

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



Nr. 4 - 2015

BULETINI i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 4-2015

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. 4-2015

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Ervin Toçi, Dorina Çanaku, Arjan Bregu, Eduard Kakarriqi,

Enver Roshi, Genc Burazeri

Faktorët demografikë dhe socialë të lidhur me përdorimin e duhanit, alkoolit
dhe kanabisit tek nxënësit 15-16 vjecarë në Shqipëri:

Rezultatet e studimit ESPAD 7

Marjeta Dervishi, Roland Bani, Redona Dudushi,

Shpëtim Qyra, Silva Bino

HIV/AIDS në moshën pediatrike 29

Andia Meksi

Një studim vlerësues për Shëndetin Mendor në rang global dhe në Shqipëri.

Rishqyrtim literature në lidhje me disa të dhëna epidemiologjike

për Shëndetin Mendor 39

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Faktorët demografikë dhe socialë të lidhur me përdorimin e duhanit, alkoolit dhe kanabisit tek nxënësit 15-16 vjecarë në Shqipëri: Rezultatet e studimit ESPAD

**Ervin Toçi^{1,2}, Dorina Çanaku¹, Arjan Bregu¹, Eduard Kakarriqi^{1,2},
Enver Roshi^{1,2}, Genc Burazeri^{1,2}**

¹Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë;

²Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Ky është një ri-prodhim i artikullit origjinal “Demographic and social correlates of tobacco, alcohol and cannabis use among 15–16-year-old students in Albania: Results of the ESPAD survey. Nordic Studies On Alcohol And Drugs 2014; 31(4):413-430”.

Ri-prodhimi i këtij artikulli në gjuhën Shqipe u bë i mundur pas autorizimit dhe miratimit nga botuesi i revistës Nordic Studies On Alcohol And Drugs, De Gruyter Academic Publishing®.

Ri-prodhimi i këtij artikulli në gjuhën Shqipe synon të ri-sjellë në vëmendjen e politikë-bërësve dhe profesionistëve të fushës disa gjetje interesante dhe të rëndësishme lidhur me përdorimin e alkoolit, duhanit dhe kanabisit nga adoleshentët që frekuentojnë shkollën në Shqipëri në mënyrë që të merren vendime të bazuara në fakte.

Abstrakt

Alkooli, duhani dhe kanabisi bëjnë pjesë në substancat e përdorura më shpesh nga popullatat humane, përfshirë adoleshentët. Fillimi i përdorimit në moshë të re mund të nxisë përdorimin e tyre edhe më vonë në jetë. Qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i faktorëve demografikë dhe socialë që lidhen me përdorimin e duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë të gjithë jetës tek nxënësit e moshës 15-16 vjec në Shqipëri, në mënyrë që ky informacion të vihet në dispozicion për specialistët e promovimit të shëndetit që punojnë në parandalimin e përdorimit të substancave. Një studim transversal u realizua në Mars-Maj 2011 në kuadrin e Projektit European të Përdorimit të Alkoolit dhe Drogave të Tjera në Shkollë (ESPAD) duke përfshirë një kampion kombëtar prej 3189 nxënësish të lindur në vitin 1995. Për të mbledhur të dhëna rreth përdorimit të substancave u përdor pyetësi i standardizuar ESPAD. Analiza e të dhënave sugjeroi se të vetmit faktorë universalë që rrisin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të alkoolit, duhanit dhe kanabisit gjatë jetës janë gjinia mashkull dhe akses i lehtë ndaj duhanit. Duhanpirja vetjake ishte e lidhur fort dhe në mënyrë domethënëse me përdorimin e alkoolit dhe kanabisit. Lidhjet e konsumit vetjak të substancave me konsumin e substancave nga shokët/miq të varionin nga të dobëta në të moderuara. Bazuar në gjetjet e studimit, u konkludua që konsumi vetjak i duhanit është faktori i vetëm i pavarur më i rëndësishëm që parashikon në mënyrë domethënëse konsumin e alkoolit dhe kanabisit tek nxënësit Shqiptarë. Politikëbërësit duhet të forcojnë sundimin e ligjit, ndërsa profesionistët e promocionit të shëndetit duhet të adresojnë në mënyrë të vendosur duhanpirjen gjatë adoleshencës përmes ndërhyrjeve specifike.

Hyrje

Alkooli, duhani dhe kanabisi, substancat psikoaktive më të njohura për popullatat humane, përdoren pothuajse në të gjithë vendet e botës (WHO, 2011, UNODC, 2013). Në përgjithësi, prevalenca e përdorimit të substancave psikoaktive ndryshon me moshën duke shfaqur nivelet më të larta tek adultët e rinj dhe duke pësuar rënie të konsiderueshme më pas (Falk, Yi dhe Hiller-Sturmhofel, 2006; Moore dhe bp., 2005; Pomerleau dhe bp., 2005; Stinson dhe bp., 2006). Megjithatë, edhe individët më të rinj në moshë janë të ekspozuar ndaj duhanit, alkoolit dhe kanabisit duke qënë se proporcione në mënyrë të konsiderueshme të larta të adoleshentëve i kanë përdorur ato të paktën në një rast gjatë jetës së tyre (Bauman dhe Phongsavan, 1999, Roy dhe Wiberley, 2005; Leatherdale, Hammond dhe Ahmed 2008; O'Loughlin dhe bp., 2009; Danielson dhe bp., 2012).

Përdorimi i substancave është i lidhur me një sërë karakteristikash demografike dhe sociale të individëve. Për shembull, është raportuar vazhdimisht se prevalenca e përdorimit të alkoolit, duhanit dhe kanabisit është më e lartë tek meshkujt (Bauman dhe Phongsavan, 1999; Hibell dhe bp., 2012; SAMHSA, 2012). Megjithatë, janë dokumentuar dhe tendenca gjinore të kundërta. Për shembull, Projekti European mbi Përdorimin e Alkoolit dhe Drogave të Tjera në Shkollë (ESPAD), që studion përdorimin e substancave tek nxënësit e shkollave të moshës 15-16 vjec, raportoi një prevalencë më të lartë të përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë gjithë jetës tek vajzat në, përkatësisht, 8, 8 dhe 2 nga 36 vendet Europiane që morën pjesë në këtë studim (Hibell dhe bp., 2012). Në çdo rast, dallimet gjinore në prevalencën e përdorimit të alkoolit dhe duhanit janë të vogla,

sidomos në vendet e zhvilluara (Bloomfield dhe bp., 2001; Hibell dhe bp., 2012).

Studime të tjera kanë raportuar se përdorimi vetjak i substancave mund të lidhet me arritjet ose performancën në shkollë (King dhe bp., 2006; Chatterji, 2006), statusin socio-ekonomik të adoleshentëve (Hanson dhe Chen, 2007a), studimin në shkollat e kryeqytetit përkundrejt shkollave të zonave të tjera (Bandason dhe Rusakaniko, 2010) dhe shokët/miq të cilët përdorin substanca psikoaktive (Ennett dhe bp., 2006).

Studimi i epidemiologjisë së përdorimit të substancave psikoaktive është i rëndësishëm për shkak se këto janë të lidhura me pasoja të rëndësishme shëndetësore dhe ekonomike për individët e përfshirë dhe shoqërinë në tërësi. Efektet e dëmshme shëndetësore të duhanit dhe përdorimit të tepruar të alkoolit janë dokumentuar mirë përtej cdo dyshimi: duhani lidhet me kancerin e mushkërive dhe kanceret e traktit të sipërm tretës, stomakut, pankreasit, veshkave dhe qafës së mitrës, si dhe sëmundjet koronare të zemrës dhe infarktin e miokardit (CDC, 2004; Prescott dhe bp., 1998), ndërsa përdorimi i tepërt i alkoolit është i lidhur me një rrezik më të lartë të vdekshmërisë dhe kancereve të llojeve të ndryshme (Gronbaek dhe bp., 1998; Hart dhe bp., 1999). Alkooli gjithashtu kontribuon në një sërë dëmsh socialë, duke variuar nga dhuna (Dhoma dhe Rossow, 2001), tek divorci (Leonard dhe Rothbard, 1999) dhe abuzimi me fëmijët (Barber dhe Gilbertson, 1999). Pavarësisht efekteve shëndetësore, alkooli dhe duhani mund ta vënë financimin e sistemit shëndetësor në vështirësi të konsiderueshme (Single dhe bp., 1998; Fenoglio, Parel dhe Kopp, 2003) dhe trajtimi i problemeve dhe pasojave të lidhura me alkoolin mund të rrisë kostot e sistemit të mirëqenies sociale dhe drejtësisë penale gjithashtu (Weisner, 2001). Përveç kësaj, edhe kanabisi lidhet me rritjen e kostove për shoqërinë (Rehm dhe bp., 2007).

Ka të dhëna se duhani, alkooli dhe kanabisi janë të ndërlidhur në kuptimin që, në individë të caktuar, ata mund të stimulojnë fillimin dhe përdorimin e

mëtejshëm të njëri-tjetrit si dhe drogave të tjera të paligjshme. Për shembull, është sugjeruar se alkooli dhe duhani zakonisht paraprijnë fillimin të përdorimit të kanabisit (Valenzuela dhe Fernández, 2011) ndërsa kanabisi shpesh është konsideruar si një shteg drejt përdorimit të substancave të rënda të paligjshme (Kenkel, Mathios dhe Pacula, 2005; Hall dhe Lynskey, 2005; Fergusson, Boden dhe Horwood 2006; 2008; Valenzuela dhe Fernández, 2011). Për më tepër, sa më herët në jetë të fillojë përdorimi i një substance psikoaktive aq më të larta janë gjasat që përdorimi i saj të vazhdojë më vonë në jetë dhe të përshkallëzohet drejt përdorimit të drogave të tjera të paligjshme (Valenzuela dhe Fernández, 2011).

Duke marrë parasysh informacionet e mësipërme, është e qartë se studimi i faktorëve që lidhen me përdorimin e substancave psikoaktive në adoleshencë mund të jetë i vlefshëm për identifikimin e ndërhyrjeve specifike që synojnë parandalimin ose reduktimin e përdorimit të tyre tek të rinjtë.

Përsa i përket Shqipërisë, përdorimi i substancave tek adoleshentët ndodh në kontekstin e një legjislacioni të fuqishëm por që shpesh nuk zbatohet sic duhet. Ka ligje specifike që kufizojnë blerjen dhe shpërndarjen e duhanit dhe alkoolit për personat në moshën nën 18 vjeç, ndërsa shpërndarja e kanabisit konsiderohet si një aktivitet i paligjshëm (Ministria e Shëndetësisë, 2014). Një gamë e gjerë aktivitetesh, duke përfshirë takime të nivelit të lartë, diskutime, fushata në shkolla dhe mbulimin mediatik, zhvillohen në mënyrë të vazhdueshme në mënyrë që të dekurajohen njerëzit nga përdorimi i substancave psikoaktive dhe të forcohet zbatimi i ligjit (Ministria e Shëndetësisë, 2014). Megjithatë, këto përpjekje kanë pasur vetëm sukses të kufizuar.

Përveç kësaj, informacioni shkencor përsa i përket faktorëve të lidhur me përdorimin e substancave tek adoleshentët e shkollave në Shqipëri mbetet kryesisht i pakët. Një numër i kufizuar studimesh kanë trajtuar prevalencën e duhanpirjes dhe përdorimit të alkoolit tek

popullata adulte në Shqipëri (Vakefliu dhe bp., 2002; Shapo dhe bp., 2003; Bozicevic, Gilmore dhe Oreshkoviç, 2004; Ross dhe bp., 2008; Burazeri dhe Kark, 2010; ADHS, 2009) duke mos përfshirë në to adoleshentët dhe shpesh duke mos e trajtuar aspak çështjen e përdorimit të kanabisit. Përveç kësaj, raportet shkencore në popullatën adoleshente nga studime të tilla si Studimi i Sjelljeve të Rrezikshme tek të Rinjtë (YRBS) midis nxënësve 15-19 vjeçarë (YRBS, 2009), Studimi Global i Duhanpirjes tek të Rinjtë (GYTS) tek nxënësit 13-15 vjeçarë (GYTS, 2004) dhe Projekti European mbi Përdorimin e Alkoolit dhe Drogave të Tjera në Shkollë (ESPAD) tek nxënësit 15-16 vjeçarë (ESPAD, 2011) kanë raportuar vetëm nivelet e prevalencës së përdorimit të substancave psikoaktive sipas variableve demografike kryesore pa kontrolluar për efekte të mundshëm konfundues. Në këtë kontekst, qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i faktorëve të lidhur me përdorimin e duhanit, alkoolit dhe kanabisit tek nxënësit adoleshentë të shkollave në Shqipëri, në mënyrë që të orientohen specialistët e promocionit të shëndetit për të fokusuar dhe përshatur më mirë aktivitetet potenciale parandaluese në këtë vend të Europës Juglindore.

Materiali dhe Metodat

Një studim kros-seksional u realizua në Shqipëri në periudhën Mars-Maj 2011, në kuadër të studimit ESPAD.

Popullata e studimit dhe kampionimi

Studimi ESPAD ka në fokus nxënësit në shkolla të cilët mbushin 16 vjeç në vitin e mbledhjes së të dhënave, ose, duke ju referuar valës së mbledhjes së të dhënave në vitin 2011, nxënësit e lindur në vitin 1995 (Hibell dhe bp., 2012). Në Shqipëri, ky kohort fëmijësh gjendet në dy sisteme të ndryshme shkollore dhe përkatësisht në klasën e 9-të të shkollave 9-të vjeçare (ose viti i fundit i shkollës 9-vjeçare) dhe në vitin e parë të shkollave të mesme (klasa e 10-të), kryesisht

për shkak të vendimit të prindërve për të dërguar fëmijët e tyre në shkollë për herë të parë në moshën 6 apo 7 vjeç. Nga 72081 personat e lindur në vitin 1995 (Instituti i Statistikave), vetëm 45949 prej tyre frekuentonin sistemin shkollor në vitin 2011 (Ministria e Arsimit dhe Shkencës, 2010). Midis këtyre të fundit, 44817 u mbuluan nga korniza e kampionimit ndërsa nuk kishte asnjë informacion në lidhje 26132 individët e mbetur por ka mundësi që disa prej tyre të kenë lëvizur jashtë vendit, kanë vdekur ose kanë braktisur shkollën. Prandaj, korniza e kampionimit është përfaqësuese e 97.5% të kohortit të lindur në 1995 dhe që gjendej në sistemin shkollor në Shqipëri në kohën e studimit. Kërkesat lidhur me madhësinë e kampionit dhe strategjinë e kampionimit janë përshkruar më parë (ESPAD, 2011). Me pak fjalë, u përdor një kampion i rastësishëm i klasave i stratifikuar në tre faza. Nga 7230 nxënës që synohej të intervistoheshin, vetëm 6377 prej tyre ishin të pranishëm në klasat e përzgjedhura në kohën e studimit, duke gjeneruar një nivel përgjigjeje prej 88.2%. Midis nxënësve të intervistuar, 3189 prej tyre i përkisnin kohortit të lindur në vitin 1995, duke plotësuar në këtë mënyrë kërkesën e ESPAD-it lidhur me madhësinë e kampionit. Ky raport i referohet këtyre 3189 nxënësve të lindur në vitin 1995.

Të gjitha shkollat dhe klasat e përzgjedhura pranuan të marrin pjesë në studim

Mbledhja e të dhënave

Versioni i përkthyer në gjuhën Shqipe i pyetësorit ESPAD u përdor për të mbledhur të dhëna mbi përdorimin e substancave tek adoleshentët në shkollat e Shqipërisë.

Procesi i mbledhjes së të dhënave u realizua në periudhën 16 mars - 19 maj 2011, pas një pune voluminoze paraprake, në mënyrë që të sigurohej qasja në shkollat e përzgjedhura. Pyetësorët u shpërndanë tek nxënësit e klasave të përzgjedhura nga ekspertët e Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) në Tiranë, duke garantuar përmbushjen e

kërkesave të përgjithshme për plotësimin e pyetësorëve të vetë-administruar siç sugjerohet nga metodologjia e ESPAD-it. Për këtë qëllim, pjesëmarrja e ekspertit të ISHP-së gjatë plotësimit të pyetësorit në klasë ishte e detyrueshme, por prania e mësueses(it) përkatëse ishte opsionale: nëse nxënësit ndjeheshin më rehat për të plotësuar pyetësorin pa praninë e mësuesit, atëherë mësueses ju kërkua me mirësjellje që të mos ishte e pranishme gjatë kohës së intervistës. Kur mësuesja qëndroi në klasë, ekspertët e ISHP-së u udhëzuan që në mënyrë të sjellshme të mos lejonin mësuesen të qëndronte shumë pranë nxënësve.

Fëmijët u inkurajuan të shprehin lirshëm mendimin e tyre dhe, në mënyrë që të sigurohej anonimiteti, pyetësorët e plotësuar u futën në zarfe të veçantë, pa emra apo shenja identifikuese.

Madhësitë njehsuese të përdorura

Prevalenca e përdorimit të duhanit dhe kanabisit gjatë jetës u vlerësua nëpërmjet pyetjeve: “Në sa raste (nëse ka pasur) gjatë gjithë jetës tënde keni pirë duhan?” dhe “Në sa raste (nëse ka pasur) gjatë gjithë jetës tënde keni përdorur marijuanë ose hashash (kanabis)?”, ku nxënësit që raportuan 0 herë u klasifikuan si “jo përdorues” dhe ata që raportuan të paktën një rast u klasifikuan si “përdorues”. Prevalenca e përdorimit të alkoolit gjatë jetës u vlerësua përmes pyetjes: “Kur (nëse ka ndodhur), keni pirë birrë, verë apo alkool të fortë (të paktën një gotë) për herë të parë?”, ku ata që raportuan “kurrë” u klasifikuan si “jo përdorues alkooli”.

Ne gjithashtu përftuam informacion në lidhje me karakteristikat sociale të nxënësve të tilla si pyetjet në lidhje me miqtë që pijnë duhan, miqtë të cilët pijnë alkool dhe ata që përdorin kanabis si dhe shkallën e vështirësisë për gjetjen e substancave psikoaktive, me qëllim përshkrimin e kampionit dhe për të vlerësuar lidhje të ndryshme me interes. Informacion në lidhje me miqtë që përdorin substanca psikoaktive u klasifikua në “nuk ka miq që pijnë duhan, nuk ka miq që pijnë alkool

apo nuk ka miq që përdorin kanabis përkundrejt ka miq që pijnë duhan, alkool ose përdorin kanabis”. Informacioni në lidhje me shkallën e vështirësisë për gjetjen e substancave u kategorizua në “e pamundur/shumë e vështirë/e vështirë vs. e lehtë/shumë e lehtë vs. nuk e di”. Përveç këtyre, u përdor dhe informacioni në lidhje me arritjet/përformancën në shkollë të eksploruar nëpërmjet pyetjes “Cila nga të mëposhtmet përshkruan më mirë notën tënde mesatare gjatë semestrit të kaluar?”. Për qëllimet tona, ky informacion u kategorizua në “shumica e notave 9a-10a; shumica e notave 6a-8a; shumica e notave 4a-5a”.

Së fundmi, u mbledh informacion edhe në lidhje me treguesit demografikë bazë të tillë si lloji i shkollës (publike vs. private), lokalizimi i shkollës (urban vs. rural), sistemi shkollor (shkollë 9-vjecare vs. shkollë e mesme) dhe vend-ndodhja gjeografike e shkollës (Tiranë vs. gjithë rajonet e tjera).

Analiza statistikore

Për të përshkruar karakteristikat bazë të nxënësve në studim u përdorën numrat absolutë dhe përqindjet e tyre përkatëse. Për të krahasuar variablet kategorike u përdor testi hi katror.

Për të vlerësuar lidhjet midis përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë gjithë jetës (të dikotomizuara në: përdorim vs jo përdorim) me karakteristikat demografike dhe sociale të të intervistuarve u përdor regresioni logjistik binar. Në fazën e parë, u llogaritën dhe u raportuan raportet krudo të gjasave (OR) të përdorimit të këtyre substancave gjatë jetës dhe intervalet përkatëse të besimit 95% (95% CI). Në fazën e dytë, u llogaritën OR-të e kontrolluara/axhustuara për shumë variable njëkohësisht dhe intervalet përkatëse të besimit 95% dhe vlerat përkatëse të domethënies statistikore (vlera e P-së). Për të gjithë modelet logjistike u kontrollua përputhshmëia me supozimet e testit Hosmer-Lemeshoë. Të gjitha modelet i kënaqën këto supozime.

Për analizat statistikore u përdor programi “Paketa Statistikore për Shkencat Sociale” (SPSS), versioni 15.0.

Rezultatet

Në total, 3189 nxënës morën pjesë në studimin ESPAD në Shqipëri në vitin 2011. Më shumë se gjysma e pjesëmarrësve (55%) ishin femra. Nuk u vunë re ndryshime domethënëse nga ana statistikore lidhur me shpërndarjen e gjinisë, sistemit shkollor dhe llojin e shkollës sipas vendndodhjes gjeografike të shkollave (Tiranë vs. gjithë rajonet tjera) ($P > 0.05$) (Tabela 1).

Prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë gjithë jetës ishte 40.8%, 80.6% dhe 4.4%, përkatësisht. Përqindja e përdoruesve të duhanit dhe alkoolit gjatë jetës ishte në mënyrë domethënëse më e lartë në Tiranë në krahasim me pjesën tjetër të rajoneve, por nuk u vunë re ndryshime domethënëse rajonale lidhur me prevalencën e përdorimit të kanabisit gjatë jetës (Tabela 1). Në mënyrë domethënëse më shumë nxënës në Tiranë sesa në rajonet e tjera e kishin të lehtë apo shumë të lehtë të gjenin duhan/cigare. Gjithashtu, nxënësit në shkollat e Tiranës raportuan në mënyrë domethënëse më shumë miq që pijnë duhan, alkool ose përdorin kanabis në krahasim me nxënësit nga rajonet e tjera (Tabela 1).

Në tabelën 2 është paraqitur prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës sipas karakteristikave demografike dhe sociale të pjesëmarrësve. Në përgjithësi, prevalenca gjatë jetës e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit ishte në mënyrë domethënëse më e lartë tek meshkujt, shkollat urbane, nxënësit të cilët kanë shokë që pijnë duhan, alkool ose përdorin kanabis, ata që e kanë të lehtë të gjejnë cigare apo alkool dhe tek nxënësit me notat mesatare më të ulëta.

Analiza univariate e faktorëve që lidhen me përdorimin e substancave është paraqitur në Tabelën 3. Të gjithë ndryshorët e pavarur në Tabelën 3 i rrisin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të duhanit gjatë jetës. Nga ana tjetër, disa ndryshore të tillë si vend-ndodhja gjeografike dhe lloji i shkollës nuk ishin të lidhur në mënyrë domethënëse me përdorimin e alkoolit dhe/ose kanabisit gjatë jetës (Tabela 3).

Në analizën multivariate (të kontrolluar për efektet konfonduese të një sërë faktorësh të pavarur), faktorët që lidhen më fort me rritjen në mënyrë domethënëse të gjasave të përdorimit të duhanit gjatë jetës ishin gjinia mashkull ($OR = 2.6$), të kesh miq që pijnë duhan ($OR = 2.3$), gjetja e cigareve lehtë/shumë lehtë ($OR = 2.1$), performanca e ulët në shkollë ($OR = 3.2$) dhe përdorimi i alkoolit dhe kanabisit ($OR = 3.7$ dhe $OR = 6.3$, përkatësisht). Pas kontrollit të efekteve konfonduese, përdorimi i duhanit gjatë jetës nuk rezultoi i lidhur në mënyrë domethënëse me sistemin shkollor, vend-ndodhjen e shkollave dhe pasjen e miqve që konsumojnë alkool (Tabela 4).

Lidhur me përdorimin e alkoolit gjatë gjithë jetës, pamja është e ndryshme. Pas kontrollit të efekteve konfonduese, disa nga faktorët që rrisin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të alkoolit gjatë jetës ishin gjinia mashkull ($OR = 1.8$), gjetja e alkoolit lehtë/shumë të lehtë ($OR = 7.0$) dhe përdorimi i duhanit gjatë jetës ($OR = 3.7$) (Tabela 4).

Faktorët që rrisin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të kanabisit gjatë jetës ishin gjinia mashkull ($OR = 6.5$), të kesh miq që pijnë duhan apo përdorin kanabis ($OR = 2.7$ dhe $OR = 4.4$, përkatësisht), performanca e ulët në shkollë ($OR = 2.9$), gjetja e alkoolit lehtë/shumë të lehtë ($OR = 2.8$) dhe përdorimi i duhanit gjatë jetës ($OR = 6.3$) (Tabela 4).

Tabela 1. Karakteristikat bazë dhe prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës tek nxënësit 15-16 vjeç, Shqipëri 2011

Variabli	Tirana	Rajonet e tjerë	Total
<i>Total</i>	854 (26.8)	2335 (73.2)	3189 (100.0)
Gjinia ^A			
Djem	391 (45.8) *	1045 (44.8)	1436 (45.0)
Vajza	463 (54.2)	1290 (55.2)	1753 (55.0)
Lloji i shkollës ^A			
Publike	764 (89.5)	2069 (88.6)	2833 (88.8)
Private	90 (10.5)	266 (11.4)	356 (11.2)
Lokalizimi i shkollës ^B			
Urban	717 (84.0)	1567 (67.1)	2284 (71.6)
Rural	137 (16.0)	768 (32.9)	905 (28.4)
Sistemi shkollor ^A			
Shkollë 9-vjecare	347 (40.6)	955 (40.9)	1302 (40.8)
Shkollë e mesme	507 (59.4)	1380 (59.1)	1887 (59.2)
Nota mesatare ^B			
Shumica 9a-10a	374 (44.1)	737 (31.9)	1111 (35.2)
Shumica 6a-8a	444 (52.4)	1410 (61.1)	1854 (58.7)
Shumica 4a-5a	30 (3.5)	161 (7.0)	191 (6.1)
Duhanpirja gjatë jetës ^B			
Jo	446 (52.5)	1432 (61.6)	1878 (59.2)
Po	404 (47.5)	891 (38.4)	1295 (40.8)
Konsumi i alkoolit gjatë jetës ^A			
Jo	140 (17.5)	445 (20.1)	585 (19.4)
Po	661 (82.5)	1774 (79.9)	2435 (80.6)
Konsumi i kanabisit gjatë jetës ^A			
Jo	799 (94.6)	2210 (96.0)	3009 (95.6)
Po	46 (5.4)	93 (4.0)	139 (4.4)
Vështirësia për të gjetur duhan ^B			
E pamundur/shumë e vështirë/vështirë	345 (40.8)	1143 (49.7)	1488 (47.3)
E lehtë/shumë e lehtë	308 (36.4)	524 (22.8)	832 (26.5)
Nuk e di	192 (22.7)	633 (27.5)	825 (26.2)
Vështirësia për të gjetur alkool ^{† B}			
E pamundur/shumë e vështirë/vështirë	226 (27.0)	821 (36.2)	1047 (33.7)
E lehtë/shumë e lehtë	474 (56.6)	992 (43.7)	1466 (47.2)
Nuk e di	138 (16.5)	455 (20.1)	593 (19.1)
Miq që pijnë duhan (Po) ^B	733 (86.3)	1789 (77.3)	2522 (79.8)
Miq që pijnë alkool (Po) ^B	716 (85.6)	1710 (74.5)	2426 (77.5)
Miq që përdorin kanabis (Po) ^B	384 (45.6)	670 (29.2)	1054 (33.6)

* Numri absolut i nxënësve që përdorin substancën përkatëse dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

Mospërputhjet me numrin total vijnë për shkak të mungesës së informacionit.

† I referohet shkallës së vështirësisë për të gjetur cdo lloj pije alkoolike: birra, verë, alkool i fortë.

^A P>0.05 sipas testit hi katror.

^B P<0.01 sipas testit hi katror.

Tabela 2. Prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës sipas karakteristikave demografike dhe sociale tek nxënësit 15-16 vjec, Shqipëri 2011

Variabli	Duhanpirja		Përdorimi i alkoolit		Përdorimi i kanabisit	
	Jo	Po	Jo	Po	Jo	Po
Gjinia	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
Djem	639 (44.8) ^A	787 (55.2)	176 (13.2)	1160 (86.8)	1290 (91.3)	123 (8.7)
Vajza	1239 (70.9)	508 (29.1)	409 (24.3)	1275 (75.7)	1719 (99.1)	16 (0.9)
Vend-ndodhja gjeografike	<i>A</i>		<i>B</i>		<i>B</i>	
Tiranë	446 (52.5)	404 (47.5)	140 (17.5)	661 (82.5)	799 (94.6)	46 (5.4)
Rajonet e tjerë	1432 (61.6)	891 (38.4)	445 (20.1)	1774 (79.9)	2210 (96.0)	93 (4.0)
Lloji i shkollës	<i>A</i>		<i>B</i>		<i>B</i>	
Publike	1704 (60.5)	1114 (39.5)	532 (19.8)	2155 (80.2)	2678 (95.8)	117 (4.2)
Private	174 (49.0)	181 (51.0)	53 (15.9)	280 (84.1)	331 (93.8)	22 (6.2)
Lokalizimi i shkollës	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
Urban	1276 (56.1)	1000 (43.9)	358 (16.6)	1801 (83.4)	2138 (94.7)	119 (5.3)
Rural	602 (67.1)	295 (32.9)	227 (26.4)	634 (73.6)	871 (97.8)	20 (2.2)
Sistemi shkollor	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>B</i>	
Shkollë 9-vjecare	821 (63.6)	469 (36.4)	288 (23.5)	939 (76.5)	1237 (96.4)	46 (3.6)
Shkollë e mesme	1057 (56.1)	826 (43.9)	297 (16.6)	1496 (83.4)	1772 (95.0)	93 (5.0)
Nota mesatare	<i>A</i>		<i>B</i>		<i>A</i>	
Shumica 9a-10a	725 (65.4)	384 (34.6)	225 (21.0)	848 (79.0)	1079 (97.4)	29 (2.6)
Shumica 6a-8a	1055 (57.2)	791 (42.8)	313 (17.9)	1436 (82.1)	1738 (95.2)	87 (4.8)
Shumica 4a-5a	76 (40.2)	113 (59.8)	37 (22.0)	131 (78.0)	162 (87.6)	23 (12.4)
Miq që pijnë duhan	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
Jo	509 (80.3)	125 (19.7)	213 (34.3)	408 (65.7)	622 (98.7)	8 (1.3)
Po	1354 (53.9)	1159 (46.1)	362 (15.2)	2014 (84.8)	2364 (94.8)	130 (5.2)
Miq që pijnë alkool	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
Jo	515 (73.7)	184 (26.3)	225 (33.2)	453 (66.8)	677 (97.6)	17 (2.4)
Po	1332 (55.1)	1087 (44.9)	343 (15.0)	1950 (85.0)	2279 (95.0)	121 (5.0)
Miq që përdorin kanabis	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
Jo	1369 (65.9)	708 (34.1)	448 (22.5)	1547 (77.5)	2034 (98.3)	35 (1.7)
Po	482 (45.9)	568 (54.1)	127 (12.9)	860 (87.1)	938 (90.3)	101 (9.7)
Vështirësia gjetur duhan	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
E pamundur	1011 (68.2)	472 (31.8)	323 (22.7)	1099 (77.3)	1441 (97.8)	33 (2.2)
E lehtë/shumë e lehtë	308 (37.1)	522 (62.9)	80 (10.2)	703 (89.8)	733 (89.3)	88 (10.7)
Nuk e di	525 (64.0)	295 (36.0)	161 (20.8)	612 (79.2)	794 (97.8)	18 (2.2)
Vështirësia gjetur alkool [†]	<i>A</i>		<i>A</i>		<i>A</i>	
E pamundur	771 (74.1)	270 (25.9)	361 (35.6)	654 (64.4)	1027 (98.9)	11 (1.1)
E lehtë/shumë e lehtë	672 (45.9)	792 (54.1)	79 (5.8)	1293 (94.2)	1337 (92.5)	108 (7.5)
Nuk e di	370 (63.0)	217 (37.0)	124 (22.0)	440 (78.0)	569 (96.9)	18 (3.1)

*Numri i individëve dhe përqindja sipas rrjeshtave (në kllapa). Mospërputhjet me numrin total vijnë për shkak të mungesës së informacionit..

[†]I referohet shkallës së vështirësisë për të gjetur cdo lloj pije alkoolike: birra, verë, alkool i fortë.

^AP value <0.01 sipas testit hi katror.

^BP value >0.05 sipas testit hi katror.

Tabela 3. Lidhja e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës me karakteristikat demografike dhe sociale të nxënësve 15-16 vjec, Shqipëri 2011; raportet e gjasave (OR) krudo nga regresioni logjistik binar

Variabli	Modelet e pa-axhustuara (univariate) *					
	Duhanpirja		Konsumi i alkoolit		Konsumi i kanabisit	
	OR (95%CI) †	Vlera P	OR (95%CI)	Vlera P	OR (95%CI)	Vlera P
Gjinia						
Djem	3.00 (2.59-3.48)	<0.001	2.11 (1.74-2.57)	<0.001	10.24 (6.1-17.3)	<0.001
Vend-ndodhja gjeografike						
Tiranë	1.46 (1.24-1.71)	<0.001	1.18 (0.96-1.46)	0.114	1.37 (0.95-1.97)	0.090
Lloji i shkollës						
Private	1.59 (1.28-1.99)	<0.001	1.30 (0.96-1.78)	0.092	1.52 (0.95-2.43)	0.080
Lokalizimi i shkollës						
Urban	1.60 (1.36-1.88)	<0.001	1.80 (1.49-2.18)	<0.001	2.42 (1.50-3.92)	<0.001
Sistemi shkollor						
Shkollë e mesme	1.37 (1.18-1.58)	<0.001	1.29 (1.29-1.85)	<0.001	1.41 (0.98-2.02)	0.061
Nota mesatare ‡						
Majority 4s or 5s	2.81 (2.05-3.85)	<0.001	0.94 (0.63-1.39)	0.755	5.28 (2.98-9.36)	<0.001
Miq që pijnë duhan						
Po	3.48 (2.82-4.30)	<0.001	2.90 (2.38-3.55)	<0.001	4.28 (2.08-8.78)	<0.001
Miq që pijnë alkool						
Po	2.28 (1.89-2.75)	<0.001	2.82 (2.32-3.44)	<0.001	2.11 (1.26-3.54)	0.004
Miq që përdorin kanabis						
Po	2.28 (1.96-2.65)	<0.001	1.96 (1.58-2.43)	<0.001	6.26 (4.23-9.26)	<0.001
Vështirësia gjetur duhan						
E lehtë/shumë e lehtë	3.63 (3.04-4.34)	<0.001	2.58 (1.99-3.36)	<0.001	5.24 (3.48-7.90)	<0.001
Vështirësia gjetur alkool						
E lehtë/shumë e lehtë	3.37 (2.83-4.00)	<0.001	9.03 (6.96-11.7)	<0.001	7.54 (4.03-14.1)	<0.001
Duhanpirja gjatë jetës						
Po	-	-	6.15 (4.74-7.99)	<0.001	20.62 (11-39.4)	<0.001
Konsumi alkoolit në jetë						
Po	6.15 (4.74-7.98)	<0.001	-	-	7.87 (2.89-21.4)	<0.001
Konsumi kanabisit në jetë						
Po	20.62 (11-39.4)	<0.001	7.87 (2.89-21.4)	<0.001	-	-

*Këto modele përfaqësojnë raportet e gjasave të pa-axhustuara (krudo) të përdorimit të substancës sipas variableve të pavarur në studim.

†Raportet e gjasave (OR): përdorimi i substancës gjatë jetës vs. mos përdorim i substancës gjatë jetës dhe intervali i besimit 95% (CI) (në kllapa).

‡Raportet e gjasave (OR) të përdorimit të substancës tek studentët me shumicën e notave 4a ose 5a kundrejt studentëve me shumicën e notave 9a dhe 10a.

Tabela 4. Lidhja e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës me karakteristikat demografike dhe sociale të nxënësve 15-16 vjeç, Shqipëri 2011; raportet e gjasave (OR) të axhustuar për shumë variable nga regresioni logjistik binar

Variabli	Modelet e –axhustuara për shumë faktorë (multivariate)*					
	Duhanpirja		Konsumi i alkoolit		Konsumi i kanabisit	
	OR (95%CI) [†]	Vlera P	OR (95%CI)	Vlera P	OR (95%CI)	Vlera P
Gjinia						
Djem	2.58 (2.15-3.10)	<0.001	1.83 (1.44-2.34)	<0.001	6.46 (3.62-11.5)	<0.001
Vend-ndodhja gjeografike						
Tiranë	1.23 (1.01-1.59)	0.044	0.87 (0.67-1.12)	0.273	1.00 (0.65-1.54)	0.993
Lloji i shkollës						
Private	1.34 (1.01-1.76)	0.041	0.87 (0.61-1.25)	0.451	0.86 (0.48-1.56)	0.624
Lokalizimi i shkollës						
Urban	1.08 (0.88-1.34)	0.448	1.22 (0.96-1.56)	0.102	1.38 (0.78-2.45)	0.273
Sistemi shkollor						
Shkollë e mesme	1.17 (0.97-1.41)	0.088	1.14 (0.91-1.42)	0.257	1.19 (0.77-1.83)	0.446
Nota mesatare[‡]						
Majority 4s or 5s	3.22 (2.09-4.93)	<0.001	1.38 (1.09-1.74)	0.007	2.94 (1.44-5.99)	0.003
Miq që pijnë duhan						
Po	2.28 (1.70-3.07)	<0.001	1.50 (1.11-2.02)	0.008	2.72 (0.95-7.81)	0.062
Miq që pijnë alkool						
Po	1.13 (0.86-1.49)	0.378	1.50 (1.11-2.01)	0.008	1.93 (0.89-4.16)	0.092
Miq që përdorin kanabis Po						
	1.37 (1.13-1.67)	0.002	0.93 (0.70-1.22)	0.595	4.36 (2.68-7.12)	<0.001
Vështirësia gjetur duhan						
E lehtë/shumë e lehtë	2.12 (1.69-2.66)	<0.001	0.63 (0.44-0.89)	0.009	1.88 (1.14-3.10)	0.013
Vështirësia gjetur alkool						
E lehtë/shumë e lehtë	1.42 (1.14-1.78)	0.002	7.03 (5.13-9.62)	<0.001	2.78 (1.33-5.84)	0.007
Duhanpirja gjatë jetës						
Po	-	-	3.74 (2.78-5.04)	<0.001	6.34 (3.21-12.6)	<0.001
Konsumi alkoolit në jetë						
Po	3.71 (2.76-4.99)	<0.001	-	-	1.42 (0.48-4.21)	0.529
Konsumi kanabisit në jetë						
Po	6.28 (3.16-12.5)	<0.001	1.51 (0.52-4.38)	0.450	-	-

*Këto modele janë axhustuar (kontrolluar) njëkohësisht për të gjithë faktorët e paraqitur në tabelë.

[†]Raportet e gjasave (OR): përdorimi i substancës gjatë jetës vs. mos përdorim i substancës gjatë jetës dhe intervali i besimit 95% (CI) (në kllapa).

[‡]Raportet e gjasave (OR) të përdorimit të substancës tek studentët me shumicën e notave 4a ose 5a kundrejt studentëve me shumicën e notave 9a dhe 10a.

Diskutimi

Ky është studimi i parë që eksploron në detaje faktorët demografikë dhe socialë që lidhen me përdorimin gjatë jetës të substancave psikoaktive të ligjshme dhe të paligjshme tek adoleshentët që frekuentojnë shkollën në Shqipëri, duke përdorur pyetësin e standardizuar të projektit ESPAD. Rezultatet tona sugjerojnë se, pas kontrollit të efekteve potencialisht konfundues të variablave të ndryshëm të pavarur, të vetmit faktorë universalë të cilët rrisin në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës janë gjinia mashkull, performanca e ulët në shkollë dhe gjetja e lehtë e cigareve dhe alkoolit. Të kesh miq që

pijnë duhan rrit në mënyrë domethënëse gjasat e konsumit vetjak të duhanit dhe alkoolit, ndërsa të kesh miq që përdorin kanabis rrit në mënyrë domethënëse gjasat e konsumit vetjak të duhanit dhe kanabisit në jetë. Në këtë kampion nxënësish adoleshentë që ndjekin shkollën, duhanpirja gjatë jetës ishte një faktor i rëndësishëm dhe domethënës rreziku si për konsumin e alkoolit ashtu edhe të kanabisit. Për më tepër, ne demonstruam që sistemi shkollor (9-vjeçar vs. i mesëm) dhe lokalizimi i shkollave (urban kundrejt rural) nuk ishin të lidhur në mënyrë domethënëse me përdorimin e ndonjë substance në studim tek ky kohort nxënësish ndërsa frekuentimi i shkollave

të e kryeqytetit ose shkollave private rrit në mënyrë të lehtë, por domethënëse, gjasat e duhanpirjes gjatë jetës.

Në përgjithësi rezultatet tona janë në harmoni me ato të raportuara në literaturën ndërkombëtare. Prevalenca gjatë jetës e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit tek nxënësit 15-16 vjeçare në Shqipëri është pak më e ulët në krahasim me vendet e rajonit, si Bosnja dhe Hercegovina (Republika Srpska), Mali i Zi dhe Serbia (me përjashtim të prevalencës së duhanit, e cila ishte më e ulët në Malin e Zi) ku prevalenca në cdo rast është më e lartë tek djemtë. Megjithatë, diferencat gjinore në lidhje me prevalencën e përdorimit të substancave gjatë jetës në Shqipëri janë ndjeshëm më të larta në krahasim me vendet e rajonit. Për shembull, prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës ishte 26, 20 dhe 8 pikë përqindjeje më e lartë tek djemtë sesa tek vajzat në Shqipëri, përkatësisht, në krahasim me diferencat gjinore prej 6, 10 dhe 5 pikë përqindjeje, përkatësisht, në Malin e Zi (Hibell dhe bp., 2012). Kur krahasojmë rezultatet tona me ato të vendeve Europiane më të zhvilluara (të tilla si Franca, Gjermania apo Italia), vihet re i njëjti model, por dallimet ndërmjet vendeve bëhen edhe më të mëdha: prevalenca e përgjithshme e përdorimit të substancave tek adoleshentët që frekuentojnë shkollën në Shqipëri është shumë më e ulët në krahasim me pjesën më të madhe të vendeve të zhvilluara për secilën prej substancave në studim, por sërish diferencat gjinore janë më të larta në Shqipëri, me përjashtim të kanabisit (Hibell dhe bp., 2012). Përveç kësaj, në disa vende Europiane prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit është më e lartë tek vajzat (Hibell dhe bp., 2012).

Diferencat gjinore veçanërisht të larta në prevalencën e përdorimit të substancave në Shqipëri krahasuar me vendet e tjera Europiane mund të tregojnë faktin se shoqëria Shqiptare është ende një shoqëri tradicionale ku meshkujt dominojnë në përdorimin e substancave në krahasim me

femrat, një model që me sa duket është i pranishëm edhe tek të rinjtë. Megjithatë, ky model po ndryshon me kalimin e kohës duke qënë se trendi në rritje i prevalencës së përdorimit të substancave gjatë jetës tek adoleshentët në Shqipëri po shoqërohet me një ngushtim të diferencave gjinore, ku gjithnjë e më shumë femra po vendosin të përdorin substancat psikoaktive. Në këtë mënyrë, studimet sugjerojnë se prevalenca e përdorimit të substancave tek vajzat që frekuentojnë shkollën po rritet më shpejt sesa rritja e vënë re tek djemtë. Për shembull, studimi GYTS i vitit 2004 raportoi një ndryshim gjinor prej 17 pikësh përqindje të prevalencës së duhanpirjes gjatë jetës (41% tek djemtë dhe 24% tek vajzat) (GYTS, 2004). Në vitin 2005 prevalenca e përdorimit të duhanit gjatë jetës tek nxënësit ishte 64% tek djemtë dhe 47% në vajzave (17 pikë përqindjeje diferencë gjinore) ndërsa në vitin 2009 diferenca u ngushtua në 15 pikë përqindjeje (68% tek djemtë vs. 53% tek vajzat). Lidhur me përdorimin e alkoolit gjatë jetës, në vitin 2005 diferenca gjinore ishte 25 pikë përqindjeje (68% tek djemtë vs. 43% tek vajzat), ndërsa në vitin 2009 diferenca u ngushtua në 14 pikë përqindje (79% tek djemtë vs. 65% tek vajzat) (YRBS, 2009). Ngushtimi i hendekut gjinor lidhur me përdorimin e alkoolit është evident edhe në vende të tjera, sic sugjerohet nga Kuntsche dhe bp. në një studim të 23 vendeve Europiane dhe të Amerikës së Veriut, ku diferencat gjinore lidhur me dehen nga alkooli u zvogëluar në mënyrë të konsiderueshme gjatë periudhës 8-vjeçare të studimit. Gjetjet sugjeruan që konvergjenca kulturore dhe gjinore në zhvillim e sipër ishte përgjegjëse për unifikimin e frekuencës së dehjes tek të dy gjinitë (Kuntsche dhe bp., 2011). Këto dinamika sugjerojnë se ne mund të jemi duke përjetuar të ashtuquajturën “modernizim/perëndimorizim” (Heath, 2004) të shoqërisë Shqiptare në lidhje me përdorimin e substancave psikoaktive.

Aktualisht ka shumë pak informacion lidhur me dallimet urbane-rurale të prevalencës së përdorimit të substancave tek adoleshentët që

frekuentojnë shkollën në Shqipëri. Studime të ndryshme sugjerojnë që prevalenca e përdorimit të substancave psikoaktive gjatë jetës është më e lartë tek nxënësit që studiojnë në zonat urbane dhe në shkollat e kryeqytetit (YRBS, 2009; ARHS, 2002; ESPAD, 2011). Studimi jonë demonstroi në mënyrë të qartë se lokalizimi i shkollës (urban vs. rural ose Tirana vs rajonet e tjera) nuk lidhet në mënyrë domethënëse me përdorimin e substancave tek adoleshentët që frekuentojnë shkollën në Shqipëri me përjashtim të përdorimit të duhanit gjatë jetës që shfaq lidhje të dobëta me domethënie statistikore në kufi me nxënësit e Tiranës dhe ata të shkollave private (Tabela 4).

Lidhja midis përdorimit të substancave dhe lokalizimit dhe llojit të shkollës ndryshon nga njëri vend tek tjetri. Një studim nuk evidentoi lidhje domethënëse midis duhanpirjes dhe llojit të shkollës (publike vs. private) (Bandason dhe Rusakaniko, 2010). Shumica e studimeve të përfshira në një shqyrtim të literaturës sugjeroi se prevalenca e duhanpirjes ishte më e lartë tek adoleshentët me status të ulët socio-ekonomik (SES) ndërsa pjesa tjetër e studimeve raportoi rezultate të përziera (Hanson dhe Chen, 2007b). Studimi jonë i bashkohet asaj pjesë së literaturës që sugjeron lidhje jo domethënëse statistikore midis lokalizimit të shkollës (urban vs. rural) dhe duhanpirjes në adoleshencë. Në anën tjetër, frekuentimi i shkollave private rezultoi i lidhur në mënyrë domethënëse vetëm me përdorimin e duhanit gjatë jetës në studimin tonë. Shumica e shkollave private në Shqipëri lokalizohen kryesisht në Tiranë dhe frekuentohen ekskluzivisht nga shtresat që janë në gjendje të mirë ekonomike. Në këtë drejtim, lidhja pozitive midis duhanpirjes dhe shkollave private (që nënkupton nivel më të lartë të SES-it), mbështetet edhe nga literatura ndërkombëtare (Hanson dhe Chen, 2007b). Gjithashtu, mungesa e lidhjeve domethënëse nga ana statistikore midis lokalizimit dhe llojit të shkollës me përdorimin e alkoolit dhe kanabisit është në

përputhje me hulumtimet shkencore të mëparshme (Hanson dhe Chen, 2007b).

Faktori tjetër universal i rrezikut për përdorimin e substancave tek adoleshentët, i evidentuar në studimin tonë pas kontrollit të efekteve konfonduese, ishte duhanpirja, e cila rriste fort gjasat e përdorimit të alkoolit dhe kanabisit gjatë jetës me katër dhe gjashtë herë, përkatësisht, ndërsa përdorimi i alkoolit dhe kanabisit nuk rezultuan të lidhur në mënyrë domethënëse. Rezultatet tona janë në përputhje me ato të raportuara në literaturën ndërkombëtare që sugjerojnë se duhani është një faktor kryesor dhe i pavarur rreziku për fillimin e përdorimit të substancave legale dhe ilegale përmes teorisë “gateway – shteg” (Pierce, Naquin dhe Gilpin, 1991; Torabi, Bailey dhe Majd-Jabbari, 1993; Lindsay dhe Rainey, 1997; Biederman dhe bp., 2006; Valenzuela dhe Fernández, 2011). Gjithashtu, përdorimi i kanabisit mund të shërbejë si një shteg drejt drogave të tjera të rënda të paligjshme (Fergusson, Boden dhe Horwood 2006; Valenzuela dhe Fernandez, 2011). Studime të ndryshme tregojnë se shumica dërrmuese e adoleshentëve që përdorin substanca psikoaktive fillojnë të përdorin së pari duhanin, pasuar nga konsumi i alkoolit, kanabisit dhe duke e përshkallëzuar përdorimin potencialisht drejt drogave të tjera të paligjshme (Fergusson, Boden dhe Horwood 2006; Valenzuela dhe Fernandez, 2011). Megjithatë, raporte të tjera mbështesin teorinë sipas së cilës substanca “shteg” është alkooli (Welte dhe Barnes, 1985; Kirby dhe Barry, 2012). Në këtë drejtim, rezultatet tona mbështesin më shumë teorinë e duhanit si substanca “shteg” tek adoleshentët Shqiptarë.

Lidhjet midis miqve që përdorin substanca me përdorimin vetjak të tyre u evidentuan edhe në studimin tonë, edhe pse nuk ishin lidhje të forta, më përjashtim të përdorimit të kanabisit. Gjetjet tona sugjerojnë se të kesh miq që pijnë duhan shoqërohet me rritjen e gjasave të përdorimit vetjak të duhanit dhe alkoolit me 2.3 dhe 1.5 herë, përkatësisht, ndërsa të kesh miq që përdorin

kanabis lidhet në mënyrë domethënëse me përdorimin e duhanit dhe kanabisit gjatë jetës. Rezultatet tona në përgjithësi janë në përputhje me gjetjet ndërkombëtare të ndricuara mirë në lidhje me përdorimin e substancave tek adoleshentët dhe miqtë e tyre (Ennett dhe bp., 2006). Megjithatë, të kesh miq që konsumojnë alkool duket se nuk ëshë e lidhur me përdorimin vetjak të substancave në studimin tonë, me përjashtim të alkoolit, një gjetje e cila gjen mbështetje në literaturën ndërkombëtare (Andrews dhe bp., 2002). Gjetjet jo konsistente midis përdorimit të substancave tek adoleshentët dhe miqtë e tyre në studimin tonë, veçanërisht përsa i përket miqve që përdorin alkool, mund të jenë tregues të kontekstit, rrjeteve dhe marrdhënieve komplekse dhe specifike shoqërore (Ennett dhe bp., 2006) që veprojnë tek adoleshentët Shqiptarë të cilat janë të rëndësishme të studiohen nëpërmjet hulumtimeve të kujdesshme në të ardhmen.

Lidhja negative midis performancës në shkollë dhe përdorimit të duhanit dhe kanabisit reflekton gjetje të ngjashme nga literatura që sugjerojnë se nxënësit adoleshentë me rezultate shkollore nën mesataren kanë dukshëm dhe në mënyrë domethënëse më shumë të ngjarë të kenë përdorur ndonjëherë duhan, alkool dhe kanabis në jetën e tyre në krahasim me nxënësit që kanë rezultatet shkollore mbi mesataren (Leatherdale, Hammond dhe Ahmed, 2008) dhe që përdorimi i substancave është i lidhur negativisht me vitet e shkollës të përfunduara (Engberg dhe Morral, 2006; Chatterji, 2006).

Një tjetër faktor i pavarur rreziku për përdorimin e substancave psikoaktive tek adoleshentët Shqiptarë ishte disponueshmëria e alkoolit dhe duhanit ku studentët që gjejnë lehtë cigare apo alkool kanë në mënyrë domethënëse më shumë gjasa të kenë përdorur ndonjëherë duhan, alkool apo kanabis. Disponueshmëria e lartë dhe qasja e lehtë e të rinjve tek substancat psikoaktive është në fakt një dukuri e zakonshme (Ogilvie, Gruer dhe Haw, 2005). Në Shqipëri, edhe pse është në

fuqi ligji anti-duhan dhe ekzistojnë kufizimet në lidhje me përdorimin e alkoolit nën moshën legale duke ndaluar blerjen e substancave të tilla për personat më të rinj se 18 vjeç, sërisht adoleshentët i'a dalin mbanë të posedojnë këto substanca pjesërisht për shkak të paaftësisë së strukturave shtetërore për të monitoruar zbatimin e legjislacionit. Në këtë drejtim, ka nevojë urgjente për të siguruar sundimin e ligjit në mënyrë që të reduktohet aksesimi i adoleshentëve ndaj këtyre substancave, edhe pse qasja e adoleshentëve tek substancat psikoaktive është një proces mjaft kompleks që vepron në një shkallë të madhe me përfshirjen e miqve dhe të afërmeve, një fenomen i njohur me termin “disponueshmëria sociale” (DiFranza dhe Coleman, 2001; Swahn, Hammig dhe Ikeda, 2002; Ogilvie, Gruer dhe Haw, 2005), e cila pengon kontrollin e aksesit të të rinjve ndaj drogave të ligjshme dhe të paligjshme. Megjithatë, informacioni në lidhje me disponueshmërinë sociale të duhanit, alkoolit dhe kanabisit në Shqipëri vazhdon të mbetet i tepër i kufizuar dhe kërkon, për këtë arsye, hetim të mëtejshëm.

Kufizimet e studimit

Studimi ynë ka disa kufizime. Dizajni kros-seksional nuk na lejon të arrijmë në konkluzione në lidhje me sekuencën kohore të ngjarjeve dhe për këtë arsye interpretimi i rezultateve në këtë perspektivë duhet të bëhet me kujdes. Ne u mbështetëm në informacionin e vetë-raportuar nga nxënësit pjesëmarrës dhe kjo nuk na lejon të përjashtojmë praninë e biasit të raportimit, sidomos në lidhje me çështje sensitive të tilla si përdorimi i drogave të paligjshme. Prandaj, ka shumë të ngjarë që prevalenca e përdorimit të substancave të paligjshme të jetë nënvlerësuar në studimin tonë. Për më tepër, ne kemi mbledhur informacion në lidhje me studentët e pranishëm në klasat e përzgjedhura në ditën e zhvillimit të studimit duke mos përfshirë nxënësit që mungonin atë ditë në shkollë. Nëse studentët që munguan do të ndryshonin për sa i përket përdorimit të substancave

në krahasim me nxënësit e pranishëm, atëherë ky aspekt mund të ketë ndikuar në vlerësimin tonë të prevalencës së përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit. Megjithatë, ne mendojmë se nuk ka ndonjë arsye të qenësishme për të besuar se është kështu në rastin tonë. Gjithashtu, ne vlerësuam prevalencën e përdorimit të alkoolit gjatë jetës duke përdorur një pyetje të përafërt “proxy” e cila pyet në lidhje me moshën kur të anketuarit kishin konsumuar një gotë birrë, verë ose alkool të fortë për herë të parë në jetën e tyre dhe jo pyetjen origjinale “*Në sa raste (nëse ka ndodhur) gjatë gjithë jetës tënde keni pirë alkool?*”, pasi kjo e fundit rezultoi problematike. Ndoshta mund të kishim marrë rezultate të ndryshme në qoftë se do të ishte përdorur pyetja origjinale. Megjithatë, ne besojmë se pyetja e

përfaërt e përdorur në rastin tonë jep informacione të ngjashme për të diferencuar midis nëxësve që kanë përdorur dhe ata që nuk kanë përdorur kurrë substanca gjatë jetës së tyre.

Pikat e forta të studimit tonë përfshijnë madhësinë e kampionit, procedurat e kampionimit dhe mbulimin e rreth 250 shkollave në të gjithë vendin që sigurojnë përgjithësimin e gjetjeve të këtij studimi për të gjithë kohortin e lindur në vitin 1995 që frekuentonte sistemin shkollor Shqiptar në vitin akademik 2010-2011. Përvec kësaj, në këtë studim kemi përdorur pyetësorin e standardizuar ESPAD që lejon krahasime të drejta të përdorimit të substancave me vendet e tjera Europiane. Së fundmi, kjo është hera e parë që një studim shkencor raporton lidhur me faktorët e lidhur me përdorimin e substancave tek adoleshentët

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Alkooli, duhani dhe kanabisi janë ndër substancat më të përdorura nga adoleshentët. Por përdorimi i tyre lidhet me një sërë pasojash shëndetësore dhe implikime për sistemet shëndetësore dhe financiare të cdo shteti. Për më tepër, fillimi i hershëm i tyre mund të lidhet me gjasa të rritura për përdorimin e substancave psikoaktive më vonë në jetë. Monitorimi i gjendjes dhe trendeve të përdorimit të substancave është i domosdoshëm për planifikimin e përgjigjeve ndaj tyre.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Lehtësia për të gjetur duhan dhe alkool rrit në mënyrë domethënëse gjasat e përdorimit të alkoolit, duhanit dhe kanabisit. Konsumi vetjak i duhanit është faktori i vetëm i pavarur më i rëndësishëm që parashikon në mënyrë domethënëse konsumin e alkoolit dhe kanabisit tek nxënësit Shqiptarë.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Zbatimi i ligjit lidhur me duhanpirjen në vendet publike dhe rritja e taksave për produktet e duhanit mund të jenë ndërhyrjet e duhura për të reduktuar aksesin e të rinjve ndaj duhanit. Profesionistët e fushës duhet të angazhohen për adresimin e sfidës që paraqet duhanpirja në adoleshencë nëpërmjet ndërhyrjeve gjithëpërfshirëse edukative, të përshtatura sipas nevojave të grupeve në rrezik të identifikuara në këtë studim.

Shqiptarë duke kontrolluar për efektet potencialisht konfonduese të një game mjaft të gjerë të faktorëve demografikë dhe socialë.

Konkluzione

Studimi ynë ofroi të dhëna interesante dhe të reja në lidhje me faktorët demografikë dhe socialë që lidhen me përdorimin e substancave psikoaktive tek adoleshentët që frekuentojnë shkollën në Shqipëri, përmes përdorimit të një qasjeje të kontrollit multivariat. Ne demonstruam që prevalenca e përdorimit të duhanit, alkoolit dhe kanabisit gjatë gjithë jetës tek nxënësit 15-16 vjeçarë në Shqipëri është i krahasueshëm me atë të vendeve fqinje, por më i ulët në krahasim me shumicën e vendeve të Europës Perëndimore. Megjithatë, prevalenca e përdorimit të substancave është në rritje. Meshkujt mbizotërojnë në përdorimin e substancave, por hendeu gjinor është duke u ngushtuar duke sugjeruar se po ndodhin zhvillime interesante në shoqërinë Shqiptare. Duhanpirja vetjake rezultoi faktori më i rëndësishëm i vetëm i pavarur i rrezikut i lidhur fort dhe në mënyrë domethënëse me përdorimin e alkoolit dhe kanabisit. Fakti që produktet e duhanit janë të disponueshme pothuajse pa kufizime për të gjithë në Shqipëri, mund të lehtësojë aksesin dhe përdorimin e produkteve të tilla nga më shumë persona duke rezultuar në rritjen e ekspozimit ndaj bashkëmoshatarëve që pijnë duhan dhe në fund të fundit në rritjen e prevalencës së përdorimit të duhanit tek adoleshentët Shqiptarë. Prandaj, konkluzioni ynë kryesor është se edhe pse përdorimi i substancave

tek adoleshentët është i lidhur me faktorë të ndryshëm demografikë dhe socialë, duhanpirja në moshat e reja mund të përfaqësojë kërcënimin “e vërtetë” dhe duhet të jetë objektivi kryesor i ndërhyrjeve që promovojnë sjelljet e shëndetëshme tek nxënësit e shkollave 9-vjeçare dhe të shkollave të mesme në Shqipëri.

Implikimet praktike

Konstatimi se duhanpirja mund të jetë faktori përcaktues kryesor i përdorimit të substancave tek adoleshentët Shqiptarë çon në pasojë të rëndësishme si për politikë-bërësit ashtu edhe për profesionistët e promovimit shëndetësor. Përsa i përket implikimeve për politikën shëndetësore, faktet sugjerojnë se konsumi i duhanit është shumë i ndjeshëm ndaj rritjes së çmimeve (Ranson dhe Jha, 2002; Ogilvie, Gruer dhe Haw, 2005; Levy dhe bp., 2008) dhe, në Shqipëri, çmimi i cigareve është relativisht jo i lartë dhe si pasojë ende i përballueshëm nga të rinjtë. Kjo, së bashku me sigurimin e zbatimit të legjislationit në fuqi në lidhje me duhanpirjen në vendet publike, është veprimi kryesor politik që duhet të ndërmerret në Shqipëri duke qënë se ndalimi i reklamave dhe aplikimi i paralajmërimeve shëndetësore të dukshme në mënyrë të qartë në produktet e duhanit duke se nuk kanë patur efektin e dëshiruar. Në lidhje me promovimin e shëndetit, ka hapësira për përfshirjen e profesionistëve të fushës në adresimin e sfidës që paraqet duhanpirja në adoleshencë nëpërmjet ndërhyrjeve gjithëpërfshirëse edukative, të përshtatura sipas nevojave të grupeve në rrezik të identifikuar në këtë studim.

Konflikte interesi Asnjë.

Falenderime

Ky studim u realizua me mbështetjen financiare bujare të Qendrës Evropiane për Monitorimin e Drogës dhe Varësisë nga Droga (EMCDDA), Portugali dhe mbështetjen logjistike të Institutit të Shëndetit Publik, Shqipëri.

Bibliografia

ADHS (2009). Albania Demographic and Health Survey 2008-2009. Report. Institute of Statistics, Institute of Public Health (Albania) and ICF Macro. 2010. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro.

Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H., Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21(4), 349–357.

ARHS (2002). Albania Reproductive Health Survey 2002. Report. Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Institute of Public Health (IPH) and Institute of Statistics (INSTAT). Atlanta, Georgia, USA: CDC.

Bandason, T., Rusakaniko, S. (2010). Prevalence and associated factors of smoking among secondary school students in Harare Zimbabwe. *Tobacco Induced Diseases*, 8, 12.

Barber, J.G., Gilbertson, R. (1999). Drinker's children. *Substance Use and Misuse*, 34:383-402.

Bauman, A., Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), 187–207.

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Wilens, T.E., Fontanella, J.A., Poetzi, K.M., Kirk, T., Masse, J., Faraone, S.V. (2006). Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59(3), 258–264.

Bloomfield, K., Gmel, G., Neve, R., Mustonen, H. (2001). Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, The Netherlands, and Switzerland: a repeated survey analysis. *Substance Abuse*, 22, 39–54.

Bozicevic, I., Gilmore, A., Oreskovic, S. (2004). The tobacco epidemic in South-East Europe: consequences and policy responses. WHO Tobacco Control Papers, Center for Tobacco Control Research and Education, UC San Francisco 2004.

Burazeri, G., Kark, J.D. (2010). Alcohol intake and its correlates in a transitional predominantly Muslim population in southeastern Europe. *Addictive Behaviors*, 35(7), 706–713.

CDC (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services: Rockville, MD, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004, chapter 2, p42.

Chatterji, P. (2006). Illicit drug use and educational attainment. *Health Economics* 2006, 15, 489–511.

Danielsson, A.K., Wennberg, P., Hibell, B., Romelsjö, A. (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction*, 107(1), 71–80.

DiFranza, J.R., Coleman, M. (2001). Sources of tobacco for youths in communities with strong enforcement of youth access laws. *Tobacco Control*, 10, 323–328.

Engberg, J., Morral, A.R. (2006). Reducing substance use improves adolescents' school attendance. *Addiction*, 101(12), 1741–1751.

Ennett, S.T., Bauman, K.E., Hussong, A., Faris, R., Foshee, V.A., Cai, L. (2006). The peer context of adolescent substance use: findings from social network analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 16(2), 159–186.

ESPAD (2011). The European survey on alcohol and other drug use among young people in Albania in 2011. Report. Ministry of Health of Albania, Institute of Public Health of Albania, ESPAD, EMCDDA, CAN: ESPAD Albania (2011), ILAR Printing House, Tirana 2011.

Falk, D.E., Yi, H., Hiller-Sturmhofel, S. (2006). An Epidemiologic Analysis of Co-Occurring Alcohol and Tobacco Use and Disorders. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 162–171.

Fenoglio, P., Parel, V., Kopp, P. (2003). The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *European Addiction Research*, 9(1), 18–28.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101(4), 556–69.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 165-77.

Gronbaek, M., Becker, U., Johansen, D., Tonnesen, H., Jensen, G., Sorensen, T.I.A. (1998). Population based cohort study of the association between alcohol intake and cancer of the upper digestive tract. *British Medical Journal*, 317:844–848.

GYTS (2004). Global Youth Tobacco Survey, Albania (ages 13-15). Fact sheet.

Hall, W.D., Lynskey, M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 24:39–48.

Hanson, M.D., Chen, E. (2007a). Socioeconomic status and substance use behaviors in adolescents: the role of family resources versus family social status. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 32–35.

Hanson, M.D., Chen, E. (2007b). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-85.

Hart, C.L., Smith, G.D., Hole, D.J., Hawthorne, V.M. (1999). Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *British Medical Journal*, 318, 1725-1729.

HBSC (2010). Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Heath, J. (2004). Liberalization, modernization, westernization. *Philosophy & Social Criticism*, 30(5-6), 665–90.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm, Sweden.

INSTAT. Instituti i Statistikave, Shqipëri.

Kenkel, D., Mathios, A.D., Pacula, R.L. (2001). Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction*, 96, 151–164.

King, K.M., Meehan, B.T., Trim, R.S., Chassin, L. (2006). Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment. *Addiction*, 101(12), 1730-40.

Kirby, T., Barry, A.E. (2012). Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. *Journal of School Health*, 82(8), 371-379.

Kuntsche, E., Kuntsche, S., Knibbe, R., Simons-Morton, B., Farhat, T., Hublet, A., Bendtsen, P., Godeau, E., Demetrovics, Z. (2011). Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: Evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(2), 152-158.

Laaksonen, M., Prattala, R., Helasoja, V., Uutela, A., Lahelma, E. (2003). Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 711–717.

Leatherdale, S.T., Hammond, D., Ahmed, R. (2008). Alcohol, marijuana, and tobacco use patterns among youth in Canada. *Cancer Causes and Control*, 19(4), 361-369.

Leonard, K.E., Rothbard, J.C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl.13, 139–146S.

Levy, D.T., Ross, H., Zalosnjaja, E., Shuperka, R., Rusta, M. (2008). The role of tobacco control policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in an Eastern European nation: results from the Albania SimSmoke simulation model. *Central European Journal of Public Health*, 16(4):189–198.

- Lindsay, G.A., Rainey, J. (1997). Psychosocial and pharmacologic explanations of nicotine's 'gateway drug' function. *Journal of School Health*, 67(4), 123–126.
- Ministria e Arsimit dhe Shkencës (2010). Ministria e Arsimit dhe Shkencës, Shqipëri.
- Ministria e Shëndetësisë (2014). Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri. Përafrimi i legjislacionit dhe zbatimi i ASQUIS të Bashkimit Evropian mbi shëndetësinë. (In Albanian). E disponueshme në: <http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Integrimi/d4.doc>. Vizituar në: Mars 2014.
- Moore, A.A., Gould, R., Reuben, D.B., Greendale, G.A., Carter, M.K., Zhou, K., Karlamangla, A. (2005). Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *American Journal of Public Health*, 95(3):458–465.
- Ogilvie, D., Gruer, L., Haw, S. (2005). Young people's access to tobacco, alcohol, and other drugs. *British Medical Journal*, 331(7513):393–396.
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., Difranza, J. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 170(5), 585–597.
- Pierce, J.P., Naquin, M., Gilpin, E. (1991). Smoking initiation in the United States. *Journal of the National Cancer Institute*, 83, 1009–1013.
- Pomerleau, J., McKee, M., Rose, R., Haerpfer, C.W., Rotman, D., Tumanov, S. (2005). Drinking in the Commonwealth of Independent States-evidence from eight countries. *Addiction*, 100(11), 1647-1668.
- Prescott, E., Hippe, M., Schnohr, P., Hein, H.O., Vestbo, J. (1998). Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *British Medical Journal*, 316, 1043-1047.
- Ranson, M.K., Jha, P. (2002). Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. *Nicotine & Tobacco Research*, 4(3), 311-319.
- Rehm, J., Gnam, W., Popova, S., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Patra, J., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. (2007). The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *Journal on Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 886-895.
- Room, R., Rossow, I. (2001). The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 6, 218–228.
- Ross, H., Zaloshnja, E., Levy, D.T., Tole, D. (2008). Results from the Albanian Adult Tobacco Survey. *Central European Journal of Public Health*, 16(4), 182–8.
- Roy, A., Wibberley, C., Lamb, J. (2005). The usual suspects: alcohol, tobacco and other drug use in 15- to 16-year-old school pupils – prevalence, feelings and perceived health risks. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(4), 305–15.
- SAMHSA (2012). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Report. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, NSDUH Series H-44, HHS. Publication No. (SMA) 12-4713. Rockville, MD.
- Shapo, L., Gilmore, A.B., Coker, R., McKee, M., Shapo, E. (2003). Prevalence and determinants of smoking in Tirana city, Albania: a population-based survey. *Public Health*, 117(4), 228–36.
- Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm, J. (1992). The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction*, 93(7), 991–1006.
- Stinson, F.S., Ruan, W.J., Pickering, R., Grant, B.F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 36(10), 1447–1460.
- Swahn, M.H., Hammig, B.J., Ikeda, R.M. (2002). Prevalence of youth access to alcohol or a gun in the home. *Injury Prevention*, 8:227–230.
- Torabi, M.R., Bailey, W.J., Majd-Jabbari, M. (1993). Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect. *Journal of School Health*, 63(7):302–306.
- UNODC (2013). World drug report 2013. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6).

Vakefliu, Y., Argjiri, D., Peposhi, I., Agron, S., Melani, A.S. (2002). Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Preventive Medicine*, 34(3), 370–3.

Valenzuela, E., Fernandez, M. (2011). The sequence of drug use: testing the gateway hypothesis in Latin America. *The Journal of International drug, The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 1–8.

Weisner, C. (2001). The provision of services for alcohol problems: a community perspective for understanding access. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 28, 130-142.

Welte, J.W., Barnes, G.M. (1985). Alcohol: The gateway to other drug use among secondary-school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 14(6), 487–498.

WHO (2011). Global status report on alcohol and health. Report. World Health Organization. Switzerland.

YRBS (2009). Youth Risky Behaviour Survey, second round, 2009. Report. Institute of Public Health. Tirana, September.

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

HIV/AIDS në moshën pediatrike

**Marjeta Dervishi¹, Roland Bani¹, Redona Dudushi¹, Shpëtim Qyra¹,
Silva Bino¹**

¹Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive.

Abstrakt

HIV/AIDS përbën një çështje që mbetet aktuale për sistemet shëndetësore dhe shëndetin publik të të gjitha vendeve. Sipas vlerësimeve, në vitin 2014 në botë u raportuan rreth 220 mijë raste të reja me HIV te fëmijët e moshës nën 15 vjeç. Shqipëria mbetet një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV, por tendencat e infeksionit përgjatë viteve janë në rritje te femrat, duke u shoqëruar me rrezikun e transmetimit potencial të HIV-it te fëmijët e tyre. Në periudhën 1997-2014 janë raportuar 39 fëmijë me HIV. Në rreth tre të katërtat e rasteve, fëmijët janë infektuar nëpërmjet transmetimit vertikal nga nëna tek fëmija, ndërsa rreth një në pesë fëmijë me HIV e kanë marrë infeksionin nëpërmjet transfuzionit të gjakut. Fatmirësisht, nuk ka patur asnjë rast të transmetimit të HIV-it nëpërmjet transfuzioneve të gjakut prej vitit 2010, duke sugjeruar përmirësime rrënjësore në procedurat e kontrollit të gjakut por edhe në cilësinë e dhuruesve të gjakut. Nga ana tjetër, diagnostikimi i hershëm i infeksionit HIV te nëna mund të parandalojë transmetimin vertikal të tij.

Hyrje

Vlerësimet globale tregojnë se janë rreth 2.6 milionë fëmijë të moshës nën 15 vjeç të prekur nga HIV/AIDS në botë, deri në fund të vitit 2014. Gjatë vitit 2014 janë raportuar rreth 220 mijë infeksione të reja (UNAIDS, 2014).

90% e infeksioneve të fëmijët ndodhin si pasojë e transmetimit vertikal nga nëna tek fëmijët, që mund të ndodhë gjatë shtatzënisë, gjatë lindjes ose ushqyerjes me gji (Raporti vjetor mbi situatën epidemiologjike të HIV/AIDS-it, 2014). Studimet e para të kryera të gratë HIV pozitiv tregojnë se niveli i transmetimit nga nëna tek fëmija, në mungesë të ndonjë ndërhyrjeje, është afërsisht 15%-45%, me një rrezik më të lartë të nënat që infektohen gjatë shtatzënisë së tyre (ECDC, 2012).

Të dhëna mbi fëmijët HIV pozitiv në Shqipëri

Bazuar në numrin e rasteve të diagnostikuara dhe të raportuara të personave HIV pozitiv, Shqipëria konsiderohet ende si një vend me

prevalencë të ulët të HIV-it. Por, rritja e numrit të rasteve me HIV dhe studimet e kryera sugjerojnë një numër më të madh potencial të rasteve në vend. Ka një rritje të trendit të femrave të infektuara që prej vitit 2000. Deri tani femrat përbëjnë 30% të rasteve të diagnostikuara.

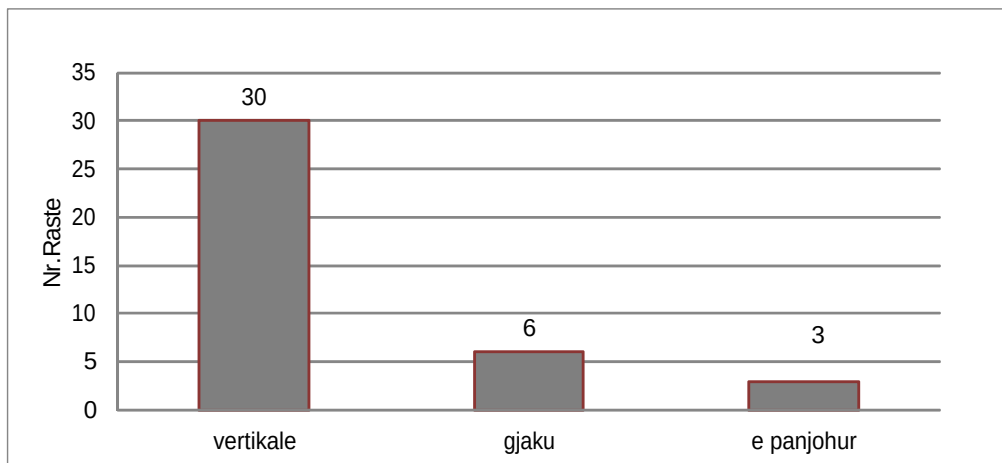
Në fund të vitit 2014, ishin 39 raste me fëmijë të diagnostikuar si HIV pozitiv:

1. Të infektuar nëpërmjet transmetimit nga nëna tek fëmija janë raportuar 30 raste (transmetim vertikal i HIV-it), transmetim që në kushtet e sotme në Shqipëri mund të parandalohet nëse diagnostikohet në kohën e duhur. Vetëm në dy vitet e fundit (2013-2014) u diagnostikuan 11 raste të reja të fëmijëve të infektuar me virusin HIV (10 prej të cilave me anë të transmetimit vertikal). 7 fëmijë kanë humbur jetën për shkak të AIDS-it, ndërsa 7 fëmijë HIV pozitiv aktualisht kanë humbur njërin ose të dy prindërit për shkak të AIDS-it (Raporti vjetor mbi situatën epidemiologjike të HIV/AIDS, 2014).

Tabela 1. Shpërndarja e rasteve HIV pozitiv të fëmijët sipas viteve dhe sipas mënyrës së transmetimit

Viti i raportimit	Transmetim vertikal	Transfuzion gjaku ose plazme	E papërcaktuar
1997	1	0	
2003	4	0	
2004	0	1	
2005	0	3	
2006	4	0	
2007	3	1	
2008	1	0	
2009	2	0	
2010	0	1	
2011	3	0	
2012	2	0	2
2013	6	0	
2014	4	0	1
Totali	30	6	3

Figura 1. Shpërndarja e rasteve HIV pozitiv në grupmoshën 0-15 vjeç sipas mënyrës së transmetimit



2. Fëmijë të infektuar nëpërmjet gjakut janë raportuar 6 raste; 3 prej të cilëve janë fëmijë talasemikë, ndërsa në tre rastet e tjera janë fëmijë që kanë marrë transfuzion gjaku ose nënproduktet e tij.

3. Në tre raste rruga e transmetimit mbetet e papërcaktuar (2 raste në vitin 2012 dhe 1 rast në vitin 2014).

Rruga mbizotëruese e transmetimit të virusit HIV në Shqipëri është nëpërmjet marrëdhënieve heteroseksuale; si pasojë vihet re një rritje e numrit të transmetimeve brenda familjes dhe nga nëna tek fëmija. Shkalla e informacionit dhe e edukimit për HIV/AIDS në popullatën e përgjithshme dhe veçanërisht në brezin e ri është akoma në nivele shumë të ulëta, gjë që sjell rritjen e stigmës dhe diskriminimit ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri.

Nënat e fëmijëve të diagnostikuar me HIV (kur flitet për transmetimin vertikal), janë diagnostikuar pas lindjes së fëmijës së tyre, dhe shpeshherë kanë qenë problemet shëndetësore të këtyre fëmijëve që kanë bërë të mundur njohjen e statusit HIV pozitiv të prindërve të tyre.

Në vendin tonë janë raportuar 7 gra HIV pozitiv shtatzëna (deri në tetor të vitit 2015); në 6 raste statusi HIV pozitiv i gruas njihej me parë, ndërsa

vetëm në një rast (viti 2015), gruaja u diagnostikua në javën e 37-të të shtatzënisë së saj.

Programet e parandalimit të HIV-it nga nëna tek fëmija (PPHNF) ndihmojnë në diagnostikimin në kohë të grave shtatzëna që janë HIV pozitiv apo atyre që planifikojnë të mbeten shtatzëna, si dhe në parandalimin e transmetimit të HIV-it te fëmija, duke e minimizuar mundësinë e transmetimit deri në më pak se 1%.

Programi i Parandalimit të Transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija në Shqipëri

Ulja e rasteve të transmetimit të infeksionit HIV nga prindi tek fëmija me synim eliminimin e tij, përbën një nga komponentët strategjikë më të rëndësishëm në fushën e parandalimit të HIV-it. (Strategjia Kombëtare e Kontrollit dhe Parandalimit të HIV/AIDS-it në Shqipëri)

Parandalimi i HIV-it nga nëna tek fëmija kryhet nëse përmbushen disa kushte:

1. *Këshillimi, testimi dhe diagnostikimi i gruas për HIV, gjatë shtatzënisë apo para se të mbetet shtatzënë.*
2. *Referimi i rastit për diagnostikim, këshillim, kujdes dhe trajtim të mëtejshëm.*
3. *Futja në terapi me antiretroviralë e gruas shtatzënë HIV pozitiv, gjatë shtatzënisë ose procesit të lindjes.*

4. *Lindja nëpërmjet operacionit cezarian.*
5. *Futja në terapi me antiretroviralë e bebes së porsalindur.* (Plani Strategjik për Parandalimin e Transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija, 2013).

Të gjitha këto mundësi të arta të parandalimit u ofrojnë mundësinë çifteve HIV pozitiv apo nënave HIV pozitiv të kenë fëmijë të shëndetshëm (HIV negativ).

Niveli i testimit të gruas shtatzënë për infeksionin HIV mungonte tërësisht disa vite më parë, ndërsa në vitet e fundit, megjithëse është folur shumë për Programin e Parandalimit të Transmetimit nga nëna tek fëmija, të dhënat tregojnë një nivel testimi mjaft të ulët.

Për këtë arsye, një grup specialistësh nga Instituti i Shëndetit Publik, Ministria e Shëndetësisë, si dhe nga institucione të tjera, mbështetur nga UNFPA, hartuan udhëzuesin e testimit të gruas shtatzënë për disa agjentë infektivë (HIV, Sifiliz, Hepatit B

dhe Rubeolë), duke u bërë pjesë e paketës së rishikuar të mjekut të familjes.

Rreziku që fëmija të infektohet me HIV reduktohet ndjeshëm kur nëna HIV pozitiv, bën një lindje të planifikuar cezariene (me operacion). Kjo quhet “lindje cezariene e planifikuar” dhe është përcaktuar të bëhet në javën e 38-të të shtatzënisë, por mund të bëhet edhe më shpejt nëse dhimbjet e lindjes fillojnë më shpejt.

Udhëzuesi mbi testimin e gruas shtatzënë do të pasohet me përgatitjen e udhëzuesve dhe protokolleve të menaxhimit të rasteve HIV pozitiv në gratë shtatzëna, të cilat do të zgjidhin një sërë problematikash të shfaqura në rastet e menaxhuara kohët e fundit.

Çështje sociale

Problemet shëndetësore të fëmijëve që jetojnë me HIV shumëfishohen edhe nga problemet sociale që lidhen me stigmën dhe diskriminimin që shoqëron HIV/AIDS-in, që nuk kursejnë fëmijët e prekur nga ky virus, si dhe familjarët e tyre. (WHO, 2010)

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

HIV/ADIS vazhdon të mbetet një sfidë për sistemet shëndetësore të të gjithë vendeve në botë, duke mos kursyer as fëmijët. Në vitin 2014 kishte rreth 2.6 milionë fëmijë nën 15 vjeç të prekur nga HIV-i në botë, me rreth 220 mijë raste të reja. Shqipëria është një vend me prevalencë të ulët të HIV/AIDS-it.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Në Shqipëri për periudhën 1997-2014 janë identifikuar 39 raste me HIV te fëmijët e moshës nën 15 vjeç. Përgjatë kohës është rritur përqindja e femrave të prekura nga HIV. Rruga kryesore e transmetimit të infeksionit HIV te fëmijët ishte ajo vertikale, pasuar nga transfuzioni i gjakut. Megjithatë, që prej vitit 2010 nuk ka patur asnjë rast të transmetimit të HIV-it nëpërmjet transfuzionit të gjakut.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Diagnostikimi i hershëm i infeksionit HIV te nënat mund të parandalojë transmetimin vertikal të tij tek fëmijët.

Nga një vlerësim i nevojave social-ekonomike dhe shëndetësore të fëmijëve që jetojnë me HIV në Shqipëri, i kryer disa vite më parë, rezultoi një listë e gjerë problemesh me të cilat ndeshen çdo ditë fëmijët që jetonë me HIV në rrethe të ndryshme të vendit tonë (Mos na harroni! Fëmijët dhe HIV/AIDS-i në Shqipëri, Tiranë, 2011).

- Diagnostikimi i vonshëm i fëmijëve me HIV që lidhet me ecurinë klinike të mëtejshme të infeksionit HIV.
- Stigma dhe diskriminimi i fëmijëve që jetojnë me HIV është raportuar në rrethet Tiranë, Vlorë, Elbasan, Durrës etj.

- Mungesa e një qendre speciale (si modeli i Klinikës Ambulatore për Adultët) për fëmijët që jetojnë me HIV.

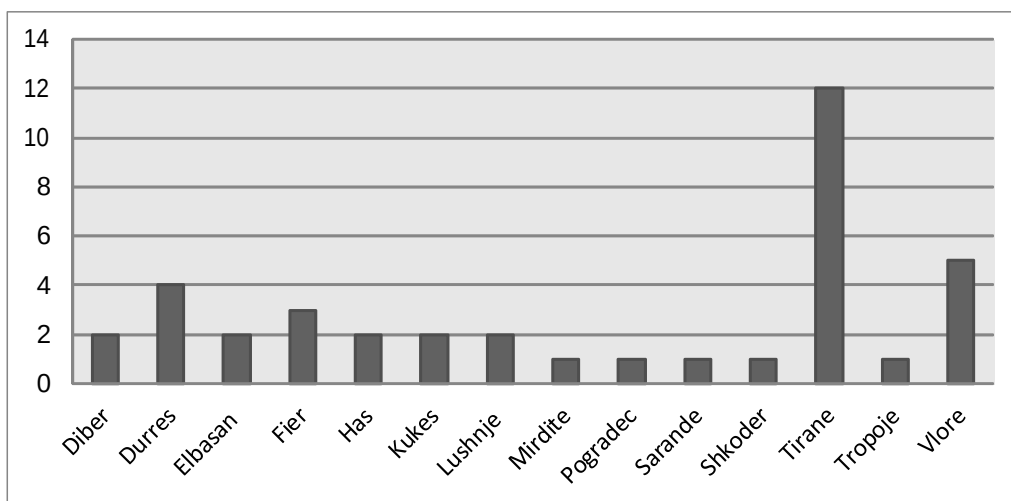
- Mungesa e freskimit të njohurive të personelit shëndetësor që punon në këshillimoret e nënës dhe fëmijës në lidhje me HIV/AIDS-in.

- Mosnjohja e Ligjit të HIV/AIDS-it nga aktorë të ndryshëm që merren me HIV/AIDS-in.

- Mangësitë në politikat sociale për fëmijët që jetojnë me HIV dhe familjet e tyre.

- Mungesa e vëmendjes ndaj fëmijëve jetimë që kanë humbur prindërit për shkak të AIDS-it.

Figura 2. Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS në moshën pediatrike (nën 15 vjeç) sipas rretheve.

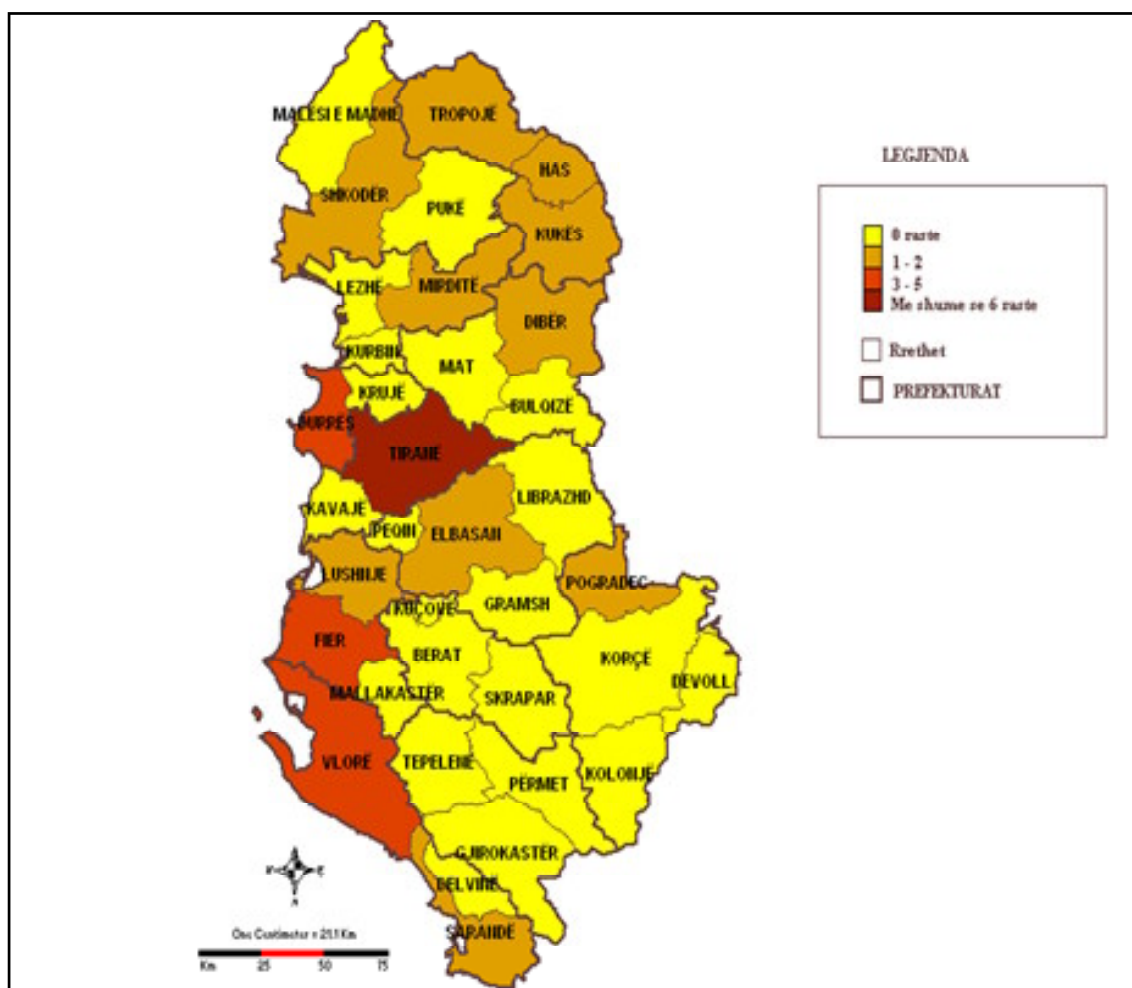


Shpërndarja gjeografike tregon se rastet e fëmijëve HIV pozitiv janë të shpërndara që nga rrethe të largëta të veriut deri në jug të vendit, në një pjesë të rasteve në zona të thella rurale, duke vështirësuar ndjekjen dhe trajtimin e duhur të këtyre fëmijëve.

Trajtimi i fëmijëve HIV pozitiv

Shërbimet që ofrohen për parandalimin e virusit HIV nga nëna tek fëmija në Shqipëri, janë ato që ofrohen për të gjithë popullatën në tërësi. Kështu, nëse një çift do të donte të testohej për

praninë e virusit HIV përpara se ata të vendosin për një shtatzëni, apo një grua tashmë shtatzënë do të donte të testohej, ata duhet të shkojnë në shërbimet për popullatën e përgjithshme. Këto shërbime quhen “Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar për HIV/AIDS-in”. Testimi lidhur me HIV/AIDS-in kryhet pranë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) dhe Spitalit Infektiv në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” (QSUT), si dhe në 12 Prefekturat pranë Drejtorive të Shëndetit Publik ku funksionojnë “Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar për HIV-in”.



Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë, kryesisht në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive dhe në Shërbimin e Pediatriisë. Ky shërbim është i centralizuar për shkak të numrit (ende) të vogël të rasteve, burimeve dhe shërbimeve të ofruara nga QSUT-ja, si dhe problemeve të lidhura me stigmën dhe diskriminimin. Në komponentët e kujdesit mjekësor që u ofrohet personave të prekur përfshihet aplikimi i terapisë antiretrovirale, diagnostikimi dhe administrimi i infeksioneve dhe sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese, si dhe mbështetja psikosociale për personat e prekur dhe familjet e tyre.

Fëmijët HIV pozitiv ndiqen deri në moshën 14 vjeç pranë Shërbimit të Pediatriisë Infektive, dhe

pas kësaj moshe ata transferohen te Klinika Ambulatore për Adultët. Në fund të vitit 2014, raportohen 19 fëmijë që marrin terapinë me antiretroviralë pranë Shërbimit të Pediatriisë Infektive, QSUT.

Ekperienat e vendeve të zhvilluara tregojnë se ka një vëmendje të madhe për trajtimin e fëmijëve që jetojnë me HIV, duke bërë të mundur pasjen e klinikave të trajtimit të përbashkët të fëmijëve dhe të prindërve të tyre, me praninë e mjekut infeksionist për të rritur, mjekut pediatër infeksionist, psikologut që merret me fëmijët, psikologut që merret me adoleshentët etj., duke bërë të mundur që të ofrohet mbështetje psikologjike (për fëmijën dhe prindin) gjatë gjithë kohës dhe posaçërisht gjatë fazës së kalimit nga fëmijëria në adoleshencë, kur fëmija HIV pozitiv

do të mësojë edhe statusin HIV pozitiv të tij. Në vendin tonë, kur flitet për fëmijët HIV pozitiv, kjo eksperiencë mungon tërësisht, prandaj duhet të jetë prioritet krijimi i një qendre speciale për

trajtimin e fëmijëve HIV pozitiv, duke kopjuar modelin e klinikës ambulatorie që funksionon për rastet HIV pozitiv te te rriturit.

Bibliografia

UNAIDS (2014). UNAIDS Fact sheet: 2014 statistics.

Raporti vjetor mbi situatën epidemiologjike të HIV/AIDS-it (2014).

ECDC (2012). European Centre for Disease Prevention and Control. Evaluating HIV treatment as prevention in the European context. Stockholm.

Plani Strategjik për Parandalimin e Transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija, 2013.

WHO (2010). Guidelines: Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infections in Infants. World Health Organization.

Mos na harroni! Fëmijët dhe HIV/AIDS-i në Shqipëri, Tiranë, 2011.

Strategjia Kombëtare e Kontrollit dhe Parandalimit të HIV/AIDS-it në Shqipëri.

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Një studim vlerësues për Shëndetin Mendor në rang global dhe në Shqipëri. Rishqyrtim literature në lidhje me disa të dhëna epidemiologjike për Shëndetin Mendor

Andia Meksi ¹

¹Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Shëndeti mendor dhe aspektet që lidhen me të, kanë impakt të gjerë në popullatë. Për këtë arsye, shëndeti mendor duhet të konsiderohet një çështje prioritare që kërkon vëmendje të vazhdueshme në drejtim të përmirësimit të kapaciteteve dhe cilësisë së shërbimeve të shëndetit mendor. Për të hedhur dritë lidhur me këto çështje në Shqipëri, ne realizuam një rishikim të kujdesshëm të literaturës duke analizuar epidemiologjinë e shëndetit mendor në botë dhe Europë dhe më pas duke përshkruar shërbimet e shëndetit mendor në Shqipëri dhe parametra të tjerë që lidhen me këto sëmundje. Ky rishikim literature i vjen në ndihmë profesionistëve të fushës për të analizuar dhe vlerësuar gjendjen e shëndetit mendor në vendin tonë.

Hyrje

Shëndeti mendor dhe aspektet që lidhen me të kanë impakt të gjerë në popullatë dhe si e tillë, konsiderohet si një çështje prioritare që kërkon vëmendje të vazhdueshme në rritjen e kapaciteteve aktuale dhe përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të shëndetit mendor.

Në këtë aspekt, Ministria e Shëndetësisë në një raport të saj (Hajdini, 2009) ka identifikuar disa objektiva kyçe që lidhen me shëndetin mendor:

1) Vlerësimi i prevalencës së çrregullimeve mendore në popullatën e përgjithshme dhe grupeve specifike; barra e çrregullimeve mendore në popullatën e përgjithshme; barra socio-ekonomike e çrregullimeve mendore; vlerësimi i humbjes së viteve të shëndetshëm të jetës si shkak i çrregullimeve mendore, si një indikator i rëndësishëm për të përcaktuar jetëgjatësinë pa paaftësi.

2) Mbledhja e të dhënave në shërbimet parësore, dytësore dhe terciare me qëllim monitorimin dhe vlerësimin e efikasitetit të objektivave strategjik, dhe trajtimeve për pacientët me probleme mendore në komunitet.

3) Analizimi i barrës së depresionit dhe çrregullimeve të tjera psikiatrike dhe impakti që ato kanë në sjelljet suicidale në vend.

Legjislacioni dhe dokumentat ligjore

Aktualisht, janë në fuqi dy dokumenta të rëndësishëm ligjorë (Ministria e Shëndetësisë, 2012):

1. Ligji Nr.44/2012 'Për Shëndetin Mendor', i cili reflekton ndryshime nga ligji i mëparshëm, e ka në fokus të drejtat e personave me probleme të shëndetit mendor.

2. Plani i veprimit për zhvillimin e shërbimeve të Shëndetit Mendor 2013-2022, i cili përcakton hapat konkretë që duhet të merren për përmbushjen e objektivave madhorë strategjikë, ai i decentralizimit të shërbimeve të shëndetit mendor përmes shtrirjes dhe pasurimit të rrjetit ekzistues

me shërbime sa më pranë komunitetit dhe deinstitutionalizimit, përmes reduktimit të numrit të shtretërve psikiatrikë dhe ngritjes dhe fuqizimit të shërbimeve komunitare të shëndetit mendor.

Me qëllim përmbushjen e këtyre objektivave dhe zbatimin e ligjit Nr.44/2012 për Shëndetin Mendor, një grup ekspertësh kanë hartuar një paketë aktesh nënligjore:

1. VKM për funksionimin e Komitetit Kombëtar për Shëndetin Mendor

2. Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor

3. Standardet e Kufizimit Fizik në Shërbimet e Shëndetit Mendor të Specializuara me shtretër dhe Regjistri përkatës.

4. Kartelat Klinike

5. Dokumentimi i pro«edeurave të trajtimit të pavullnetshëm

6. Rolet e profesionistëve të shëndetit mendor

Të dhënat epidemiologjike në nivel global për sëmundjet mendore

Vdekjet

Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) vlerëson se Grupi II që i përket sëmundjeve jo të transmetueshme janë shkaktarët kryesorë të numrit total të vdekjeve në botë. Përkatësisht, 61.5% e femrave dhe 57.9% e meshkujve i përkasin vdekjeve të këtij grupi për vitin 2004, të ndjekura nga Grupi I (sëmundjet e transmetueshme, mëmësisë, prenatale dhe kequshqyerja, me 31.4% femra dhe 29.9 % meshkuj), si dhe Grupi III, që janë aksidentet me 7.15% femra dhe 12.1% meshkuj. Përsa i përket numrit të vdekjeve për shkak të sëmundjeve mendore, 2.2 % e femrave dhe 2.1% e numrit total të vdekjeve të ndodhura në 2004 kanë patur si shkaktarë sëmundjet neuropsikiatrike (WHO, 2004).

Në Tabelën 1 paraqiten 20 shkaqet kryesore të vdekshmërisë në botë në vitin 2004. I vetmi

shkak që lidhet me sëmundjet mendore në listën e mësipërme, ku pasqyrohen shkaktarët kryesorë të vdekjeve në rang global janë dëmtimet e vetëshkaktuara, si vetëvrasjet. Sipas tabelës së mëposhtme 800.000 persona kanë humbur jetën si pasojë e vetëvrasjeve, pra 1.4% të numrit total të vdekjeve për vitin 2004.

Vetëvrasjet kanë një përqindje të lartë tek grupmosha 15-59 vjeç me 7% të numrit total të jetëve të humbura si pasojë e sëmundjeve në këtë grupmoshë. Përsa i përket diferencave gjinore, numri i vdekjeve tek meshkujt si pasojë e aksidenteve duke përfshirë dhe vetëvrasjet është katër herë më i lartë se tek femrat (WHO, 2004).

Tabela 1. Shkaktarët kryesorë të vdekjes për të gjitha moshat në botë, 2004

	Sëmundja ose lëndimi	Vdekjet (milionë)	Përqindja ndaj vdekjeve totale
1	Sëmundja ishemike e zemrës	7.2	12.2
2	Sëmundja cerebrovaskulare	5.7	9.7
3	Infeksionet respiratore të poshtme	4.2	7.1
4	SPOK	3.0	5.1
5	Sëmundjet diarreike	2.2	3.7
6	HIV/AIDS	2.0	3.5
7	Tuberkulozi	1.5	2.5
8	Kanceret e trakesë, bronkeve, mushkërive	1.3	2.3
9	Aksidentet nga trafiku rrugor	1.3	2.2
10	Prematuriteti dhe lindja para kohe	1.2	2.0
11	Infeksionet neonatale	1.1	1.9
12	Diabeti mellitus	1.1	1.9
13	Sëmundja hipertensive e zemrës	1.0	1.7
14	Malaria	0.9	1.5
15	Asfiksia në lindje dhe trauma në lindje	0.9	1.5
16	Lëndime të vetëshkaktuara	0.8	1.4
17	Kanceri i stomakut	0.8	1.4
18	Cirroza e mëlçisë	0.8	1.3
19	Nefriti dhe nefroza	0.7	1.3
20	Kanceret e kolonit dhe rektumit	0.6	1.1

Burimi: WHO, 2004

Incidenca, prevalenca dhe paaftësia

Në Tabelën 2 paraqitet prevalenca e sëmundjeve mendore në rajonin e Europës dhe në botë në

vitin 2004, kurse në Tabelën 3 paraqitet klasifikimi i paaftësisë sipas raportit “Global Burden of Disease” (GBD).

Tabela 2. Prevalenca e llojeve të ndryshme të sëmundjeve mendore (në milionë) (WHO, 2004)

Lloji i sëmundjes mendore	Europë (milionë)	Botë (milionë)
Çrregullimet depressive unipolare	22.2	151.2
Çrregullimet afektive bipolare	4.4	29.5
Skizofreni	4.4	26.3
Çrregullimet që lidhen me përdorimin e alkoolit	26.9	125.0
Alzheimeri dhe sëmundjet e tjera degjenerative	7.6	24.2
Sëmundja e Parkinsonit	2.0	5.2

Burimi: WHO, 2004

Tabela 3. Klasifikimi i paaftësisë sipas studimit GBD (WHO, 2004)

Klasa e paaftësisë	Pesha e paaftësisë	Gjendjet shëndetësore
I	0.00-0.02	Ngecja për shkak të malnutricionit, infeksioni nga shistozomiazja, cikatrice afatgjata për shkak të djegies (<20% të trupit)
II	0.02-0.12	Gisht i amputuar, astma, edentulizëm, mastektomi, anemi e rëndë, inkontinencë nga stresi
III	0.12-0.24	Angina, HIV që nuk ka progresuar në AIDS, infertilitet, varësia nga alkooli dhe përdorimi problematik i tij, ulje e shikimit (<6/18, >3/60), artriti reumatoid
IV	0.24-0.36	Krah i amputuar, insuficiencë kongjестive e zemrës, shurdhëria, varësia nga droga, sëmundja e Parkinsonit, tuberkulozi
V	0.36-0.50	Çrregullimi afektiv bipolar, vonesa mendore e lehtë, sekelat neurologjike të malaries, fistula vaginalo-rektale
VI	0.50-0.70	Rastet me AIDS që nuk trajtohen me terapinë antiretrovirale, demenca Alzheimer dhe të llojeve të tjera, verbëria, sindroma Down
VII	0.70-1.00	Psikoza aktive, depresioni i rëndë, migrena e rëndë, kuadriplegjia, kanceri në fazë terminale

Burimi: WHO, 2004

Sipas raportit të GBD (Global Burden of Disease) për vitin 2004, Çrregullimet Depressive Unipolare janë një nga faktorët kryesorë që ndikojnë në jetëgjatësinë e shëndetëshme, duke u renditur e treta (DALY: 65.5 milionë; 4.3%) si faktor në barrën e sëmundshmërisë në nivel global. Gjithashtu, ajo renditet e teta (DALY:26.5 milionë; 3.2%) në vendet me të ardhura të pakta, por renditet e para në vendet

me të ardhura të mesme (DALY :29.0 milionë; 5.1%) dhe të larta (DALY: 10.0 milionë; 8.2%). Problemet që lidhen me përdorimin e alkoolit dhe vetëvrasjet renditen respektivisht në vendin e 17 (DALY: 23.7 milionë; 1.6%) dhe 20 (DALY:19.6 milionë; 1.3%) në listën e shkaqeve kryesore të barrës së sëmundshmërisë (WHO, 2004).

Përsa i përket renditjes së çrregullimeve depressive

unipolare në Europë, kjo listohet e treta në renditjen e barrës së sëmundjeve (DALY: 15.2%); e kryesuar nga sëmundjet kardiovaskulare (DALY: 26.6% dhe neoplazma malinje (kancer) me 15.4%.

Në renditjen e 15 sëmundjeve kryesore që janë përgjegjëse për vitet e shëndetëshme të humbura për shkak të sëmundshmërisë (DALY), 3 prej tyre i përkasin kategorisë së sëmundjeve mendore:

- Çrregullimet depressive unipolare, renditet e treta si shkak i jetëve të shëndetëshme të humbura për shkak të sëmundshmërisë me 3.8%.

- Çrregullimet si pasojë e përdorimit të alkoolit, renditet e gjashta me 2.9% (DALY).

- Sëmundja e Alzheimerit si dhe sëmundjet e tjera degjenerative të trurit, renditet e gjashtëmbëdhjeta me 1.9% (DALY)¹.

Ky raport (GBD, 2004) vlerëson gjithashtu se deri në vitin 2030, Çrregullimet Depressive Unipolare do të renditen në vendin e parë (DALY: 6.2%) në 10 shkatarët kryesorë të viteve të shëndetëshme të humbura si pasojë e sëmundjeve, pasuar nga sëmundjet ishemike të zemrës dhe aksidentet rrugore.

Tabela 4. Renditja e Çrregullimeve Depressive Unipolare (DALY) sipas rajoneve të OBSH-së

Sipas rajoneve të OBSH-ës	Renditja *	DALY (milionë)	DALY %
Afrika	-	-	-
Kontinentet Amerikane	1	10.8	7.5
Mesdheu Lindor	7	5.2	3.7
Europa	3	8.4	5.6
Azia Juglindore	4	21.1	4.8
Paqësori Perëndimor	2	15.2	5.7

Çrregullimet mendore tek gratë

Çrregullimet mendore janë një faktor i rëndësishëm në humbjen e viteve të shëndetëshme tek gratë e moshës 15-44 vjeç. Ato zënë vendin e tretë në renditjen e 10 faktorëve kryesorë në barrën e sëmundjeve për vendet me zhvillim të ulët dhe të mesëm, si dhe renditen në vendin e katërt në 10-shen e shkaqeve të DALY për vendet e zhvilluara. Depresioni është shkaktari kryesor i barrës së sëmundshmërisë për gratë në vendet me

zhvillim të lartë, të mesëm dhe të ulët. Vetëvrasjet, gjithashtu renditen në 10 shkatarët kryesorë.

Buxheti dhe shërbimet e trajtimit

Sipas një raporti global të OBSH-ës mbi Shërbimet e Shëndetit Mendor, vetëm 36% e popullsisë së njerëzve që jetojnë në vendet me të ardhura të pakta, mbulohen nga legjislacionet për shëndetin mendor, krahasuar me vendet e zhvilluara të cilat mbulojnë 92% të popullsisë. Gjithashtu, vlerësohet se në të gjithë globin, për vendet në zhvillim,

¹ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

shpenzohet me pak se US \$ 0.25 në vit për shërbimet në shëndetin mendor (OBSh, 2005). Sipas një vlerësimi të shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri të kryer nga OBSh (WHO, 2005), vetëm 3% e buxhetit total të qeverisë shqiptare shkon për shëndetin dhe 97% e kostos për shërbimet shëndetësore mendore shpenzohet për spitalet psikiatrike. Ende nuk është akorduar një buxhet specifik për shërbimet e shëndetit mendor në vend. Ndërkohë që medikamentet

që përdoren për trajtimin e çregullimeve mendore janë pjesërisht të rimbursueshme nga ISKSH.¹

Shpenzimet mesatare të shëndetit mendor për frymë në nivel global janë US \$ 1,63 me variacion të lartë midis vendeve me zhvillim të ulët që variojnë nga US \$ 0.20 në US \$ 44.84 në vendet me zhvillim të lartë. Vlerësohet se në nivel global, 67% e buxhetit shkon për shpenzimet e spitaleve psikiatrike (WHO, 2005).

Tabela 5. Shërbimet e Shëndetit Mendor të disponueshme në rang vendi (WHO, 2011b)

	Numri total i qendrave/shtretërve	Vlera në 100.000 banorë	Numri i qendrave/shtretërve për fëmijë dhe adoleshent	Vlera në 100.000 banorë
Qendra ambulatorie të shëndetit Mendor	20	0.63	2	0.06
Qendra ditore	3	0.09	IPD*	IPD
Shtretër për Shërbime psikiatrike në Spitalet e përgjithshme	130	4.1	15	0.47
Qendra rezidenciale komunitare	9	0.28	IPD	IPD
Qendra komunitare me shtretër	99	3.12	IPD	IPD
Spitale mendore	2	0.06	IPD	IPD
Shtretër në Spitale psikiatrike	520	16.41	IPD	IPD

* Informacion i pa disponueshëm (IPD)

Sipas vlerësimit të OBSh-së (2005a), në vitin 2004 shumica (51- 80%) e mjekëve të familjes (MF) që punojnë me kohë të plotë, kryenin mesatarisht të paktën një referim në muaj të pacientëve tek profesionistët e shëndetit mendor, por vetëm një përqindje e vogël e tyre MF (20%) mbanin kontakte të përmuajshme me profesionistët e shëndetit mendor. Gjithashtu, rezultoi se një përqindje e vogël e shërbimeve të shëndetit mendor (20%) mbanin kontakte me profesionistët

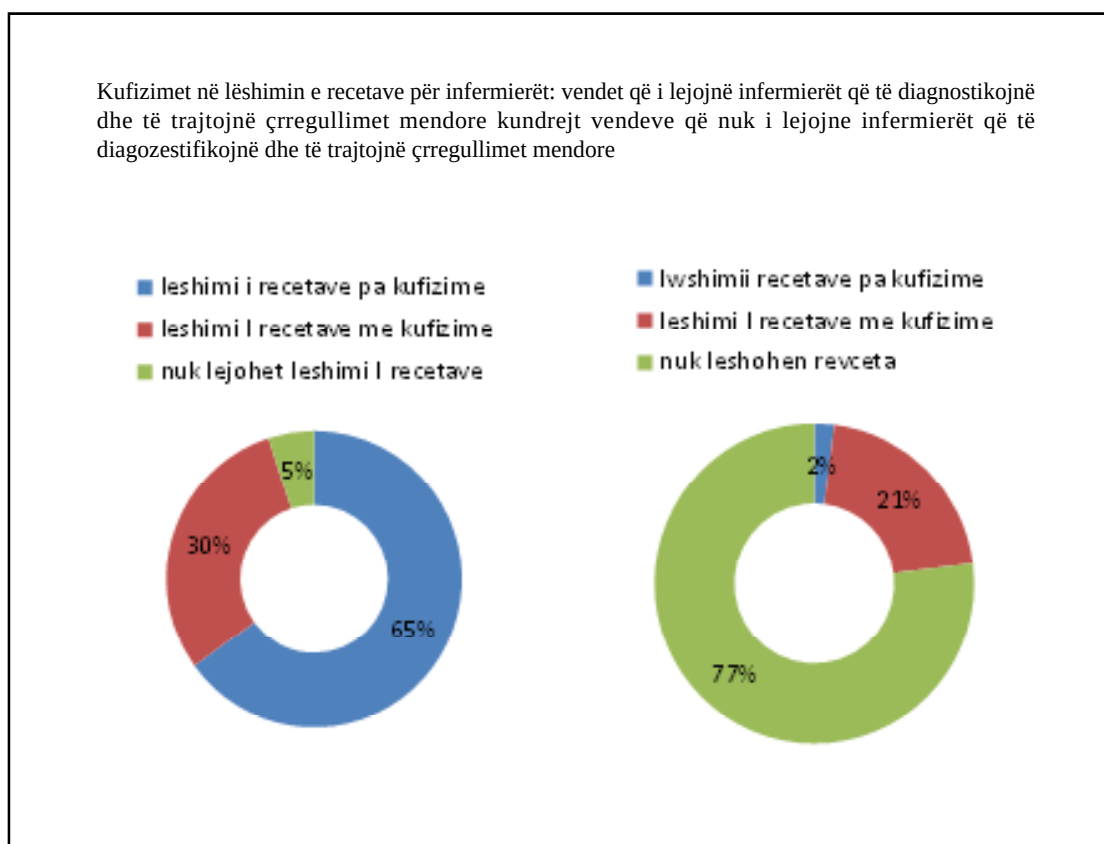
e shërbimeve të tjera shëndetësore. Ligji mbi siguracionet shëndetësore lejon pjesërisht mjekët e familjes që të lëshojnë receta për medikamentet psikotrope, vetëm për disa kategori të caktuara medikamentesh. Në rang global, 56% e shteteve që janë përfshirë në studim Nr. Total 174, lejojnë mjekët e familjes që të lëshojnë receta për medikamente psikotrope pa asnjë kufizim, ndërsa 40% e shteteve lejojnë në mënyrë të kufizuar lëshimin e recetave nga MF. 3% të

²http://www.isksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/lista_barnave/lbr%20914.pdf

shteteve nuk lejonin MF që të lëshonte receta për medikamente të çrregullimeve mendore (WHO, 2011a). Infermierët dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë, përveç mjekëve, nuk lejohen në asnjë rrethanë që të lëshojnë receta për medikamentet për trajtimin e çrregullimeve

mendore. Sipas raportit Global “Mental Health Atlas, 2011” 71% e vendeve nuk lejonin infermierët që të lëshojnë receta, 26% e vendeve e lejonin me kufizime dhe 3% pa kufizime (WHO, 2011a).

Figura 1. Krahasoni i % së infermierëve që u lejonet diagnostikimi dhe trajtimi me medikamente, si dhe infermierëve që nuk ju lejonet, që të diagnostikojnë dhe trajtojnë me medikamente (WHO, 2011a)



Në shumicën e shërbimeve primare medikamentet psikotrope ishin të disponueshme në farmacitë

pranë këtyre shërbimeve gjatë vitit.

Tabela 5. Aksesit ndaj shërbimeve

	Për 100.000 banorë	Femra %	Nën 18 vjeç %
Personat e trajtuar në qendrat ambulatorë të shëndetit mendor	IPD	IPD	IPD
Personat e trajtuar në qendrat ditore të shëndetit mendor	3.16	IPD	IPD
Pranimet në spitalet e përgjithshme me shtretër për sëmundjet mendore	51.88	IPD	IPD
Personat që qëndrojnë në qendrat komunitare rezidenciale deri në fund të vitit	2.52	IPD	IPD
Pranimi në spitalet mendore	23.07	IPD	IPD

Tabela 6. Koha e qëndrimit të pacientëve në spitalet e shëndetit mendor, në %

Më pak se 1 vit	18%
Më shumë se 1 vit dhe më pak se 5 vjet	17%
Më shumë se 5 vjet	64%

Sipas raportit të OBSH-së për vitin 2004, 748 individë në 100.000 banorë kanë kontaktuar të paktën 1 herë me stafin e shëndetit mendor në qendrat ambulatorë, 9.8 pacientë kanë frekuentuar të paktën një herë qendrat ditore, 40 pacientë janë pranuar në spitale për trajtim, 0.4 në qendrat komunitare rezidenciale dhe 1.8 në qendrat ligjore psikiatrike (WHO, 2005). Vlera mesatare e kontakteve për pacientë është

3, ndërsa vlera mesatare e qëndrimit të pacientëve në qendrat komunitare është 31, në qendra komunitare rezidenciale është 314 ditë dhe në spitale është 122 ditë.

Po sipas raportit të OBSH-së, $\frac{1}{4}$ e numrit të pacientëve që qëndronin në spital për trajtim ishte më pak se një vit, ndërsa 44% e pacientëve në trajtim spitalor qëndronin me shumë se 5 vjet (WHO, 2005).

Figura 2. Pacientët e trajtuar në Qendrat e Shëndetit Mendor sipas diagnozës

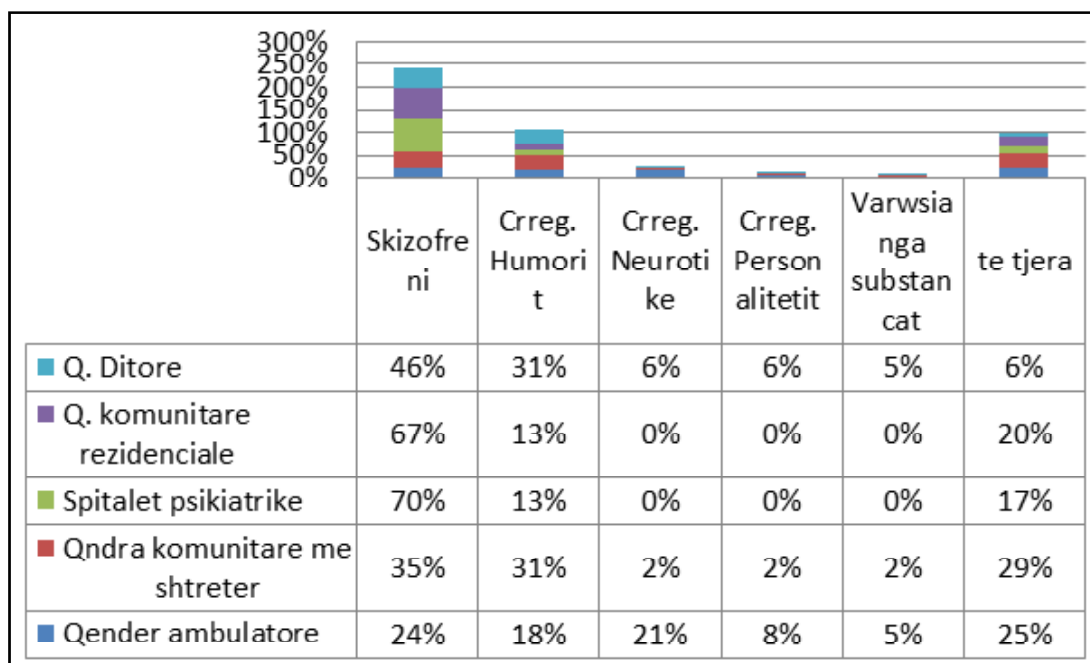


Tabela 7. Burimet njerëzore dhe edukimi në vazhdim

	Profesionistët shëndetësorë të cilët punojnë në sektorin e Shëndetit Mendor. Vlera në 100.000 banorë	Trajnimi i profesionistëve shëndetësorë në institucionet edukuese. Vlera në 100.000 banorë
Psikiatër	1.83	0.16
Mjekë, jo specialistë të shëndetit mendor	0.63	6.31
Infermierë	6.18	IPD
Psikologë	1.29	IPD
Punonjës socialë	1.1	IPD
Terapistë okupacionalë	0.09	NA*
Punonjës të tjerë shëndetësorë	NA	NA

Në Shqipëri, numri i psikiatërve për 100.000 banorë është 1.8; në nivel global, numri i psikiatërve në vendet me zhvillim të mesëm është 2.03, në vendet me zhvillim të ulët është 0.53, ndërsa në vendet me zhvillim të lartë është 8.59 psikiatër për 100.000 banorë (WHO, 2011a). Shqipëria renditet në vendet me zhvillim të mesëm ekonomik.

Sistemi i të dhënave

Në shërbimet shëndetësore shqiptare të dhënat e pacientëve që referohen për trajtim, regjistrohen dhe raportohen në kartelat dhe regjistrat e vizitave.

Tabela 8. Sistemi i të dhënave lidhur me pacientët me sëmundje mendore

	Të dhëna mbi numrin e njerëzve/mbledhja dhe raportimi i aktiviteteve.	Të dhënat për moshën dhe gjininë mbledhen dhe raportohen.	Të dhënat për diagnozën e pacientëve shënohen dhe raportohen
Individe me çrregullime mendore që trajtohen në shërbime shëndetësore primare.	Po	Jo	Po
Ndërhyrje (psiko-farmakologjike dhe psiko-sociale) ofrohen në shërbimet primare shëndetësore për individët me probleme të shëndetit mendor.	Po	Jo	Po
Persona me probleme mendore të trajtuar në qendrat ambulatorë	Jo	Jo	Jo
Kontakte në qendra ambulatorë të shëndetit mendor	Jo	Jo	Jo
Individë që trajtohen në qendra ditore të shëndetit mendor	Jo	Jo	Jo
Pranime në spitale të përgjithshme më shtretër për shërbime psikiatrike	Po	Po	Po
Pranime në spitale të Shëndetit mendor	Po	Po	Po
Ditët që shpenzojnë në spitalet psikiatrike	Po	Po	Po
Pranimet në qendrat komunitare rezidenciale.	IPD	IPD	IPD

Kutia përmbledhëse**Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?**

Çrregullimet mendore përbëjnë një shqetësim serioz për popullatat dhe sistemet shëndetësore në të gjithë botën, duke qënë se ato janë përgjegjëse për një pjesë të konsiderueshme të barrës së sëmundshmërisë në terma të indikatorit DALY-t. Në vendin tonë çështjet e shëndetit mendor rregullohen nëpërmjet legjislacionit përkatës. Megjithatë, të dhënat lidhur me indikatorët e shëndetit mendor në Shqipëri janë ende të paplota.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Ky raport hedh dritë lidhur me disa indikatorë të rëndësishëm të shëndetit mendor në Shqipëri, duke përfshirë edhe shërbimet për këto gjendje shëndetësore.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Është e domosdoshme që çrregullimet mendore në popullatë të depistohen herët dhe të ndërhyhet në kohë dhe në mënyrë të përshtatshme. Për këtë është e nevojshme ngritja dhe forcimi i kapaciteteve në funksion të shëndetit mendor në përgjithësi dhe realizimi i ndërhyrjeve specifike të ndryshme.

Konkluzione

Ky studim bën një pasqyrim të të dhënave epidemiologjike, të barrës së sëmundshmërisë dhe vitet e shëndetëshme të humbura si shkak i paaftësisë (DALY) të çrregullimeve mendore në rang global. Gjithashtu, ky studim ofron një rishikim të dokumenteve dhe rapoteve të cilat pasqyrojnë strukturën e shërbimeve aktuale të shëndetit mendor në Shqipëri.

Është e rëndësishme kryerja e studimeve që mundësojnë depistimin e hershëm të zhvillimit të çrregullimeve mendore në popullatë, identifikimin e rreziqeve që prekin grupet vulnerabël, njohjen e faktorëve predispozues dhe aplikimi i ndërhyrjeve parandaluese në shërbimet me bazë komunitare, të tilla si: shkollat, qendrat shëndetësore, organizatat

etj, në mënyrë që të ndërhyhet në kohë dhe në mënyrë të përshtatshme për të parandaluar këto gjendje dhe/ose përmirësuar ato ekzistuese. Në këto ndërhyrje mund të përfshihet ngritja e shërbimeve të shëndetit mendor në komunitet, sidomos në zonat rurale dhe përmirësimi i strukturave ekzistuese, rritja e numrit të profesionistëve në shërbimet shëndetësore primare (ekipe multidisciplinare) dhe rritja e kapaciteteve të profesionistëve shëndetësorë në komunitet me qëllim depistimin e hershëm të çrregullimeve mendore në këto popullata si dhe ndërhyrjet specifike të tilla si: këshillimi, trajtimi dhe referimi drejt hallkave të tjera të sistemi shëndetësor.

Bibliografia

Hajdini.G (2009). Health in Albania: National Background Report. Institute of Public Health, 2009.

Ministria e Shëndetësisë (2012). Paketa e akteve Nënligjore të Mbështetura në Ligjin Nr.44/2012"Për Shëndetin Mendor".

WHO (2004). World Health Organization. Global Burden of Disease, 2004.

WHO (2005). World Health Organization: Mental Health System in Albania: A EHO-AIMS Report, 2005.

WHO (2011a). World Health Organization: Mental Health Atlas, 2011.

WHO (2011b). World Health Organization: Mental Health Atlas: Albania, 2011.



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