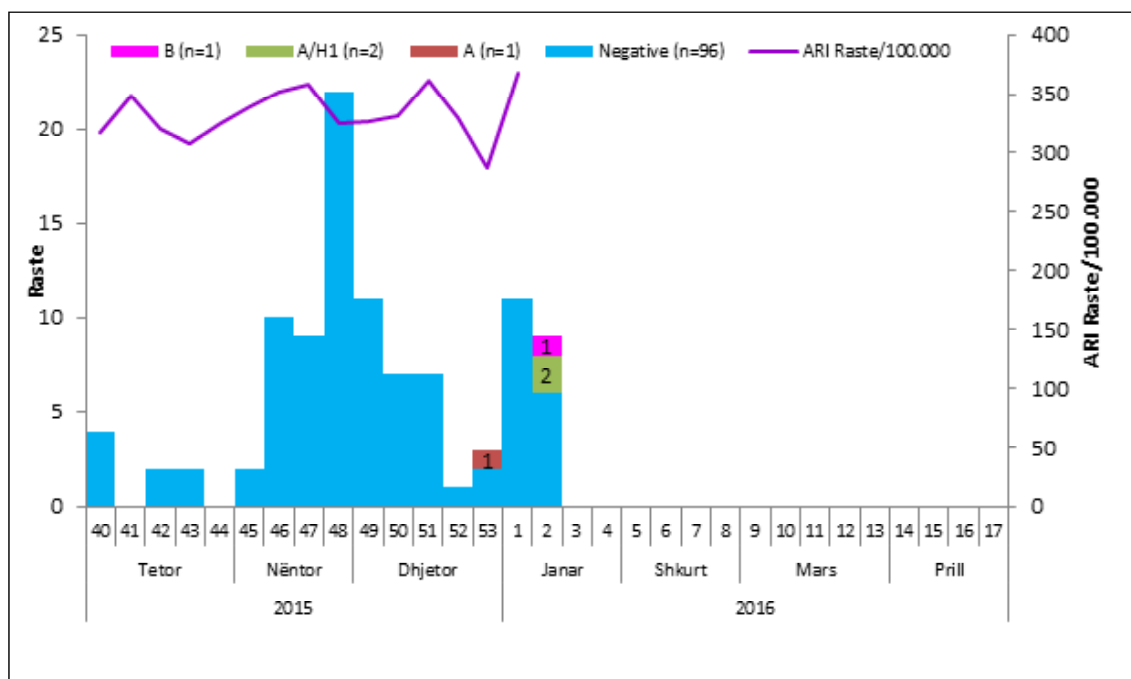


Figura 10. Kurba epidemike dhe infeksionet respiratore sipas javëve (ARI raste/100.000) deri në javën 01 (15 janar 2016)



Përshkrimi i rasteve pozitive për Grip

Rastet pozitive: virusi A/H1

Rasti 1

- Mosha 34 vjeç;
- Mashkull;
- Shtruar në Infektiv QSUT – fillimi i shenjave në dt 5 Janar, mostra është marrë në dt 7 Janar (pjesë e survejancës SRRA). Rasti klasifikohet si SRRA sipas përkufizimit të OBSH.

Rasti 2

- Mosha 2 vjeç;
- Mashkull;
- Qendra Shëndetësore Nr. 1 Tiranë – fillimi i shenjave në dt 8 Janar, mostra është marrë në dt 9 Janar (pjesë e survejancës sentinel për sëmundjet e ngjashme me Gripin në Tiranë).

Rast pozitiv: virusi B

- Mosha 7 vjeç;
- Mashkull;
- Qendra Shëndetësore Nr. 10 Tiranë – fillimi i shenjave në dt 11 Janar, mostra është marrë në dt 12 Janar (pjesë e survejancës sentinel për sëmundjet e ngjashme me Gripin në Tiranë).

Rast pozitiv: virusi A (i pa nëntipizuar)

- Mosha 2 vjeç;
- Mashkull;
- Shtruar në spitalin pediatrik në Vlorë (Reanimacion) – fillimi i shenjave në dt 27 dhjetor 2015, mostra është marrë në dt 30 dhjetor (pjesë e survejancës SRRA).

Rasti klasifikohet si SRRA sipas përkufizimit të OBSH dhe si STRRA (Sëmundje tepër e rëndë respiratore akute) sipas klasifikimit tonë për të gjitha rastet që kanë nevojë për shtrim në repartet e terapisë intensive dhe kanë nevojë për oksigjenim.

Vlerësimi mbi ngarkesën e Gripit tek Fëmijët 0 - 1 Vjeç.

Në kuadër të vlerësimit mbi mbi ngarkesën e Gripit tek fëmijët <1 vjeç që po kryhet në Tiranë dhe kryesisht në Spitalin pediatrik QSUT, repartin e Neonatologjisë të Maternitetit “Mbretëresha Geraldinë” dhe në Qendrën Shëndetësore nr. 1 janë mbledhur 113 mostra respiratore nga fëmijët e moshës <1 vjeç të shtruar në Repartin e Terapisë Intensive dhe pavione. Mostrat e ekzaminuara në laboratorin e Virologjisë në ISHP kanë rezultuar negative për viruset e Gripit.

Takim me mjekët e Qendrave Shëndetësore nr. 10 dhe nr. 1, Shërbimin Pediatrik dhe atë të Sëmundjeve Infektive në QSUT në lidhje me survejancën sentinel të Gripit.

Në kuadër të monitorimit të survejancës së gripit në vend, grupi i punës i përbërë nga epidemiologë të Institutit të Shëndetit Publik dhe Drejtorisë së Shëndetit Publik kanë organizuar takime në dy qendrat shëndetësore të Tiranës të përcaktuara

si qendra sentinel për sëmundjen e Gripit.

Në të dy qendrat u komunikua me drejtuesit e tyre dhe u kryen trajnime me mjekët e familjes dhe pediatër të çdo qendre.

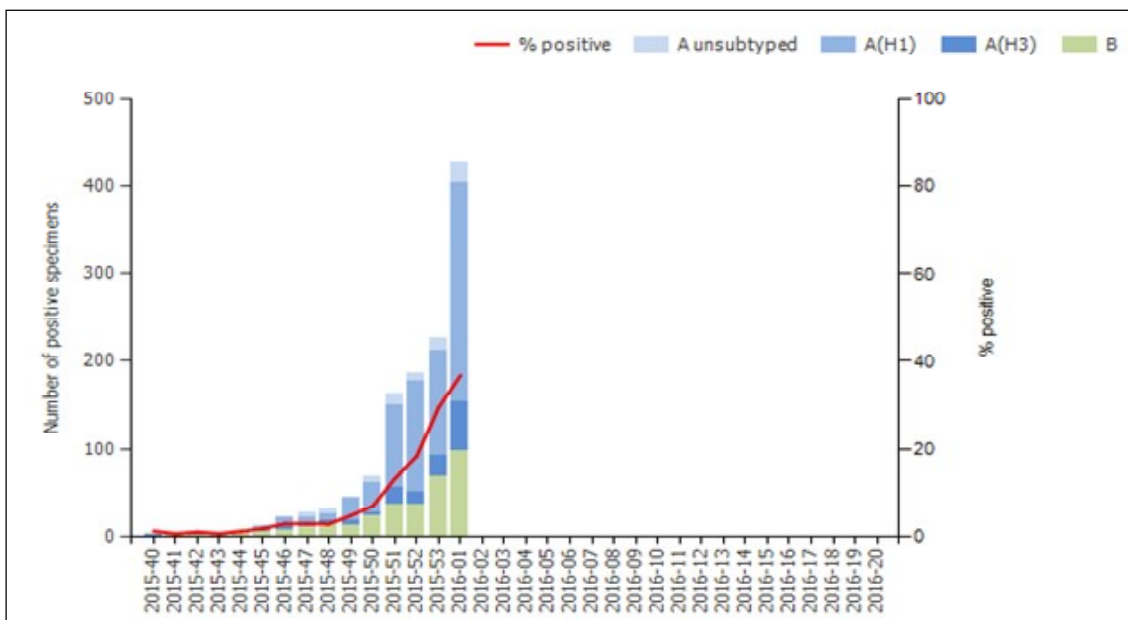
Mjekëve të familjes dhe atyre pediatër iu theksua edhe një herë rëndësia e marrjes së mostrave të gripit në pacientët e dyshuar sipas protokollit të përcaktuar.

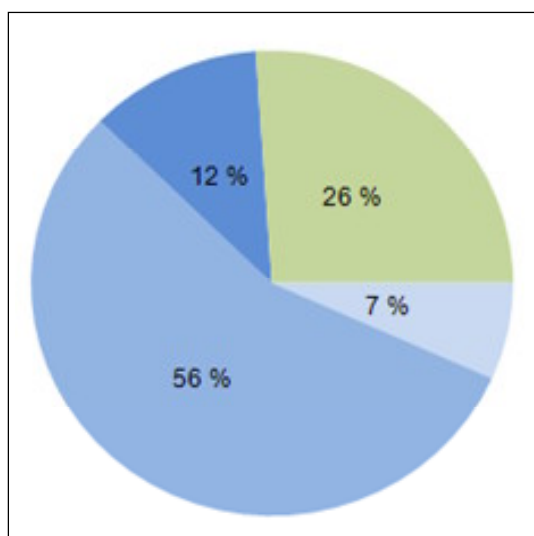
Në datën 15. 01. 2016, pas analizës së të dhënave të survejancës u vu re një rritje e numrit të mostrave të marra nga këto dy qendra.

Në shërbimin pediatrik u organizua takimi me mjekë të urgjencës, sëmundjeve infektive, sëmundjeve respiratore, sëmundjeve të përgjithshme, dhe repartin të reanimacionit dhe u diskutua për forcimin e survejancës për gripin, marrjen e mostrave dhe mënyrën e marrjes së tyre. U kërkuar që të kihet kujdes në marrjen e mostrave dhe plotësimin e skedave shoqëruese.

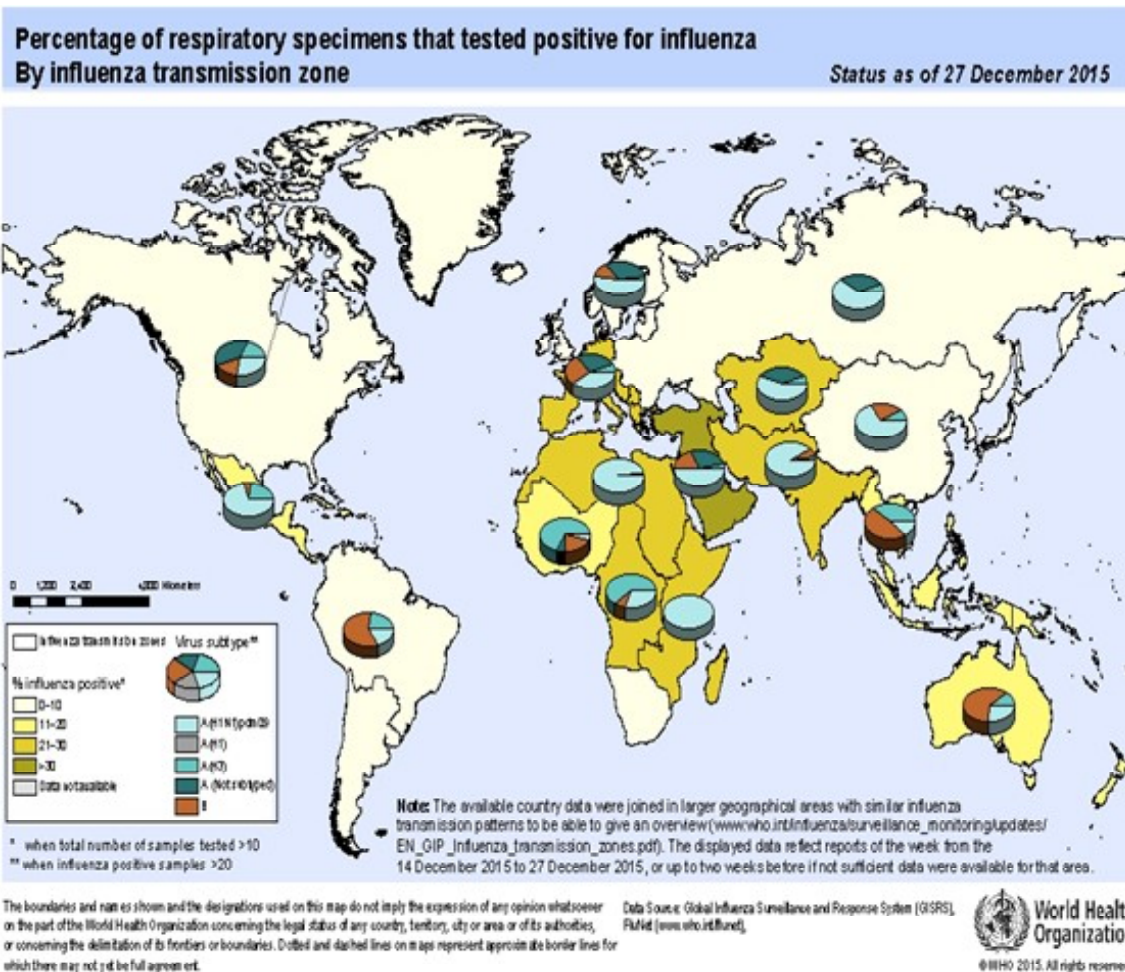
Po kështu edhe në shërbimin Infektiv QSUT u organizua një takim i ngjashëm. Procesi i monitorimit do të jetë i vazhdueshëm.

11. Llojet e Viruseve të Gripit që qarkullojnë në kontinentin European dhe në botë





Harta 1. Paraqitja e rasteve pozitive të Gripit në botë sipas OBSH



Vaksinimi ndaj Gripit

Në sezonin e Gripit 2014–2015 filloi vaksinimin i punonjësve shëndetësorë sipas rekomandimeve të grupit të ekspertëve të OBSH, CDC dhe

Komitetit Kombëtar të Vaksinimit në vend.

Më poshtë po paraqesim rezultatet e vaksinimit për të dyja sezonet, 2014 -2015 dhe 2015 -2016 deri më tani.

Figura 12. Vaksinimi i Punonjësve Shëndetësorë sipas Rretheve

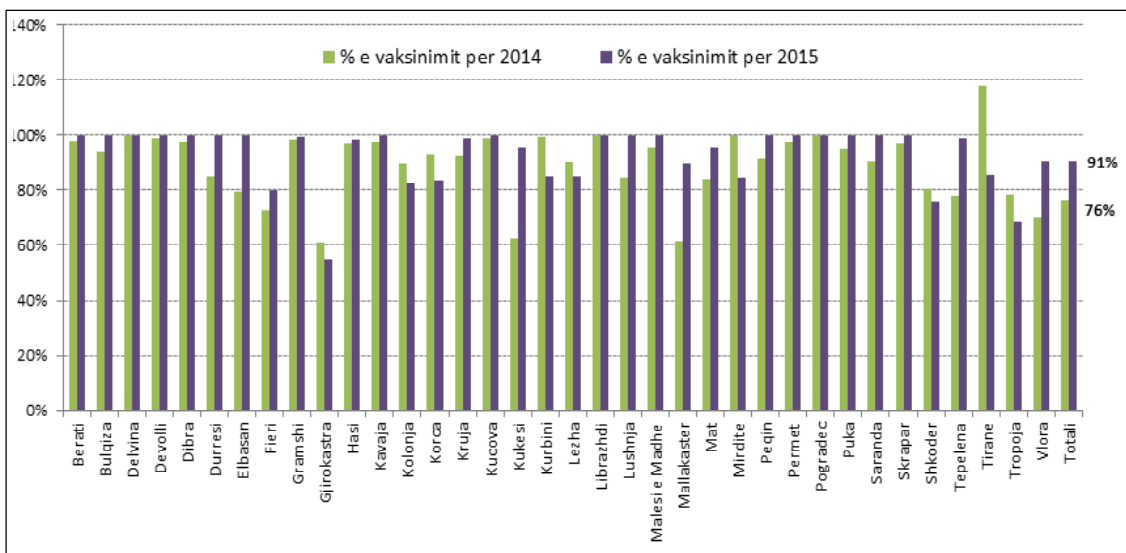


Figura 13. Vaksinimi i Punonjësve Shëndetësorë në Spitale

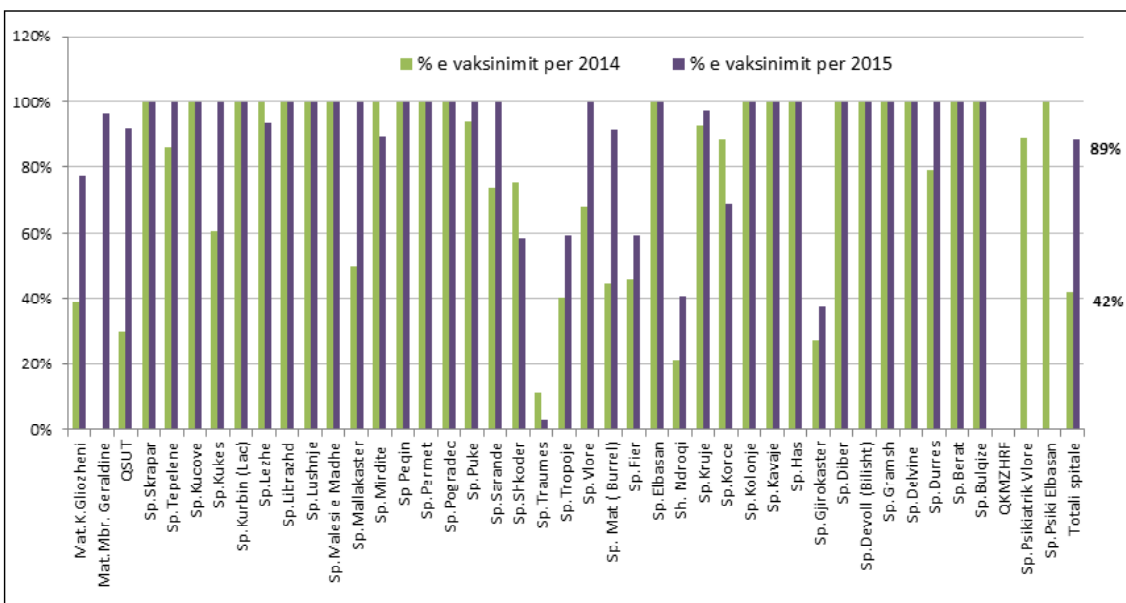
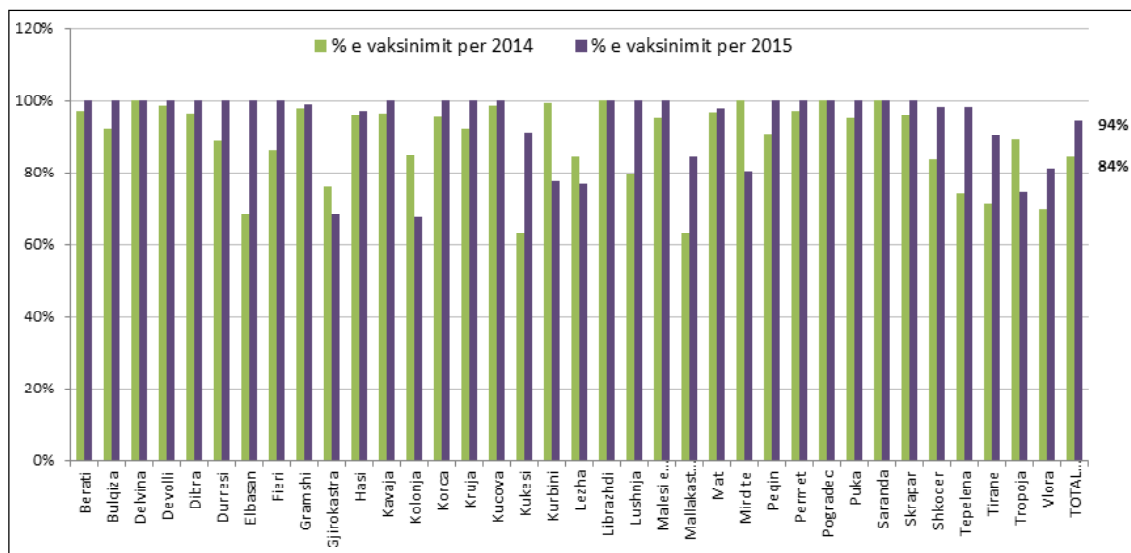


Figura 14. Vaksinimi i Punonjësve Shëndetësorë në Qendrat Shëndetësore

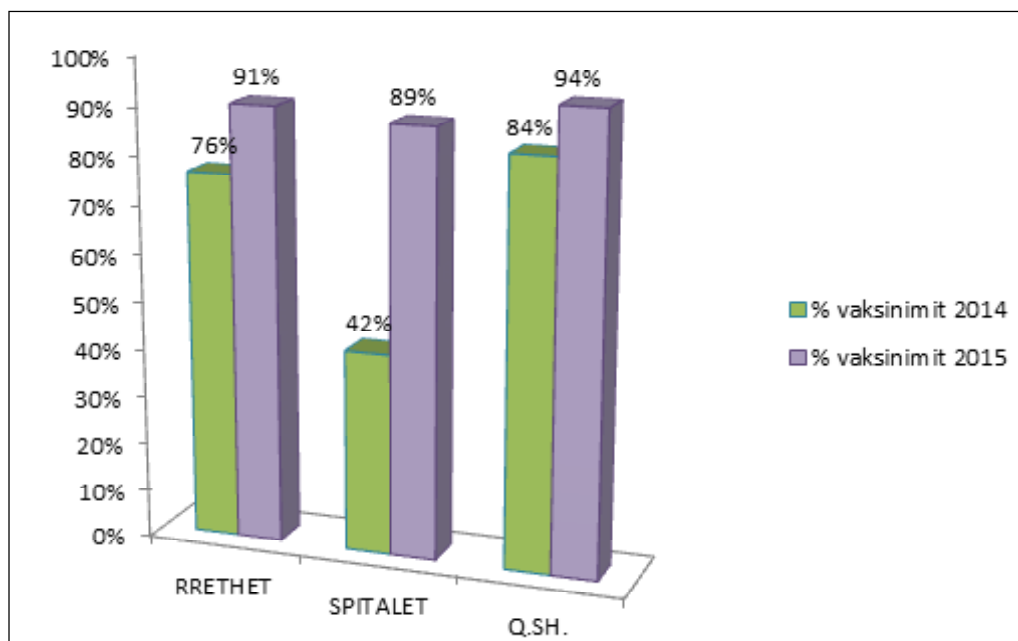
**Shënime për grafikun e spitaleve:**

1- Në vitin 2014 kanë marrë vaksinë edhe Spitalet Psikiatrike të Vlorës dhe Elbasanit si dhe QKMZHR por në vitin 2015 këto spitale nuk kanë marrë vaksinë prandaj nuk paraqitet

në përqindje mbulesa vaksinale.

2- Në vitin 2014 Materniteti “Mbretëresha Geraldinë” nuk tërhoqi vaksinë prandaj mbulesa vaksinale është 0%.

Figura 15. Mbulesa vaksinale totale për vitet 2014 dhe 2015



Në sezonin 2014 -2015 janë shitur përreth 35 000 doza (pa përfshirë ato që u blenë nga Ministria e Shëndetësisë për personelin), ndërsa për sezonin 2015 -2016 shifrat nuk janë duke u përpunuar.

Njëkohësisht për të parë mbulesën vaksinale në popullatën e përgjithshme dhe impaktin që vaksinimi (i punonjësve shëndetësorë dhe popullatës) ka në përhapjen e Gripit dhe uljen e formave të rënda, ISHP ka vendosur një sistem monitorimi të mbulesës vaksinale në Tiranë

(qendrat shëndetësore sentinel të Gripit dhe farmacitë) dhe në Shkodër ku të dhënat prej tij do të paraqiten në informacionet e mëtejshme.

Masat e ndërmarra

Bazuar në rezultatet e mësipërme u sugjerua vazhdimi i monitorimit të kujdesshëm i të situatës bazuar në raportimi skrupoloz nga të gjitha qendrat raportuese në vend si dhe kontakti i ngushtë me të gjithë personat përgjegjës.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Viruset e gripit stinor qarkullojnë çdo vit, por herë pas here mund të përbëjnë shqetësime serioze për shëndetin e popullatës nëse nuk merren masat e nevojshme.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Në javën e 1-2 të sezonit 201-2016 të Gripit u vu re një aktivitet më i ulët i tij krahasuar me sezonet e mëparshme. Në javën e 2-të kemi një rritje të mostrave pozitive për Grip nga survejanca sentinel për ILI (Influenza Like Illness) dhe SRRA (Sëmundje e Rëndë Respiratore Akute), ku mbizotëron tipi A(H1N1)pdm09 por kemi dhe tipin B në një rast. Kjo situatë është e ngjashme me atë të pranishme në shumicën e vendeve të rajonit.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Është i nevojshëm monitorimi i kujdesshëm i situatës për të zbuluar në kohë çdo ndryshim të mundshëm dhe planifikuar përgjigjet përkatëse.



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