

PERMBLEDHJE PER STUDENTET

MASTER PROFESIONAL NË MENAXHIM SHËNDETËSOR

SHTATOR 2018



Përcaktuesit Social dhe të Sjelljes në Shëndetësi

Me mbështetjen e



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



PËRMBAJTJA E LËNDËS

1. Hyrje në përcaktuesit social dhe sjelljes të shëndetit
2. Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave (1)
3. Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave (2)
4. Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet (1)
5. Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet (2)
6. Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (1)
7. Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (2)
8. Pabarazitë në të ardhura dhe shëndeti
9. Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet
10. Rrjetet sociale, mbështetja sociale dhe shëndeti
11. Ndikimi i zonave të banimit në shëndet
12. Kapitali social, kohezioni social dhe shëndeti
13. Mjedisi psikosocial i punës
14. Ndërhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes (1)
15. Ndërhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes (2)



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË

MIRATOI

Prof.Dr. Enver ROSHI

Përgjegjës i Departamentit të Shëndeti Publik

Programi i Studimit: **Master Profesional në Menaxhim Shendetesor**

Viti Akademik 2017-2018

Titulli i lëndës : “Përcaktuesit socialë dhe të sjelljes në shëndetësi”						
Lloji i Lëndës	ECTS	Orë mësimi në auditor				Totali
		Leksion	Seminar	Laborator	Praktikë	
B	3	15		0	22.5	37.5
Viti/Semestri kur zhvillohet lënda		Viti I, Semestri I				
Lektori/Pedagogu i lëndës		Prof. Gentiana Qirjako Prof. As Alban Ylli.				
E detyruar/me zgjedhje		E detyruar				
Parakushte (t) për lëndën		Jo				
Përshkrimi i lëndës	Gjatë këtij kursi, studentët do të eksplorojnë mbi përcaktuesit shoqërorë dhe të sjelljes së shëndetit dhe do ta analizojnë domethënien e tyre për profesionistët e shëndetit publik në mjediset e komunitetit vendas dhe ndërkombëtar. Përcaktuesit socialë të shëndetit janë kushtet shoqërore, faktorët dhe sistemet që i vendosin njerëzit nga grupe të ndryshme sociodemografike dhe socioekonomike (klasa sociale, gjinia, raca / etnia dhe vendi i lindjes) në rrezik të diferencuar të shëndetit të dobët dhe vdekshmërisë së parakohshme. Përcaktuesit e sjelljes së shëndetit janë sjelljet njerëzore që ndikojnë në rrezikun e marrjes së sëmundjeve dhe përjetimin e shëndetit të dobët.					
Objektivat e lëndës	Qëllimi i këtij moduli është të sigurojë një pasqyrë të teorive dhe parimeve që mund të përdoren për të shpjeguar se si faktorët socialë dhe sjelljet njerëzore ndikojnë në shëndet. Kursi do të përqendrohet në përcaktuesit shoqëror dhe në sjelljen e shëndetit dhe do të përfshijë angazhimin aktiv me mjedisin ndërsa shqyrtojmë shkaqet dhe rrugët për shëndetin dhe sëmundjet. Specifikisht, moduli synon të rrisë dhe përmirësojë njohuritë, aftësitë dhe qëndrimet mbi përcaktorët e shëndetit, nëpërmjet: • Përvetësimit të njohurive bazë mbi përcaktorët socialë dhe të sjelljes të lidhur me shëndetin • Kuptimit të rolit që kanë përcaktorët socialë dhe të sjelljes në pabarazitë në shëndet. • Aftësisit për të identifikuar rolin e çdo përcaktori social dhe të sjelljes në pasojat shëndetësore.					
Rezultatet e pritshme	Pas përfundimit të këtij moduli, studentët do të jenë në gjendje të: • Përcaktojnë termin "përcaktues social dhe të sjelljes të lidhur me shëndetin". • Analizojnë, interpretojnë dhe paraqesin të dhëna të bazuara në evidenca mbi përcaktuesit socialë dhe të sjelljes së shëndetit. • Diskutojnë se si faktorët socialë dhe të sjelljes influencojnë shëndetin, pasojat dhe pabarazitë shëndetësore. • Shpjegojnë dallimin midis strategjive të parandalimit të "rrezikut të lartë" dhe "popullatave". • Përcaktojnë termin "SES gradient në shëndetësi" dhe diskutojnë shpjegime alternative për të. • Përshkruajnë mekanizmat dhe rrugët përmes të cilave të ardhurat dhe arsimi ndikojnë në rezultatet shëndetësore. • Dallojnë ndryshimet midis koncepteve të pabarazisë në të ardhura, privimit absolut dhe atij relative.					

	• Diskutojnë evidencat empirike që lidhin pabarazinë e të ardhurave me shëndetin e popullatës dhe debatet / polemikat në këtë fushë. • Analizojnë shembujt e diskriminimit racial në nivele të ndryshme të veprimit (institucional, ndërpersonal, internacional). • Përcaktojnë dhe dallojnë konceptet e "rrjeteve sociale" dhe "mbështetjes sociale". • Diskutoni rolin e balancës së punës / jetës në shëndetin e punonjësve
Mënyra e vlerësimit	• Vlerësimi i vazhduar 20 % ▪ <i>Frekuentimi</i> 5% ▪ <i>Aktivizimi</i> 15%, • Provimi përfundimtar 80 %.
Literatura e detyruar	1. Berkman LF and Kawachi I (eds). Social Epidemiology . New York: Oxford University Press, 2000; 2. Marmot M and Wilkinson RG (eds). Social Determinants of Health, 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2006. Recommended: Scientific papers
Literatura e rekomanduar	Wilkinson R. Marmot M. Social determinants of health: The solid facts. Second edition

Java	Temat teorike: Leksione
1	Hyrje në përcaktuesit social dhe sjelljes të shëndetit
2	Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave (1).
3	Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave (2).
4	Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet (1)
5	Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet (2)
6	Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (1)
7	Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (2)
8	Pabarazitë në të ardhura dhe shëndeti
9	Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet
10	Rrjetet sociale, mbështetja sociale dhe shëndeti
11	Ndikimi i zonave të banimit në shëndet
12	Kapitali social, kohezioni social dhe shëndeti
13	Mjedisi psikosocial i punës
14	Ndërrhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes (1)
15	Ndërrhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes (2)
Java	Temat e ushtrimeve/praktikave
1	Hyrje në përcaktuesit social dhe sjelljes të shëndetit. Përcaktimi i termit "Përcaktorë të shëndetit"
2	Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave.
3	Rast studimor: Si ndikojnë faktorët socialë dhe të sjelljes në shëndet, pasojat shëndetësore dhe pabarazitë në shëndet?
4	Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet
5	Rast studimor mbi teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet
6	Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti
7	Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti. Diskutim mbi termin "Gradient SES në shëndetësi", dhe sqarime alternative për të.
8	Pabarazitë në të ardhura dhe shëndeti
9	Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet
10	Rrjetet sociale, mbështetja sociale dhe shëndeti

11	Ndikimi i zonave të banimit në shëndet
12	Kapitali social, kohezioni social dhe shëndeti
13	Mjedisi psikosocial i punës
14	Ndërhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes.
15	Ndërhyrjet dhe politikat sociale dhe të sjelljes. Rast studimor

Titullari i Lëndës

Prof. Gentiana Qirjako

Pedagogu i Lëndës

Prof. Gentiana Qirjako

Prof. Asc. Alban Ylli

TEMA 1: Hyrje në përcaktuesit social dhe sjelljes të shëndetit

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë të gjendje të:

- Të familiarizohen me nocionet dhe konceptet kryesore të lidhura me përcaktorët social dhe të sjelljes;
- Të ndërgjegjësohen dhe të kuptojnë lidhjen e ngushtë mes gjendjes shëndetësore dhe përcaktorëve social dhe të sjelljes;
- Të kuptojnë impaktin e determinantëve social dhe të sjelljes mbi barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë.

PËRKUFIZIME

Përcaktorët socialë – sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), përcaktorët social të shëndetit janë *kushtet* në të cilat njerëzit lindin, jetojnë, punojnë dhe moshohen (plaken). Këto kushte përcaktohen nga shpërndarja e të mirave materiale, fuqisë dhe burimeve në dispozicion në rang global, nivel kombëtar dhe në nivel local (vendor). Përcaktorët socialë të shëndetit janë kryesisht përgjegjës për pabarazitë shëndetësore që ekzistojnë mes grupeve të ndryshme të popullatës – këto janë pabarazi të pa drejta dhe të evitueshme në gjendjen shëndetësore të vendeve të ndryshme, por edhe mes nën-grupeve të ndryshme të popullatës brenda të njëjtit vend.

Përcaktorët e sjelljes – janë faktorët e stilit (mënyrës) së jetesës të individëve që ndikojnë në gradientin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë. Sjelljet shëndetësore të individëve të ndryshëm mund të jenë të qëllimshme (me vullnet të plotë), ose të pa qëllimshme (të pa vullnetshme), në varësi të resurseve, kontekstit dhe mjedisit në të cilin jetojnë individët e ndryshëm në popullatë.

Sjelljet që ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë ose të tërthortë në gjendjen shëndetësore janë të shumta dhe, minimalisht, përfshijnë duhanpirjen, konsumin e alkoolit, përdorimin e drogave, faktorët e ushqyerjes, aktivitetin fizik, gjumin, praktikën seksuale, përdorimin e rripit të sigurimit, mos-ngarjen e makinës nën efektin e alkoolit apo substancave të tjera, kumarin, vartësinë ndaj lojërave elektronike, varësinë ndaj Internetit, kontrollin shëndetësor dhe vizitat mjekësore, si dhe aderencën (kompliancën) me trajtimet (terapitë) mjekësore në rast nevojë.

Konsiderata të përgjithshme mbi përcaktorët (determinantët) shëndetësorë

Karakteristikat individuale janë të një rëndësie të veçantë në përcaktimin e ngjarjeve shëndetësore në popullatë.

Karakteristika të tilla përfshijnë:

- Faktorët demografikë: gjinia, mosha, raca, apo grupet etnike;
- Faktorët biologjikë: parametrat biokimikë si, përqëndrimi në gjak i niveleve të enzimave, anti-trupave, etj.;
- Faktorët gjenetikë: grupi i gjakut, profili gjenetik;
- Faktorët social-ekonomikë: niveli ekonomik, arsimor, profesioni, gjendja e punësimit, etj.;
- Stili apo mënyra e jetesës: duhanpirja, konsumi i alkoolit, përdorimi i drogave, aktiviteti fizik, sjelljet seksuale, apo faktorët dietetikë.

Megjithatë, diskutimi i determinantëve ose përcaktorëve të shëndetit duhet të marrë në konsideratë jo vetëm faktorët individualë, por edhe faktorët që operojnë në nivele të tjera.

Nga kjo pikëpamje, dallohen katër grupe faktorësh që përcaktojnë shëndetin e popullatës, ashtu si më poshtë vijon:

- Faktorët individualë
- Faktorët mjedisorë
- Mënyra e jetesës
- Shërbimet shëndetësore

Faktorët individualë

Faktorët individualë konsiderohen, përgjithësisht, *jo të modifikueshëm* ngaqë në këtë grup faktorësh përfshihen kryesisht faktorë që i atribuohen konstitucionit (profilit gjenetik) të individëve.

Nga kjo pikëpamje, herediteti (trashëgimia) dhe profili gjenetik konsiderohen si faktorë, përgjithësisht, *jo të modifikueshëm*.

Faktorët mjedisorë

Nga ana tjetër, faktorët ambientalë (ose mjedisorë) konsiderohen pjesërisht të *modifikueshëm* ngaqë në këtë kategor përfshihen faktorë parimisht të modifikueshëm, ashtu sikundër edhe faktorë të tjerë që (parimisht) nuk janë të modifikueshëm.

Më konkretisht, në grupin e faktorëve mjedisorë përfshihen faktorët e mëposhtëm:

- Faktorët fizikë
- Faktorët kimikë
- Faktorët biologjikë
- *Faktorët social-ekonomikë*

Është pikërisht ky grup i fundit, pra faktorët social-ekonomikë, që përbëjnë edhe një interes të shtuar dhe janë në fokus të këtij moduli së bashku me faktorët e sjelljes.

Mënyra e jetesës

Faktorët e lidhur me stilin ose mënyrën e jetesës konsiderohen parimisht si faktorë krejtësisht të *modifikueshëm*. Në këtë kategori përfshihen, minimalisht, faktorët e mëposhtëm:

- Ushqyerja
- Duhanpirja
- Konsumi i alkoolit
- Drogat
- Sjelljet seksuale
- Siguria rrugore
- Kumari
- “Teknologjia”

Shërbimet shëndetësore

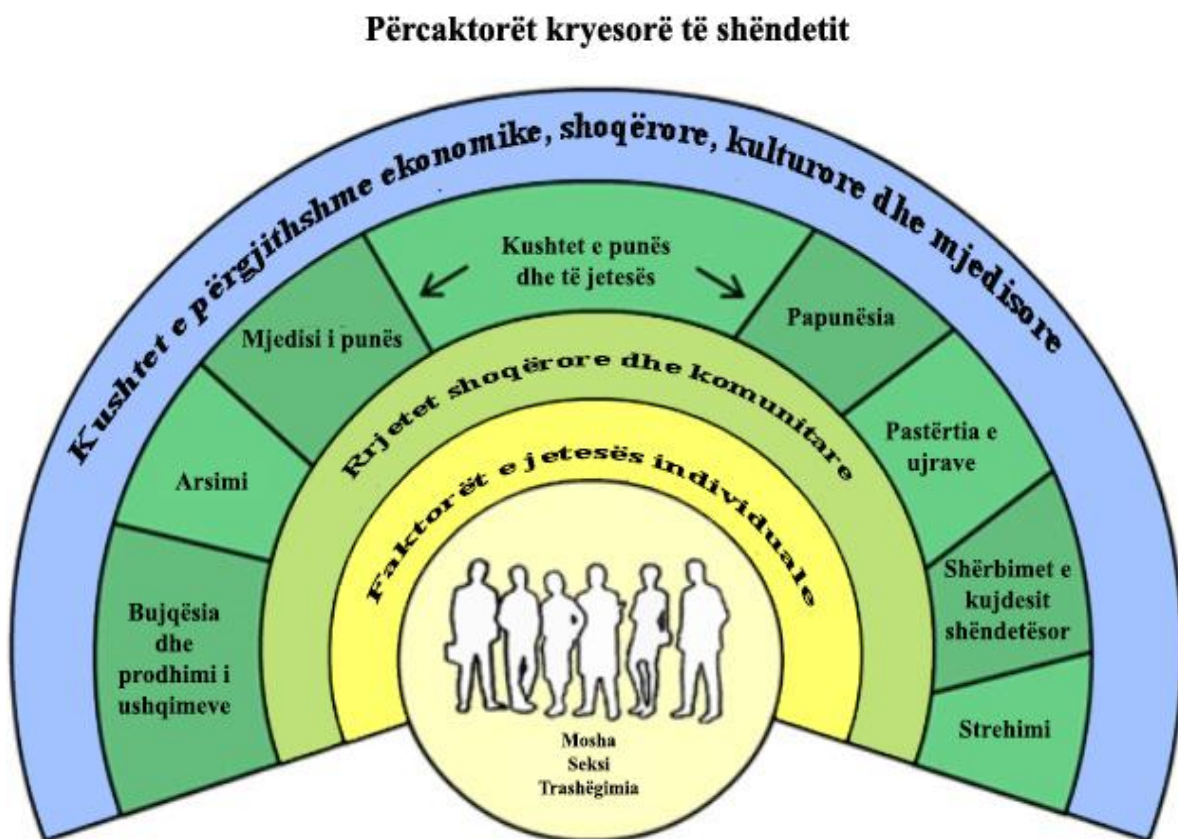
Faktorët e lidhur me sasinë dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor konsiderohen, parimisht, krejtësisht të *modifikueshëm*. Nga ky këndvështrim, faktorët e lidhur me disponueshmërinë e shërbimeve, aksesin ndaj shërbimeve, përballueshmërinë financiare, si dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore konsiderohen si faktorë të cilët

mund të modifikohen pozitivisht (d.m.th., mund të përmirësohen gradualisht) për të gjithë individët e popullatës.

Sasia dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore reflekton edhe stadin e evolucionit të një shoqërie në një periudhë kohore të caktuar, mënyrën e organizimit të shqërisë, si dhe vlerat e parimet e përqafuara.

Skema përmbledhëse e përcaktorëve shëndetësorë

Një skemë (diagramë) përmbledhëse e përcaktorëve madhorë të gjendjes shëndetësore të popullatës paraqitet më poshtë (burimi: Dahlgren & Whitehead, 1991):



Kjo qasje multi-faktoriale ndaj shëndetit diferencon qartë faktorët individual kundrejt faktorëve social, duke ofruar në këtë mënyrë një diagramë me disa shtresa (nivele) që ndërveprojnë me njëra-tjetrën.

Në qendër të diagramës janë atributet e trashëguara, ose konstitucionale që aplikohen në nivel individual si moshë, gjinia, apo faktorët hereditarë.

Niveli tjetër sugjeron që gjendja shëndetësore shpjegohet pjesërisht si rezultat i faktorëve individual të lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës përfshi duhanpirjen, aktivitetin fizik dhe faktorët e lidhur me ushqyrjen.

Shtresa apo niveli tjetër i diagramës tërheq vëmendjen drejt lidhjeve (marrëdhënieve) familjare, miqtë dhe personat e tjerë të afërt të komunitetit (mjedisit shoqëror dhe komunitar). Këto konsiderohen si faktorë të rëndësishëm të shëndetit – faktorë individualë dhe komunitarë.

Niveli tjetër fokusohet mbi kushtet e punës dhe kushtet e jetesës së individëve – strehimi, gjendja e punësimit, aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore, e kështu me radhë.

Niveli tjetër nënvizon dhe thekson kontekstin më të gjerë social-ekonomik dhe kulturor, si dhe mjedisin rrethues, ndryshimet dhe kontekstin politik, sistemin shoqëror, dhe në përgjithësi organizimin dhe strukturën e një shoqërie të caktuar. Këto dy nivele të fundit janë gjithashtu faktorë shumë të rëndësishëm që përcaktojnë shëndetin e individëve të popullatës.

Pavarësisht se kjo diagramë nuk e pasqyron në mënyrë eksplicite, ekziston një ndërveprim i ngushtë mes shtresave (niveleve) të ndryshme të faktorëve përcaktues të shëndetit. Për shembull, shkurtime në sistemin e mbrojtjes sociale mund të ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në aksesin e individëve të caktuar për një strehim përshtatshëm, faktor i cili nga ana e tij ndikon në mënyrë të drejtpërdrejtë në gjendjen e tyre shëndetësore.

Qasja jetësore

Prej dekadash tashmë njihet mirë dhe pranohet gjerësisht koncepti i qasjes jetësore të determinantëve apo faktorëve përcaktues të shëndetit. Statet kryesore të jetës së individëve kanë një rëndësi të madhe në përcaktimin e gjendjes së tyre shëndetësore.

Nga kjo pikëpamje, qasja jetësore merr në konsideratë dhe adreson rëndësinë e gjithë këtyre fazave. Në këtë mënyrë, prej dekadash tashmë ka një interes shumë të madh lidhur me studimin dhe vlerësimin konkret të impaktit të përcaktorëve shëndetësorë përgjatë gjithë ciklit jetësor të individëve të nën-gupeve të ndryshëm të popullatës.

Qasja jetësore hulumton efektet afatgjata të determinantëve (përcaktorëve) fizikë dhe socialë që operojnë që gjatë shtatzanisë, fëmijërisë së hershme, adoleshencës, rinisë së hershme dhe më pas jetës së mëvonshme të adultëve.

Kjo qasje jetësore ngërthen gjithashtu edhe shtigjet biologjike, të sjelljes dhe ato psiko-sociale që influencojnë zhvillimin e sëmundjeve të ndryshme dhe që ndikojnë përgjatë gjithë ciklit jetësor të individëve, madje edhe përmes gjeneratave (breznive) të ndryshme.

Qasja jetësore thekson perspektivën kohore dhe shoqërore, duke hedhur vështirimin mbi eksperiencat e përfutuara në të gjitha stadet e jetës së individëve, si dhe të brezave (gjeneratave) të ndryshme për të kuptuar dhe vlerësuar drejtë modelet aktuale të sëmundshmërisë dhe rolin specifik të të gjithë determinantëve shëndetësorë në stade (etapa) të ndryshme të ciklit jetësor.

Kjo qasje nënkupton një ndërveprim dhe lidhje të ngushtë mes faktorëve individualë dhe atyre social-ekonomikë në kontekstin e gjerë, duke konsideruar gjithashtu edhe kontekstin kulturor, sistemin politik dhe organizimin shoqëror.

Konvencionalisht, qasja jetësore është adaptuar për studimin kryesisht të sëmundjeve kronike, por kjo qasje është njëlojtë e vlefshme edhe për sëmundjet infektive, shëndetin riprodhues, si dhe gjendjen e përgjithshme shëndetësore dhe mirëqenien e individëve.

Bashkëpunimi mes shkencave mjekësore dhe disiplinave shoqërore theksohet me të madhe dhe është gjithmonë në fokusin e qasjes jetësore, përse kohë që kuptimi i modeleve shoqërore në etiologjinë dhe proceset e shumë sëmundjeve është i një rëndësie të dorës së parë.

Ndërveprimi i determinantëve shëndetësorë

Në mënyrë që gjendja shëndetësore e individëve të popullatës të konceptohet si një konstrukt social duhet kuptuar qartë ndërveprimi dhe marrëdhënia e ngushtë mes determinantëve (përcaktorëve) të ndryshëm shëndetësorë.

Ndërveprimi apo lidhja e ngushtë mes përcaktorëve të ndryshëm shëndetësorë mund të ilustruhet në mënyra të shumta. Gjithsesi, është shumë e rëndësishme që të përcaktohet qartë mënyra e ndërveprimit të këtyre përcaktorëve shëndetësorë dhe e efektit sinergjik ose antagonist që rezulton nga ndërveprimi i tyre. Ndërveprimi permanent i determinantëve shëndetësorë krijon një efekt kumulativ në gjendjen shëndetësore të individëve të popullatës.

Secili përcaktor shëndetësor ndikon tek përcaktorët e tjerë. Ky është rasti i pothuajse të gjithë determinantëve (faktorëve) që bëjnë pjesë në katër kategoritë e mëdha të përcaktorëve shëndetësorë të përmendur më lart (faktorët individualë, faktorët mjedisorë, faktorët e lidhur me stilin/mënyrën e jetesës, dhe faktorët e lidhur me shërbimet e kujdesit shëndetësor).

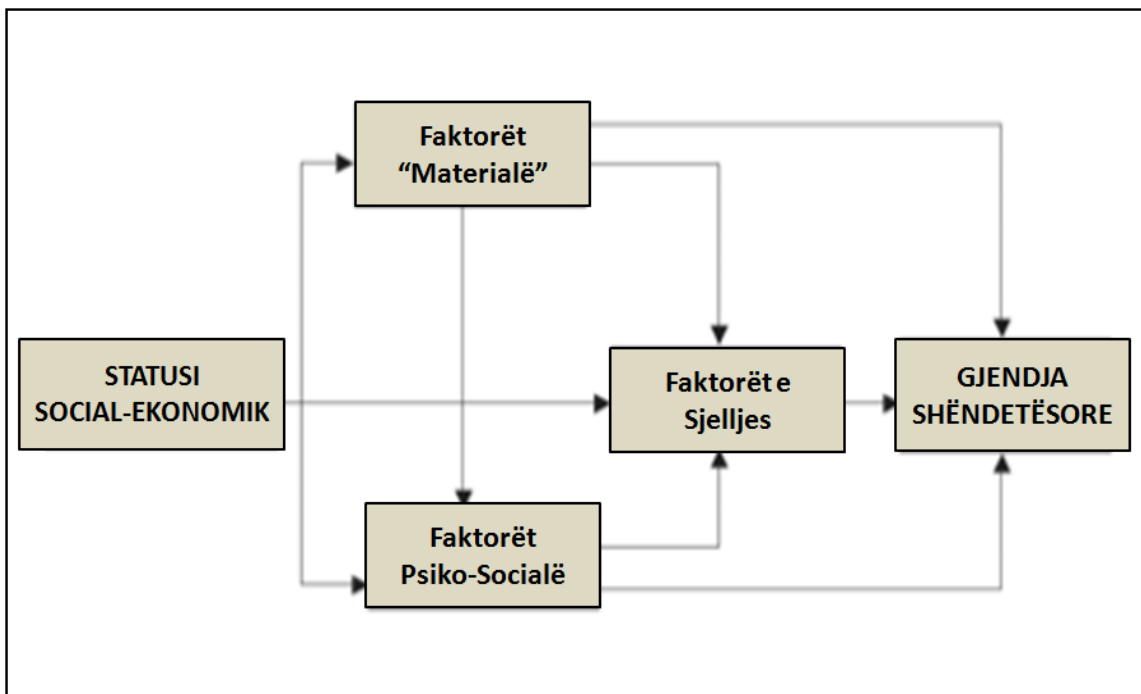
Kuptimi i drejtë i ndërveprimit të determinantëve shëndetësorë adreson një aspekt shumë të rëndësishëm që ka të bëjë me kompleksitetin e shëndetit si përgjegjësi sa individuale aq edhe kolektive.

Në fakt, OBSH-ja e mirënjeh efektin dhe rolin ndërveprues të përcaktorëve shëndetësorë. Prandaj edhe OBSH-ja ka adaptuar prej kohësh një përkufizim holistik (gjithëpërfshirës) të shëndetit, duke nënkuptuar qartë gamën e gjerë të përcaktorëve (faktorëve) që ndikojnë në gjendjen shëndetësore dhe ndërveprimin e vazhdueshëm të këtyre faktorëve në nivel individual dhe komunitar.

Një model i ndërveprimit të përcaktorëve shëndetësorë

Më poshtë përshkruhet një diagramë e thjeshtëzuar e ndërveprimit të disa determinantëve (përcaktorëve) shëndetësorë përfshi karakteristikat social-ekonomike të individëve, faktorët materialë, faktorët e lidhur me stilin (mënyrën) e jetesës, si dhe faktorët psiko-socialë.

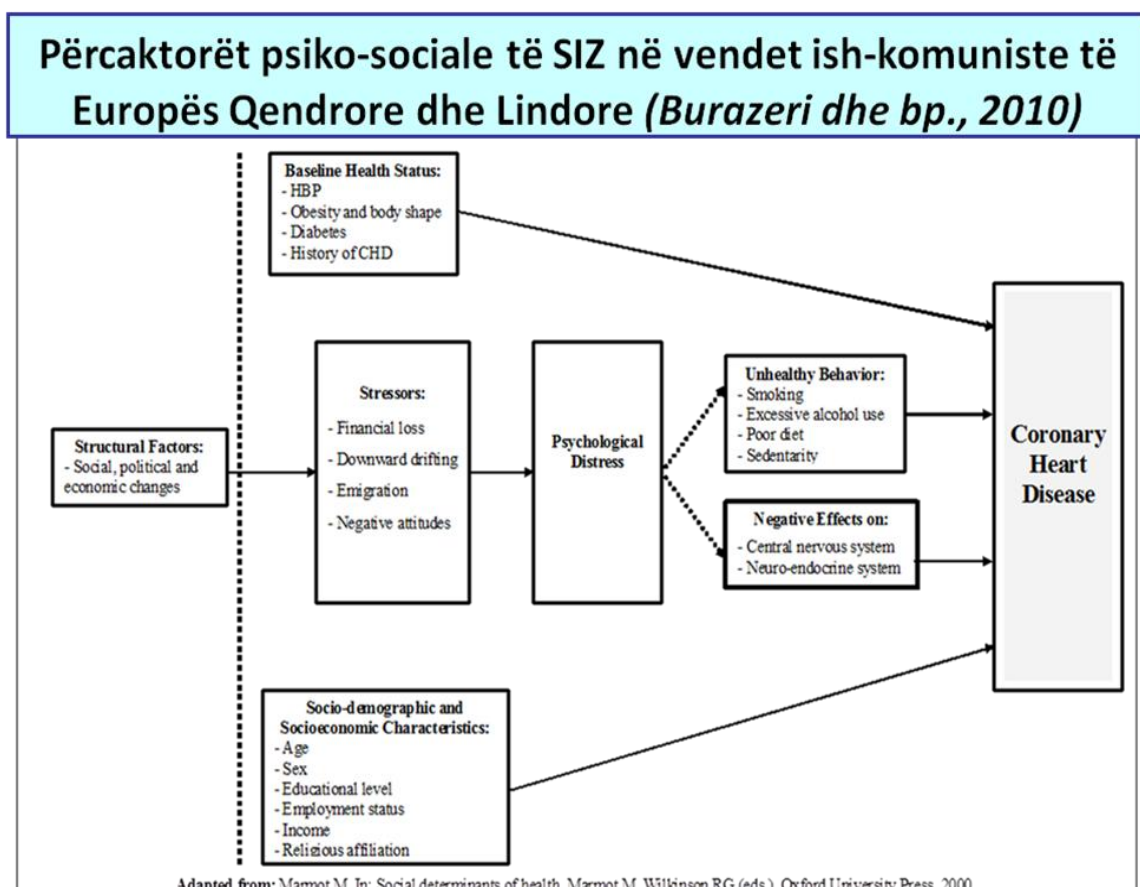
Ndërveprimi i përcaktorëve shëndetësorë



Kjo diagramë sugjeron që faktorët social-ekonomikë (përfshi nivelin e edukimit, gjendjen e punësimit, profesionin, nivelin ekonomik, dhe shtresën sociale) ndikojnë në mënyrë të tërthortë në gjendjen shëndetësore të individëve përmes induktimit të sjelljeve (praktikave) të caktuara shëndetësore (p.sh. duhanpirja, konsumi i alkoolit, aktiviteti fizik, modelet e ushqyerjes, e kështu me radhë). Por, në të njëjtën kohë, statusi social-

ekonomik ndikon në mënyrë të drejtpërdrejtë edhe në sasinë dhe cilësinë e faktorëve materialë të cilët, nga ana e tyre, ose ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në gjendjen shëndetësore (p.sh., kushtet e pa përshtatshme të banimit, ose nënushqyerja si pasojë e varfërisë ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në zhvillimin e shumë sëmundjeve), ose ndikojnë në mënyrë të tërthortë përmes induktimit të sjelljeve shëndetësore të caktuara (p.sh., faktorët materialë të pa favorshëm mund të imponojnë sjellje jo të shëndetshme të detyruara si p.sh. ushqyerje jo e shëndetshme, jetë sedentare, etj.). Por, faktorët materialë mund të ndikojnë edhe në induktimin e faktorëve të caktuar psiko-socialë të cilët më pas ndikojnë në gjendjen shëndetësore të individëve. P.sh., faktorët e pa favorshëm materialë (p.sh., niveli i varfërisë) mund të ndikojnë në zhvillimin e hostilitetit, ankthit kronik, humbjes së shpresës, depresionit, etj. – faktorë të cilët është dëshmuar se ndikojnë negativisht në gjendjen shëndetësore të individëve përfshi rrezikun e rritur për të zhvilluar sëmundje kardiovaskulare, sindrom metabolik, si dhe shumë patologji të tjera.

Nga ana tjetër, diagrama e mëposhtme përshkruan në mënyrë sintetike përcaktorët psiko-socialë të sëmundjes ishemike të zemrës në disa vende ish-komuniste të Europës Qendrore dhe Lindore, bazuar në punë kërkimore-shkencore të udhëhequr në disa vende të Ballkanit Perëndimor gjatë dekadës së fundit.



Kjo diagramë përpiqet që të shpjegojë në mënyrë sintetike rolin e faktorëve strukturorë (konteksti, politik dhe social-ekonomik), faktorëve individualë (karakteristikat demografike, faktorët social-ekonomikë, si dhe profili shëndetësor bazë përfshi praninë ose jo të hipertensionit arterial, obeziteti, diabeti, ose historia familjare për sëmundje zemre), si dhe stresorëve të ndryshëm gjatë tranzicionit shoqëror nga sistemi socialist drejt ekonomisë së tregut (stresorë të tillë si humbjet financiare, mobiliteti shoqëror, emigracioni, ose perceptimet negative lidhur me tranzicionin drejt kapitalizmit) në zhvillimin e sëmundjes koronare të zemrës. Diagrama sugjeron rolin e drejtpërdrejtë të faktorëve individualë (karakteristikat demografike, faktorët social-ekonomikë, dhe profili shëndetësor bazë) në zhvillimin e sëmundjes koronare të zemrës. Nga ana tjetër, faktorët strukturorë indukojnë zhvillimin e shumë stresorëve të ndryshëm të cilët ndikojnë në zhvillimin e një distresi gradual psiko-social i cili, nga ana e tij, ndikon në induktimin e sjelljeve jo të shëndetshme (si p.sh. duhanpirja, konsumi i alkoolit, inaktiviteti fizik, ushqyerja jo e shëndetëshme), ose ndikon në sistemin neuro-endokrin dhe në sistemin nervor qendror duke rritur kështu gjasat për zhvillimin e sëmundjes koronare të zemrës.

Determinantët e determinantëve

Nga pikëpamja e shkakësisë (lidhjes ose marrëdhënies shkak-pasojë mes përcaktorëve dhe gjendjes shëndetësore), dallohen dy lloj determinantësh ose përcaktorësh shëndetësorë:

- Determinantët ***distal (social)***
- Determinantët ***proksimal (sëmundje-shkaktues)***

Përcaktorë distalë konsiderohen ato faktorë të cilët operojnë në distancë dhe në mënyrë të tërthortë në etio-patogjenezën e sëmundjeve. P.sh., papunësia mund të indukojë sjellje jo të shëndetshme si: duhanpirja, konsumi i ekzagjeruar i alkoolit, ushqyerja jo e shëndetshme, ose jeta sedentare.

Nga ana tjetër, përcaktorë proksimalë konsiderohen ato faktorë që ndërhyjnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në etio-patogjenezën e sëmundjeve duke shkaktuar në këtë mënyrë sëmundjen e interesit. P.sh., duhanpirja rrit në mënyrë të drejtpërdrejtë rrezikun e zhvillimit të kancerit bronkial, sëmundjes ishemike të zemrës, si dhe shumë sëmundjeve të tjera.

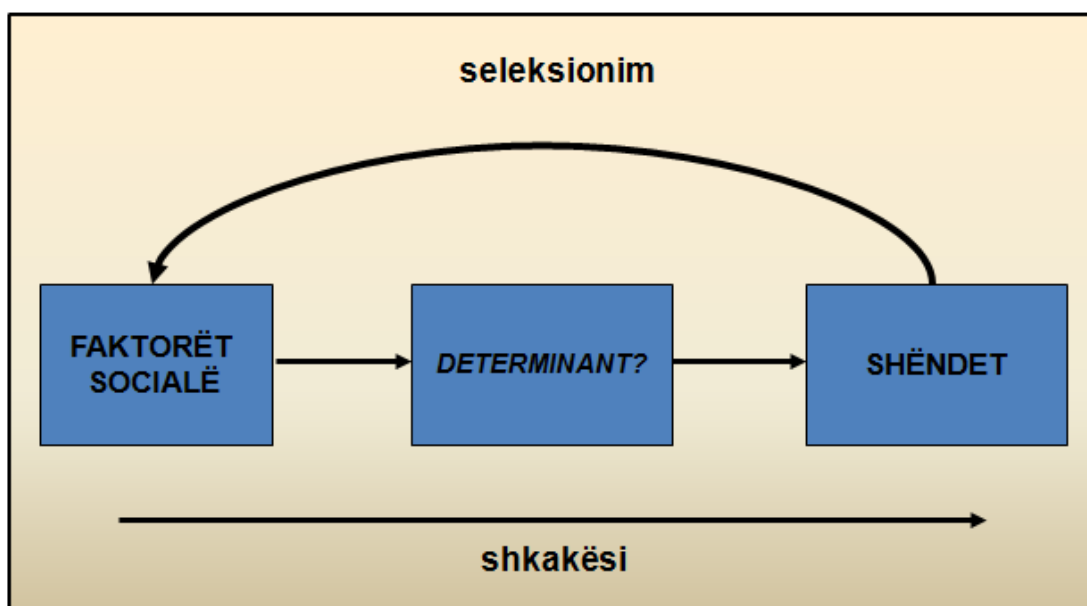
Diferencimi mes përcaktorëve proksimalë kundrejt atyre distalë ka shumë rëndësi në strategjitë e ndërhyrjes në shëndet publik, pikërisht për të targetuar faktorët (përcaktorët)

të cilët operojnë kryesisht në nivel individual, kundrejt atyre që operojnë kryesisht në nivel shoqëror.

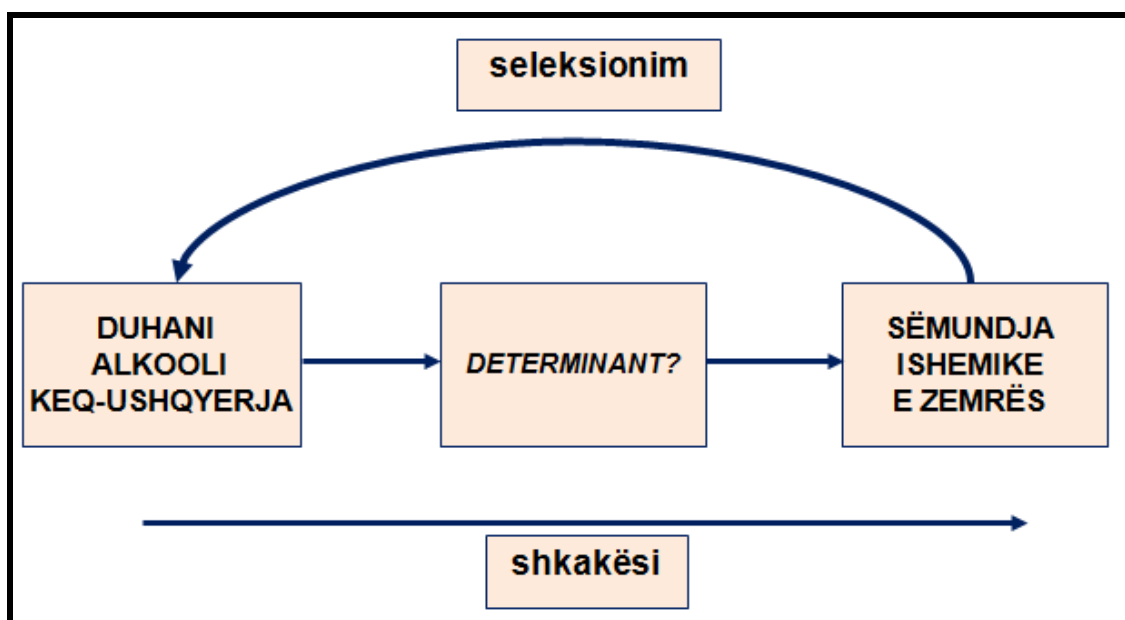
Ky diferencim ka gjithashtu një lidhje të ngushtë edhe me konceptin mbi përgjegjësinë ndaj shëndetit. Në këtë kuptim, mirënjohja e përcaktorëve distalë nënkupton përgjegjësinë sa individuale aq edhe sociale (të komunitetit ose shoqërisë në tërësi) në përcaktimin e gjendjes shëndetësore të individit. Sipas këtij koncepti, duhanpirja, konsumi i ekzagjeruar i alkoolit, ushqyerja jo e shëndetshme, ose jeta sedentare janë përgjegjësi sa individuale (zgjedhje personale), aq edhe shoqërore (kushtet social-ekonomike dhe mjedisi që i imponohet individëve, gjë që shpeshherë i pa mundëson zgjedhjet e shëndetshme).

Determinantët “e kundërt”

Në praktikë, merr rëndësi të madhe shpeshherë diferencimi mes shkakut dhe pasojës. Kështu, pavarësisht se nganjëherë duket sikur një përcaktor (determinant) i caktuar shkakton një sëmundje të dhënë, mund të rezultojë që të jetë edhe e kundërta, d.m.th., sëmundja të ndikojë në zhvillimin ose në shfaqjen e përcaktorit/determinantit. P.sh., niveli i ulët social-ekonomik (shtresa shoqërore e ulët, ose papunësia) mund të ndikojë në përkeqësim të shëndetit, ashtu sikurse e kundërta është gjithashtu krejtësisht e mundshme, pra gjendja e keqe shëndetësore të ndikojë në përkeqësimin e nivelit social-ekonomik (humbjen e vendit të punës, ose pamundësinë për të punuar, pamundësinë për t’u shkolluar mirë, etj.). Kjo situatë ilustron në diagramën e mëposhtme:



Nga ana tjetër, diagrama e mëposhtme paraqet të njëjtën situatë në mënyrë specifike për sëmundjen ishemike të zemrës. Sipas këtij këndvështrimi, sjelljet jo të shëndetshme përfshi duhanpirjen konsumin e ekzagjeruar të alkoolit ose ushqyerjen jo të shëndetshme janë përcaktorë të sëmundjes ishemike të zemrës, por në rrethana të caktuara mund të jenë pasojë e vetë kësaj sëmundjeje. P.sh., në praktikën klinike njihet mirë sindromi i depresionit post-infarkt miokardi që prek sidomos meshkujt e moshave të mesme të cilët, pavarësisht se kanë patur sjellje të shëndetshme para zhvillimit të sëmundjes, pas kalimit të një episodi të infarktit të miokardit angazhohen në sjellje jo të shëndetshme (duhanpirje, jetë sedentare, etj.) si pasojë e depresionit. Në këtë mënyrë, sjelljet jo të shëndetshme do të ishin pasojë dhe jo shkak i sëmundjeve ishemike të zemrës.



Determinantët sociale dhe disa pabarazi shëndetësore në Shqipëri

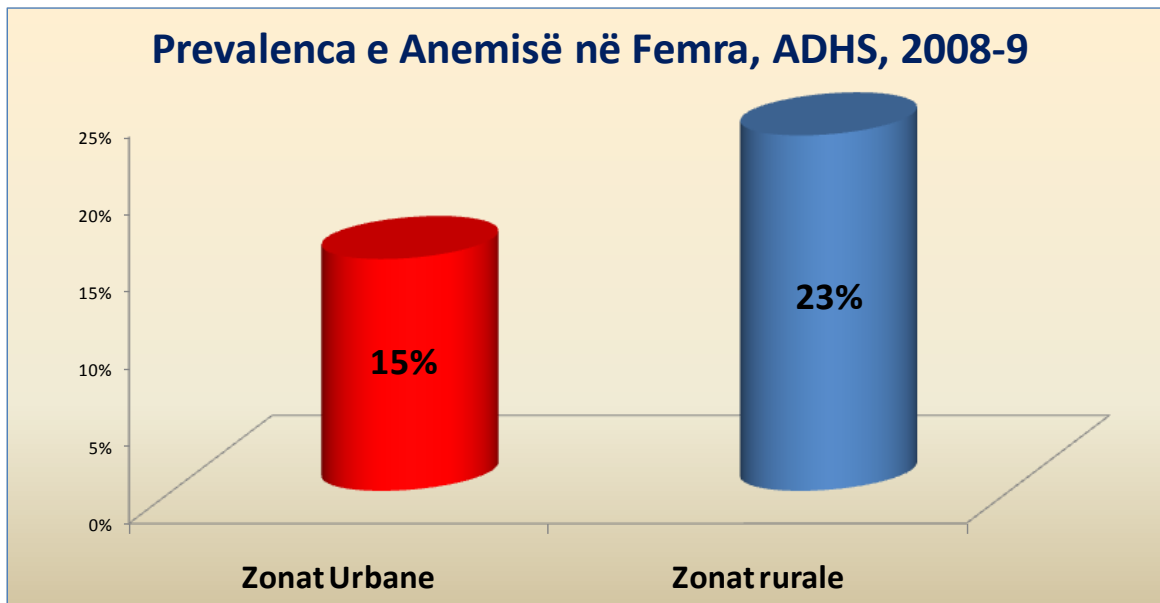
Roli ose ndikimi i faktorëve socialë në shëndetin e popullatës shqiptare do të ilustruhet më poshtë me disa të dhëna të përftuara nga Studimi Demografik dhe Shëndetësor, një studim në nivel kombëtar me një kampion shumë të madh përfaqësues të popullatës së vendit tonë, i realizuar në vitet 2008-2009.

Ky studim ofroi evidencë shumë të vlefshme lidhur me gradientin social të anemisë tek gratë, anemisë tek fëmijët e vegjël, si dhe gjendjes nutricionalë të fëmijëve në vendin tonë.

Lidhur me aneminë tek femrat, ka evidencë të një niveli sinjifikativisht më të lartë tek gratë e zonave rurale në krahasim me ato të zonave urbane (prevalenca e anemisë: 23%

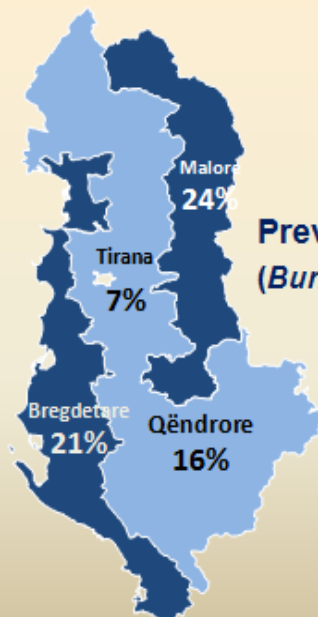
vs. 15%, përkatësisht). Ky fakt dëshmon për pabarazi social-ekonomike të këtij treguesi shëndetësor të rëndësishëm në vendin tonë.

Këto rezultate paraqiten në grafikun e mëposhtëm:



Përsa i takon anemisë tek fëmijët e vegjël, ka evidencë të një prevalence më të lartë të anemisë tek fëmijët e zonave malore në pjesën lindore të vendit (25%) në krahasim me pjesën qendrore (16%), dhe sidomos me rajonin e Tiranës ku prevalenca e anemisë të tek fëmijët ishte vetëm 7% (pra, shumë më e ulët). Edhe ky fakt dëshmon për një gradient të theksuar social-ekonomik që nënkupton rolin e determinantëve socialë në shpjegimin e shumë pasojave shëndetësore tek individët e popullatës së vendit tonë. Këto rezultate paraqiten në grafikun e mëposhtëm:

Determinantët Socialë të Shëndetit në Shqipëri

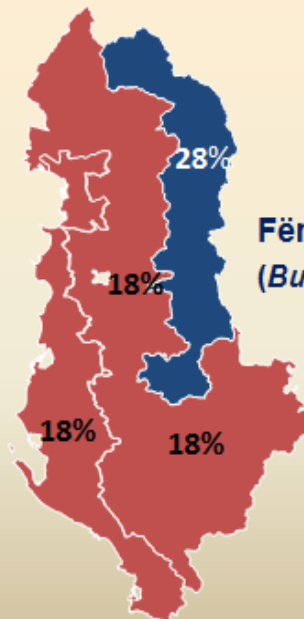


Prevalenca e Anemisë në Fëmijë sipas Rajonit
(Burimi: INSTAT, IPH dhe ICF Macro, 2010)

Së fundi, diagrama e tretë dëshmon për një prevalencë më të lartë të parapambetjes në rritje tek fëmijët e vegjël në rajonet lindore dhe veri-lindore të vendit (28%) në krahasim me rajonet qendrore dhe me rajonin e Tiranës (18%). Në mënyrë të ngjashme me rastin e anemisë, edhe ky tregues dëshmon për praninë e një gradienti të dukshëm social-ekonomik, fakt i cili nënkupton rolin e determinantëve socialë në shpjegimin e kësaj pasaje të rëndësishme për gjendjen shëndetësorë të fëmijëve në vendin tonë.

Këto rezultate paraqiten në grafikun e mëposhtëm:

Determinantët Socialë të Shëndetit në Shqipëri



Fëmijë më të shkurtër për moshën
(Burimi: INSTAT, IPH dhe ICF Macro, 2010)

BIBLIOGRAFIA

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press; 2005.
- Berkman L, Kawachi I. Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA; 2000.
- Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies. Oxford University Press, Oxford; 2014.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford; 1992.
- Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. BMJ 2000; 321:1124-1128.
- Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. Soc Sci Med 2000; 51:1421-1435.
- Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socio-economic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. Soc Sci Med 2000; 51:1343-1350.
- Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. BMJ 1996; 312:421-425.
- Marmot M, Shipley MJ. Do socio-economic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. BMJ 1996; 313:1177-1180.
- Power C, Manor O, Fox J. Health and class: the early years. Chapman & Hall, London; 1991.
- Blane D, Brunner EJ, Wilkinson RG. Health and Social Organization. Routledge, London; 1996.
- Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. J Epidemiol Community Health 2001; 55:624-630.
- Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M. Socio-economic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. Soc Sci Med 1998; 47:269-279.

PËRCAKTUESIT SOCIAL DHE SJELLJES TË SHËNDETIT

DETERMINANTËT E SHËNDETIT

- Faktorët individualë
- Faktorët mjedisorë
- Mënyra e jetesës
- Shërbimet shëndetësore

FAKTORËT INDIVIDUALË

(përgjithësisht, *jo të modifikueshëm*)

FAKTORËT MJEDISORË

(pjesërisht të modifikueshëm)

- Faktorët fizikë
- Faktorët kimikë
- Faktorët biologjikë
- **Faktorët social-ekonomikë**

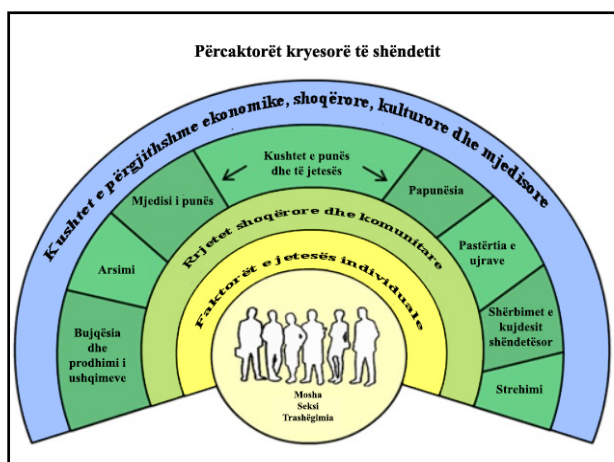
MËNYRA E JETESËS

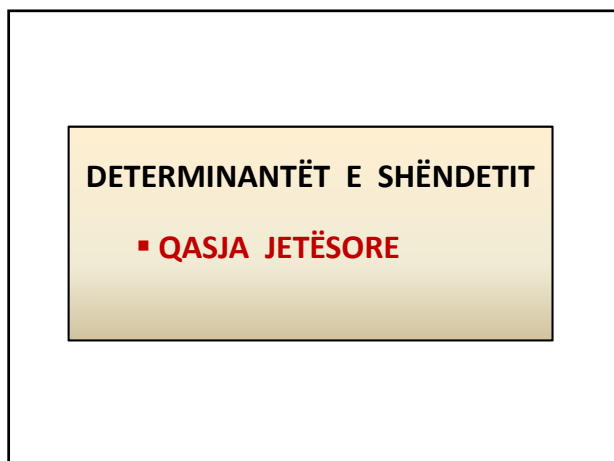
(faktorë krejtësisht të modifikueshëm)

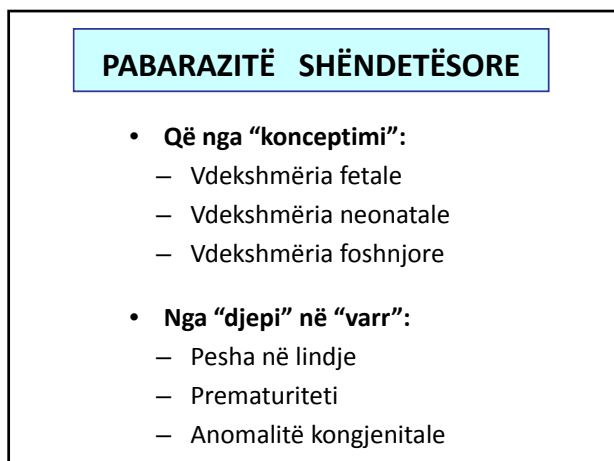
- Ushqyerja
- Duhanpirja
- Konsumi i alkoolit
- Drogat
- Sjelljet seksuale
- Siguria rrugore
- Kumari
- "Teknologjia"

SHËRBIMET SHËNDETËSORE

(faktorë krejtësisht të modifikueshëm)







PABARAZITË SHËNDETËSORE

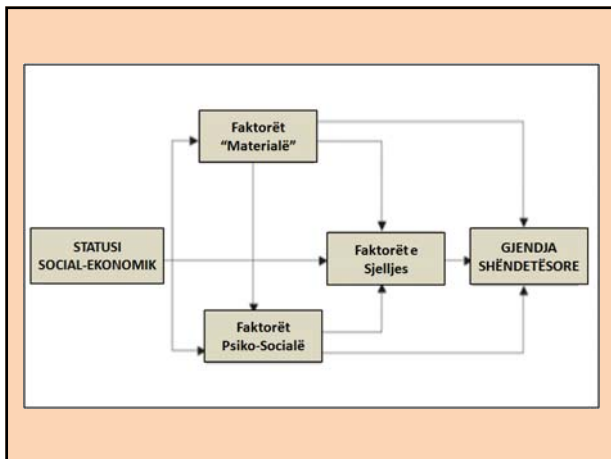
- **Vdekshmëria:**
 - Vdekshmëria e përgjithshme
 - Vdekshmëria kardio-vaskulare (sidomos insulti cerebral dhe infarkti i miokardit)

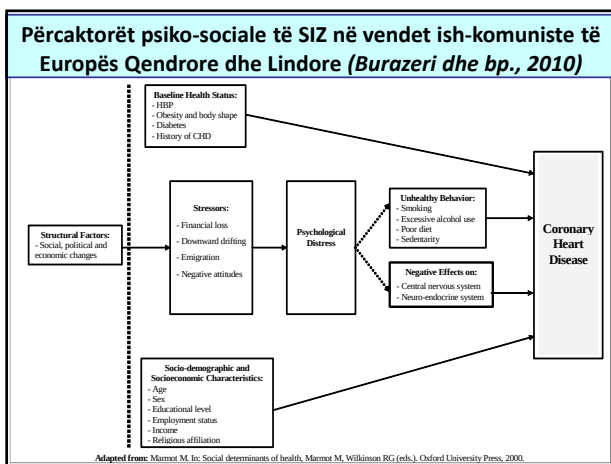
PABARAZITË SHËNDETËSORE

- **Sëmundshmëria & Cilësia e Jetës:**
 - Sëmundshmëria e përgjithshme
 - Sëmundjet kardio-vaskulare, diabeti, SPOK
 - Vetë-perceptimi i gjendjes shëndetësore

DETERMINANTËT E SHËNDETIT

▪ NDËRVEPRIMI I DETERMINANTËVE





DETERMINANTËT E DETERMINANTËVE...

- Determinantët **distal (social)**
- Determinantët **proksimal (sëmundje-shkaktues)**

DETERMINANTËT DISTAL

PAPUNËSIA mund të induktojë sjellje jo të shëndetshme:

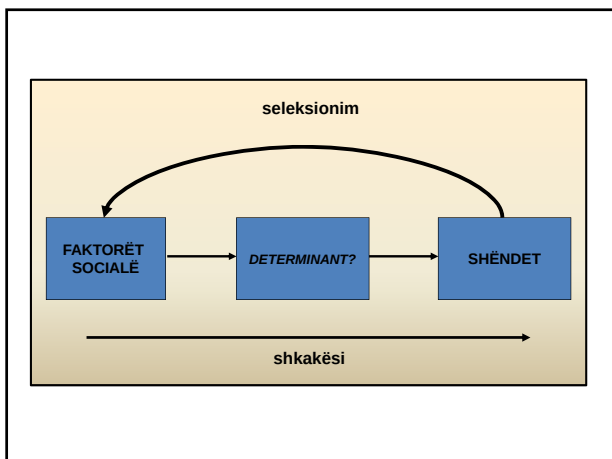
- Duhanpirja
- Konsumi i ekzagjeruar i alkoolit
- Ushqyerja jo e shëndetshme
- Jeta sedentare

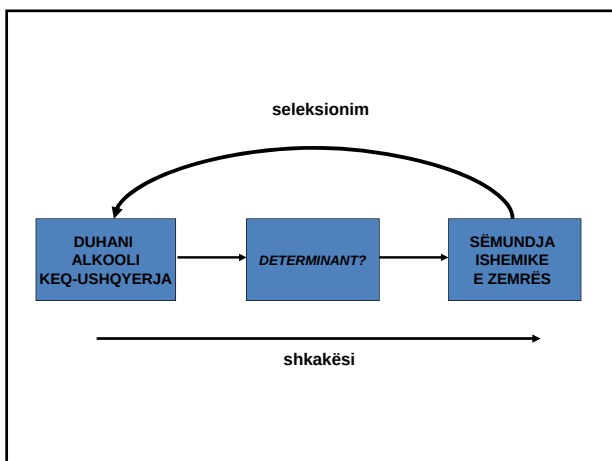
DETERMINANTËT PROKSIMAL

DUHANPIRJA rrit rrezikun e zhvillimit të kancerit bronkial, sëmundjes ishemike të zemrës, etj.

DETERMINANTËT "E KUNDËRT"

- *Niveli i ulët social-ekonomik (shtresa shoqërore, papunësia) shkakton përkeqësim të shëndetit, apo e kundërta?*





DETERMINANTËT E INDIVIDIT

- Faktorët që përcaktojnë fizio-patologjinë e sëmundjeve në nivel individual:
 - Ekspozim individual.
 - Postulatet e Koch-ut.

DETERMINANTËT E POPULLATËS

- Determinantët e incidencës (G. Rose)
- Faktorë distalë:
 - Ekspozim i popullatës në tërësi
 - Shkaqe shoqërore

STRATEGJITË E NDËRHYRJES

- Ndërhyrje në grupet me *risk të lartë*
- Ndërhyrje në *popullatën në tërësi*

DETERMINANTËT E SËMUNDJEVE

- Sëmundje *të transmetueshme*
- Sëmundje *jo të transmetueshme*



John Snow
16 Mars 1813 – 16 Qershor 1858

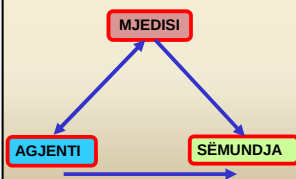


SËMUNDJET E TRANSMETUESHME

- UNI-ETIOLOGJIKE

- Agjenti:

i nevojshëm, por jo i mjaftueshëm

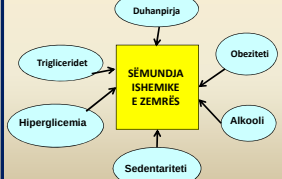


SËMUNDJET KRONIKE

- MULTI-ETIOLOGJIKE

- Determinantët:

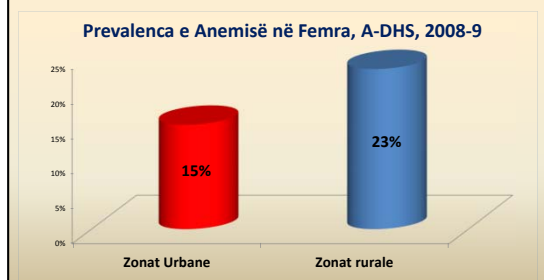
as të nevojshëm, as të mjaftueshëm



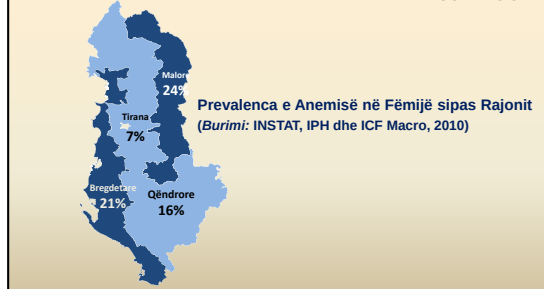
DETERMINANTËT SOCIALË TË SHËNDETIT NË SHQIPËRI

- Anemia tek femrat
- Anemia tek fëmijët
- Gjendja e ushqyerjes së fëmijëve

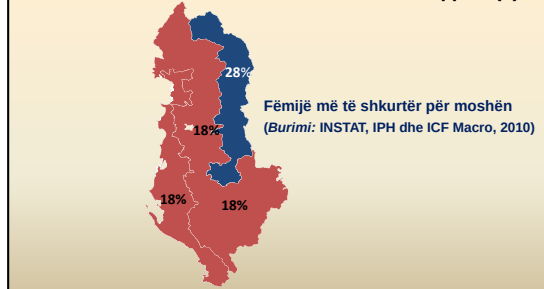
Determinantët Socialë të Shëndetit në Shqipëri (1)



Determinantët Socialë të Shëndetit në Shqipëri (2)



Determinantët Socialë të Shëndetit në Shqipëri (3)



TEMA: Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë të gjendje të:

- Të identifikojnë dhe të diskutojnë në mënyrë kritike determinantët socialë dhe ato të lidhur me sjelljet që ndikojnë në shëndet dhe mekanizmat me të cilët ato veprojnë;
- Të kuptojnë lidhjen midis shëndetit dhe gjinisë; shëndetit dhe statusit social; shëndetit dhe etnicitetit.
- Të kenë një kuptim kritik mbi teoritë e determinantëve socialë të shëndetit dhe shpjegimit për pabarazinë në shëndet.

Koncepte kyç dhe përkufizime

Pabarazi në shëndet – Pabarazitë shëndetësore mund të përcaktohen si dallime në statusin shëndetësor ose në shpërndarjen e determinantëve të shëndetit midis grupeve të ndryshme të popullsisë. Për shembull, dallimet në mobilitetin midis të moshuarve dhe të rinjve ose dallimet në nivelet e vdekshmërisë midis njerëzve nga klasa të ndryshme shoqërore. Disa pabarazi shëndetësore i atribuohen variacioneve biologjike ose zgjedhjes së lirë dhe të tjerat i atribuohen mjedisit të jashtëm dhe kushteve kryesisht jashtë kontrollit të individëve. Në rastin e parë mund të jetë e pamundur ose e papranueshme nga ana etike apo ideologjike për të ndryshuar determinantët e shëndetit dhe në këtë rast pabarazitë shëndetësore janë të pashmangshme. Në rastin e dytë, shpërndarja e pabarabartë mund të jetë e panevojshme, e shmangshme, si dhe e padrejtë, kështu që pabarazitë shëndetësore që rezultojnë nga kjo situatë, çojnë në pabarazi në shëndet (health inequity).

Klasë sociale – përshkruan një grup njerëzish të cilët kanë të njëjtin status edukimi, social apo ekonomik.

Determinantët socialë – janë faktorët ekonomikë dhe socialë (psh. të ardhurat, klasa sociale, gjinia) të cilët kanë një efekt të rëndësishëm në shëndet. Këto diferenca nuk janë natyrale, por janë krijuar dhe ruajtur nga politikat sociale dhe ekonomike si dhe legjislacioni.

HYRJE

Me reduktimin e sëmundjeve infektive në shekullin e 19-të dhe fillimin e shekullit të 20-të, shkaqet madhore të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë tani janë sëmundjet kardio-vaskulare (që përbëjnë 48% të vdekjeve) dhe tumoret (që përbëjnë rreth 25 % të vdekjeve). Rritja e jetëgjatësisë së femrave në 80 vjeç dhe meshkujve në 75, ka çuar në rritje të numrit të sëmundjeve degjenerative të popullatës në tërësi. Megjithë zgjatjen e jetës së pritshme, epidemiologët që studiojnë modelet e sëmundjeve në shoqëri kanë gjetur se jo të gjitha grupet kanë të njëjtat mundësi për të pasur shëndet të mirë dhe ka

modele popullatash që e bëjnë të mundur parashikimin e mundësisë që njerëz nga grupe të ndryshme do të vdesin para kohe.

Në përpjekjet për të përcaktuar se çfarë e dëmton shëndetin, shkencëtarët social dhe epidemiologët do të kërkojnë të krahasojnë të paktën dy tregues: së pari një tregues të shëndetit, siç është niveli i vdekshmërisë ose i sëmundshmërisë; së dyti, një faktor si p.sh. gjinia ose punësimi, të cilat njihen për diferencat në shëndet. Sigurisht që efektet në shëndet mund të jenë për shkak të treguesve të ndryshëm që ndërveprojnë së bashku.

P.sh. kërkimet në Sëmundjen Koranare të Zembrës (SKZ) kanë lidhur një numër të madh faktorësh me incidencën e sëmundjes: niveli i lartë i kolesterolit në gjak, hipertensioni, obeziteti, duhanpirja dhe niveli i ulët i aktivitetit fizik. Kërkime të tjera tregojnë se mund të ketë lidhje midis SKZ dhe faktorëve psiko-social, siç është stresi dhe mungesa e përkrahjes sociale, faktorët mjedisor dhe historia familjare. Gjithashtu, njihet fakti se vdekshmëria nga SKZ është më e lartë midis klasave me nivel të ulët social, midis meshkujve krahasuar me femrat dhe midis njerëzve nga sub-kontinenti Indian, (DoH 1992). Figura më poshtë ilustron në një formë të thjeshtë se si gjendja shëndetësore mund të ndikohet jo nga një, por nga shumë faktorë që ndërveprojnë së bashku. Ajo tregon se disa faktorë kanë një ndikim të pavarur mbi shëndet, ose ato mund të ndërmjetësohen nga variable të tjera ndërhyrës.

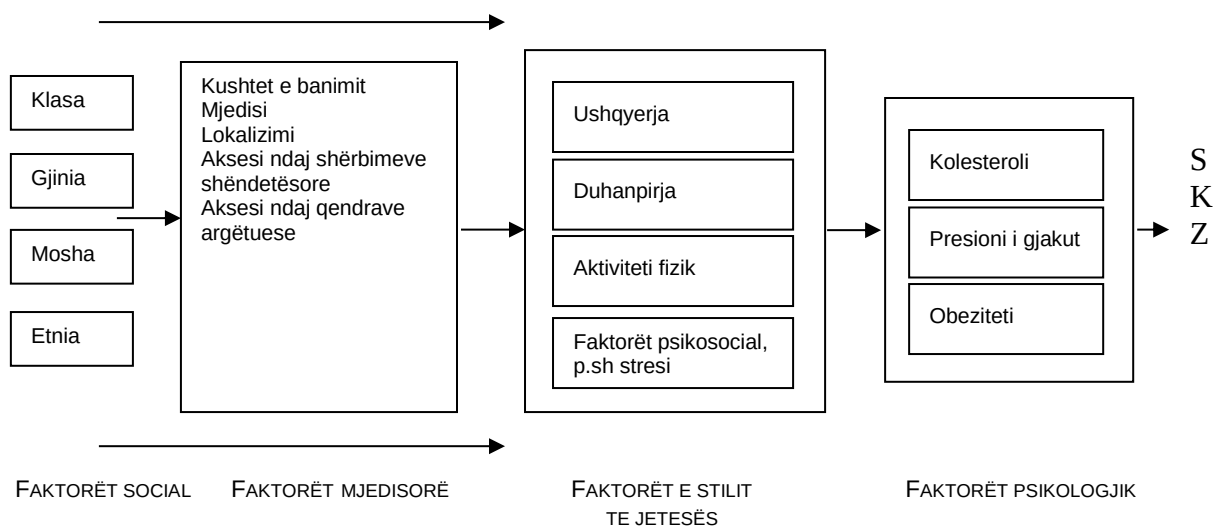


Figura 1: Faktorët që ndikojnë në zhvillimin e Sëmundjeve Koronare të Zembrës (SKZ). *Burimi: DoH, 1992*

Është i qartë fakti se sëmundja nuk vjen si rrjedhojë e shansit apo e fatit të keq. Raporti Lalonde i publikuar në Kanada evidentoi katër fusha në të cilat shëndeti mund të promovohet:

- Faktorët biologjik dhe gjenetik, të cilët përcaktojnë një predispozitë individuale për sëmundje;
- Faktorët mjedisorë;
- Stili i jetesës, në të cilin sjellje shëndetësore si duhanpirja kontribuojnë në sëmundje;

- Faktorët social-ekonomikë;
- Shtrirja dhe natyra e shërbimeve shëndetësore.

Faktorët që përcaktojnë shëndetin janë të shumtë dhe të shumëllojshëm. Ata mund të karakterizohen në grupe të ndryshme, si p.sh faktorët biologjikë, të sjelljes, të mjedisit etj. Duhet përmendur gjithashtu se tregues të veçantë shëndetësorë ndikohen ose përcaktohen nga determinantë me natyrë të ndryshme dhe kjo e bën tepër të koklavitur përmbledhjen në një kuadër sintetik të të gjithë faktorëve, të cilët përcaktojnë shëndetin apo shfaqjen e sëmundjeve tek njerëzit.

FAKTORËT GJENETIKË

Teknologjia befasuese dhe në zgjerim gjithnjë e më të shpejtë e “genetikës së re” mban në vetvete potencialin për të revolucionarizuar mënyrën me të cilën ne konceptojmë parandalimin dhe manaxhimin e sëmundjeve, por ajo sjell gjithashtu edhe dilema thelbësore morale dhe etike. Genomi njerëzor jep një kontribut kyç për shëndetin së bashku me mënyrën e jetesës, mjedisin dhe kujdesin shëndetësor. Komponentët genetikë të shëndetit kanë tendencën të influencojnë më tepër në moshat e vogla dhe të mesme, me një kontribut të madh në vdekshmërinë foshnjore dhe fëmimore, sëmundjet kronike dhe shfaqjen e parakohshme të çrregullimeve të zakonshme. Permiresimi i njohjes dhe identifikimit të faktoreve genetikë të sëmundjeve dhe vdekshmërisë gjatë gjithë jetës nxjerrin në pah rëndësinë e diskutimeve të thella dhe të gjithanshme mbi problemet etike të lidhura me këtë çështje. Konkluzionet e këtyre diskutimeve etike më pas duhet të formojnë bazën për një strategji evropiane.

Faktorët genetikë kontribuojnë në mënyrë thelbësore në vdekshmërinë foshnjore dhe fëmimore. Me një prevalence prej rreth 40 për 1000 lindje të gjalla, rreth gjysëm milioni fëmijë me çrregullime serioze të lindura ose genetike lindin çdo vit në Evropë dhe, me një nivel vdekshmërie 2.5 për 1000 lindje të gjalla, të paktën 25% e vdekshmërisë foshnjore në vendet e Evropës perëndimore shkaktohet nga çrregullimet e lindura ose gjenetike. Për të ulur më tej këto nivele kërkohen strategji që vënë në përdorim studime genetike për manaxhimin dhe parandalimin e tyre.

“Genetika e re” ndërthur biologjinë e avancuar molekulare me njohurinë mbi trashëgiminë përmes kërkimeve genetike. Vendosja e një geni mbi një kromozom dhe identifikimi i ADN-së janë hapa të rëndësishme në zhvillimin e testeve diagnostike për ata që mund të kenë një kopje defekte të atij geni. “Genetika e re” do ta çojë më tej këtë duke rritur njohurinë mbi funksionin e genit normal dhe mbi mekanizmat, në nivel molekular, të sëmundjeve që shkaktohen tërësisht ose pjesërisht nga genet defekte.

Kërkimet e deritanishme janë fokusuar mbi çrregullime më të thjeshta genetike serioze të trashëguara, si p.sh. fibroza kistike, drepanocitoza dhe sëmundja e Huntingtonit. Pjesa më e madhe e geneve që lidhen me këtë janë identifikuar tashmë dhe është bërë e mundur testimi direkt për mutacionet specifike në shumicën e këtyre çrregullimeve me prekje të një geni të vetëm.

Vëmendje i kushtohet tashmë geneve të veçanta që kanë të bëjnë me sëmundjet e zakonshme të moshave të thyera. Këtu, format e trashëgimisë janë më pak të qarta, duke përfshirë mbase disa gene dhe ku faktorët e mjedisit mund të luajnë një rol të madh. Këto sëmundje përfshijnë diabetin, sëmundjen kardiovaskulare, kancerin, skizofreninë dhe sëmundjen e Alzheimerit.

Për momentin, në Rajonin Evropian ka një pabarazi të dukshme në lidhje me dy komponentët e shërbimeve genetike:

- një shërbim genetik në klinikë që ofron diagnostikim, këshillim dhe mbështetje lokale për individët dhe familjet. Ekipi i klinikës zakonisht drejtohet nga një specialist që mbështetet nga bashkëpunëtorë të genetikës, me përgjegjësinë për të kordinuar dhënien lokale të shërbimeve; dhe
- shërbime laboratorike, duke përfshirë citogenetikën dhe analizat molekulare (ADN).

Kërkimet dhe zhvillimet e reja po krijojnë mundësi për avancime të mëtejshme klinikale në tre fusha kryesore:

- Depistim (screening) dhe testim. Brenda 5-10 viteve të ardhshme do të zhvillohet e do të vijë duke u rritur numri i testeve për çrregullimet e geneve të veçanta dhe për predispozicionin genetik të sëmundjeve të zakonshme, si edhe mund të rritet numri i programeve të depistimit (screening) për popullsinë. Testimi në individët pa simptoma sëmundjesh për ndonjë predispozicion çrregullimi të zakonshëm, do të krijojë mundësi për ndryshim të mënyrës së jetesës për të minimizuar riskun. Këto teste mund të përfshijnë gjithashtu teknika të vëzhgimit dhe zbulimit për të mundësuar ndërhyrje të menjëhershme përpara se të shfaqen simptomat.
- Testimi simptomatik. Testet genetike do të përdoren gjithnjë e më shumë në individët me simptoma për të konfirmuar diagnozat me saktësi të madhe.
- Format e reja të trajtimit. Këto do të përfshijnë dy tipe ndërhyrjesh:
 - ndërkohë që qartësohen proceset molekulare të sëmundjes, identifikimi i objektivit specifik do të ndihmojë në një trajtim më efektiv përmes përdorimit racional të ilaçeve;
 - terapia e geneve të veçanta është gjithashtu teorikisht e mundshme, megjithëse mund të duhet kohë për të pasur përmirësime të dukshme.

Masat ndërhyrëse deri tani janë bazuar mbi diagnoza para lindjes, duke sjellë kështu nevojën e ndërprerjes së shtatzanisë. Në të ardhmen, zhvillimi i diagnozës para shtatzanisë do t'i bëjë shërbimet genetike më të pranueshme nga ana etike, duke dhënë mundësi për të kontrolluar rezultatin e shtatzanisë që nga fillimi.

Faktorët gjenetikë ndikojnë edhe në shfaqjen e sëmundjeve të zakonshme kronike, në bashkëveprim me faktorë të tjerë. Pra mund të thuhet se predispozicioni gjenetik, i kombinuar me faktorë të tjerë të mjedisit, shkakton sëmundje kronike, p.sh diabeti, sëmundja koronare e zemrës, hipertensioni arterial, alergjitë, artriti reumatoid etj. Grup tjetër që mendohet se kanë një bazë gjenetike janë edhe disa sëmundje mendore si edhe vonesat mendore. Në të parat mund të futen skizofrenia dhe çrregullimet afektive, (si p.sh. psikoza maniako – depressive dhe depresioni i thjeshtë). Edhe disa lloj kanceresh

konsiderohen si një lloj i veçantë sëmundjesh gjenetike. Njohja e këtyre faktorëve ka një rëndësi të veçantë pasi na lejon që të marrim masa përmes këshillimit gjenetik, diagnozës prenatale apo masave të tjera parandaluese në rastin e një terreni me predispozicion gjenetik për shfaqjen e një sëmundje të caktuar.

PËRCAKTUESIT FIZIKË DHE SOCIAL-EKONOMIKË TË SHËNDETIT

Shëndeti i mirë dhe mirëqenia kërkojnë një mjedis të pastër dhe në harmoni, ku të gjithë faktorëve fizikë, fiziologjikë, socialë dhe estetikë t'u jepet rëndësia e duhur. Mjedisi fizik duhet konsideruar si një burim për përmirësimin e kushteve të jetesës dhe rritjen e mirëqenies. Shëndeti i njeriut varet nga mundësia për të pasur ushqim, ujë, ajër dhe banesë të mirë e me cilësi. Megjithatë influenca e mjedisit fizik mbi shëndetin ka kohë që njihet, ndërgjegjësimi i njerëzve mbi rreziqet e mjedisit është rritur më shumë në vitet e fundit. Ky rezultat i atribuohet pjesërisht provave të reja shkencore, që demonstrojnë lidhjen midis mjedisit fizik dhe shëndetit, dhe pjesërisht zhvillimit të teknologjive të reja e potencialisht të rrezikshme. Në një aspekt më të gjerë, politikat dhe veprimet e ndërmarra për të ndihmuar krijimin e një mjedisi sa më të shëndetshëm, përfshijnë lëvizjet për të inkurajuar teknologji më të efektshme nga ana burimore, për të aplikuar taksat e mjedisit, për të mobilizuar konsumatorët nëpërmjet informacionit dhe medias dhe për të mbështetur OJQ-të si instrumenta ndryshimi.

Ende ka një pasiguri të konsiderueshme në lidhje me impaktin e aktiviteteve të njeriut mbi mjedisin dhe, për rrjedhojë, mbi shëndetin e njerëzve në të ardhmen. Përgjigja globale është se parandalimi i dëmtimit të mjedisit, që mund të rezultojë në një ndryshim të klimës, është shumë më i mirë se sa përpjekja për ta riparuar atë, sado shpejt që mund të bëhet ky riparim. Mesazhi nga Konferenca e Kombeve të Bashkuara mbi Mjedisin dhe Zhvillimin e mbajtur në Rio de Zhaneiro, Brazil, në vitin 1992, ishte se duhej bërë një ndryshim thelbësor i politikës për të mbrojtur mjedisin global dhe për të pasur një zhvillim të qëndrueshëm.

Provat shkencore kanë luajtur një rol të rëndësishëm në ngritjen e ndërgjegjes së njerëzve ndaj impaktit të komponentëve social-ekonomikë mbi shëndetin, si direkt ashtu edhe nëpërmjet influencës së tyre mbi mënyrën e sjelljes së shëndetit dhe rrugët neuro-endokrine. Tashmë ka prova të qarta që tregojnë se grupet e varfra social-ekonomike janë më të ekspozuara ndaj rreziqeve mbi shëndetin dhe kanë mënyra sjelljeje më të dëmshme, se sa grupet e pasura social-ekonomike. Me fjalë të tjera, ka ende shumë për të bërë për të krijuar një mjedis social-ekonomik të përshtatshëm për shëndetin dhe mirëqenien dhe, në veçanti, për të minimizuar shkaqet elementare social-ekonomike që sjellin një shëndet jo të mirë. Ky seksion jep disa nga kërcënimet që i vijnë shëndetit sot qoftë nga mjedisi fizik, qoftë nga mjedisi social-ekonomik dhe sugjeron mënyrat se si ato mund të minimizohen.

Mjedisi fizik

Në zbatimin e planeve strategjike dhe programeve është e nevojshme të sigurohet vazhdimësia e bashkëpunimit midis shëndetësisë, mjedisit dhe sektorëve ekonomikë për

ta mbajtur rrezikun e ekspozimit të shëndetit ndaj ndotësve në një nivel sa më të ulët që të jetë e mundur. Ajri, uji dhe toka duhen konsideruar si pjesë të një të tërë, të një mjedisi të vetëm, duke shmangur gjithashtu kalimin e risqeve nga një pjesë në tjetrën. Politikat që mbrojnë mjedisin kërkojnë investime në të gjithë sektorët, me qëllim që të krijohen struktura institucionale, burime njerëzore dhe ambiente të tjera ndihmëse e trainuese të nevojshme për të minimizuar ndotjen e ajrit, ujit dhe tokës dhe për të zvogëluar impaktin e problemeve të tjera specifike si rrezatimi.

Risku mjedisor mbi shëndetin nuk ka shpërndarje të barabartë si gjeografikisht, ashtu edhe nga ana shoqërore. Zakonisht janë të varfrit ata që vuajnë më shumë pasojat e ndotjes. Kështu që ka lidhje shumë të forta midis qëllimit për të përmirësuar mjedisin dhe atij për të ulur pabarazinë.

Një detyrë politike rajonale për të vepruar mbi mjedisin dhe shëndetin u mor përsipër me aprovimin e Kartës Evropiane mbi Mjedisin dhe Shëndetin në Frankfurt në vitin 1989 dhe të Deklaratës së Helsinkit të 1994, mbi Aksionin për Mjedisin dhe Shëndetin në Evropë, si edhe me krijimin e Komitetit Evropian për Mjedisin dhe Shëndetin.

Në vijim të Deklaratës së Helsinkit të vitit 1994, Plan Veprimi i Shëndetit Mjedisor për Evropën, si edhe planet kombëtare e lokale të veprimit i sigurojnë Rajonit dhe Shteteve të tij Anëtare një bazë të shëndoshë dhe të përshtatshme teknike për veprim. Planet kombëtare të veprimit për mjedisin dhe shëndetin (PKVMSH) së bashku përbëjnë një strategji për të parandaluar dhe kontrolluar rreziqet mjedisore mbi shëndetin në Evropë. Që nga Qershori 1998, më shumë se 90% e 51 Shteteve Anëtare Evropiane të OBSH janë duke hartuar ose kanë përfunduar PKVMSH-të e tyre, secili shtet ka hartuar planin e tij me prioritetet specifike. OBSH dhe partnerët e tij punojnë me vendet e ndryshme, duke i stimuluar për zhvillime të reja, duke i këshilluar mbi metodologjitë dhe duke i ndihmuar në zbatimin e planeve kombëtare të veprimit. Një pjesë e rëndësishme e këtij bashkëpunimi është shkëmbimi i eksperiencës midis vendeve.

Ajri

Ekziston një lidhje e ngushtë midis ndotjes së ajrit dhe rrezikut të dëmtimit të mushkërive, sëmundjeve të frymëmarrjes dhe vdekjes nga sëmundjet e frymëmarrjes. Rreth 30-40% e njerëzve që jetojnë në qytetet e Rajonit janë të ekspozuar ndaj koncentreve të ndryshme të ndotësve të ajrit, që nuk varen nga OBSH apo BE. Ekspozimi i madh ndaj ajrit të ndotur nga dioksidi i squfurit, grimcat e ngurta, oksidet e azotit dhe përbërësve organikë avullues vazhdon të ekzistojë në Rajon, sidomos në pjesën lindore të tij. Afërsisht 90% e ndotjes nga squfuri vjen si rezultat i djegies së lëndëve të djegshme, sidomos në sektorin energjitik. Transporti rrugor është një nga burimet kryesore të emetimit të oksidit të azotit dhe përbërësve organikë avullues. Emetime të tilla kanë të ngjarë të rriten, veçanërisht në pjesën lindore të Rajonit.

Depozitat acide, sidomos të squfurit dhe azotit, shkaktojnë dëmtim të madh të burimeve natyrore me rëndësi ambientale dhe ekonomike si pyjet, dherat dhe ujrat. Rreziku më i madh për shëndetin e njeriut vjen nga lëvizja e metaleve: kadmium dhe mercuri nga dheu tek ushqimet, plumbi dhe bakri nga sistemet e ujësjellësve të zonës në ujin e pijshëm. Pasojat ndaj shëndetit në këtë rast përfshijnë dëmtim të sistemit nervor nga mercuri dhe

plumbi, dëmtim të veshkave nga kadmium dhe dëmtim të mëlçisë nga bakri. Një problem tjetër ndaj shëndetit është edhe alergjia që vjen nga ndotës të ndryshëm të ajrit.

Uji i pijshëm dhe ujrato e zeza

Sëmundjet akute përhapen disa herë në Rajon si rezultat i ndotjes me mikroba të ujit të pijshëm (një shkak për sëmundjet gastrointestinale) ose ndotjes me nitrate (një shkak për methemoglobinemi tek fëmijët), me pesticide ose kimikate të tjera. Mbi 100 milion njerëz në Rajon vuajnë mungesën e tubacioneve të sigurta për të sjellë ujin. Ndotja e ujit shkaktohet nga trajtimi i papërshtatshëm i ujrato e zeza, nga hedhja e plehrave kimike, nga dëmtimet gjatë punimeve ose gjatë shpërndarjes. Ndotja e dëmshme kimike vjen më shumë si rezultat i aksidenteve ose i mosprojektimit të sistemeve të shpërndarjes ashtu siç duhet.

Në shumë vende uji ndotet nga mbeturinat, përfshi këtu metalet dhe ujrato e zeza. Në zonat rurale, përdorimi i gjerë i pesticideve bujqësore dhe nitrateve për shumë vjet me radhë ka infektuar ujrato nëntokësore dhe lumenjtë, duke çuar në eutrofikim. Këto probleme mbeten serioze për pjesën lindore të Rajonit. Ndotja e ujrato nëntokësore dhe sipërfaqësore mund të influencojë mbi shëndetin, duke ulur cilësinë e burimeve të ujit të pijshëm. Përveçse për t'u pirë, uji përdoret edhe për vaditje, për peshkim dhe për qëllime kurative. Është shumë e domosdoshme të ruhet cikli i ujrato në tërësinë e tij. Mungesa e ujit është një problem madhor në disa vende të jugut, kjo për shkak të manaxhimit të keq të burimeve në dispozicion gjatë zhvillimit të ekonomisë, që keqësohet edhe më tepër nga sistemet vaditëse, industrializimi apo zhvillimi i turizmit. Kostot që dalin nga manaxhimi i keq i furnizimit me ujë dhe mungesa e veprimeve të duhura janë shumë të larta. Disa nga dëmet mund të jenë të parikuperueshme, siç ndodh në rastin e ndotjes apo të mbipërdorimit të ujrato nëntokësore.

Në përgjithësi, vetëm një pjesë e vogël e popullsisë gëzon mjete të përshtatshme të grumbullimit dhe trajtimit të ujrato e zeza, njësoj siç gëzon sisteme shumë të sigurta të furnizimit me ujë të pijshëm. Investimet shumë të pakta për ujrato e zeza në krahasim me investimet për ujin e pijshëm çojnë në ndotje shumë të dëmshme të burimeve ujore, duke zvogëluar kështu përfitimin që ka shëndeti nga investimet në projektet për ujrato. Rrjedhjet në sistemet e furnizimit me ujë të pijshëm nxjerrin nevojën për më shumë ujë, krijojnë mbingarkesë për sistemet e trajtimit (duke çuar kështu në rindotje) dhe inkurajojnë përdorimin e burimeve ujore me cilësi më të dobët. Defektet në sistemet shpërndarëse jo të mirëmbajtura si duhet, si edhe ndërprerjet në furnizim mund të rezultojnë në ndotje të gjithë rrjetit.

Mbeturinat e ngurta

Rreziqet ndaj shëndetit ekzistojnë edhe kur shërbimet e grumbullimit dhe hedhjes së mbeturinave mungojnë ose janë të papërshtatshme, gjë që çon në ndotjen kimike ose me mikroba të ajrit, ujit, ushqimeve ose dherave. Mbeturinat e rrezikshme të pakontrolluara, zonat industriale të ndotura dhe zonat ku hidhen mbeturinat e ngurta përbëjnë një risk të

madh toksik, ndaj kërkohet një veprim i bashkërenduar për të shmangur ndotjen e ujrave nëntokësore ose ushqimeve me kimikate nga dherat e intoksikuara.

Mbeturinat e ngurta po shtohen gjithnjë e më shumë, duke e tejkaluar kapacitetin dhe mundësitë ekzistuese të disa vendeve për t'i grumbulluar e trajtuar ato. Mesatarja e mbeturinave të ngurta është një kilogram për frymë në ditë, një shifër kjo që duhet ulur patjetër në minimum nëqoftëse duam të arrijmë zhvillim të qëndrueshëm.

Rrezatimi

Rrezatimi me bazë natyrale kozmike dhe tokësore është komponenti më i madh i ekspozimit mesatar të njeriut ndaj rrezatimit. Përqendrimet e radonit në ndërtesat e ngritura mbi zona që çlirojnë radon janë në rritje, ndërkohë që ventilimi nëpër shtëpi është ulur për të kursyer energji. Ekspozimi ndaj rrezatimit për shkak të profesionit ndodh në mjekësi, në qendra bërthamore dhe në industri të tjera. Me përjashtim të disa shteteve të pjesës lindore të Rajonit, ekspozimi mesatar vjetor për shkak të profesionit po ulet në të njëjtin nivel sa edhe doza e rrezatimit të përgjithshëm natyror.

Prodhimi i fuqisë bërthamore në operacionet rutinë shkakton rrezatim ndaj popullsisë shumë herë më pak se sa burimet natyrore në përgjithësi. Problemet aktuale ose potenciale të ekspozimit kanë të bëjnë së pari me sigurinë e ambjenteve të prodhimit të fuqisë bërthamore, prodhimin e lëndëve bërthamore dhe hedhjen ose magazinimin e sigurt të mbetjeve bërthamore. Me rritjen e ndërgjegjësimit ndaj rreziqeve dhe rritjen e opinionit dhe kërkesës publike, përdorimi i fuqisë bërthamore aktualisht po bie në një sërë shtetesh.

Aksidentet nga rrezatimi ndahen në dy kategori: aksidente të shkallës së lartë që çlirojnë lëndë radioaktive në zona të gjera dhe rrjedhjet nga industritë e pademtuara. Aksidenti më i madh që ka ndodhur deri tani në Rajonin Evropian është aksidenti i vitit 1986 në Çernobil të Ukrainës. Aksidenti çoi në përhapjen e madhe të lëndëve radioaktive, gjë që pati pasojë ndotjen e konsiderueshme të ushqimeve, rritjen e madhe të kancerit të tiroideve, krijimin e një stresi të vazhdueshëm dhe të thellë psiko-social për një numër të madh njerëzish dhe kosto të konsiderueshme përsa i përket izolimit dhe pastrimit të zonës reaktive dhe mjedisit rreth tij, si edhe mospërdorimin për një kohë të gjatë të tokës së punueshme të ndotur.

Ka shumë debate rreth efekteve të mundshme negative mbi shëndetin që sjell rrezatimi jo-jonizues i emetuar nga industria elektronike dhe e telekomunikacionit. Megjithatë një rrezatim i tillë ka rezultuar si i rrezikshëm për shëndetin, vlefshmëria e gjetjeve, niveli i riskut dhe mekanizmat e rinj mbeten të pasigurt.

Ekspozimi ndaj rrezatimit ultraviolett rrit rrezikun e kancerit të lëkurës. Me rritjen e udhëtimeve dhe turizmit dhe me zvogëlimin e shtresës së ozonit, ky lloj kanceri është bërë më i shpeshtë.

Faktorët socialë dhe ekonomikë të shëndetit

Shëndeti është shumë i ndjeshëm ndaj kushteve social-ekonomike, bile edhe në shoqëritë më të pasura dhe, si rrjedhim, edhe ndaj politikave dhe veprimeve social-ekonomike.

Faktorët kryesorë përcaktues janë të ardhurat, arsimi dhe punësimi. Disa kërkues shkencorë ia atribuojnë gjysmën e sëmundjeve këtyre faktorëve. Edhe në vendet me të ardhura të pakta statusi i shëndetit mund të përmirësohet, nëqoftëse këta faktorë zhvillohen. Ndryshimet në kohë të gjendjes shëndetësore të grupeve të pafavorizuara është një tregues i fuqishëm për të vlerësuar suksesin e politikave social-ekonomike.

PËRMIRËSIMI I SHËNDETIT ME KOSTO TË ULËT: INVESTIMI PËR ZHVILLIMIN SOCIAL

Të ardhurat e ulta dhe kufizimet fiskale nuk duhet të bëhen pengesë për përmirësimin e statusit të shëndetit për një komb. Rasti i Sri Lankës, një vend i varfër në Rajonin e Azisë Juglindore, duhet të bëhet shembull edhe për vendet evropiane. Për dekada të tëra shëndeti është përmirësuar me ritme më të shpejta se sa në vendet e pasura fqinje, duke zbatuar një plan zhvillimi për të gjithë sektorët e rëndësishëm të ekonomisë, duke futur në çdo shtëpi: arsim falas për të dy gjinitë, subvencionim për banesa, furnizim me sisteme uji të pastër dhe kullimi, akses të përmirësuar fizik në kujdesin shëndetësor përmes subvencionimit të transportit publik dhe krijimit të rrjeteve të mira rrugore, si edhe sigurim të rrjetit të sigurimit shoqëror për të varfrit përmes transferave të të ardhurave dhe dhënies së ushqimeve.

Burimi: Kumaratunga, C. Përmirësimi i shëndetit me kosto të ulët: mësimet dhe sfida nga Sri Lanka.
(Adresa është dhënë në seminarin e Bankës Aziatike për Zhvillim “Shëndeti në Azinë në Zhvillim: Shfrytëzimi i Oportuniteteve”, Gjenevë, 28-30 Prill, 1998).

Shpërndarja e të ardhurave

Nivelet absolute të të ardhurave përcaktojnë shëndetin e keq që lidhet me varfërinë. Diferencat relative të të ardhurave, pavarësisht nga klasa shoqërore, janë të lidhura me shkallën e shëndetit dhe vdekshmërinë në të gjitha nivelet e hierarkisë shoqërore. Me zgjerimin e diferencave midis të ardhurave, rritet edhe risku i shëndetit të keq. Diferencat midis klasave shoqërore në shëndet vihen re në të gjitha moshat, ku grupet më të ulta social-ekonomike vuajnë në një shkallë më të madhe dhe shfaqin incidence më të larta të lindjeve të fëmijëve prematurë dhe me peshë të vogël, të sëmundjeve të zemrës, të hemoragjive cerebrale dhe të kancerit. Faktorët me risk më të madh si mungesa e të ushqyerit të foshnjave me gjë, duhani, mungesa e aktivitetit fizik, obeziteti, hipertensioni dhe dieta e varfër gjenden së bashku në grupet e ulta social-ekonomike.

Shpërndarja e të ardhurave është e rëndësishme jo vetëm për shëndetin, por edhe për kohezionin shoqëror. Shoqëritë ku nivelet e pabarazisë së të ardhurave janë më të larta kanë tendencën të kenë edhe nivele më të larta të krimeve të dhunshme. Privimi çon në stres dhe vështirësi ekonomike, ul aftësinë e njerëzve për të përmbushur rolin e tyre dhe shkakton probleme psikologjike. Megjithatë, pabarazia midis të ardhurave duhet parë edhe në aspektin tjetër më të gjerë se deri në ç’masë të mirat shoqërore (p.sh. arsimi falas) vihen në dispozicion të grupeve me të ardhura më të pakta.

Shoqëritë me kohezionin më të mirë shoqëror janë ato të cilat kanë institucione që funksionojnë më së miri dhe ku komunitetet janë të zhvilluara nga ana civile. Duke ulur pabarazinë në të ardhurat, njerëzit mund të krijojnë dhe të hyjnë në rrjete shoqërore përmes një sërë organizatash, qëllimesh dhe aktiviteteve shoqërore. Ndjenja e

kolektivitetit moral dhe qëllimit shoqëror mbetet e rëndësishme. Kur pabarazitë rriten, thellohen edhe ndarjet shoqërore.

Shoqëritë që ndjekin politika më demokratike shpesh kanë ritme më të shpejta në zhvillimin ekonomik dhe standarte më të larta të shëndetit. Kostoja e pabarazisë është një kosto që nuk sjell përfitim ekonomik, por që shkakton një barrë reale ekonomike dhe që ul nivelin e konkurrencës për të gjithë shoqërinë.

Punësimi

Gjatë dhjetë viteve të fundit papunësia ka arritur nivele të reja në Evropë - rreth 12% në BE, afërsisht e njëjta përqindje në vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore dhe rreth 6% në Rusi (nga shifrat shumë të ulta të regjistruara në fund të epokës së komunizmit). Parashikimet e afërta janë për një ndryshim të vogël të kësaj gjendjeje.*

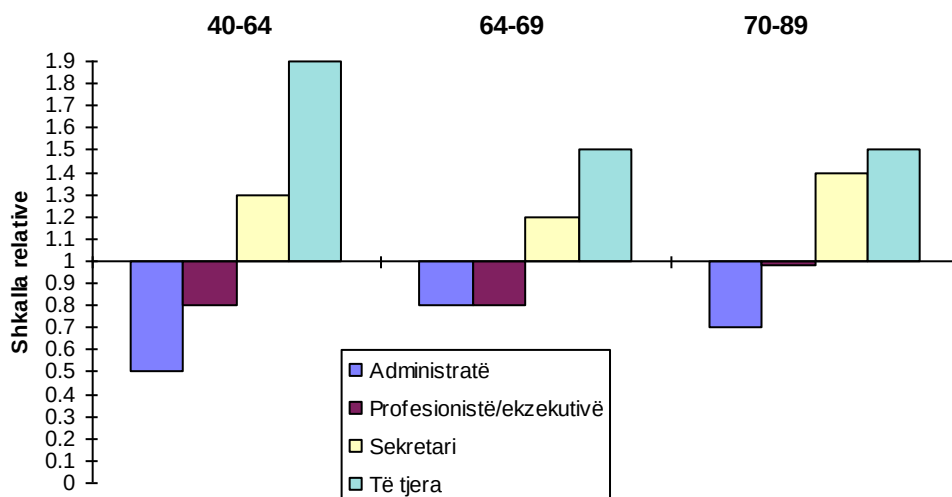
Si sasia, ashtu edhe cilësia e punës influencojnë së tepërmi mbi faktorët që lidhen me shëndetin, duke përfshirë të ardhurat, rrjetet shoqërore dhe respektin për vetveten. Papunësia çon në sëmundje psikologjike dhe fizike, si edhe në dizavantazhe në tregun e punës. Në një numër vendesh tregu i punës ka kaluar nga puna e sigurtë apo trajnimi në punë, për të pakualifikuarit ose gjysëm të kualifikuarit, në një punë që kërkon arsimim të nivelit të lartë dhe trajnim përpara punësimit, një zhvillim ky që e ka shtuar papunësinë, vecanerisht tek te rinjte.

Shumë është bërë për një zhvillim të gjithanshëm ekonomik dhe një zhvillim të një tregu pune më fleksibël, ku një pjesë e madhe e punëve janë të përkohshme dhe një pjesë e madhe e punëtorëve janë me kontrata afatshkurtra ose janë formalisht të vetëpunësuar. Një pasiguri e tillë në punë ndikon edhe në një shëndet jo të mirë. Megjithatë, vlerësimi i kostove të prodhimit nuk i merr parasysh humbjet në shëndet dhe në cilësinë e jetes, që lidhen me pasigurinë për punën.

Brenda punësimit ka një marrëdhënie të qartë midis llojit të punës nga njera ane, dhe vdekshmërisë e sëmundshmerisë nga ana tjetër, përfshirë këtu edhe mungesat në punë si pasoje e sëmundjeve. Kjo marrëdhënie ruhet edhe kur perjashtohen faktorë të tjerë, si niveli i arsimit dhe strehimi. Ky raport duket se mund të shpjegohet me nivelet e larta të kontrollit në punë, stimulimit dhe mbështetjes në ato punë që konsiderohen si “me të fisme”. Për shembull, brenda administratës civile britanike në Whitehall (shih Fig.6), janë vërejtur raporte konstante të vdekshmërisë, të cilat shkojnë paralel me llojin e punës.

Fig. 6 Vdekshmëria për shkaqe të ndryshme sipas niveleve, punonjësit e Whitehall gjatë 25 viteve

* *Studimi ekonomik i Evropës 1998*. Gjenevë, Komisioni Ekonomik i Kombeve të Bashkuara për Evropën, 1998.



Burimi: Marmot, M.G. & Shiple, M. A ruhen diferencat social-ekonomike të vdekshmërisë edhe pas daljes në pension? Vëzhgimi për 25 vjet me radhë i nëpunësve nga studimi i parë i Whitehall. Revista mjekësore britanike, 313: 1177-1180 (1996).

Sektori i shëndetësisë mund të fillonte duke u bërë vetë një mjedis pune model. Pavarësisht nga fakti që ai përfshin një pjesë të madhe të popullsisë, ndarja nga pikpamja shëndetësore midis grupeve të ndryshme të punonjësve të sektorit të shëndetësisë diskutohet rrallë, por është shumë aktual, përderisa personeli më pak i paguar dhe infermieret, për shembull, janë disa here me te rrezikuar ndaj shumices se sëmundjeve në krahasim me doktorët.

Nëqoftëse, ashtu siç parashikohet në disa vende, vitet e punës do të përmbledheshin në një periudhë më të shkurtër në të ardhmen, atëherë do të gjenden rrugë të reja që njerëzit të marrin pjesë në shoqëri pa qenë në punë dhe më shumë njerëz të angazhohen në punët ekzistuese.

Arsimi

Niveli i aresimit përbën një faktor në vdekshmëri, ashtu si edhe klasat shoqërore. Burimet materiale dhe kulturore të familjes ushtrojnë një influencë të madhe mbi inkurajimin intelektual dhe ngritjen aresimore të fëmijës. Ekziston një faktor i fortë i klasës shoqërore në kualifikimet aresimore. Fëmijët që kanë kryer aresim para-universitar ose trajnim të lartë teknik ose edhe më tepër se kaq, kanë shanse shumë më të mira për të pasur shëndet të mirë, si edhe për të gjetur punë më të mirë e për të pasur të ardhura më të mira. Përveç kësaj, aresimi është një parashikues shumë i fortë për të bërë zgjedhje të shëndetshme. Aresimi i lartë dhe format e tjera të tij ndihmojnë novacionet, të cilat nga ana e tyre mbështesin zhvillimin ekonomik.

Gjinia dhe shëndeti

Vdekshmëria më e lartë tek meshkujt është një veçori e shoqërive të zhvilluara. Por, nuk ka qenë gjithmonë kështu. Në të shkuarën, vdekshmëria e femrave ishte shumë më e madhe si pasojë e një nënvlerësimi historik të femrës, në një pjesë të madhe të kulturave të botës. Kur burri filloi të luante rolin kryesor në ekonominë e familjes, ai filloi t'i nënshtrohej rreziqeve dhe stresit më të madh e për pasojë edhe një vdekshmërie më të lartë. Njëkohësisht, konsumi i duhanit ka luajtur një rol më të madh në vdekshmërinë e meshkujve.

Shpjegimi biologjik sugjeron se grate janë më rezistente ndaj infeksioneve dhe ato përfitojnë nga efekti protektiv i estrogenit, duke çuar në një nivel më të ulët vdekshmërie. Në mënyrë paradoksale, hormonet femërore dhe sistemi riprodhues femëror, pretendohet t'i bëjnë grate më të ndjeshme ndaj sëmundjeve fizike dhe ato mendore. Gjithsesi, shpjegimet biologjike nuk arrijnë të japin argumente bindëse mbi diferencat shëndetësore të grave që i përkasin klasave të ndryshme sociale. Nga ana tjetër, është e rendësishme të theksojmë se rritja e jetëgjatësisë së grave lidhet edhe me rënien drastike të vdekjeve nga sëmundjet infektive si dhe uljen e numrit të lindjeve.

Shpjegimet që lidhen me stilin e jetesës, argumentojnë se grate janë shoqërizuar të jenë pasive, të varura dhe të sëmuren. Gratë adaptojnë shpejt rolin e “të sëmurës”, pasi ky rol i përshtatet nocionit të “paramenduar” të sjelljes femërore. Në kontrast me këte, burrat, inkurajohen të jenë agresivë, të ndërmarrin përsipër rreziqe, si në punë ashtu edhe në kohën e lirë. Nivelet e larta të aksidenteve dhe alkoolizmit tek meshkujt, janë prova që mbështesin këtë argument. Së fundi, burrat, i bashkohen më pak programeve parandaluese (psh. programeve për menaxhimin e peshës trupore) apo depistuese (psh. programeve për zbulimin e hershëm të kancerit të zorrës së trashë).

Kohët e fundit, fokusi është vënë më shumë në rolet dhe sjelljet dalluese midis burrit dhe gruas në kultura të ndryshme, të diktuar nga normat dhe vlerat me bazë gjinore, dhe se si këto rrisin diferencat gjinore. Në të gjithë botën, ka një shqetësim të madh mbi faktin se si gratë, si rrjedhojë e normave me bazë gjinore nuk marrin kujdes shëndetësor, pasi nuk mund të udhëtojnë vetëm për në klinikë; ose janë të pambrojtura nga HIV për shkak se burrat e tyre nuk duan të përdorin kondom.

Në shumë shoqëri, kur krahasohen me burrat, grate tentojnë të kenë:

- status më të ulët
- të ardhura më të ulëta
- më pak pushtet
- akses të kufizuar ndaj aseteve financiare
- status më të ulët arsimor
- nivel më të ulët të pjesëmarrjes në institucionet ligjore dhe politike, dhe rrjedhimisht edhe influence më të ulët në vendim-marrje
- akses më të limituar ndaj punës
- më shumë gjasa për të qenë viktimë të dhunës në familje

Përfundimisht, gratë ende kanë nevojë më të mëdha shëndetësore (psh. në kujdesin gjatë shtatëzanisë dhe ndaj fëmijës). Në shumë raste, gratë marrin rolin drejtues në kujdesin ndaj fëmijëve dhe anëtarëve të tjerë të familjes, dhe gjithashtu pritet të kujdesen edhe për shtëpinë dhe përgatitjen e ushqimit.

Shëndeti dhe minoritet etnike

Etniciteti është një nocion kompleks që është përdorur për t'iu referuar atyre që ndajnë të njëjtën kulturë, back-ground social, gjuhë ose rajon. Sëmundjet jo të transmetueshme (si sëmundjet e zemrës, diabeti, etj), sjelljet e rrezikshme të lidhura me shëndetin (si duhanpirja) dhe vdekjet e parakohshme hasen më tepër në grupet e ndryshme të minoriteteve etnike se sa në popullatën e përgjithshme. Bhopal (2014) përmbledhi faktorët që influencojnë pabarazitë shëndetësore etnike, të cilat po i rendisim më poshtë:

- kulturorë, psh. tabuja ndaj alkoolit
- statusi social, arsimor dhe ekonomik- psh. njohuritë mbi ndikimin biologjik dhe shëndetësor, gjuha e folur dhe e lexuar
- mjedisorë, psh. para dhe pas migrimit
- stili i jetesës, psh sjellejet e lidhura me dietën ushqimore, alkoolin dhe duhanin
- aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore, dëshira për të marrë kujdes social dhe shëndetësor, dhe përdorimi i metodave të tjera alternative të kujdesit apo trajtimit
- faktorët gjenetikë apo biologjikë, psh. pesha në lindje

Së fundi duhet të kemi parasysh që faktorët socio-ekonomik luajnë një rol jashtëzakonisht të rëndësishëm, por është e rëndësishme që të mos përfshijmë të gjithë anëtarët e grupeve etnike në një kategori të disavantazhuar. Na nevojiten më shumë të dhëna për kuptuar se sa persona nga grupet e minoriteteve etnike janë të disavantazhuar, dhe në çfarë mënyre. Kështu do të bëhet e mundur të kuptohet nëse shëndeti më i dobët i këtyre grupeve lidhet me të ardhurat e ulëta, kushtet e vështira të punës apo papunësinë, kushtet e papërshtatshme të banesave, apo përveç këtyre ka edhe disa faktorë të tjerë që çojnë në tregues më të dobët shëndetësorë.

STILI I SHËNDETSHËM I JETËS

Ndonjëherë mendohet gabim se, vetëm duke u dhënë njerëzve informacion, ata mund të jenë në gjendje që menjëherë të bëjnë zgjedhje të shëndetshme. Është e vërtetë se marrja e më shumë njohurive, informacionit dhe edukatës mbi shëndetin është një gjë e rëndësishme, por nga ana tjetër provat tregojnë se vendimet për të adoptuar mënyra të përshtatshme sjelljeje ndaj shëndetit - për shembull mbi ushqyerjen e shëndetshme, kryerjen e aktiviteteve të mjaftueshme fizike dhe kujdesin ndaj shëndetit seksual - shpesh kushtezohen nga mjediset më të gjera fizike, sociale, ekonomike dhe kulturore, që influencojnë zgjedhjet e bëra nga individët, grupet dhe komunitetet lokale. Përveç kësaj, në shumicën e rasteve janë grupet e varfra ato që adoptojnë mënyrat më të dëmshme të sjelljes ndaj shëndetit, (më shpesh nëpërmjet niveleve të larta të pirjes së duhanit, konsumit të alkoolit dhe përdorimit të drogës), sepse ata vuajnë më tepër nga stresi, ne perpjekje për të përballuar të ardhurat e pamjaftueshme, arsimin e ulët, papunësinë dhe pasigurinë për punën.

Kështu që, një nga fokusët qendrorë të çdo programi duhet të jetë modifikimi i këtyre faktorëve ambjentalë, me qëllim që zgjedhjet e shëndetshme të jenë më të thjeshta për t'u bërë.

Përderisa mesazhet mbi shëndetin kapen më shpesh nga grupet e favorizuara dhe të arsimuara më mirë, kjo mund të thellonte më shumë diferencat nga pikëpamja e shëndetit dhe përjashtimin social të grupeve më të pambrojtura. Prandaj, programet e posaçme dhe formimi i aftësive specifike mbi edukimin dhe informacionin shëndetësor për grupet e pafavorizuara duhet të kenë përparësi në çdo iniciativë të suksesshme, për të inkurajuar mënyra jetese të shëndetshme.

Përveç formimit të aftësive të individëve për të marrë vendime mbi mënyrën e jetesës që do të zgjedhin, dhënia e informacionit dhe edukimi mbi rreziqet ndaj shëndetit - si p.sh. ushqyerja jo e shëndetshme, pirja e duhanit ose e pijeve alkolike - çojnë në një mbështetje më të madhe nga ana e publikut, të masave dhe politikave, që synojnë uljen e konsumit të duhanit dhe alkolit dhe inkurajimin e ngrënies së shëndetshme. Ndërgjegjësimi i publikut mund të jetë një stimul i fuqishëm për ndryshime. Kërkesa e njerëzve për të marrë pjesë në aktivitete argëtuese, për të pasur rrugë të veçanta për biçikletat dhe transport më të mirë publik ka rritur mundësinë për një jetë më aktive. Shqetësimi i njerëzve për rrezikun e dëmtimit të mjedisit ka çuar në një kërkesë më të lartë për produkte të sigurta dhe jo të dëmshme nga ana ambjentale. Kur të organizohet kjo lloj mbështetjeje, p.sh. tek grupet e konsumatorëve, atëherë njerëzit mund të jenë aleatë shumë të fuqishëm për shëndetin dhe mbrojtës të denjë të tij ndaj forcave që e kërcënojnë.

Studimet kanë treguar se tashmë ekziston një lidhje mjaft e qartë midis sjelljeve të caktuara dhe riskut të shfaqjes së një sëmundjeje, aq sa këto sjellje konsiderohen si shkaqe proksimale të sëmundjes. Kështu, p.sh. ekzistojnë një sërë studimesh që nxjerrin në pah korelacionin midis sëmundjes koronare të zemrës dhe pirjes së duhanit, konsumit të ushqimeve të pasura me yndyrna të ngopura ose kolesterol (dieta ushqimore), apo mungesës së aktivitetit fizik. Sjellje të caktuara lidhen edhe me prognozën apo ecurinë e mëtejshme të një sëmundjeje, e këtu përfshihen ato sjellje që kanë të bëjnë me kujdesin për veten apo me respektin e përpiktë të një trajtimi mjekësor. Kështu, prognoza e kancerit të gjirit varet shumë nga stadi i sëmundjes kur fillon trajtimi mjekësor, ose ecuria e diabetit insulino – vartës varet nga respektimi i skemës së trajtimit me insulinë.

Sjelljet dhe zgjedhjet e shëndetshme

Ushqyerja e shëndetshme

Ushqyerja e shëndetshme përmbledh politikat mbi ushqimin dhe nutrientët, sigurinë e ushqimit, mungesat e mikronutrientëve dhe zgjedhjet për ushqimin dhe shëndetin. Të gjitha Shtetet Anëtare të OBSH-së nënshkruan Deklaratën Botërore dhe Planin e Veprimit për Nutrimin në Konferencën Ndërkombëtare për Ushqyerjen në vitin 1992. Këto përbëjnë kuadrin strategjik të politikave kombëtare për ushqimin dhe ushqyerjen, të cilat janë shtuar dhe pasuruar shumë në dekadat në vazhdim.

Siguria e ushqimit nënkupton që të gjithë të kenë gjithnjë ushqim të bollshëm, me nutrientët e duhur përsa i përket sasisë, cilësisë dhe shumëllojshmërisë dhe të pranueshëm për çdo lloj kulture. Pas Luftës së Dytë Botërore qëllimi kryesor në Evropë ishte të rritej siguria e ushqimit, veçanërisht me produkte shtazore si mishi dhe qumështi. Disa politika të pasluftës, megjithatë qenë shumë të suksesshme dhe në vitet '80-të vendet e BE patën

sasira masive të gjalpës, mishit dhe qumështit. Këto politika mbi ushqimin kanë patur një impakt direkt jo vetëm mbi shëndetin, por edhe mbi mjedisin në Evropë.

Epidemitë kanë patur influencë mbi vendet e industrializuara, për shkak të agjentëve të rinj patogjenë të identifikuar. Përveç ndotjes, materialet toksike, pesticidet, medikamentet që përdoren në kafshët, kimikatet bujqësore dhe përdorimi i substancave antimikrobike në ushqimin e kafshëve, të gjitha kërkojnë vëzhgim dhe kujdes të vazhdueshëm. Tregtia globale do ta bëjë më të vështirë monitorimin e këtyre praktikave dhe sëmundjeve që lidhen me to, prandaj duket se do të duhet të vihen më shumë rregulla për të mbrojtur sigurinë e ushqimit dhe shëndetin - por duhet pasur kujdes për të mos i bërë këto rregulla shumë komplekse.

Në dritën e gjetjeve të reja shkencore mbi përbërësit, (antioksidues, flavonoidët dhe estrogenet bimore) që të mbrojnë kundër zhvillimit të sëmundjeve të zemrës dhe kancerit, për shembull, sëmundje të tilla disa herë quhen “sëmundje të mungesës së frutave dhe perimeve”. Mungesa e mikronutrientëve të tjerë ekziston edhe në disa vende të tjera evropiane nën disa kushte të caktuara. Sëmundjet e mungesës së jodit (IDD), për shembull janë endemike në Evropë dhe dëmtojnë njerëz në një numër Vendesh Anëtare. Mungesa e jodit është shkaku kryesor i dobësisë intelektuale të parandalueshme, strumës dhe kretinizmit. Rritja e konsumit të folateve rekomandohet në shumë shtete për të ulur numrin e madh të fëmijëve që lindin me defekte të tubit neural.

Një dietë e karakterizuar nga një sasi e madhe ushqimesh bulmetore me yndyrë të lartë, mishi me dhjam, kripe dhe ushqimesh me shumë energji që përmbajnë sheqer, mund të shkaktojë rrezik për sëmundjet jo të transmetueshme, si p.sh. sëmundjet kardiovaskulare dhe kancerin. E kundërta mund të thuhet për përdorimin e konsiderueshëm të perimeve, frutave, bukës, cerealeve dhe ushqimeve leguminoze të rekomanduara nga OBSH-ja.

Mbipesha trupore është një faktor i pavarur dhe shumë i rëndësishëm për vdekshmërinë e parakohshme. Përveç predispozicionit gjenetik, ajo mund të shkaktohet nga marrja e ushqimeve me shumë energji, d.m.th shumë të yndyrshme, me sheqerna dhe me sasi të madhe, dhe nga mungesa e aktiviteteve fizike. Mbipesha trupore dhe obeziteti janë përhapur shumë dhe po rriten në disa vende. Në fakt, ato tashmë janë kaq të zakonshme, sa që në shumë ambjente ato po zëvendësojnë shqetësimin për probleme tradicionale shëndetësore si kequshqyerja dhe sëmundjet ngjitëse dhe po bëhen nga shkaqet më të rëndësishme për një shëndet jo të mirë. Pasojat mbi shëndetin që sjell obeziteti shkojnë nga rreziku i vdekjes së parakohshme, dhe pikërisht nga sëmundjet kardiovaskulare dhe disa kancerë, deri në disa kushte jo fatale, por dëmtouese, që ushtrojnë një influencë negative mbi cilësinë e jetës. Përveç kësaj, obeziteti është edhe një rrezik i madh për sëmundjet kronike jongjitëse, si p.sh. sëmundjet kardiovaskulare, hipertensionin dhe insultet cerebrale, diabetin melitus (lloji 2, që nuk kërkon insulinë) dhe disa forma të kancerit. Në shumë vende të industrializuara obeziteti lidhet edhe me pasojat e ndryshme psiko-sociale.

Aktiviteti fizik

Përfitimet e shëndetit nga aktiviteti fizik i kombinuar përfshijnë gjendjen e mirë shpirtërore dhe besimin në vetvete, paraqitjen e jashtme fizike të mirë dhe një rënie të konsiderueshme të vdekshmërisë së parakohshme, hipertensionit, sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit, që nuk kërkon përdorimin e insulinës dhe osteoporozës.

Rreziku i inaktivitetit fizik ka tendencë rritjeje drejt një mënyrë jetese më pasive. Në disa vende, niveli i inaktivitetit është kaq i lartë, sa është e pamundur të ruhet një dietë e përshtatshme përsa i përket mikronutrientëve, gjë që çon në mbipeshë trupore.

Shëndeti seksual

Marrëdhëniet seksuale, të cilat janë një shprehje e komunikimit, dashurisë dhe lidhjes së ngushtë, janë një aspekt i rëndësishëm i jetës së të rriturve. Ndërsa shëndeti seksual ndihmon shëndetin e mirë të njeriut dhe mirëqenien, aktiviteti seksual mund të jetë edhe një rrezik ndaj shëndetit. Një pjesë e konsiderueshme e sëmundjeve brenda Rajonit rezultojnë të shkaktuara nga kryerja e seksit të pasigurt; epidemia aktuale e sifilizit në Rusi është një shembull, abortet për shkak të shtatzanive të padëshiruara janë një shembull tjetër. Rritja shumë e shpejtë e transmetimit të HIV-it si rezultat i përdorimit të drogës dhe epidemia e re e sëmundjeve të transmetueshme seksualisht (STS) në vendet lindore të Rajonit rrisin gjithashtu riskun e transmetimit të infeksionit të HIV me rrugë seksuale. Ndryshimet në mënyrat dhe sjelljen seksuale, si edhe shtimi i udhëtimeve, varfërisë, papunësisë dhe prostitucionit çojnë në shtimin e shpejtuar të STS-ve.

Zvogëlimi i dëmit që sjell alkoli, droga dhe duhani

Duhani

Përdorimi i duhanit është faktori kryesor më i rrezikshëm për shëndetin jo të mirë në Rajon. Pesëdhjetë për qind e të gjithë njerëzve që pijnë duhan rregullisht, do të vdesin nga cigaret, gjysma në moshë të mesme (që është periudha ekonomikisht më aktive e jetës) dhe gjysma në moshë të vjetër. Pirja e duhanit rrit riskun e krijimit të shumë kancerëve, sëmundjeve koronare të zemrës, lindjeve me peshë të vogël, vdekjeve të menjëhershme foshnjore, alergjive dhe nxit një sërë problemesh të tjera shëndetësore. Në vitin 1995 mbi 30% e të rriturve brenda Rajonit pinin duhan çdo ditë rregullisht. Në të njëjtin vit, cigaret ishin përgjegjëse për 1.2 milion vdekje, me një humbje mesatare prej 20 vjetesh në jetegjatesinë mesatare. Në pjesën lindore të Rajonit, 20% e të gjithë burrave me moshë 35 vjeçare do të vdesin në moshën 69 vjeçare nga sëmundje që lidhen me duhanin, një shifër kjo dy herë më e lartë se në pjesën perëndimore të Rajonit.

Produktet e duhanit i kushtojnë botës të paktën 200 miliard dollarë amerikanë në vit, shkaktojnë vuajtje të patregueshme për individët, familjet dhe miqtë, i shkaktojnë ekonomisë kosto të konsiderueshme dhe janë përgjegjëse për degradimin e mjedisit dhe zjarret. Humbjet e mëdhaja ekonomike kanë si shkak parësor ndërprerjen para kohe të jetës prodhuese dhe kostot e larta të trajtimit të sëmundjeve që kanë lidhje me duhanin. Dështimi në mbledhjen e taksave të vëna ndaj produkteve kontrabandë të duhanit (të cilat mbizotërojnë më tepër në pjesën lindore të Rajonit, një zonë me mungesa në burimet qeveritare) është një shqetësim tjetër shumë i madh. Një e katërta e të gjitha cigareve të eksportuara në botë janë kontrabandë.

Alkoli

Produktet alkolike janë përgjegjëse për gati 9% të sëmundjeve në Rajon, duke rritur rrezikun e cirrozës së mëlçisë, kancerëve, tensionit të lartë, insulteve cerebrale dhe deformimeve të lindura. Megjithëse konsumi i alkolit ul riskun e sëmundjeve koronare të zemrës, kjo ulje arrihet në nivele më pak se 10 g në ditë dhe ndodh vetëm për njerëzit në moshë 50 vjeç e lart. Konsumi i madh i alkolit rrit rrezikun e vdekjeve të menjëhershme koronare. Përveç kësaj, konsumi i alkolit rrit riskun e problemeve në familje, punë dhe shoqëri si p.sh. alkolizmin, aksidentet (duke përfshirë zjarret), sulmet, sjelljen kriminale, dëmtimet e paqëllimshme, dhunën, vrasjet dhe vetëvrasjet, aksidentet në trafikun rrugor dhe detar, ndonjëherë me dëmtim të gjerë të mjedisit. Midis 40% dhe 60% të të gjitha vdekjeve nga dëmtimet e qëllimshme ose të paqëllimshme i atribuohen konsumit të alkolit. Dëmet që vijnë nga alkoli janë më të shumta në pjesën lindore të Rajonit, ku edhe është bërë shkak për shtimin e vdekjeve kardiovaskulare dhe uljen e jetegjatesise mesatare.

Nëntëdhjetë për qind e vendeve në Rajon kanë një konsum vjetor për frymë që i tejkalon dy litra alkol absolut (nivel i dhënë nga provat si risku më i ulët për vdekshmërinë e popullsisë). Kostoja e shoqërisë nga alkoli për shkak të kostove direkte dhe prodhimtarisë së humbur vlerësohet të jetë midis 2% dhe 5% të Produktit të Përgjithshëm Kombëtar (GNP).

Drogat e jashtëligjshme

Drogat e jashtëligjshme përfshijnë një gamë të gjerë substancash të cilat, për arsye të potencialit të tyre për të bërë dëm, janë vënë nën kontrollin e konventave ndërkombëtare. Drogat e jashtëligjshme rrisin riskun e helmimit, varësisë, psikozës, vetëvrasjes, vdekshmërisë së përgjithshme dhe krimit. Numri i përdoruesve të mëdhenj të drogës në Rajonin Evropian është vlerësuar të jetë midis 1.5 dhe 2 milion njerëz. Përdorimi i drogës nxit më tepër përhapjen masive të HIV-it dhe hepatitit, veçanërisht në pjesën lindore të Rajonit. Dyzet për qind e të gjitha rasteve me SIDA në Rajonin Evropian rezultojnë nga përdorimi me injeksion i drogës. Ka të ngjarë që ne të ardhmen të hidhen në treg një numër më i madh drogash psiko-aktive, disa me potencial më të vogël risku dëmtimi, pa llogaritur ketu medikamentet e tjera psiko-aktive, të këshilluara nga mjeku.

Pavarësisht nga përpjekjet e vazhdueshme për të kontrolluar drogat në nivel ndërkombëtar dhe kombëtar, ka disa shenja përmirësimi. Mënyrat e trajtimit dhe parandalimit janë bërë më të sofistikuara në vitet e fundit, duke pranuar më tepër trajtim zëvendësues për personat e narkotizuar. Evidencat tregojnë se shoqëritë që kanë mundësi të ofrojnë një rrjet të gjerë shërbimesh për përdoruesit e drogës janë të suksesshme në drejtim të reduktimit të mënyrave të rrezikshme të sjelljes ose të atyre që dëmtojnë shëndetin drejtpërsëdrejti, si edhe në drejtim të kufizimit të aktivitetit antisocial dhe kriminal midis përdoruesve të drogës.

FAKTORËT PSIKO – SOCIAL DHE SHËNDETI

Megjithëse nuk është e provuar akoma plotësisht, ka shumë studime që na shtyjnë të mendojmë se faktorët psiko-social mund të jenë determinantë të rëndësishëm në

përcaktimin e shëndetit të njerëzve. Grumbullimi i përvojave të ndryshme psiko – sociale, pra historia e stresit, që fillon që nga fëmijëria dhe vazhdon gjatë gjithë jetës, ka të ngjarë të ketë një efekt biologjik, i cili ndikon në shfaqjen e sëmundjeve të ndryshme, si ato kardio- vaskulare apo sëmundjet e shkaktuara nga pakësimi apo çrregullimi i mekanizmave imunitare.

SHËRBIMET E KUJDESIT SHËNDETËSOR

Shoqëria njerëzore ka investuar në masat e shëndetësisë shumë më përpara se të zhvilloheshin shërbimet e sotme moderne mjekësore. Është e pamohueshme që sistemet moderne të shëndetësisë kanë dhënë një kontribut të çmuar për përmirësimin e shëndetit të njerëzve, në aspekte të veçanta të tij. Të dhënat kryesore që përdoren sot për vlerësimin e efekteve të kujdesit mjekësor janë: të dhënat e vdekshmërisë, regjistrat e sëmundjeve, anketat në nivel komuniteti, anketat e përgjithshme shëndetësore, të dhënat nga mjekët e përgjithshëm etj.

Si shembuj të ndërhyrjeve shëndetësore që kanë një impakt të qartë e të dukshëm në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të njerëzve mund të përmendim shërbimet obstetrikale dhe neonatale si dhe kontrollin e sëmundjeve ngjitëse si pasojë e vaksinimit.

- Si pasojë e kujdesit shëndetësor vdekshmëria perinatale është përmirësuar në mënyrë dramatike dhe ekzistojnë perspektiva të mira për uljen e prevalencës së defekteve të shkaktuara nga lindja apo të pasojave të tyre. Ulja e vdekshmërisë perinatale i dedikohet uljes së vdekjeve in utero ose gjatë lindjes, si pasojë e futjes së teknikave të monitorimit intrauterin në fazat e fundit të shtatëzanisë ose të monitorimit të distresit fetal gjatë lindjes.
- Zhvillimet në fushën e vaksinave dhe të vaksinimit bënë të mundur çrrënjosjen e variçelës si edhe eliminimin virtual të poliomelitit në disa popullata. Ekzistojnë fakte të fuqishme se një aktivitet mjekësor specifik ka eliminuar pothuajse plotësisht sëmundje të rënda me pasoja vdekjeprurëse apo invalidizuese.

Bibliografia

Bhopal. R.S. 2014. *Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies*. Oxford University Press, Oxford.

Blaxter M. *Health and lifestyles*. Tavistock/Routledge, London, 1990.

Bethune A. *Unemployment and mortality*. In: Drever F, Whitehead M (eds) *Health inequalities . Decennial supplement*. Stationary office, London, 1997.

Bridgwood A, Savage D. *General household survey 1991*. HMSO, London, 1993.

Calnan M. *Health and Illness: the Lay Perspective*. Tavistoc. London, 1987.

Departament of Health (DoH). *On the state of the public health 1991*. HMSO, London, 1992.

Dines A, Cribb A. *Health Promotion concepts and practice*. Blackwell Science Ltd. London, 1993.

Doyal L. *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. Macmillan, Basingstoke, 1995.

Downie RS. *Ethics in health education: an introduction*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1990; pp.3-13.

Goldblatt P. *Longitudinal study: mortality and social organisation 1971-81 England and Wales*. OPCS Series LS No. 6. HMSO, London, 1990.

King M. *Health is sustainable state*. The Lancet, 1990; 336: 664-667.

Marmot M G. *Type A personality and ischaemic heart disease*. Psychological Medicine 10: 603-606 and health: implications for individuals, 1980.

Marmot M G. *Work and society*. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds) *Health and social organisation: towards a health policy for the 21st century*. Routledge, London 1996

March A, Mckay S. *Poor smokers*. Policy Studies Institute, London, 1994.

Martin C J, Platt S D, Hunt S M. *Housing and ill health*. British Medical Journal 294: 1125-1127, 1987.

Miles A. *Women, health and medicine*. Open University, Milton Keynes, 1991.

Moser K, Goldblatt p, Fox J, Jones D. *Unemployment and mortality*. In: Goldblatt p (ed) *longitudinal study: mortality and social organisation*. OPCS Series LS No. 6. HMSO, London, 1990.

Naidoo J, Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. Baillière Tindall, London, 2000.

Office of Population Censures and Surveys (OPCS). *Mortality statistics: cause 1991*. HMSO, London, 1993.

Rudat K. *Black and minority ethnic groups in England: health and lifestyles*. HEA, London, 1994.

Seedhouse D. *Health: The Foundations for Achievement*. John Wiley and Sons Ltd. Chichester, 1986.

Smith R. *Unemployment and health*. Oxford University Press, Oxford, 1987.

Staiton-Rogers W. *Explaining Health and Illness. An Exploration of Diversity*. Harvester Wheatsheaf. London, 1991.

Wilkinson R. *Class and health research and longitudinal data*. Tavistock, London. 1986

Williams R. *Concepts of Health: An analysis of lay logic*. Sociology, 1983; 17: 185-205.

WHO Constitution. World Health Organization. New York, 1946.

Faktorët socialë dhe të sjelljes që ndikojnë shëndetin e individëve dhe popullatave



Objektivat (1):

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Të identifikojnë dhe të diskutojnë në mënyrë kritike determinantët socialë dhe ato të lidhur me sjelljet që ndikojnë në shëndet dhe mekanizmat me të cilët ato veprojnë;
- Të kuptojnë lidhjen midis shëndetit dhe faktorëve socialë; shëndetit dhe mënyrës së jetesës; shëndetit dhe gjinisë;



Objektivat (2)

- Të kenë një kuptim kritik mbi teoritë e determinantëve socialë të shëndetit dhe shpjegimit për pabarazinë në shëndet.
- Të kuptojnë rolin e sistemeve shëndetësore në shëndet dhe në pabarazitë në shëndet



Koncepte kyç dhe përkufizime (1)

- **Pabarazi në shëndet** – Pabarazitë shëndetësore mund të përcaktohen si dallime në statusin shëndetësor ose në shpërndarjen e determinantëve të shëndetit midis grupeve të ndryshme të popullsisë.
- **Klasë sociale** – përshkruan një grup njerëzish të cilët kanë të njëjtin status edukimi, social apo ekonomik.

Koncepte kyç dhe përkufizime (2)

- **Determinantët socialë të shëndetit:** janë kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, jetojnë, punojnë dhe moshohen, duke përfshirë sistemin shëndetësor.
- Këto kushte janë formuar nga shpërndarja e parave, fuqisë/pushtetit dhe burimeve në nivel global, kombëtar dhe lokal, të cilat vetë ndikohen nga zgjedhjet e politikave.
-

Shpjegimi i pabarazive sociale në shëndet...



Source: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting.

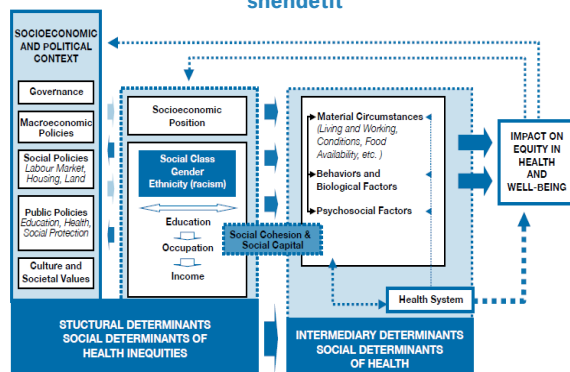
Kuadri konceptual i determinantëve socialë shëndetësorë: Vlera themelore

- Parazia shëndetësore është një princip etik udhëheqës.
- **Qeveritë** kanë përgjegjësinë kryesore për mbrojtjen e barazisë në shëndet.
- Realizimi i të drejtës së njeriut për shëndetin nënkupton **fuqizimin e komuniteteve të privuara** për të ushtruar kontroll më të madh mbi faktorët që përcaktojnë shëndetin e tyre.

Kuadri konceptual i DSSH

- Një kuadër konceptual që përshkruan **hierarkinë e faktorëve dhe mekanizmave** nga të cilët kushtet sociale afektojnë shëndetin e njerëzve dhe prodhojnë pabarazi në shëndet.

Kuadri konceptual i determinantëve socialë të shëndetit



Source: Solar & Irwin 2007

Çfarë janë determinatët socialë të shëndetit?



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

18

Klasifikimi i determinantëve të shëndetit



- Faktorë gjenetikë
- Faktorë mjedisorë
- Faktorët socialë
- Shërbimet shëndetësore

Faktorët gjenetikë



- Faktorët genetikë kontribuojnë në mënyrë thelbësore në vdekshmërinë foshnjore dhe fëmijore.
- Masat ndërhyrëse deri tani janë bazuar mbi diagnoza para lindjes, duke sjellë kështu nevojën e ndërprerjes së shtatzanisë.



Faktorët gjenetikë (2)

- Njohja e këtyre faktorëve ka një rëndësi të veçantë pasi na lejon që të marrim masa përmes këshillimit gjenetik, diagnozës prenatale apo masave të tjera parandaluese në rastin e një terreni me predispozicion gjenetik për shfaqjen e një sëmundje të caktuar.



Stili i jetesës dhe ndikimi i tij në shëndet

- Studimet kanë treguar se tashmë ekziston një lidhje mjaft e qartë midis sjelljeve të caktuara dhe riskut të shfaqjes së një sëmundjeje, aq sa këto sjellje konsiderohen si shkaqe proksimale të sëmundjes.



Elementët e stilit të jetesës

- Ushqyerja
- Duhanpirja
- Alkooli dhe drogat
- Aktiviteti fizik
- Aktiviteti seksual (SST dhe HIV/AIDS)

Ushqyerja e shëndetshme

- Ushqyerja e shëndetshme përmbledh politikat mbi ushqimin dhe nutrientët, sigurinë e ushqimit, mungesat e mikronutrientëve dhe zgjedhjet për ushqimin dhe shëndetin.
- Siguria ushqimore nënkupton që të gjithë të kenë gjithnjë ushqim të bollshëm, me nutrientët e duhur përsa i përket sasisë, cilësisë dhe shumëllojshmërisë dhe të pranueshëm për çdo lloj kulture.

Ushqyerja dhe shëndeti

- Dieta e pasur me yndyrna shtazore dhe rreziku për sëmundje të zemrës
- Mbipesha trupore është një faktor i pavarur dhe shumë i rëndësishëm për vdekshmërinë e parakohshme, shpesh e lidhur me mënyrën e të ushqyerit.
- Obeziteti – faktor rreziku për SKV, diabet, kancer, insulte, HTA

Aktiviteti fizik dhe shëndeti

- Përfitimet e shëndetit nga aktiviteti fizik i kombinuar përfshijnë gjendjen e mirë shpirtërore dhe besimin në vetvete, paraqitjen e jashtme fizike të mirë dhe një rënie të konsiderueshme të vdekshmërisë së parakohshme, hipertensionit, sëmundjeve kardiovaskulare, diabetit, jo-insulino vartës dhe osteoporozës.



Aktiviteti fizik dhe shëndeti

- Rreziku i inaktivitetit fizik ka tendencë rritjeje drejt një mënyrë jetese më pasive.
- Në disa vende, niveli i inaktivitetit është kaq i lartë, sa është e pamundur të ruhet një dietë e përshtatshme përsa i përket mikronutrientëve, gjë që çon në mbipeshë trupore.
- 30 min aktivitet fizik në ditë



Duhani dhe shëndeti

- Pirja e duhanit rrit rrezikun për:
 - disa lloj kanceresh,
 - sëmundjet koronare të zemrës,
 - lindjet me peshë të vogël,
 - vdekjet e menjëhershme foshnjore,
 - alergjitë
- Si dhe nxit një sërë problemesh të tjera shëndetësore.



Përdorimi i alkoolit dhe shëndeti

- Produktet alkoolike janë përgjegjëse për gati 9% të sëmundjeve në Rajon, duke rritur rrezikun e cirrozës së mëlçisë, kancereve, HTA, insulteve cerebrale dhe deformimeve të lindura.

Përdorimi i alkoolit dhe shëndeti

- Konsumi i alkoolit rrit riskun e problemeve në familje, punë dhe shoqëri si p.sh. alkolizmin, aksidentet (duke përfshirë zjarret), sulmet, sjelljen kriminale, dëmtimet e paqëllimshme, dhunën, vrasjet dhe vetëvrasjet, aksidentet në trafikun rrugor dhe detar, ndonjëherë me dëmtim të gjerë të mjedisit

Përdorimi i drogave dhe efektet në shëndet

- Drogat e jashtëligjshme rrisin riskun e helmimit, varësisë, psikozës, vetëvrasjes, vdekshmërisë së përgjithshme dhe krimit.
- Përdorimi i drogës nxit më tepër përhapjen masive të HIV-it dhe hepatitit

Sjelljet seksuale të rrezikshme dhe shëndeti

- Ndërsa shëndeti seksual ndihmon shëndetin e mirë të njeriut dhe mirëqenien, aktiviteti seksual mund të jetë edhe një rrezik ndaj shëndetit.
- Marrëdhëniet seksuale të pasigurta lidhen me shfaqjen e infeksioneve seksualisht të transmetueshme; shtatëzënive të padëshiruara, abortet, etj.



Faktorët socio-ekonomik

- *Shëndeti dhe profili i punës*
- *Arsimi dhe shëndeti*
- *Papunësia dhe shëndeti*
- *Gjinia dhe shëndeti*
- *Gjendja civile dhe shëndeti*



Shëndeti dhe Punësimi

- Puna, konsiderohet një determinant i rëndësishëm i shëndetit, sepse:
 - Përcakton nivelin e të ardhurave
 - Afekton vetë-vlerësimin
 - Lloji i punës mund të afektojë drejtpërdrejt shëndetin



Shëndeti dhe Lloji i punës

- Si ndikon mjedisi psiko-social i punës në shëndet?
- A mund të jepni shembuj konkret?
- Cilët komponentë të shëndetit afektohen më shumë?



Arsimimi dhe shëndeti

- Kjo lidhje është e drejtpërdrejtë
2 janë mekanizmat:
- duke i krijuar individëve mundësira të
mëdha për punë me të ardhura më të
mëdha, punë më të qëndrueshme, më
të rehatshme dhe pa rreziqe



Arsimimi dhe shëndeti

- një edukim i mirë i aftëson njerëzit për
të kuptuar, kontrolluar dhe vepruar më
mirë në mjedisin e tyre shoqëror dhe
ekonomik, duke u mundësuar atyre një
pushtet më të madh mbi “fatin e tyre
shëndetësor



Papunësia dhe shëndeti (1)

- Siguria dhe qëndrueshmëria në punë rritin
mireqenien, kënaqësinë individuale duke
ndikuar pozitivisht mbi shëndetin.
- Papunësia e vë në rrezik gjendjen
shëndetësore, dhe rreziku është më i lartë
në vendet ku papunësia është e përhapur.
- Të dhënat e raportuara nga vendet e
Europës tregojnë që njerëzit e papunë kanë
gjasa të mëdha për vdekje të
parakohëshme

Papunësia dhe shëndeti (2)

- Efektet negative shëndetësore fillojnë kur njerëzit ndihen të kërcënuar në punën e tyre, madje këto efekte përkeqësohen kur individët bëhen të papunë.
- Kjo tregon se ankthi rreth pasigurisë është gjithashtu i dëmshëm për shëndetin. Pasiguria e punës ka ardhur në rritje.

Diskutim

- Shikoni të dhënat më poshtë lidhur me efektet e papunësisë në shëndet. C'mund të thoni për këtë lidhje?

Diskutim (2)

- Personat e papunë raportojnë nivele më të larta të problemeve të shëndetit mendor, si depression, ankth dhe çrregullime gjumi.
- Sjelljet vetëvrasëse dhe para-vetëvrasëse janë dy herë më të larta tek të papunët;



Diskutim (3)

- Të papunët kanë nivele më të larta të bronchiteve dhe SIZ se sa të punësuarit
- Mbi 60% e të papunëve pijnë duhan



Gjinia dhe shëndeti (1)

- “Gjinia” i referohet kategorizimit social të njerëzve në burra dhe gra, si dhe besimeve sociale të lidhura me diferencat seksuale.



Raportet dhe normat e njëanshme me bazë gjinore reflektohen në:

- qasjen e pabarabartë dhe kontrolli mbi pronën, pasuritë ekonomike dhe trashëgiminë;
- ndarjen e mirëpërcaktuar e punës me bazë gjinore brenda dhe jashtë shtëpisë;
- Pjesëmarrjen e pabarabartë në institucionet politike që në nivel fshati deri në nivel ndërkombëtar;
- Kufizimet e pabarabarta për lëvizjen fizike, riprodhimin dhe seksualitetin; dhunim i integritetit trupor të grave dhe vajzave;

Raportet dhe normat e njëanshme me bazë gjinore reflektohen në (2):

- Pranimin e kodeve sociale që e justifikojnë dhunën kundër grave
- ekspozimet dhe vulnerabilitetet e ndryshme për grate burrat në një sërë problemesh shëndetësore;
- pabarazitë gjinore në kërkimet shkencore: si në përmbajtjen ashtu edhe në procesin e kërkimit

Gjinia dhe shëndeti (2)

- Shpjegimi biologjik sugjeron se grate janë më rezistente ndaj infeksioneve dhe ato përfitojnë nga efekti protektiv i estrogenit, duke çuar në një nivel më të ulët vdekshmërie.
- Rritja e jetëgjatësisë së grave lidhet edhe me rënien drastike të vdekjeve nga sëmundjet infektive si dhe uljen e numrit të lindjeve.

Stili i jetesës, gjinia, dhe ndikimi në shëndet

- Grate adaptojnë shpejt rolin e “të sëmurës”, pasi ky rol i përshtatet nocionit të “paramenduar” të sjelljes femërore.
- Burrat, inkurajohen të jenë agresivë, të ndërmarrin përsipër rreziqe, si në punë ashtu edhe në kohën e lirë.
- Burrat, i bashkohen më pak programeve parandaluese apo depistuese

Stili i jetesës, gjinia, dhe ndikimi në shëndet (2)

- A mund të jepni shembuj nga jeta e përditshme, në të cilat vërehet ekspozimi më i lartë i burrave ndaj rreziqeve?
- Përmendni disa programe parandaluese apo depistuese me një qasje jo të barabartë të burrave dhe grave.

Diskutim (1)

- Në të gjithë botën, ka një shqetësim të madh mbi faktin se si gratë, si rrjedhojë e normave me bazë gjinore nuk marrin kujdes shëndetësor, pasi nuk mund të udhëtojnë vetëm për në klinikë; ose janë të pambrojtura nga HIV për shkak se burrat e tyre nuk duan të përdorin kondom.

Në shumë shoqëri, kur krahasohen me burrat, gratë tentojnë të kenë (1):

- status më të ulët
- të ardhura më të ulëta
- më pak pushtet
- akses të kufizuar ndaj aseteve financiare
- status më të ulët arsimor

Në shumë shoqëri, kur krahasohen me burrat, grate tentojnë të kenë (2):

- nivel më të ulët të pjesëmarrjes në institucionet ligjore dhe politike, dhe rrjedhimisht edhe influencë më të ulët në vendim-marrje
- akses më të limituar ndaj punës
- më shumë gjasa për të qenë viktimë të dhunës në familje

Diskutim (3)

- Diskutoni në grupe të vogla argumentet e listuara më sipër dhe jepni opinionin tuaj.

Ushtrim 2

- Diskutoni në klasë mbi arsyjet e mundshme që një burrë nën 45 vjeç e viziton mjekun e familjes 2 here më pak se sa një grua e kësaj moshe.
- Cfarë pasojash sjell një sjellje e tillë në shëndet?



Gjendja civile dhe shëndeti

- A ndikon statusi civil në shëndet?
- Kush kanë shëndet më të mirë: personat e martuar apo ata “single”?
- Jepni opinionet tuaja duke e argumentuar me fakte



Gjendja civile dhe shëndeti

- Nga literatura del qartë se martesë shërben si një mjet mbrojtës për shëndetin e njerëzve. Njerëzit e divorcuar apo të cilëve iu kanë vdekur bashkëshortët paraqesin tregues më të lartë të vdekshmërisë në krahasim me të martuarit.



Gjendja civile dhe shëndeti (2)

- Kjo shpjegohet në dy aspekte:
 - *Aspekti shoqëror dhe emocional*
 - *Aspekti material*

Faktorët psiko-social

- Ka shumë studime që na shtyjnë të mendojmë se faktorët psiko-social mund të jenë determinantë të rëndësishëm në përcaktimin e shëndetit të njerëzve.

Stresi dhe ndikimi në shëndet (1)

- Jeta urbane e vrullshme si dhe shkaqe të tjera i bëjnë njerëzit të pasigurtë, vulnerabël ndaj papunësisë apo izolimit social.
- Keto “episode stres” të akumuluar gjatë gjithë jetës, kanë efekt negativ mbi shëndetin mendor dhe fizik të individit.
- Ato krijojnë paaftësi për të kryer detyrat e jetës së përditshme, ulin nivelin e kontrollit në jetën personale, madje rritin rrezikun për vdekje të parakohshme.

Stresi dhe ndikimi në shëndet (2)

- Kjo dukuri është tepër e hasur në vendet e industrializuara dhe më pak në ato vende me ekonomi të ulët që janë ende në zhvillim. Rreth 40% e amerikanëve vuajnë nga probleme shëndetsore të shkaktuara nga stresi si:
 - Infeksione të ndryshme
 - Diabet
 - Hipertension arterial (HTA)
 - Probleme në sistemin imunitar
 - Dëmtime cerebro-vaskulare
 - Depresion, agresion dhe neuroza të tjera

Mbështetja sociale (1)

- Marrëdhëniet e mira miqësore dhe ndihma që shoqëria jep për anëtarët e saj kontribuojnë në përmirësimin e shëndetit të individit.
- Mbështetja sociale i jep mundësi individëve të kenë suport emocional duke përballuar më mirë sfidat e jetës. Të qenit pjesë e një rrjeti social i bën individët më të komunikueshëm, të ndjeshëm dhe të vlerësuar.
- Marrëdhëniet përkrahëse gjithashtu mund të inkurajojë modelet e shëndetshme të sjelljes.

Mbështetja sociale (2)

- Mbështetja operon në të dy nivele, atë individual dhe shoqëror. Izolimi dhe përjashtimi social janë të lidhura me rritjen e shanseve për patur atake kardiake dhe niveli i mbijetesës në këto raste është i ulët.
- Në shkollat, vendet e punës dhe institucionet e tjera, cilësia e mjedisit shoqëror është po aq e rëndësishme për shëndetin sa mjedisi fizik.
- Kohezioni social - përkufizohet si cilësia e marrëdhënieve shoqërore, e ekzistencës së besimit, detyrimeve të ndërsjella dhe respektit në komunitetet

Sistemi shëndetësor është një determinant social

- Sistemi shëndetësor mund të **adresojë** drejtpërsëdrejti **dallimet në ekspozim dhe vulnerabilitet** nga
 - përmirësimi i aksesit së barabartë në kujdes, dhe
 - promovimi i veprimeve ndërsektorale për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien.
- Sistemi shëndetësor luan një rol kyç në **ndërmjetësimin e pasojave të ndryshme të sëmundjes** në jetën e njerëzve.
- Sistemi shëndetësor është i aftë të sigurojë që problemet shëndetësore të mos çojnë në një përkeqësim të mëtejshëm të statusit social të njerëzve dhe të lehtësojë riintegrimin social për njerëzit e sëmurë, me paafësi ose disavantazhe të tjera

Si kontribuojnë sistemet shëndetësore në pabarazitë në shëndet?

- Vetë sistemi shëndetësor është një determinant i shëndetit. Sistemet shëndetësore duhet marrin në konsideratë heterogjenitetin e popullsisë dhe determinantët, sepse jo të gjithë kanë të njëjtat mundësi dhe rrethana për shëndet të mirë:
 - **Financimi** – p.sh. Sigurimi i barazisë në mbrojtjen financiare
 - **Shpërndarja e shërbimeve**– p.sh., duke siguruar mbulim të barabartë për të gjithë me shërbime universale, duke përdorur targetimin si një masë shtesë

Si kontribuojnë sistemet shëndetësore në pabarazitë në shëndet?

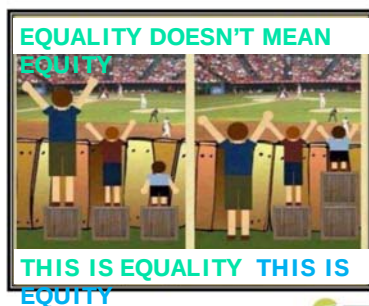
- **Burimet njerëzore** p.sh., duke mundësuar disponueshmërinë e personelit shëndetësor të kualifikuar në mënyrë adekuate për të gjithë, duke siguruar kujdes të përshtatshëm gjinor dhe kulturor
- **Sistemi i informacionit shëndetësor/kërkimi**– p.sh. Monitorimi i pabarazive në shëndet dhe kryerja e analizave të disagreguara sipas gjinisë.
- **Medikamentet** – p.sh. duke lehtësuar aksesin dhe disponueshmërinë e ilaçeve, teknologjive dhe mallrave thelbësore për të gjithë (jo vetëm në zonat urbane)

Si kontribuojnë sistemet shëndetësore në pabarazitë në shëndet?

- **Qeverisja** – p.sh., duke lehtësuar platformat për veprim ndërsektorial për adresimin e determinantëve dhe pjesëmarrjen; duke adresuar pabarazitë në strategjitë dhe planet kombëtare të shëndetësisë.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor

- Vdekshmëria perinatale është përmirësuar në mënyrë dramatike dhe ekzistojnë perspektiva të mira për uljen e prevalencës së defekteve të shkaktuara nga lindja apo të pasojave të tyre
- Imunizimi



Faleminderit!

TEMA: Teoritë dhe modelet e sjelljes dhe ndryshimeve të sjelljes për individët, grupet dhe komunitetet

Objektivat:

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë të gjendje të:

- Përcaktojnë se çfarë është teoria dhe të identifikojnë dy lloje kryesore të teorisë së shkencave shoqërore dhe të sjelljes që janë relevante për ndërhyrjet e shëndetit publik
- Përshkruajnë elementët kyç të pesë teorive që përdoren shpesh në ndërhyrjet e shëndetit publik: Modeli i Besimit Shëndetësor, Modeli Trans-teorik dhe fazat e ndryshimit, Teoria e Veprimit të Arsytuar, Teoria e Sjelljes së Planifikuar dhe Modeli Ekologjik Social.

HYRJE

Programet dhe iniciativat më të suksesshme të shëndetit publik bazohen në një kuptim sa më mire të sjelljeve të lidhura me shëndetin dhe kontekstit në të cilin ato ndodhin. Prandaj, ndërhyrjet për të përmirësuar këto sjellje mund të dizajnohen më mirë nëse bazohemi në teorive relevante të ndryshimit të sjelljes dhe aftësinë për t'i përdorur ato sa më mirë.

Shkenca dhe arti i përdorimit të teorive të sjelljes shëndetësore pasqyron një bashkim të qasjeve, metodave dhe strategjive që i përkasin shkencave sociale dhe shëndetësore. Ky spektër i gjerë perspektivash nga shkencat sociale dhe ato të sjelljes i referohet "teorisë së shkencës sociale dhe të sjelljes" që do të trajtohet në këtë leksion.

Një numër gjithnjë në rritje i evidencave sugjerojnë se ndërhyrjet e zhvilluara në një bazë të rëndësishme teorike janë më efektive se ata që nuk kanë një bazë teorike dhe se disa strategji që kombinojnë teori dhe koncepte të shumta kanë efekte më të mëdha.

Pse është e rëndësishme Teoria?

Një teori paraqet një mënyrë sistematike për të kuptuar ngjarjet, sjelljet dhe / ose situatat.

Një teori është një grup konceptesh, përkufizime dhe propozimesh të ndërlidhura që shpjegojnë ose parashikojnë ngjarje ose situata duke specifikuar marrëdhëniet midis variablave.

Nocioni i përgjithësimit, ose aplikimi i gjerë, është i rëndësishëm. Kështu, teoritë janë për nga natyra e tyre abstrakte dhe jo përmbajtësore ose specifike për temën. Teoritë ndryshojnë në masën në të cilën janë zhvilluar konceptualisht dhe janë testuar në mënyrë empirike; megjithatë, "testimi" është një tipar i rëndësishëm i një teorie.

Teoritë na udhëheqin në kërkimin për të:

- Kuptuar pse njerëzit praktikojnë ose jo sjelljet që promovojnë shëndet;
- Ndhimuar në identifikimin e informacionit që nevojitet për të hartuar një strategji efektive të ndërhyrjes;
- Siguruar njohuri se si të hartohet një program në mënyrë që të jetë i suksesshëm.

Teoritë dhe modelet ndihmojnë në shpjegimin e sjelljes, si dhe sugjerojnë se si të zhvillohen mënyra më efektive për të influencuar dhe për të ndryshuar një sjellje të caktuar.

Të dyja këto tipe teorish “shpjeguese” dhe “të ndryshimit” mund të theksojnë element të ndryshëm, por gjithsesi ato janë janë plotësuese të njëra tjetrës. Për shembull, të kuptuarit se pse një punonjës pi duhan është një hap drejt një përpjekjeje të suksesshme të ndërprerjes së tij, por gjithsesi, edhe shpjegimet më të mira nuk do të jenë të mjaftueshme për të udhëhequr plotësisht ndryshimin për përmirësimin e shëndetit.

Të dyja teoritë “gërmojnë” për të kuptuar determinatët socialë shëndetësorë dhe sjelljet e lidhura me shëndetin. Shumë faktorë socialë, kulturorë dhe ekonomikë kontribuojnë në zhvillimin, ruajtjen dhe ndryshimin e sjelljeve të lidhura me shëndetin. Tashmë është e pranuar se ndërhyrjet në promocion shëndetësor dhe në shëndet publik kanë më shumë gjasa të jenë efektive nëse përqafojnë modelet ekologjike dhe përfshijnë “upstream approach”. **Dmth, ndërhyrjet nuk duhet të targetojnë vetëm faktorët individual, por duhet të prekin edhe ata ndërpersonal, organizativ dhe mjedisorë që ndikojnë në sjelljet e lidhura me shëndetin.**

Shembulli

Punonjësit mund të sjellin ushqimin e tyre me vete nga shtëpia ose të blejnë ushqime nga bar-kafetë apo makinat automatike pranë vendit të punës. Zgjedhjet e tyre janë të ndikuara nga preferencat personale, zakonet, informacioni mbi ushqyerjen, disponueshmëria, kostoja dhe vendosja, ndër të tjera. Procesi është kompleks dhe i përcaktuar jo vetëm nga faktorë të shumtë, por nga faktorë në nivele të shumëfishta.

TEORITË DHE MODELET E NDRYSHIMIT TË SJELLJES

Sjellja e njerëzve ose stili i jetesës janë akuzuar si shkaqe të shumë sëmundjeve moderne. Prandaj, një fokus kryesor për promocionin shëndetësor ka qenë modifikimi i këtyre aspekteve të sjelljes të cilët njihen për impaktin e tyre në shëndet.

Ky leksion lidhet me ato aspekte të sjelljes shëndetësore të cilat njerëzit mund t'i kontrollojnë. Ai eksploron përdorimin e psikologjisë sociale e cila ofron disa modele teorike që identifikojnë

determinantët e ndryshimit të sjelljes. Kjo mund të kontribuojë, n.q.se. jo në parashikimin, të paktën në të kuptuarit se si i marrin vendimet njerëzit për shëndetin e tyre. Kjo mund të jetë një mjet i mirë në planifikimin e ndërhyrjeve në promocion shëndeti. Punonjësit e promocionit duhet të marrin parasysh ndikimin e faktorëve specifikë të tillë si vetë-vlerësimi individual ose perceptimet e njerëzve për kontrollin e jetës së tyre në mënyrë që të ofrojnë mbështetje praktike dhe eksperiencë pozitive në bërjen e zgjedhjeve.

Teoritë e mëposhtme janë përpjekur të shpjegojnë ndikimin e variablave të ndryshëm në një sjellje individuale të lidhur me shëndetin:

- Modeli i Besimit Shëndetësor (Becker 1974)
- Teoria e Veprimit të Arsytuar (Ajzen & Fishbein 1980)
- Teoria e Sjelljes së Planifikuar
- Modeli i Trans-teorik/Stadeve të Ndryshimit (Prochaska & DiClemente)
- Modeli Ekologjik Social

Përkufizime

Sipas teorive të Psikologjisë Sociale mbi ndryshimin e sjelljes, sjellja e njerëzve përcaktohet pjesërisht nga qëndrimi i tyre rreth asaj sjellje. Qëndrimi i një individi ndaj një veprimi dhe synimi për ta ndërmarrë këtë veprim influencohen nga besimet dhe motivimi që vjen nga vlerat, qëndrimet, shtysat ose instiktet, dhe influencat nga normat sociale.

Besimet. Një besim bazohet në informacionin që ka një person për një objekt apo veprim. Ai lidh objektin me disa veti. P.sh. një person beson se patatet (objekti) të shëndoshin, (vetia). Teoritë mbi ndryshimin e sjelljes lidhur me shëndetin bazohen në idenë se sjellja individuale do të bazohet në besimet individuale. Në këtë shembull, personat do ta ndërprisnin përdorimin e patates nëse do të donin të binin nga pesha. Nëse këta persona inkurajohen të besojnë se patatet nuk të shëndoshin, por janë një ushqim që zë një vend të konsiderueshëm në dietë, atëherë ata do ta përfshinin atë në dietë. Me fjalë të tjera, ky informacion mund të influencojë besimet, të cilat do të influencojnë në sjelljet. Sigurisht që ndryshimi i sjelljes nuk është kurrë kaq i lehtë. Vetëm informacioni nuk është as i nevojshëm as i mjaftueshëm për ndryshimin e sjelljes. Edhe pse rreziku i duhanpirjes tashmë njihet gjerësisht akoma rreth 30% e popullsisë vazhdon të pijë duhan.

Vlerat . Këto fitohen nëpërmjet socializimit dhe janë ato besime të ngarkuara me emocione që ndërtojnë atë që një person mendon se është e rëndësishme. Vlerat që ka një person do të influencojnë një varg ndjenjash rreth familjes, miqësisë, karrierës etj. P.sh. vlerat lidhur me seksin

dhe gjininë shpjegojnë një sërë qëndrimesh drejt mëmësisë, punësimit të grave, imazhit të trupit, ushqyerjes me gji dhe seksualitetit.

Qëndrimet. Këto janë më specifike se sa vlerat dhe përshkruajnë ndjenja relativisht të qëndrueshme ndaj çështjeve të veçanta. Nuk ka lidhje të qartë midis qëndrimeve të njerëzve dhe sjelljes së tyre. Disa herë ndryshimi i qëndrimeve mund të stimulojë një ndryshim në sjellje dhe e kundërta. P.sh. shumë njerëz vazhdojnë të pinë duhan pavarësisht qëndrimit negativ që mbahet ndaj duhanit. Ndërsa, sapo e ndalojnë këtë sjellje, pra e lënë duhanin, ata mund të zhvillojnë pikëpamje të fuqishme antiduhan.

Qëndrimet e njerëzve janë përbërë nga dy komponentë:

- Njohës- njohuritë dhe informacioni që ata zotërojnë
- Emocional- ndjenjat dhe emocionet e tyre dhe vlerësimi i asaj çka është e rëndësishme

Qëndrimet janë shumë të vështira për t'u ndryshuar. Ato mund të ndryshojnë nëse sigurohet më shumë informacion, ose nëpërmjet përmirësimit të aftësive individuale. P.sh. qëndrimi lidhur me dobritë e aktivitetit fizik mund të influencohet nëse individëve i sigurohet më shumë informacion mbi tipet e ndryshme të aktivitetit fizik dhe efekteve të tyre në trupin e njeriut. Gjithashtu mund të influencohet edhe nëpërmjet përmirësimit të performancës trupore e cila motivon personat dhe i inkurajon ata të mendojnë për ushtrimet fizike si një proces që të jep kënaqësi.

Shtypat/stimujt - Ky term është përdorur për të përshkruar faktorët e fortë motivues të tillë si uria, etja, seksi dhe dhimbja. Gjithashtu, është përdorur për të përshkruar motivimet të cilat kthehen në shtypa, siç është p.sh. varësia nga droga. Disa studime sugjerojnë se varësia është konsekuencë e veprimeve të përsëritura shpesh, të cilat kthehen në zakon dhe baza e saj është frika psikologjike nga tërheqja. Bandura (1977) përdor termin “instikte” për të përshkruar sjelljet, të cilat nuk mësohen por janë prezente që në lindje. Instiktet mund t'i shtypin qëndrimet dhe besimet. P.sh. uria mund të shtyp lehtësisht qëndrimin favorizues të një personi dhe qëllimin e tij për të mbajtur dietë.

Mjekët duhet të kuptojnë se çfarë ndikon në vendimet që marrin njerëzit lidhur me shëndetin dhe çfarë i bën disa njerëz më të bindur për të ndryshuar se të tjerët. Modeli i njohjes sociale paraqet elementët e mëposhtëm si më të rëndësishme:

- Pikëpamjet e njerëzve rreth shkaqeve dhe parandalimit të sëmundjes
- Shkallën në të cilën njerëzit ndiejnë se mund ta kontrollojnë jetën e tyre dhe të bëjnë ndryshime
- Nëse ata besojnë se ndryshimi është i nevojshëm

- Nëse ndryshimi është perceptuar si i dobishëm për një afat të gjatë kohor, duke kapërcyer ndonjë vështirësi apo problem që mund të haset.

Për të shpjeguar influencën e variableve të ndryshëm në shëndetin e individit që lidhet me sjelljen, kanë lindur disa teori.

1. Modeli i Besimit të Shëndetit

Modeli i Besimit Shëndetësor (HBM) është zhvilluar në vitet 1950 (proponuar nga Rosenstock dhe më vonë është modifikuar nga Becker) për të kuptuar pse njerëzit kanë përdorur ose jo shërbimet parandaluese të ofruara nga shërbimet e shëndetit publik dhe ka evoluar për të adresuar shqetësimet më të reja në parandalim dhe zbulimin e hershëm (p.sh., depistimi i kancerit të gjirit nëpërmjet mamografisë, vaksinat e gripit) si dhe sjelljet që lidhen me stilin e jetesës siç janë sjelljet e rrezikshme seksuale dhe parandalimi i lëndimeve. Ky është ndoshta modeli më i njohur teorik i cili nënvizon rolin e besimeve në vendimmarrje. Ky model sugjeron se nëse njerëzit do të ndryshojnë ose jo sjelljen e tyre, kjo do të varet nga vlerësimi i përfitimeve dhe realizueshmërisë së kësaj sjellje kundrejt kostove të saj. Me fjalë të tjera, njerëzit që marrin në konsideratë ndryshimin e sjelljes përfshihen në një analizë utilitare kosto-përfitim. Kjo mund të përfshijë besimet e tyre lidhur me mundësinë e sëmundjes apo dëmtimit të tyre; shkallën e sëmundjes apo dëmtimit; dhe efikasitetin e veprimit dhe nëse ai do të ketë përfitime personale apo sa mundësi ka ai që ta mbrojë personin nga sëmundja apo dëmtimi.

Që të bëhet një ndryshim i sjelljes, individët :

- Duhet të kenë një stimul për të ndryshuar
- Të ndihen të kërcënuar nga sjellja aktuale
- Të ndjejnë se ndryshimi do të jetë i dobishëm dhe se do të kenë pak pasojë të pakënaqshme
- Duhet të ndihen kompetentë në realizimin e ndryshimit

Modeli Besimit Shëndetësor është aplikuar më shpesh për çështjet shëndetësore që janë të lidhura me parandalimin dhe nuk kanë simptoma, siç është zbulimi i hershëm i kancerit dhe kontrolli i hipertensionit - ku besimet janë aq të rëndësishme aq sa tejkalojnë simptomat. Gjithashtu, Modeli i Besimit Shëndetësor është i lidhur me ndërhyrjet për të reduktuar faktorët e rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare.

Shumë teori bazohen në premisat se sjellja e njerëzve udhëhiqet nga pasojat. Nëse këto janë pozitive apo pretendohet të jenë të tilla, atëherë është më e pritshme që personat të përfshihen në këtë sjellje. Këto shpjegime që e shohin sjelljen si një përgjigje e thjeshtë drejt shpërblimeve pozitive apo negative nuk duket të llogarisin persistencën e sjelljeve që lidhen me shëndetin, të cilat në dukje kanë pasojë negative, siç është duhanpirja, apo konsumi i alkoolit gjatë drejtimit të

makinës. Me sa duket, shpërblimi afat-shkurtër është një stimul më i fuqishëm sesa dëmtimi i mundshëm afatgjatë.

Becker sugjeron se individët influencohen nga ajo se sa vulnerabël e perceptojnë ata veten lidhur me mundësinë për të qenë të sëmurë, të dëmtuar apo në rrezik dhe se sa serioze e konsiderojnë ata sëmundjen apo dëmtimin. Perceptimi i njerëzve dhe vlerësimi i rrezikut zë një vend qendror në aplikimin e këtij modeli. Shumë njerëz bëjnë një skicë vlerësimi nëse ata janë në rrezik. Kjo duket të influencohet nga tre faktorë: eksperiencia personale; mundësia për të kontrolluar situatën; dhe një lloj përshtypje e përgjithshme se “sëmundja ose rreziku është plotësisht e keqe dhe e aftë të vrasë lehtë”. Megjithatë në shumë situata njerëzit kanë një optimizëm jorealit se “kjo nuk mund të më ndodhë mua”.

Vlerësimi i këtyre variableve në lidhje me AIDS tregon për vështirësitë që hasin edukatorët e AIDS. Shumë heteroseksualë kanë një “iluzion të invulnerabilitetit” dhe nuk bëjnë një vlerësim real të risqeve personale, sepse prezantimi social i AIDS si i një sëmundjeje që prek meshkujt gay dhe përdoruesit e drogës intravenoze, i bën ata të kenë një iluzion të tillë.

Shumë fushata edukuese kanë tentuar të motivojnë njerëzit për të ndryshuar sjelljen e tyre nëpërmjet “frikësimit” apo ndjenjës së fajit. Fushatat kundër përdorimit të alkoolit gjatë drejtimit të makinës në periudhën e Krishtlindjes tregojnë efektet shkatërruese në familjet që kanë humbur të afërm në aksidente rrugore; posterat për parandalimin e duhanit i bëjnë thirrje prindërve që mos i “mësojnë fëmijët si të pijnë duhan”. Megjithëse frika mund të inkurajojë sjellje të shëndetshme, vendimmarrja shpeshherë bazohet në episode dhe rrethana konkrete, prandaj dhe programet dhe aktivitetet në promocion shëndetësor duhet të jenë të zgjatura në kohë dhe jo episodike.

Të qenët “shumë i frikësuar” mund të çojë në refuzim dhe shmangie të mesazhit. Rogers sugjeron se frika funksionon vetëm nëse kërcënimi është perceptuar si serioz dhe i mundshëm nëse personi nuk ndjek këshillën e rekomanduar.

Si përfundim, mund të themi se ky model sugjeron se njerëzit kanë nevojë për disa sinjale për të ndryshuar një sjellje apo për të marrë një vendim që lidhet me shëndetin. Çështja nevojitet të bëhet e dukshme dhe relevante. Një sinjal mund të jetë vërejtja e një ndryshimi në pamjen e jashtme apo në gjendjen e brendshme. P.sh. një grua shtatzënë e lë duhanin kur ndien lëvizjet e fëmijës në bark. Mund të jetë një shkaktar i jashtëm, siç është një ndryshim i rrethanave si p.sh ndryshimi i punës apo i të ardhurave, ose vdekja apo sëmurja e një njeriu të afërm. Mund të jetë një koment nga një “person sinjifikant” ose një artikull në gazetë. Punonjësit shëndetësor mund të jenë “personat sinjifikant”. P.sh. këshilla e mjekut të familjes merret seriozisht. Ai ka ekspertizën, është i besuar dhe ka autoritet, duke e çuar pacientin të dëshirojë që të bindet.

Por modeli i besimit tek shëndeti është kritikuar gjerësisht. Disa nga këto kritika lidhen me mungesën e diferencimit të sinjaleve; të gjithë sinjalet konsiderohen me të njëjtën peshë. Staiton Rogers kritikon fuqishëm modelet psikologjike që tentojnë të shpjegojnë sjelljet komplekse duke prezumuar se ‘e gjitha nuk është më tepër sesa shuma e pjesëve të saj’; Modeli mund të mos jetë

shumë i dobishëm në parashikimin e sjelljes ose në identifikimin e atyre elementëve që janë të rëndësishëm për të influencuar ndryshimin tek njerëzit, por ai thekson sasinë dhe kompleksitetin e faktorëve të përfshirë.

2. Teoria e veprimit të arsyetuar

Sipas Teorisë së Veprimit të Arsyetuar, sjellja varet nga dy variabla:

- Qëndrimet –besimet rreth pasojave të sjelljes dhe një vlerësim i aspekteve pozitive dhe negative të bërjes së ndryshimit.
- Normat subjektive – çfarë bëjnë dhe presin“personat sinjifikant” dhe shkalla në të cilën personi dëshiron të përshtatet dhe të jetë si ata.

Ajzen & Fishbein (1980) pranojnë se njerëzit nuk sillen domosdoshmërisht në përputhje me qëllimet e tyre. Mundësia e parashikimit të sjelljes do të influencohet nga stabiliteti i besimit të personit. Stabiliteti përcaktohet nga fuqia e besimit, sa gjatë është mbajtur ai, nëse është përforcuar nga grupe të tjera të cilave i përkasin individët, nëse është e lidhur dhe e integruar me qëndrime dhe besime të tjera dhe sa i qartë apo i strukturuar është ai.

Kjo teori ndryshon nga teoria e besimit për shëndetin, sepse ajo i jep rëndësi normave sociale si një faktor madhor që ndikon në sjellje.

3. Teoria e Sjelljes së Planifikuar

Kjo teori, përveç dy variablave të teorisë së veprimit të arsyetuar bashkon edhe një variabël tjetër – atë se sjellja e njerëzve është pasojë e kontrollit të tyre të perceptuar. Njerëzit ndryshojnë në shkallën në të cilën ata mendojnë se mund të bëjnë ndryshime në jetën e tyre. Teoria e të mësuarit social sugjeron se mënyrat, sipas të cilave njerëzit shpjegojnë gjërat që u ndodhin, janë produkt i eksperiencave të tyre të fëmijërisë. Ata që janë shpërblyer për sukseset e tyre, dhe janë ndëshkuar në mënyrë të qëndrueshme dhe të drejtë do të besojnë se ata janë në kontroll të jetës së tyre. Ata që janë shpërblyer në mënyrë jo të qëndrueshme dhe janë dënuar pavarësisht sjelljes së tyre, kanë më shumë mundësi t'i shohin ngjarjet si pasojë e shansit dhe rolin e tyre si jo të lidhur me to. (Rotter 1954) Pra, të parët kanë mësuar se do të shpërblehen për veprimet pozitive dhe do të ndëshkohen për ato negative. Ndërsa, të dytët kanë mësuar se ata do të shpërblehen apo ndëshkohen sipas shansit, dhe kjo nuk varet prej tyre.

Kontrolli në kontekstin e shëndetit mund të kuptohet bazuar në:

- Lokusin e brendshëm të kontrollit (shkalla në të cilën njerëzit besojnë se janë përgjegjës për shëndetin e tyre)
- Lokusin e jashtëm të kontrollit (shkalla në të cilën njerëzit besojnë se veprimet e tyre influencohen nga të tjerët, fati apo shansi)

Sipas kësaj teorie lokusi i kontrollit që njerëzit kanë, pra mënyra se si ata shpjegojnë sjelljen dhe gjërat që u ndodhin ndikojnë sjelljen e tyre rreth shëndetit.

4. Modeli i stadeve të ndryshimit

Mjekët, nëpërmjet parametrash normative të ndryshme, kanë përcaktuar se kush mund të jetë në risk, psh. përmes indeksit të masës trupore ose nivelit të kolesterolit në gjak. Pastaj ata përpiqen të inkurajojnë klientët dhe të ndryshojnë këto aspekte të sjelljes që i vënë ata në rrezik. Sikurse kemi parë, ndryshimi i sjelljeve mund të jetë një proces kompleks dhe i gjatë dhe jo thjesht rezultat i një vendimi të shpejtë.

Prochaska & Diclemente (1984, 1986) hartuan modelin e stadeve të përvetësimit të sjelljes dhe treguan se çdo ndryshim që ne bëjmë nuk është përfundimtar, por pjesë e një cikli ndryshimesh. Ky proces identifikon stadet e mëposhtme, (fig .6).

Parasynimi është stadi në të cilin njerëzit nuk kanë ndër mend të veprojnë në të ardhmen e afërt, afërsisht për gjashtë muajt e ardhshëm. Njerëzit mund të jenë në këtë stad, sepse janë të painformuar rreth pasojave të sjelljes së tyre, ose e kanë provuar disa herë dhe janë demoralizuar rreth mundësisë për të ndryshuar. Të dyja këto grupe tentojnë të shmangin leximin, bisedat apo të mendojnë për sjelljet e tyre me risk. Në teoritë e tjera këta persona karakterizohen si klientë rezistent ose të pamotivuar, apo si jo të gatshëm për terapi apo programe të promocionit të shëndetit.

Synimi është stadi kur njerëzit edhe pse kanë informacion mbi përfitimet e ndryshimit, ata s'janë gati akoma dhe mund të jenë duke kërkuar informacion ose ndihmë për të marrë këtë vendim. Ky stad mund të zgjasë pak muaj deri në disa vite. Disa individë nuk progresojnë kurrë përtej këtij stadi.

Përgatitja për të ndryshuar- kur përfitimet duken të tejkalojnë kostot dhe kur ndryshimet duken të mundshme si dhe me vlerë, individët mund të jenë gati për të ndryshuar, ndoshta duke kërkuar mbështetje shtesë.

Realizimi i ndryshimit është stadi në të cilin njerëzit kanë bërë modifikime specifike në stilin e jetesës brenda gjashtë muajve të fundit. Ditët e para të ndryshimit kërkojnë vendime pozitive nga individët për t'i bërë gjërat ndryshe.

Ruajtja e ndryshimit (mbajtja)- sjellja e re është e qëndrueshme dhe personi shkon drejt një stili jetese të shëndetshëm. Për disa individë mbajtja e sjelljes së re është e vështirë dhe personi mund të rikthehet në një nga stadet e mëparshme.

Përfundimi është stadi në të cilën individët nuk dorëzohen më dhe kanë një vetë-efikasitet total. S'ka rëndësi nëse janë me depresion, anksozë, të mërzitur, të vetmuar, të inatosur ose të stresuar; ata janë të sigurt se nuk do t'i kthehen më zakonit të vjetër jo të shëndetshëm. Është njësoj sikur ata të mos e kenë pasur kurrë më parë atë zakon. Por, ky stad është i vështirë për t'u arritur për shumicën e popullatës, prandaj nuk i jepet shumë rëndësi në kërkimet e ndryshme.

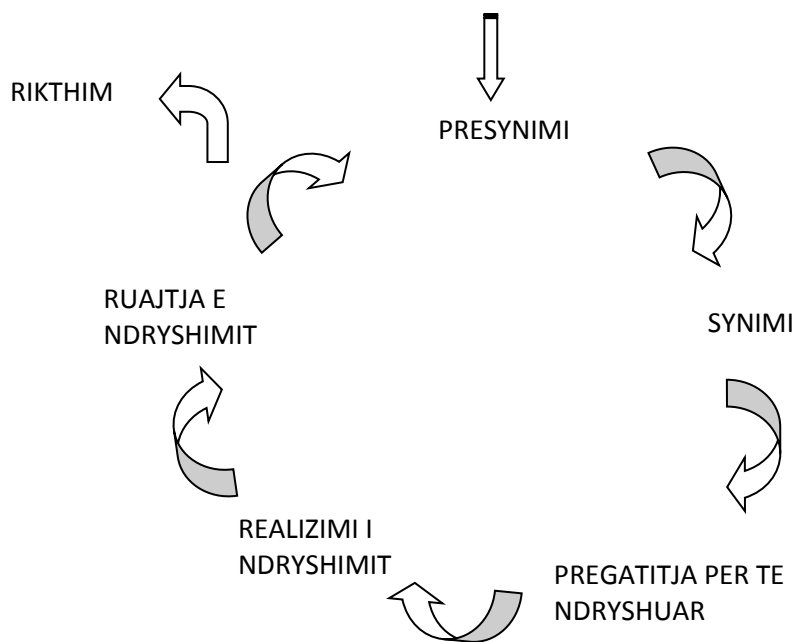


Figura 1: Stadet e ndryshimit të sjelljes. Përshtatur nga Prochaska & Diclemente, 1984.

Identifikimi i një stadi parasynimi është i rëndësishëm sepse i kujton punonjësve shëndetësorë të jenë të vetëdijshëm se një klient mund të mos jetë gati për të ndryshuar dhe prandaj puna e tyre duhet të fokusohet në çështje të tjera, ndoshta për të siguruar një stil jetese “të shëndetshëm” duke reduktuar të paktën rrezikun. P.sh. një përdorues i drogës intravenoze i cili zgjedh të vazhdojë të përdorë drogë, mund të këshillohet të ndërrojë aget e shiringave sa herë përdor drogë.

Modeli i stadeve të ndryshimit ndryshon nga modelet e tjera të ndryshimit të sjelljes, sepse ai tregon kryesisht se si ndryshojnë njerëzit dhe jo se pse nuk ndryshojnë ata.

Kushtet paraprake për të ndryshuar

Të dhënat e marra nga personat që kanë ndryshuar sjelljet shëndetësore sugjerojnë se janë të nevojshme një numër minimal kushtesh në mënyrë që të realizohen ndryshimet, (RUHBC 1989).

1. Ndryshimi duhet të jetë një iniciativë personale

Disa njerëz reagojnë në mënyrë të kundërt ose dëshirojnë të bëjnë ndonjë përpjekje për të parë “sjelljet e tyre të pashëndetshme”. Nga ana tjetër, disa njerëzve sjellja e tyre mund të mos i duket “e pashëndetshme”, por këto sjellje mund të jenë për ta burim mirëqenie, ku përfitimet prej tyre i tejkalojnë dëmet. Këtu mund të japim një mesazh të qartë për punonjësit e promovimit të cilët punojnë me klientë individualë dhe që shpesh akuzohen se “i tregojnë njerëzve se çfarë të bëjnë”- njerëzit do të ndryshojnë sjelljen e tyre vetëm nëse ata e duan këtë gjë.

2. Sjellja duhet të bëhet e dukshme

Shumë sjellje të lidhura me shëndetin të tilla si, duhanpirja, konsumi i alkoolit, mënyra e ushqyerjes dhe aktiviteti fizik (ose mungesa e tij) bëhen forcë zakoni, janë elemente të jetës së përditshme dhe individit nuk i bëjnë shumë përshtypje. Që të ndodhë ndryshimi, sjellja apo zakoni duhet të vihet në qendër të vëmendjes nga ndonjë aktivitet apo event tjetër në mënyrë që ajo të bëhet e dukshme. P.sh. vajtja e një duhanpirësi të jetojë me një joduhani do të shkaktojë një rivlerësim të sjelljes ndaj duhanit. Vdekja e një të afërmeje nga kanceri i gjirit mund ta shtyjë një grua të bëjë një mamografi.

3. Sjellja duhet të shfaqet për një periudhë kohe

Sjelljet e bëra zakon nevojiten të bëhen të vështira për t'u mbajtur. Përkundrazi, sjelljet e reja duhet të bëhen pjesë e jetës së përditshme. P.sh. një arsye pse njerëzit në dietë rifillojnë mënyrën e mëparshme të të ushqyerit është, sepse ata janë gjithmonë të ndërgjegjshëm që janë në dietë dhe nuk e lejojnë këtë mënyrë të ushqyerit të kthehet në zakon. Në mënyrë të ngjashme, ushtrimet fizike zakonisht nuk vazhdojnë gjatë, sepse kërkojnë shumë përpjekje, prandaj personave ngurrues për të kryer aktivitet fizik u këshillohet të kryejnë aktivitet fizik në jetën e përditshme duke shkuar në punë në këmbë apo duke ngjitur shkallët në vend të përdorimit të ashensorit, në vend që të shkojnë në qendrat e gjimnastikës ose pishina.

4. Sjellja nuk është pjesë e strategjive përballuese të individit.

Njerëzit kanë mënyra të ndryshme të përshtatjes dhe ngushëllimit dhe do t'i rezistojnë ndryshimeve të këtyre sjelljeve. Shpeshherë është e mundur që klientëve t'i krijohet mundësia të identifikojnë strategji përballuese alternative. P.sh. një person që i ha shumë çokollatat kur është i mërzitur mund të inkurajohet të ngrihet psikologjikisht duke kryer joga.

5. Jeta e individit nuk duhet të jetë problematike ose e pasigurtë.

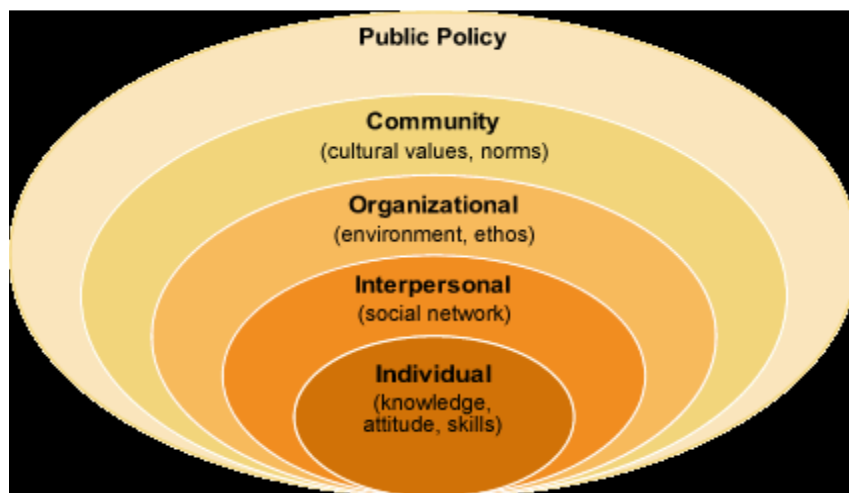
Kapaciteti i personit për t'u adaptuar dhe ndryshuar ka një kufi. P.sh. ato që jetojnë në kushte të vështira ekonomike do të lodhen nga përballja me varfërinë dhe pasiguritë e saj. Ndryshimi në sjelljet shëndetësore mund të jetë shumë për njerëzit, jeta e të cilëve është problematike.

6. Mbështetja sociale është e vlefshme

Prania dhe interesimi i njerëzve të tjerë e përforcon dhe e ruan sjelljen. Ndryshimi i një sjellje të caktuar mund të jetë stresante dhe individët kanë nevojë për mbështetje. OBSH njeh rolin e rëndësishëm të punonjësve të promocionit në stimulimin dhe mbajtjen e mbështetjes sociale për individët dhe grupet, (WHO, 1986).

5. Modeli Ekologjik Social

Modeli Ekologjik Social ndihmon në kuptimin e faktorëve që ndikojnë në sjelljen dhe gjithashtu jep udhëzime për zhvillimin e programeve të suksesshme përmes mjediseve sociale. Modelet ekologjike sociale theksojnë nivele të shumfishta të ndikimit (si niveli individual, ndërpersonal, organizativ, komunitar dhe politikat publike) si dhe idenë se sjelljet modelojnë dhe modelohen nga mjedisi shoqëror. Parimet e modeleve shoqërore ekologjike janë në përputhje me konceptet e teorive konceptuale sociale, të cilat sugjerojnë se krijimi i një mjedisi të favorshëm për ndryshim është i rëndësishëm për ta bërë më të lehtë adoptimin e sjelljeve të shëndetshme.



Sjelljet e lidhura me shëndetin janë formuar përmes një ndërveprimi kompleks të determinantëve në nivele të ndryshme. Për shembull, aktiviteti fizik ndikohet nga vetë-efikasiteti në nivel individual, mbështetja sociale nga familja dhe miqtë në nivel ndërpersonal, dhe perceptimet e kimit dhe sigurisë në nivel komunitar. Modelet ekologjike sugjerojnë që këto nivele të shumta të influencës ndërveprojnë përmes niveleve të ndryshme. Për shembull, mbështetja sociale për kryerjen e ushtrimeve fizike nga kolegët mund të ndërlidhet me disponueshmërinë e veglave ushtrimore në vendin e punës, në mënyrë që të rritet kryerja e aktivitetit fizik gjatë ditës.

Si përfundim, teoritë më të shpeshta që përdoren për sjelljet e lidhura me shëndetin janë Teoria Sociale Njohëse, Modeli Trans-teorik / Fazat e Ndryshimit, Modeli i Besimit Shëndetësor dhe Teoria e Sjelljes së Planifikuar. Modeli teorik i përmendur më shpesh që nuk është zbatuar plotësisht në kërkim shkencor dhe praktikë është Modeli Ekologjik Social. Ky model premtues duhet të artikulohet, aplikohet dhe vlerësohet më mirë.

Bibliografia

Ajzen I. *The theory of planned behaviour*. Organisational Behaviour and human Decision Processes 1991, 50: 179-211.

Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice hall, Englewood Cliffs, 1980.

Bandura, A. *Social learning theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1977.

Becker M H (ed) 1974 *The Health Belief Model and personal health behaviour*. Health Education Monographs, 1974, 2, entire issues.

Glanz K, Rimer B, Lewis F. *Health Behaviour and Health Education*, 3rd edition, 2002.

Naidoo J, Wills J. *Health Promotion. Foundation for Practice*, 2nd edition, 2000.

Prochaska J O, DiClemente C. *The transtheoretical approach; crossing traditional foundations of change*. Don Jones/Irwin, Harnewood, IL1984.

Prochaska J O, DiClemente C. *Towards a comprehensive model of change*. In: Miller W R, Heather N (eds) *Treating addictive behaviours of change*. New York, Plenum, 1986.

Prochaska J O, DiClemente C, Norcross J C. *In search of how people change*. American Psychologist 1999; 247: 1102-1114.

Rosenstock, I. M. *Historical Origins of the Health Belief Model*. Health Education Monographs, 1974, 2, 328-335.

Rosenstock, I. M., Strecher, V.J., and Becker, M.H. *Social Learning Theory and the Health Belief Model*. Health Education Quarterly, 1988, 15(2), 175-183.

Tones K, Tilford S. *Health education; effectiveness, efficiency and equity*. Chapman & Hall, London, 1994.

World Health Organization. *Lifestyles and health Social Science*. Medicine 1986; 22: 117-124



Teoritë e ndryshimit të sjelljes



Objektivat (1):

- Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë të gjendje të:
- Përcaktojnë se çfarë është teoria dhe të identifikojnë dy lloje kryesore të teorisë së shkencave shoqërore dhe të sjelljes që janë relevante për ndërhyrjet e shëndetit publik



Objektivat (2)

- Përshkruajnë elementët kyç të pesë teorive që përdoren shpesh në ndërhyrjet e shëndetit publik:
 - Modeli i Besimit Shëndetësor,
 - Modeli Trans-teorik dhe fazat e ndryshimit,
 - Teoria e Veprimit të Arsytuar,
 - Teoria e Sjelljes së Planifikuar
 - Modeli Ekologjik Social.

Hyrje

- Programet dhe iniciativat më të suksesshme të shëndetit publik bazohen në një kuptim sa më mire të sjelljeve të lidhura me shëndetin dhe kontekstit në të cilin ato ndodhin.
- Prandaj, ndërhyrjet për të përmirësuar këto sjellje mund të dizajnohen më mirë nëse bazohemi në teoritë relevante të ndryshimit të sjelljes dhe aftësinë për t'i përdorur ato sa më mirë.

Teoria dhe Pse ajo është e rëndësishme?

- Një teori paraqet një mënyrë sistematike për të kuptuar ngjarjet, sjelljet dhe / ose situatat.
- Nocioni *i përgjithësimit*, ose *aplikimi i gjerë*, është i rëndësishëm. Kështu, teoritë janë për nga natyra e tyre abstrakte dhe jo përmbajtësore ose specifike për temën.

Teoritë na udhëheqin në kërkimin për të:

- Kuptuar pse njerëzit praktikojnë ose jo sjelljet që promovojnë shëndet;
- Ndihamuar në identifikimin e informacionit që nevojitet për të hartuar një strategji efektive të ndërhyrjes;
- Siguruar njohuri se si të hartohet një program në mënyrë që të jetë i suksesshëm.

Teoritë “shpjeguese” dhe teoritë e “ndryshimit”

Të dyja këto tipe teorish mund të theksojnë element të ndryshëm, por gjithsesi ato janë janë plotësuese të njëra tjetrës.

Për shembull, të kuptuarit se pse një punonjës pi duhan është një hap drejt një përpjekjeje të suksesshme të ndërprerjes së tij, por gjithsesi, edhe shpjegimet më të mira nuk do të jenë të mjaftueshme për të udhëhequr plotësisht ndryshimin për përmirësimin e shëndetit.

Teoritë “shpjeguese” dhe teoritë e “ndryshimit”(vijon)

- Të dyja teoritë “gërmojnë” për të kuptuar determinatët socialë shëndetësorë dhe sjelljet shëndetësore.
- Shumë faktorë socialë, kulturorë dhe ekonomikë kontribuojnë në zhvillimin, ruajtjen dhe ndryshimin e sjelljeve të lidhura me shëndetin.

“Upstream-Approach”

- Tashmë është e pranuar se ndërhyrjet në promocion shëndetësor dhe në shëndet publik kanë më shumë gjasa të jenë efektive nëse përqafojnë modelet ekologjike dhe përfshijnë “upstream approach”.
- Dmth, ndërhyrjet nuk duhet të targetojnë vetëm faktorët individual, por duhet të prekin edhe ata ndërpersonal, organizativ dhe mjedisorë që ndikojnë në sjelljet e lidhura me shëndetin.



Modelet kryesore të sjelljes

- Modeli i Besimit të Shëndetit (Becker 1974)
- Modeli i Stadeve të Ndryshimit (Prochaska & DiClemente)
- Teoria e Veprimit të Arsjetuar (Ajzen & Fishbein 1980)



Përkufizime

- **Besimi**- Një besim bazohet në informacionin që ka një person për një objekt apo veprim.
- **Vlerat** . Këto fitohen nëpërmjet socializimit dhe janë ato besime të ngarkuara me emocione që ndërtojnë atë që një person mendon se është e rëndësishme.



Përkufizime (2)

- **Qëndrimet** - Këto janë më specifike se sa vlerat dhe përshkruajnë ndjenja relativisht të qëndrueshme ndaj çështjeve të veçanta.
- **Shtysat/stimujt** - Ky term është përdorur për të përshkruar faktorët e fortë motivues të tillë si uria, etja, seksi dhe dhimbja.



Modeli i Besimit të Shëndetit

- Ky nënvizon rolin e besimeve në vendimmarrje
- Ky model sugjeron se nëse njerëzit do të ndryshojnë ose jo sjelljen e tyre, kjo do të varet nga vlerësimi i përfitimeve dhe realizueshmërisë së kësaj sjellje kundrejt kostove të saj



Që të bëhet një ndryshim në sjellje, individët duhet:

- Duhet të kenë një stimul për të ndryshuar
- Të ndihen të kërcënuar nga sjellja aktuale
- Të ndjejnë se ndryshimi do të jetë i dobishëm dhe se do të kenë pak pasoja të pakënaqshme
- Duhet të ndihen kompetentë në realizimin e ndryshimit



Qasja e Modelit të Stadeve të ndryshimit

- Përqëndrohet me ndryshimin e qëllimshëm të ndryshimit
- E konsideron ndryshimin si një proces, dhe jo si një ngjarje.
- Proçesi i ndryshimit karakterizohet/kalon nëpër disa faza

Qasja e Modelit të Stadeve të ndryshimit (2)

- Në përpjekje për të ndryshuar sjelljen një individ kalon (në mënyrë ciklike) nëpër këto faza.
- Përqasje tërësore që integron një gamë të gjerë faktorësh si roli i përgjegjësisë dhe zgjedhjeve personale dhe ndikimin e forcave sociale dhe ambientale, që në fakt kufizojnë realisht potencialin individual për ndryshim sjellje.

Modeli i stadeve të ndryshimit

- Parasyrimi
- Synimi
- Pergatitja për të ndryshuar
- Realizimi i ndryshimit
- Ruajtja e ndryshimit
- Perfundimi

Parasyrimi

- Është stadi në të cilin njerëzit nuk kanë ndër mend të veprojnë në të ardhmen e afërt, afërsisht **për gjashtë muajt e ardhshëm**. Njerëzit mund të jenë në këtë stad, sepse:
 - janë të painformuar rreth pasojave të sjelljes së tyre, ose:
 - e kanë provuar disa herë dhe janë demoralizuar rreth mundësisë për të ndryshuar..



Parasynimi (vijon)

- Të dyja këto grupe tentojnë të shmangin leximin, bisedat apo të mendojnë për sjelljet e tyre me risk.
- Në teoritë e tjera këta persona karakterizohen si klientë rezistent ose të pamotivuar, apo si jo të gatshëm për terapi apo programe të promocionit të shëndetit



Synimi

- *Synimi* është stadi kur njerëzit edhe pse kanë informacion mbi përfitimet e ndryshimit, ata s'janë gati akoma dhe mund të jenë duke kërkuar informacion ose ndihmë për të marrë këtë vendim.
- Ky stad mund të zgjasë **pak muaj deri në disa vite**. Disa individë nuk progresojnë kurrë përtej këtij stadi.



Përgatitja për të ndryshuar

- *Përgatitja për të ndryshuar*- kur përfitimet duken të tejkalojnë kostot dhe kur ndryshimet duken të mundshme si dhe me vlerë, individët mund të jenë gati për të ndryshuar, ndoshta duke kërkuar mbështetje shtesë.



Realizimi i ndryshimit

- *Realizimi i ndryshimit* është stadi në të cilin njerëzit kanë bërë modifikime specifike në stilin e jetesës brenda gjashtë muajve të fundit. Ditët e para të ndryshimit kërkojnë vendime pozitive nga individët për t'i bërë gjërat ndryshe.



Ruajtja e ndryshimit

- *Ruajtja e ndryshimit (mbajtja)*- sjellja e re është e qëndrueshme dhe personi shkon drejt një stili jetese të shëndetshëm.
- Për disa individë mbajtja e sjelljes së re është e vështirë dhe personi mund të rikthehet në një nga stadet e mëparshme.



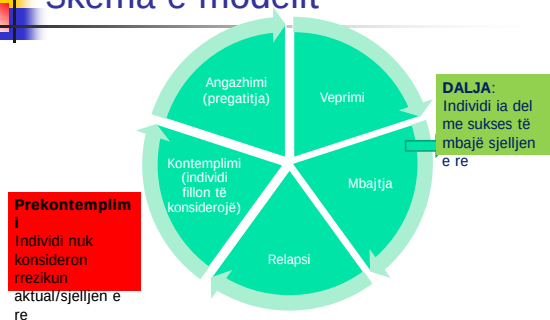
Përfitimi

- Është stadi në të cilën individët nuk dorëzohen më dhe kanë një vetë-efikasitet total.
- S'ka rëndësi nëse janë me depresion, anksozë, të mërzitur, të vetmuar, të inatosur ose të stresuar; ata janë të sigurt se nuk do t'i kthehen më zakonisht të vjetër jo të shëndetshëm. Është njësoj sikur ata të mos e kenë pasur kurrë më parë atë zakon.
- Por, ky stad është i vështirë për t'u arritur për shumicën e popullatës, prandaj nuk i jepet shumë rëndësi në kërkimet e ndryshme.

Kujdes.....

- Identifikimi i një stadi parasynimi është i rëndësishëm sepse i kujton punonjësve shëndetësorë të jenë të vetëdijshëm se një klient mund të mos jetë gati për të ndryshuar dhe prandaj puna e tyre duhet të fokusohet në çështje të tjera, ndoshta për të siguruar një stil jetese “të shëndetshëm” duke reduktuar të paktën rrezikun.

Skema e modelit



Cfarë i ndihmon njerëzit të lëvizin nëpër fazat e ndryshme?

- Proceset e ndryshimit
- Balanca vendim-marrëse
- Vetë-efektshmëria

Modeli i “Stadeve të Ndryshimit”

- Modeli i *Stadeve të Ndryshimit* ndryshon nga modelet e tjera të ndryshimit të sjelljes, sepse ai tregon kryesisht *se si ndryshojnë njerëzit dhe jo pse nuk ndryshojnë ata.*

Kushtet paraprake për të ndryshuar

- Ndryshimi duhet të jetë një iniciativë personale;
- Sjellja duhet të bëhet e dukshme;
- Sjellja duhet të shfaqet pas një periudhe kohe;
- Sjellja nuk është pjesë e strategjive përballuese të individit

Kushtet paraprake për të ndryshuar (vijon)

- Jeta e individit nuk duhet të jetë problematike ose e pasigurtë;
- Mbështetja sociale është e vlefshme

Ndryshimi duhet të jetë një iniciativë personale

- Disa njerëz reagojnë në mënyrë të kundërt ose dëshirojnë të bëjnë ndonjë përpjekje për të parë “sjelljet e tyre të pashëndetshme”.
- Nga ana tjetër, disa njerëzve sjellja e tyre mund të mos i duket “e pashëndetshme”, por këto sjellje mund të jenë për ta burim mirëqenie, ku përfitimet prej tyre i tejkalojnë dëmet.

Ndryshimi duhet të jetë një iniciativë personale

- Këtu mund të japim një mesazh të qartë për punonjësit e promocionit të cilët punojnë me klientë individualë dhe që shpesh akuzohen se “i tregojnë njerëzve se çfarë të bëjnë”- **njerëzit do të ndryshojnë sjelljen e tyre vetëm nëse ata e duan këtë gjë.**

Sjellja duhet të bëhet e dukshme

- Shumë sjellje të lidhura me shëndetin të tilla si, duhanpirja, konsumi i alkoolit, mënyra e ushqyerjes dhe aktiviteti fizik (ose mungesa e tij) bëhen forcë zakoni, janë elemente të jetës së përditshme dhe individit nuk i bëjnë shumë përshtypje.
- Që të ndodhë ndryshimi, sjellja apo zakoni duhet të vihet në qendër të vëmendjes nga ndonjë aktivitet apo event tjetër në mënyrë që ajo të bëhet e dukshme.

Shembuj....

- P.sh. vajtja e një duhanpirësi të jetojë me një joduhanpirës do të shkaktonte një rivlerësim të sjelljes ndaj duhanit.
- Vdekja e një të afërmeje nga kanceri i gjirit mund ta shtyjë një grua të bëjë një mamografi.

Sjellja duhet të shfaqet për një periudhë kohe

- Sjelljet e bëra zakon nevojiten të bëhen të vështira për t'u mbajtur.
- Përkundrazi, sjelljet e reja duhet të bëhen pjesë e jetës së përditshme.

Shembuj

- P.sh. një arsye pse njerëzit në dietë rifillojnë mënyrën e mëparshme të të ushqyerit është, sepse ata janë gjithmonë të ndërgjegjshëm që janë në dietë dhe nuk e lejojnë këtë mënyrë të ushqyeri të kthehet në zakon.
- Në mënyrë të ngjashme, ushtrimet fizike zakonisht nuk vazhdojnë gjatë, sepse kërkojnë shumë përpjekje

Sjellja nuk është pjesë e strategjive përballuese të individit

- Njerëzit kanë mënyra të ndryshme të përshtatjes dhe ngushëllimit dhe do t'i rezistojnë ndryshimeve të këtyre sjelljeve.
- Shpeshherë është e mundur që klientëve t'i krijohet mundësia të identifikojnë strategji përballuese alternative.
- P.sh. një person që i ha shumë çokollatat kur është i mërzitur mund të inkurajohet të ngrihet psikologjikisht duke kryer joga.

Jeta e individit nuk duhet të jetë problematike ose e pasigurtë

- Kapaciteti i personit për t'u adaptuar dhe ndryshuar ka një kufi.
- P.sh. ato që jetojnë në kushte të vështira ekonomike do të lodhen nga përballja me varfërinë dhe pasiguritë e saj.
- Ndryshimi në sjelljet shëndetësore mund të jetë *shumë* për njerëzit, jeta e të cilëve është problematike.

Mbështetja sociale është e vlefshme

- Prania dhe interesimi i njerëzve të tjerë e përforcon dhe e ruan sjelljen.
- Ndryshimi i një sjellje të caktuar mund të jetë stresante dhe individët kanë nevojë për mbështetje.
- OBSH njeh rolin e rëndësishëm të punonjësve të promocionit në stimulimin dhe mbajtjen e mbështetjes sociale për individët dhe grupet, (WHO, 1986).



Teoria e veprimit të arsyetuar

Sjellja varet nga dy variabla:

- Qëndrimet –besimet rreth pasojave të sjelljes dhe një vlerësim i aspekteve pozitive dhe negative të bërjes së ndryshimit.
- Normat subjektive – çfarë bëjnë dhe presin“personat sinjifikant” dhe shkalla në të cilën personi dëshiron të përshtatet dhe të jetë si ata.



Teoria e Veprimit të Arsyetuar

- Teoria e Veprimit të arsyetuar pohon se sjellja e vullnetshme e një individi mund të parashikohet nga qëllimi i tij/saj për ta kryer atë sjellje (a ka ndërmend individi të lërë duhanin, të ushqejë foshnjën me gji, të bëjë vaksinën e gripit në vjeshtë, etj.)



Teoria e Veprimit të Arsyetuar

Qëllimi për të vepruar (behavioural intention) përfshin motivimin e një personi drejt një qëllimi të përcaktuar në kahun dhe intensitetin dhe është vlerësuar si një parakusht i nevojshëm për të ndryshuar stilin e jetesës (Ajzen, 1991, Sheeran, 2002)

Përqasja

- Kjo teori pohon se qëllimi (intention) është një funksion i:
 1. ***qëndrimi ndaj kryerjes së sjelljes (vlerësimi afektiv)***
 2. ***normat subjektive (presioni social i perceptuar nga individi)***

Përqasja

- Qëndrimet janë ***funksion i besimit*** për/tek pasojat e sjelljes vis a vis ***vlerës së rëndësishme*** që i jepet rezultati që na jep sjellja
- Normat subjektive janë funksion i ***pritsshmërive të tjerëve*** (ata që për ne janë të rëndësishëm) vis a vis me ***motivimin*** e individit ***për t'u konformuar/bindur.***

Përqasja

- Ndryshe nga modeli i Besimit Shëndetësor apo Teoria e të Mësuarit Social, ky model bazohet tek racionaliteti dhe nuk konsideron në mënyrë eksplicite elemente të “frikës-eksitimit” sic është për shembull rreziku i perceptuar.
- Fokusi qëndror i kësaj teorie është qëllimi për të kryer sjelljen (behavioural intention)

Përqasja

- Krizat e frikës nga sëmundjet ose për shëndetin mund të sjellin ndryshim në sjellje vetëm nëse përforcohen me udhëzime të sakta ku, kur dhe si t'i performojmë sjelljet. (Fishbein tregoi se një ndryshim në secilin nga këta faktorë na sjell ndryshim në rezultat)

Teoria e sjelljes së planifikuar

- Kjo teori, përveç dy variablave të teorisë së veprimit të arsyetuar bashkon edhe një variabël tjetër – *atë se sjellja e njerëzve është pasojë e kontrollit të tyre të perceptuar*

Teoria e Sjelljes së Planifikuar

Është përmirësim i TVA dhe ka futur konceptin e **Kontrollit të perceptuar** në sjellje.

Perceptimi për aftësitë, burimet, mundësitë që individit disponon për të arritur një rezultat pozitiv, apo për të shmangur një efekt negativ.

Kontrolli personal është një konstrukt shumë i rëndësishëm dhe parashikues i mirë i sjelljes, sidomos në fushën e sjelljeve shëndetësore.

Individi duhet të ketë besim se mund të jetë i efektshëm, apo i ka aftësitë/burimet e duhura.



Teoria e Sjelljes së Planifikuar

Kontrolli i perceptuar është një funksion i

1. Besimet e kontrollit –njohja e lehtësuese apo frenuese që ndikojnë në qëllimjin apo sjelljen
2. Fuqia e perceptuar – ndikimi i secilit faktor tek sjellja

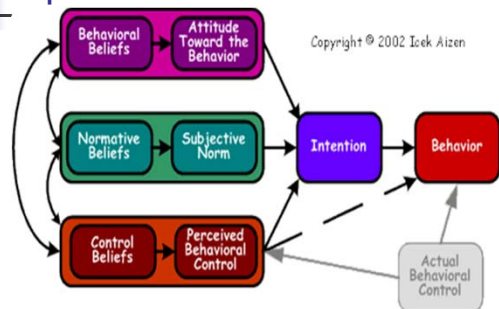


Teoria e Sjelljes së Planifikuar

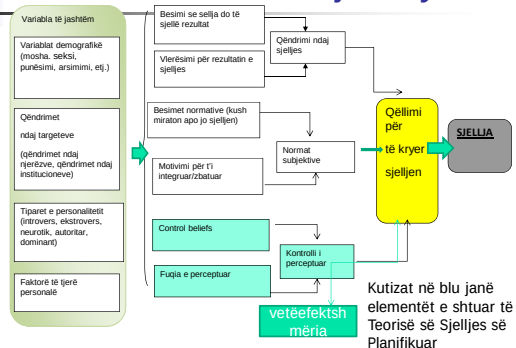
- Qëllimi i Ajzen për të përfshirë kontrollin e perceptuar bazohej mbi teorinë e tij se që të ndodhë një sjellje duhet qëllimi **dhe aftësitë**.
- Më vonë Bandura e artikuloi këtë pjesë të aftësive si vetëefektshmëri, një element shumë i rëndësishëm i teorisë konjitive sociale.



Modeli i thjeshtëzuar i Veprimit të Planifikuar



Konstruktet dhe lidhja e tyre



Lidhur me qëndrimin

- Individit ka në të njëjtën kohë disa besime për një objekt të caktuar; objekti vishet me disa cilësi. Shpesh bashkëqëndrojnë qëndrimi pozitiv me atë negativ.
- Cdo cilësi mbart një vlerësim të caktuar.
- Në momente të caktuara, objekti do të nxisë tek individit një qëndrim, i cili përmbledh të gjitha vlerësimet e

Besimet sjellore

- Cfarë shikoni ju si përparësi në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cilat janë rezultatet e mundshme pozitive që do të keni në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cfarë shikoni ju si disavantazhe në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cilat janë rezultatet e mundshme negative që do të keni në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm.



Rëndësia në praktikë

TSP na ndihmon të parashikojmë sjelljen duke njohur:

1. A është ky individ në favor apo kundër kësaj sjellje (qëndrimin)
2. Sa shumë e ndjen individi presionin social për ta bërë apo jo një sjellje të caktuar (norma subjektive)
3. A ndjen individi se ka kontroll mbi këtë sjellje (kontrolli i peceptuar)



Besimet normative

- Cili/cilët do t'ju miratonin në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cili do dhe kërkon që ju të ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cili/cilët nuk do t'ju miratonin në se ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?
- Cili/cilët nuk duan që ju të ushtroheni për 6 muajt e ardhshëm?



Aplikimi i TSP

- **është nga teoritë më të përdorura për të analizuar dhe parashikuar sjelljen në shkencat sociale.**
- **Teoria ka qenë e sukseshme për të parashikuar sjelljen:** Më tepër se 1000 studime të cilat kanë treguar se TSP ka arritur të parashikojë deri në 50% variancë në qëllim dhe 28% në sjellje.



Aplikimi i TSP (2)

- ***Të pasigurtë lidhur më ndërhyjet e ndryshimit të sjelljes:*** 24 studime për të parë ndërhyrjet mbi TSP dhe është parë që gjysma e ndërhyrjeve ishin të sukseshme në ndryshimin e qëllimit dhe 2/3 në ndryshimin e sjelljes
- Nuk ka të dhëna që vërtetojnë lidhjen direkte midis teorisë dhe ndryshimit të sjelljes



- Teoria e të mësuarit social sugjeron se mënyrat, sipas të cilave njerëzit shpjegojnë gjërat që u ndodhin, janë produkt i eksperiencave të tyre të fëmijërisë.



FALEMINDERIT!

TEMA: Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (pjesa I)

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të:

- Familiarizohen me faktorët kryesorë që përcaktojnë statusin social-ekonomik (SES) të individëve të popullatës;
- Kuptojnë lidhjen e ngushtë mes SES dhe përcaktorëve të tjerë shëndetësorë përfshi faktorë e lidhur më sjelljen (stilin/mënyrën e jetesës);
- Kuptojnë rolin dhe impaktin e rëndësishëm të SES në barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë.

KONCEPTE BAZË

Statusi social ekonomik (SES) – përgjithësisht, SES është një madhësi e kombinuar (e përbërë) ekonomike dhe sociale e cila përcakton vendin (pozicionin) e secilit individ në krahasim me individët e tjerë në shoqëri lidhur me gjendjen ekonomike dhe pozicionin shoqëror. SES mund të shprehet në nivel familjeje ku merren në konsideratë të ardhurat familjare, dhe niveli i edukimit dhe profesioni i kryefamiljarit. Nga ana tjetër, SES mund të shprehet në nivel individ, ku merren përgjithësisht në konsideratë niveli individual i edukimit, të ardhurat individuale, si dhe profesioni. Megjithatë, duhet theksuar se SES është kryesisht një madhësi që i referohet dieferencave ekonomike në shoqërinë në tërësi. Nga kjo pikëpamje, nivele apo shtresa të ndryshme të SES-së përcaktojnë edhe ndryshimet/diferencat (përmes të tjerave edhe) shëndetësore mes nën-grupeve apo kategorive të ndryshme të popullatës. Zakonisht, SES kategorizohet në tre grupe: SES i ulët, i mesëm, i lartë. Në këtë mënyrë, bëhet edhe kategorizimi i shtresave apo grupeve të ndryshme të popullatës.

Niveli i edukimit – është një term kryesisht i përshtatur për operacionalizimin dhe kuantifikimin e arsimimit të individëve të ndryshëm të popullatës. Nga kjo pikëpamje, arsimimi operacionalizohet duke u shprehur si niveli më i lartë i shkollimit (diplomimit) të përmbushur nga individët. Megjithatë, shpeshherë ndodh që individë të caktuar mos të përmbushin të gjitha detyrimet akademike për marrjen e diplomës të një niveli të caktuar, pavarësisht se kanë ndjekur një ose disa vite shkollim në nivelin përkatës. Prandaj, një operacionalizim dhe kuantifikim akoma më i saktë i nivelit të dukimit (arsimimit) do të ishte ai përkufizim i cili merr në konsideratë numrin total të viteve të shkollës të ndjekur (frekuentuar) nga individët përgjatë ciklit të tyre jetësor.

Punësimi – në praktikë, gjendja e punësimit i referohet statusit të një individi në moshë ekonomikisht aktive lidhur me marrëdhëniet aktuale në punë. Përgjithësisht, ky faktor dikotomizohet (d.m.th. punësuar vs. papunë). Por, gjendja aktuale e punësimit nuk reflekton gjendjen *kumulative* të punësimit (p.sh. një individ aktualisht i punësuar mund të ketë qenë për vite të tëra i papunë dhe, anasjelltas, një individ aktualisht i papunë mund të jetë i tillë vetëm për një periudhë shumë të shkurtër kohe).

Profesioni – i referohet pozicionit të punës së individëve të ndryshëm. Ky faktor i rëndësishëm social-ekonomik duhet të diferencohet qartë nëse i referohet statusit *aktual* (i cili mund të mos reflektojë profesionin e zakonshëm), kundrejt atij të “*zakonshëm*” (ose, *tipik*). Në fakt, ky diferencim mes profesionit *aktual* dhe atij të “*zakonshëm*” (kryesor) është shumë i rëndësishëm sidomos për shoqëritë apo vendet në tranzicion përfshi edhe vendin tonë, ku shumë individë aktualisht mund të kenë një profesion i cili nuk reflekton aspak profesionin kryesor/tipik të tyre (p.sh., shumë persona të diplomuar në ekonomi, juridik, apo shkenca sociale mund të punojnë aktualisht si kamarierë, baristë, kuzhinierë, etj.). Nga ana tjetër, në vendet e zhvilluara me një traditë të gjatë kapitalizmi dhe me një sistem ekonomik tashmë të konsoliduar, profesioni aktual reflekton shumë mirë profesionin “*habitual*” ose *tipik* të individëve të popullatës.

Niveli ekonomik – në praktikë, niveli ekonomik i referohet të ardhurave nga të gjitha burimet përfshi rrogën nga puna e ushtruar, interesat e mundshme të përfituara nga llogaritë bankare, qeratat (e banesave, tokës, etj.), apo fitimet nga biznese të mundshme. Niveli ekonomik mund të shprehet në rang *familjeje*, ose në nivel *individi*. Pavarësisht nga mënyra e shprehjes, është shumë e rëndësishme që të merret në konsideratë numri i saktë i individëve të familjes që përfitojnë nga të ardhurat ekonomike të gjeneruara. Nga kjo pikëpamje, i njëjti nivel ekonomik bruto ka domethënie krejtësisht të ndryshme në varësi të numrit të përfituesve (d.m.th., numrit të personave të familjes të cilëve i referohen të ardhurat ekonomike). Në vendet e zhvilluara, ka një korrelacion shumë të fortë mes nivelit ekonomik dhe shtresës shoqërore të individëve të popullatës. Me fjalë të tjera, individët ekonomikisht të pasur i përkasin edhe shtresës së lartë shoqërore dhe, anasjelltas, individët me të ardhura ekonomike të pakta i përkasin shtresës së ulët shoqërore. Ky nuk është domosdoshmërisht rasti i shoqërive në tranzicion përfshi edhe vendin tonë ku individë të caktuar me të ardhura ekonomike jo të mjaftueshme nuk i përkasin shtresës së ulët shoqërore (p.sh., personat me arsim të lartë që janë aktualisht të papunë) dhe, anasjelltas, individë të pa arsimuar mjaftueshëm të cilët kanë të ardhura ekonomike të larta (p.sh., biznesmenët pa shkollë, ose me shumë pak shkollim).

Hendeku i treguesve shëndetësorë midis dhe brenda vendeve

Është argumentuar se dallimet në disponueshmërinë, qasjen (aksesin) dhe përballueshmërinë e shërbimeve të kujdesit mjekësor përbëjnë dhe shpjegojnë një pjesë të konsiderueshme të dallimeve (diferencave) të sëmundjeve të nën-grupeve të ndryshme të popullsisë kudo në botë. Nga kjo pikëpamje, pabarazitë shëndetësore lindin nga pabarazitë në kujdesin shëndetësor.

Megjithatë, kujdesi mjekësor nuk arrin të adresojë gradientin social në zhvillimin e rasteve të reja të sëmundjeve (rastet “incidence”), të cilat nuk janë çështje të kujdesit mjekësor në vetvete, ose pabarazitë në nivelin e vdekshmërisë nga sëmundjet që nuk janë të menaxhueshme efektivisht nga shërbimet mjekësore (ose, të paktën, shmangia e të cilave është e diskutueshme).

Për më tepër, kontribuesi kryesor në hendekun e vdekshmërisë të vëzhguar ndërmjet vendeve lindore dhe perëndimore (sëmundja koronare e zemrës), besohet të mos jetë subjekt i sistemit të kujdesit mjekësor në vetvete.

Gjithashtu, rrethanat dhe kushtet e fëmijërisë së hershme, mjedisi i punës, papunësia, modelet e marrëdhënieve shoqërore, përjashtimi social, si dhe angazhimi në sjellje jo të shëndetshme nuk mund të llogariten dhe shpjegohen thjesht dhe vetëm nga mungesa e qasjes (aksesit) në kujdesin mjekësor me cilësi të mirë.

Përveç kësaj, edhe pse rreziku individual shpjegon pjesërisht variacionet (diferencat) në shfaqjen e sëmundjeve, ai nuk shpjegon dallimet e dukshme në morbiditet (sëmundshmëri) dhe në mortalitet (vdekshmëri) në përputhje me dallimet në statusin social-ekonomik në periudha të shkurtra kohore (ku, në thelb, predispozita gjenetike ndaj sëmundjeve supozohet të mos ndryshojë).

Gjithashtu, vlen dhe duhet të bëhet një dallim midis faktorëve të rrezikut individual dhe shkaqeve mjedisore të sëmundjeve, pasi përpjekjet për të shpjeguar dallimet (diferencat) në nivelin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë mes popullsive të ndryshme bazuar vetëm në një qasje individuale të faktorëve të rrezikut janë kritikuar përmes një sërë argumentesh shkencore bindëse.

Përveç ndryshimeve të pjesshme në shfaqjen e sëmundjes, është provuar se është e vështirë që të modifikohen faktorët individualë të rrezikut duke u përpjekur që të binden individët që të ndryshojnë sjelljen e tyre. Megjithë sukseset e arritura me individë në grupe me rrezik të lartë (p.sh. trajtimi medikamentoz i hipertensionit arterial dhe/ose mjekimi i niveleve të larta të kolesterolit), këto masa kontribuojnë shumë pak në reduktimin e nivelit të përgjithshëm të sëmundjes në të gjithë popullsinë.

Siç ka sugjeruar Geoffrey Rose, shkaqet e dallimeve (diferencave) individuale në zhvillimin e sëmundjeve mund të jenë të ndryshëm nga shkaqet e dallimeve (diferencave) në mes të popullsive të ndryshme. Për këtë arsye, përcaktuesit social

luajnë një rol kyç në shpjegimin e hendekut të treguesve shëndetësorë ndërmjet popullatave të ndryshme dhe brenda nën-grupeve të të njëjtës popullatë.

Rrethanat dhe kushtet social-ekonomike: deprivimi absolut dhe relativ

Në përpjekjet për të llogaritur hendekun shëndetësor midis dhe brenda vendeve të ndryshme, një pjesë e konsiderueshme e hulumtimit të kryer në dekadat e fundit, ka bashkërenduar dallimet e vërejtura në treguesit shëndetësorë midis dhe brenda vendeve me një sërë elementesh që formëzojnë mjedisin social-ekonomike në vende të ndryshme.

Fenomenet në vijim lidhur me rrethanat social-ekonomike janë të dukshme në vende të ndryshme në varësi të strukturës së Prodhimit të Brendshëm Kombëtar (GDP):

- Ekziston një raport i qartë midis të ardhurave materiale (nivelit ekonomik) dhe jetëgjatësisë së pritshme midis vendeve të ndryshme. Në vendet e varfra, madje edhe rritjet e vogla të GDP-së (për frymë) lidhen me rritje relativisht të mëdha në jetëgjatësinë e pritshme, gjë që vjen kryesisht nga kequshqyerja dhe/ose sëmundjet infektive. Prandaj deprivimi material absolut është një përcaktues i rëndësishëm, i cili shpjegon diferencën në treguesit e morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) midis vendeve të varfra dhe atyre të pasura. Nga kjo perspektivë, për vendet e varfëra të botës, një rritje e standardeve të jetesës që redukton kequshqyerjen dhe sëmundjet infektive do të japë një kontribut të madh në përmirësimin e shëndetit.
- Nga ana tjetër, në vendet me një GDP (për frymë) prej >\$5000, marrëdhënia midis GDP-së dhe jetëgjatësisë së pritshme është e dobët. Implikimi i një marrëdhënieje të tillë është se, mbi një nivel të caktuar të të ardhurave ekonomike, dallimet (diferencat) edhe pse të mëdha në të ardhurat ndërmjet vendeve të pasura lidhen vetëm me dallime të papërfillshme të jetëgjatësive të pritshme përkatëse. Me fjalë të tjera, përtej një niveli dhe zhvillimi të caktuar ekonomik, rritja e mëtejshme e GDP-së shoqërohet vetëm me pak përfitime në rritjen e jetëgjatësisë së pritshme të individëve të popullatës.
- Por, për vendet me nivele të ngjashme të të ardhurave, ekziston një lidhje e fortë midis pabarazisë së të ardhurave dhe jetëgjatësisë së pritshme. Kjo dukuri emërtohet si “*deprivim relativ*”, i cili konsiderohet si një përcaktues kryesor i shëndetit të keq në vendet e pasura (vendet e industrializuara), në krahasim me “*deprivimin absolut*” që përbën një përqindje të konsiderueshme të morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) në vendet e varfra.
- Pabarazia e të ardhurave materiale pasqyron mjedisin social dhe mënyrën e organizimit të shoqërive dhe shteteve të ndryshme në botë. Nga kjo pikëpamje, ekziston një fushë kërkimi në zhvillim që lidhet me modelet e sëmundjes në

organizimin e shoqërisë dhe mënyrën se si shoqëria investon në kapitalin e saj njerëzor. Në dekadat e fundit është argumentuar qartë dhe bindshëm se shumë faktorë klasikë të rrezikut të zhvillimit të sëmundjeve kronike (si hipertensioni, konsumi i alkoolit, pirja e duhanit ose mungesa e ushtrimit apo aktivitetit fizik) kanë përcaktues (determinantë) të qartë shoqëror. Prandaj, eksesi i morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) që nuk shpjegohet me mungesën (deprivimin) absolut në vendet e pasura, është i lidhur me konceptin *psiko-social* (të emërtuar si *deprivim relativ*). Një shembull i mrekullueshëm vjen nga studimi “Whitehall” (nëpunësit civilë britanikë) i realizuar përgjatë viteve 1980-1990, studim i cili dokumentoi dallime (diferenca) të mëdha në modelet e vdekshmërisë së sëmundjes koronare të zemrës të (lidhura) shoqëruara me deprivimin e perceptuar (relativ) të individëve. Nga kjo perspektivë, për vendet e pasura të botës, reduktimi i pabarazive social-ekonomike do të japë një kontribut të madh në përmirësimin e shëndetit.

Pozita sociale dhe gjendja shëndetësore: përzgjedhje apo shkakësi?

Argumentohet me të drejtë se, dallimet (diferencat) e vërejtura në normat (nivelet) e sëmundjeve të ndryshme lidhen më shumë me karakteristikat e mjedisit social. Prandaj, drejtimi i shkakësisë ka shumë të ngjarë që të jetë nga mjedisi social tek sëmundjet dhe jo në anën tjetër (nga sëmundja tek mjedisi social).

Sidoqoftë, argumentohet (në mënyrë intriguese), se statusi shëndetësor mund të përcaktojë si pozicionin social-ekonomik, ashtu edhe rrethanat sociale që ndikojnë në shëndetin e individëve. Nga kjo pikëpamje, shëndeti mund të jetë një përcaktues madhor i shanseve apo mundësive përgjatë ciklit jetësor të individëve. Ky fenomen është emërtuar si “*përzgjedhje shëndetësore*”.

Implikimi i një fenomeni të tillë është se, shëndeti mund të “përzgjedhë” njerëzit në shtresa të ndryshme shoqërore. Prandaj, sipas kësaj pikëpamjeje, individët e sëmurë kanë më shumë gjasa të humbasin vendet e punës dhe/ose të mbeten të papunë sesa njerëzit e shëndetshëm. Kjo mund të ketë implikime të rëndësishme për drejtimin e kauzalitetit (shkakësisë) të marrëdhënies ndërmjet pozitës sociale dhe shëndetit. Kjo do të çonte në argumentin se shëndeti i dobët (prania e sëmundjeve në organizëm) çon në pozitë më të ulët në hierarkinë sociale, përjashtimin social, rritjen e rrezikut të papunësisë dhe pasigurisë në punë, pjesëmarrjen më të vogël në rrjetet sociale, si dhe në sjellje jo të shëndetshme (përfshi dietën e varfër, pirjen e duhanit, pirjen e alkoolit, përdorimin e drogave, ose mungesën e aktivitetit fizik).

Megjithatë, një pyetje e tillë lidhur me “vezën dhe pulën” mund të trajtohet në mënyrë bindëse vetëm në studimet gjatësore (kohort, ose prospektive). Deri më tani, provat aktuale (të përfutuara edhe nga disa studime robuste prospektive) sugjerojnë që drejtimi i shkakësisë është nga mjedisi social tek sëmundjet, dhe jo anasjelltas.

Vlerësimi i faktorëve social-ekonomikë në vendet e Evropës Juglindore

- *Niveli i edukimit*

Arsimimi (ose, niveli i edukimit) është madhësia më gjerësisht e përdorur e vlerësimit të statusit social-ekonomik në shumicën e hulumtimeve të kryera kudo në botë. Avantazhi i përdorimit të një variabli të tillë (arsimimi) si një madhësi e pozicionit social-ekonomik lidhet me pyetjet relativisht të thjeshta (të drejtpërdrejta), të cilat zakonisht krijojnë (gjenerojnë) një shkallë të lartë përgjigjeje.

Për më tepër, meqë niveli arsimor zakonisht është i qëndrueshëm pas moshës së re, ai (arsimimi) ndikohet shumë pak nga shëndeti i dobët potencialisht i zhvilluar më vonë në jetë midis të rriturve të të dy gjinive (p.sh., instalimi i sëmundjeve të ndryshme).

Sidoqoftë, aplikimi i arsimimit (edukimit) si madhësi e pozicionit social-ekonomik ka gjithashtu disa disavantazhe, të cilat duhet të merren në konsideratë, veçanërisht në vendet e Evropës Juglindore, apo më gjerësisht, në vendet ish-komuniste të Europës dhe Azisë. Për shembull, në Shqipëri ekzistojnë diferenca të mëdha kohore të lindjeve në nivelet e arsimimit, kështu që modelet psikologjike dhe të sjelljes së një niveli të caktuar të arsimimit janë të ndryshme për kohorte (gjenerata) të ndryshme.

Përveç kësaj, shëndeti i varfër në fëmijëri mund të ndikojë në nivelin e arsimimit të arritur në moshën e rritur (duke ndikuar negativisht). Sidoqoftë, për shkak të thjeshtësisë së saj, krahasueshmërisë midis vendeve të ndryshme dhe sidomos vështirësive në matjen e nivelit të të ardhurave ekonomike, niveli arsimor (ose, niveli i edukimit) është përdorur dhe aplikohet edhe aktualisht shumë shpesh si madhësi kryesore e renditjes shoqërore (përcaktimit të shtresës, ose klasës shoqërore) në shumicën e shoqërive kudo në botë.

Pjesa më e madhe e hulumtimeve (studimeve) të kryera në vendet e Evropës Lindore dhe në vendet ish-sovjetike kanë klasifikuar arritjet individuale të arsimimit (edukimit) në katër kategoritë e mëposhtme: arsim (edukim) fillor ose i ulët, arsim profesional, nivel arsimor i mesëm (shkollë e mesme), dhe arsim universitar (shkollë e lartë).

Megjithatë, ky klasifikim varet nga: a) sistemet specifike arsimore në secilin vend, dhe b) vlera relative që secila shoqëri cakton në zhvillimin e burimeve njerëzore të saj.

- *Niveli ekonomik*

Të ardhurat ekonomike, ashtu sikurse arsimimi, janë një madhësi tjetër e përdorur gjerësisht lidhur me pozicionin social-ekonomik të individëve të popullatës. Megjithatë, përveç vështirësive në vlerësimin e një variabli të tillë (p.sh., normat e larta të mos përgjigjes, ose shkalla e ulët e pjesëmarrjes në studime të tilla vlerësuese), një nivel i ulët i të ardhurave ekonomike mund të pasqyrojë gjendjen shëndetësore të varfër të individëve të caktuar të popullatës.

Nga kjo perspektivë, në kundërshtim me arsimimin, të ardhurat ekonomike mund të preken drejtpërdrejtë nga gjendja shëndetësore e individëve në moshë të rritur, duke treguar kështu shanset apo mundësitë e ndryshme jetësore në moshën e rritur që shoqërohet me gjendjen e shëndetit (p.sh., me praninë ose jo të sëmundjeve të caktuara).

Për më tepër, matja apo vlerësimi objektiv i të ardhurave materiale është mjaft komplekse në të gjitha shoqëritë; të ardhurat ekonomike përfshijnë jo vetëm pagat (rrogat) individuale, por edhe burime të tjera të të ardhurave si pasuritë e patundshme, ose përfitimet jo “cash” (marrja e produkteve ushqimore falas, apo qasja/aksesi i lirë në kujdesin mjekësor, etj.). Prandaj, mund të jetë më e dobishme të matet niveli total i pasurisë (gjendjes materiale) së individëve, që zakonisht emërohet me termin “pasuri”. Megjithatë, matjet apo vlerësimet e nivelit ekonomik të individëve janë një punë mjaft e vështirë për t’u realizuar.

Gjërat bëhen edhe më të komplikuar në vendet ish-komuniste ku tranzicioni drejt një sistemi të tregut të lirë në dekadat e fundit shoqërohet me një shkallë të lartë të mosbesimit, armiqësisë dhe ndjenjave (perceptimeve) negative nga segmente të mëdha të popullsisë, gjë që nuk lejon një vlerësim të besueshëm apo real të të ardhurave individuale apo pasurisë në këto vende.

Në përpjekjen për të matur nivelin e të ardhurave në mesin e studentëve të universitetit mjekësor në Tiranë disa vite më parë, ne kemi përdorur këtë instrument (pyetje): *“Si do t’i vlerësonit të ardhurat mujore të familjes tuaj duke përfshirë pagat, ndihmat, bizneset familjare dhe burimet e tjera të të ardhurave, pasi të keni hequr pagesat që familja juaj mund të paguajë për apartamentin ose shtëpinë n:ë të cilën banoni?”*.

Sidoqoftë, kemi marrë shkallën më të ulët të përgjigjes për këtë pyetje (rreth 80%), megjithëse në të njëjtin studim është kërkuar informacion shumë më konfidencial apo sensitiv (lidhur me sjelljet ose praktikat seksuale, për të cilat shkalla e përgjithshme e përgjigjes, app pjesëmarrjes në studim ishte rreth 87%).

Prandaj, madhësi apo variable të tjera “proksi” (apo “surrogato”) duhet të aplikohen paralelisht me të ardhurat ekonomike të vetë-raportuara në mënyrë që të vlerësojnë sa më objektivisht pozicionin social-ekonomike të individëve të ndryshëm në vendet e Evropës Lindore.

- Profesioni

Profesioni është një tjetër madhësi e përdorur zakonisht për vlerësimin e renditjes social-ekonomike të individëve në të gjitha shoqëritë apo vendet e botës. Megjithatë, përdorimi i një madhësie të tillë (d.m.th. profesionit) zakonisht përfshin disa kategorizime. Dy shembuj të famshëm për t’u përmendur në këtë drejtim janë nga Britania e Madhe (regjistër klasifikimi i përdorur që nga viti 1911) dhe Byroja

Amerikane e Regjistrimit (e përdorur që nga viti 1897), të cilat janë përafërsisht të krahasueshme.

Profesioni është një karakteristikë e rëndësishme në shoqëritë moderne të lidhura me prestigjin dhe statusin shoqëror. Sidoqoftë, përdorimi i profesionit si masë e pozicionit social-ekonomik ka disa disavantazhe. Sa i përket të ardhurave, profesioni aktual për disa individë mund të pasqyrojë ndikimin e sëmundjes apo shëndetit të dobët.

Për më tepër, hulumtimet apo studimet moderne janë fokusuar në vendimmarrjen, presionin e kohës dhe mbështetjen sociale në vendin e punës, më shumë sesa në kategorizimin klasik të profesioneve, apo vendeve të punës. Kështu, studimi “Whitehall” (i realizuar në një kampion të madh perfaqësues të nëpunësve britanikë përgjatë disa dekadave), ka dëshmuar bindshëm mbi praninë e një lidhjeje (shoqërimi) të fortë mes profesionit dhe mjedisit dhe karakteristikave të vendit të punës me rrezikun e zhvillimit të sëmundjes koronare të zemrës dhe nivelit të vdekshmërisë lidhur me këtë sëmundje.

Në vendet ish-komuniste të Evropës Lindore dhe Qendrore, gjendja e punësimit dhe sidomos aplikimi i profesionit aktual për vlerësimin e pozicionit social është akoma më i vështirë. Orientimi drejt një sistemi të tregut të lirë në dekadat e fundit në vendet ish-komuniste është shoqëruar me ndryshime të jashtëzakonshme në nivelet e punësimit dhe “zhvendosjen” profesionale nga shumë individë të shoqërisë.

Përveç niveleve jashtëzakonisht të larta të papunësisë, në dekadat e fundit nuk ka qenë e pazakontë për mjekët apo profesione të tjera që konvencionalisht konsiderohen si “jaka të bardha” (ose, nëpunës) që të punojnë dhe të angazhohen në profesione krejt të tjera (përfshi punësime në fabrika, ose punësime në biznese të ndryshme).

Nga ana tjetër, në vendet ish-komuniste, shumë individë pa diplomë universitare janë aktualisht të punësuar në pozicionet më “prestigjioze”, përfshi menaxhimin e firmave, kompanive apo bizneseve të ndryshme. Për më tepër, tranzicioni i shpejtë politik dhe social-ekonomik ka bërë që segmente të mëdha të popullatave të punojnë në një mënyrë “multi-profesionale” (me kohë të pjesshme dhe jo në një pozicion të përhershëm me orar të plotë).

Prandaj, vlerësimi i profesionit në vendet e Evropës Juglindore duhet të adresojë në mënyrë të qartë çështjen e mëposhtme: vlerësimi i profesionit aktual apo i atij “të përhershëm”? Nga kjo perspektivë, përdorimi (aplikimi) i profesionit aktual është mjaft i diskutueshëm në këto vende ish-komuniste.

Megjithatë, hulumtimet (studimet) autoritare shkencore të kryera në vendet ish-komuniste të Evropës, deri në një farë mase, kanë raportuar një lidhje sinjifikative mes profesionit aktual dhe pozicionit social-ekonomik të individëve. Në këtë mënyrë, aplikimi i profesionit aktual si madhësi e vlerësimit të pozicionit social-ekonomik të individëve në shoqëri është një qasje plotësisht e justifikuar. Profesione në këto studime

të udhëhequra në vendet e Evropës Lindore janë klasifikuar kryesisht në tre kategori të gjera: pozicione menaxheriale (dhe mbikëqyrëse), punësime të tjera, dhe vetëpunësim.

Vlerësimi i deprivimit absolut dhe relativ në vendet ish-komuniste të Evropës

Hulumtimet (studimet) e dekadave të fundit të ndërmarra në vendet ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore kanë zhvilluar dhe përpiluar instrumente specifike për vlerësimin e rrethanave dhe kushteve individuale social-ekonomike. Nga kjo punë kërkimore-shkencore, është formuluar tashmë një koncept i “*deprivimit material*” (ose, “*deprivimit absolut*”), si dhe një koncept i “*deprivimit relativ*”.

- *Deprivimi material (absolut)*

Deprivimi material është përdorur me sukses si një indeks i varfërisë absolute në vendet ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore. Deprivimi material në shumë studime të udhëhequra në disa vende të Evropës Qendrore dhe Lindore është vlerësuar nga tre pyetje lidhur me ‘sa shpesh familja e individëve ka vështirësi për të blerë ushqime ose rroba të mjaftueshme dhe për të paguar faturat për banim, ngrohje dhe energji elektrike’. Përgjigjet e mundshme për këto pyetje (kurrë/pothuajse kurrë, nganjëherë, shpesh, dhe gjithnjë) janë koduar dhe një rezultat shumator (rezultant) i deprivimit është llogaritur në bazë të të cilit individët klasifikohen në dy kategori: “deprivim i pakët material” (mungesë varfërie në terma absolute) kundrejt “deprivim i lartë material” (varfëri absolute).

Ky instrument mjaft i thjeshtë ka rezultuar i vlefshëm në parashikimin e shëndetit të dobët në nën-grupet vulnerabël të popullatës në vendet e Evropës Lindore dhe Qendrore (d.m.th. tek individët me status të ulët social-ekonomik).

- *Deprivimi relativ*

Në përpjekjen për të vlerësuar pozicionin relativ (të vetë-perceptuar) si një rrugë apo shteg i rëndësishëm psiko-social për shpjegimin e gjendjes shëndetësore, individëve në studime të udhëhequra në Hungari, Sllovaki dhe në vende të tjera ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore, i’u kërkua që të raportonin lidhur me sendet apo artikujt shtëpiakë që ata posedonin (zotëronin).

Sipas kësaj qasjeje, artikujt shtëpiak klasifikohen si më poshtë:

- Sendet apo artikuj themelore (të nevojshme): lavatriçe, frigorifer, mikrovalë, telefon.
- Artikuj me orientim (funksion) shoqëror: kompjuteri personal, Interneti, makina, motoçikleta.
- Artikuj luksi: televizioni kabllor, kondicioneri, mikrovala, pjatalarësja, shtëpia verore, kopshti/baçja në shtëpi.

Sidoqoftë, zbatimi apo aplikimi i këtij klasifikimi duhet të konsiderohet me kujdes, pasi sendet (artikuj) të ndryshëm mund të bien në kategori të ndryshme në varësi të mjedisit

të veçantë social-ekonomik të secilit vend. Për shembull, në Shqipëri, disponueshmëria e kompjuterit personal dhe/ose e Internetit do të vendoseshin më mirë në kategorinë e tretë (pra, tek artikujt e luksit).

Megjithatë, një klasifikim i tillë praktik i komoditeteve apo artikujve të ndryshëm mund të jetë i dobishëm dhe i vlefshëm për t'u pranuar nga të gjitha vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore në mënyrë që të vlerësojë ndikimin shëndetësor të deprivimit absolut dhe atij relativ në popullatë.

Prandaj, studentët e masterit të menaxhimit shëndetësor si dhe studentët e tjerë në ciklin pasuniversitar inkurajohen që të përshtasin dhe të vlerësojnë këto instrumente (deprivimi material dhe komoditetet në tre nivelet e lart-përmendura) në mjedise dhe kontekste të ndryshme specifike.

BIBLIOGRAFIA

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press; 2005.
- Berkman L, Kawachi I. Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA; 2000.
- Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies. Oxford University Press, Oxford; 2014.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford; 1992.
- Rustein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. N Engl J Med 1976; 294:582-588.
- Boys RJ, Forster DP, Jozan P. Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of Eastern Europe. BMJ 1991; 303:879-883.
- Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. BMJ 1996; 312:421-425.
- Loewel H, Dobson A, Keil U, Herman B, Hobbs T, Stewart A, et al. Coronary heart disease case fatality in four countries. Circulation 1993; 88:2524-2531.
- Sala J, Marruga J, Maisa R, Porta M. Improvement in survival after myocardial infarction between 1978-85 and 1986-88 in the REGICOR study. Eur Heart J 1995; 16:779-784.

- Drever F, Whitehead M, Roden M. Current patterns and trends in male mortality by social class (based on occupation). *Popn Trends* 1996; 86:15-20.
- Syme SL (1996). To prevent disease: the need for a new approach. In: *Health and Social Organization* (eds. D Blane, E Brunner, and R Wilkinson). Routledge, London; pp.21-31.
- Marmot M, Shipley MJ. Do socio-economic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ* 1996; 313:1177-1180.
- Power C, Manor O, Fox J (1991). *Health and class: the early years*. Chapman & Hall, London.
- Wadsworth MEJ (1986). Serious illness in childhood and its association with later-life achievement. In: *Class and health* (ed. RG Wilkinson). Travistock Publications Ltd, London; pp.50-74.
- Blane D, Davey Smith G, Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociol Hlth Illness* 1993; 15:1-15.
- Blane D, Brunner EJ, Wilkinson RG (1996). *Health and Social Organization*. Routledge, London.
- Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993; 88:1973-1998.
- Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:624-630.
- Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med* 2000; 51:1421-1435.
- Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M. Socio-economic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med* 1998; 47:269-279.
- Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socio-economic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000; 51:1343-1350.
- Bobak M, Hertzman C, Skodova Z, Marmot M. Socioeconomic status and cardiovascular risk factors in the Czech Republic. *Int J Epidemiol* 1999; 28:46-52.
- Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 2000; 321:1124-1128.

STATUSI SOCIAL-EKONOMIK (SES) DHE SHËNDETI

(PJESA I)

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Familiarizohen me faktorët kryesorë që përcaktojnë statusin social-ekonomik (SES) të individëve të popullatës;
- Kuptojnë lidhjen e ngushtë mes SES dhe përcaktorëve të tjerë shëndetësorë përfshi faktorë e lidhur më sjelljen (stilin/mënyrën e jetesës);
- Kuptojnë rolin dhe impaktin e rëndësishëm të SES në barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Statusi social ekonomik (SES)** – është një madhësi e kombinuar ekonomike dhe sociale e cila përcakton pozicionin e secilit individ në krahasim me individët e tjerë në shoqëri lidhur me gjendjen ekonomike dhe pozicionin shoqëror.
- SES mund të shprehet në nivel familjeje ku merren në konsideratë të ardhurat familjare, dhe niveli i edukimit dhe profesioni i kryefamiljarit.
- Nga ana tjetër, SES mund të shprehet në nivel individi, ku merren përgjithësisht në konsideratë niveli individual i edukimit, të ardhurat individuale, si dhe profesioni.

KONCEPTE BAZË (I)

- Megjithatë, duhet theksuar se SES është kryesisht një madhësi që i referohet dieferencave ekonomike në shoqërinë në tërësi.
- Nga kjo pikëpamje, nivele apo shtresa të ndryshme të SES-së përcaktojnë edhe ndryshimet/diferencat (përmes të tjerave edhe) shëndetësore mes nën-grupeve apo kategorive të ndryshme të popullatës.
- Zakonisht, SES kategorizohet në tre grupe: SES i ulët, i mesëm, i lartë. Në këtë mënyrë, bëhet edhe kategorizimi i shtresave apo grupeve të ndryshme të popullatës.

KONCEPTE BAZË (II)

- **Niveli i edukimit** – është një term kryesisht i përshtatur për operacionalizimin dhe kuantifikimin e arsimit të individëve të ndryshëm të popullatës. Nga kjo pikëpamje, arsimimi operacionalizohet duke u shprehur si niveli më i lartë i shkollimit (diplomimit) të përmbushur nga individët.
- Megjithatë, shpeshherë ndodh që individë të caktuar mos të përmbushin të gjitha detyrimet akademike për marrjen e diplomës të një niveli të caktuar, pavarësisht se kanë ndjekur një ose disa vite shkollim në nivelin përkatës.
- Prandaj, një operacionalizim dhe kuantifikim akoma më i saktë i nivelit të dukimit (arsimit) do të ishte ai përkufizim i cili merr në konsideratë numrin total të viteve të shkollës të ndjekur (frekuentuar) nga individët përgjatë ciklit të tyre jetësor.

KONCEPTE BAZË (III)

- **Punësimi** – në praktikë, gjendja e punësimit i referohet statusit të një individit në moshë ekonomikisht aktive lidhur me marrëdhëniet aktuale në punë.
- Përgjithësisht, ky faktor dikotomizohet (d.m.th. punësuar vs. papunë).
- Por, gjendja aktuale e punësimit nuk reflekton gjendjen *kumulative* të punësimit (p.sh. një individ aktualisht i punësuar mund të ketë qenë për vite të tëra i papunë dhe, anasjelltas, një individ aktualisht i papunë mund të jetë i tillë vetëm për një periudhë shumë të shkurtër kohe).

KONCEPTE BAZË (IV)

- **Profesioni** – i referohet pozicionit të punës së individëve të ndryshëm. Ky faktor i rëndësishëm social-ekonomik duhet të diferencohet qartë nëse i referohet statusit *aktual* (i cili mund të mos reflektojë profesionin e zakonshëm), kundrejt atij të *"zakonshëm"* (ose, *tipik*).
- Në fakt, ky diferencim mes profesionit *aktual* dhe atij të *"zakonshëm"* (kryesor) është shumë i rëndësishëm sidomos për shoqëritë apo vendet në tranzicion përfshi edhe vendin tonë, ku shumë individë aktualisht mund të kenë një profesion i cili nuk reflekton aspak profesionin kryesor/tipik të tyre (p.sh., shumë persona të diplomuar në ekonomi, juridik, apo shkencë sociale mund të punojnë aktualisht si kamariere, baristë, kuzhinierë, etj.).
- Nga ana tjetër, në vendet e zhvilluara me një traditë të gjatë kapitalizmi dhe me një sistem ekonomik tashmë të konsoliduar, profesioni aktual reflekton shumë mirë profesionin *"habitual"* ose *tipik* të individëve të popullatës.

KONCEPTE BAZË (V)

- **Niveli ekonomik** – në praktikë, niveli ekonomik i referohet të ardhurave nga të gjitha burimet përfshi rrogën nga puna e ushtruar, interesat e mundshme të përfituara nga llogaritë bankare, qerata (e banesave, tokës, etj.), apo fitimet nga biznese të mundshme.
- Niveli ekonomik mund të shprehet në rang *familjeje*, ose në nivel *individ*. Pavarësisht nga mënyra e shprehjes, është shumë e rëndësishme që të merret në konsideratë numri i saktë i individëve të familjes që përfitojnë nga të ardhurat ekonomike të gjeneruara.
- Nga kjo pikëpamje, i njëjti nivel ekonomik bruto ka domethënie krejtësisht të ndryshme në varësi të numrit të përfituesve (d.m.th., numrit të personave të familjes të cilëve i referohen të ardhurat ekonomike). Në vendet e zhvilluara, ka një korrelacion shumë të fortë mes nivelit ekonomik dhe shtresës shoqërore të individëve të popullatës.

Hendeku i treguesve shëndetësorë

- Dallimet në disponueshmërinë, qasjen (aksesin) dhe përballueshmërinë e shërbimeve të kujdesit mjekësor përbëjnë dhe shpjegojnë një pjesë të konsiderueshme të dallimeve (diferencave) të sëmundjeve të nën-grupeve të ndryshme të popullsisë kudo në botë.
- Nga kjo pikëpamje, pabarazitë shëndetësore lindin nga pabarazitë në kujdesin shëndetësor.

Hendeku i treguesve shëndetësorë

- Megjithatë, kujdesi mjekësor nuk arrin të adresojë gradientin social në zhvillimin e rasteve të reja të sëmundjeve (rastet “incidencë”), të cilat nuk janë çështje të kujdesit mjekësor në vetvete, ose pabarazitë në nivelin e vdekshmërisë nga sëmundjet që nuk janë të menaxhueshme efektivisht nga shërbimet mjekësore (ose, të paktën, shmangia e të cilave është e diskutueshme).

Hendeku i treguesve shëndetësorë

- Për më tepër, kontribuesi kryesor në hendekun e vdekshmërisë të vëzhguar ndërmjet vendeve lindore dhe perëndimore (sëmundja koronare e zemrës), besohet të mos jetë subjekt i sistemit të kujdesit mjekësor në vetvete.
- Gjithashtu, rrethanat dhe kushtet e fëmijërisë së hershme, mjedisi i punës, papunësia, modelet e marrëdhënieve shoqërore, përjashtimi social, si dhe angazhimi në sjellje jo të shëndetshme nuk mund të llogariten dhe shpjegohen thjesht dhe vetëm nga mungesa e qasjes (aksesit) në kujdesin mjekësor me cilësi të mirë.

Hendeku i treguesve shëndetësorë

- Përveç kësaj, edhe pse rreziku individual shpjegon pjesërisht variacionet (diferencat) në shfaqjen e sëmundjeve, ai nuk shpjegon dallimet e dukshme në morbiditet (sëmundshmëri) dhe në mortalitet (vdekshmëri) në përputhje me dallimet në statusin social-ekonomik në periudha të shkurtra kohore (ku, në thelb, predispozita gjenetike ndaj sëmundjeve supozohet të mos ndryshojë).

Hendeku i treguesve shëndetësorë

- Gjithashtu, vlen dhe duhet të bëhet një dallim midis faktorëve të rrezikut individual dhe shkaqeve mjedisore të sëmundjeve, pasi përpjekjet për të shpjeguar dallimet (diferencat) në nivelin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë mes popullsisë të ndryshme bazuar vetëm në një qasje individuale të faktorëve të rrezikut janë kritikuar përmes një sërë argumentesh shkencore bindëse.

Deprivimi absolut dhe relativ

- Ekziston një raport i qartë midis të ardhurave materiale (nivelit ekonomik) dhe jetëgjatësisë së pritshme midis vendeve të ndryshme.
- Në vendet e varfra, madje edhe rritjet e vogla të GDP-së (për frymë) lidhen me rritje relativisht të mëdha në jetëgjatësinë e pritshme, gjë që vjen kryesisht nga kequshqyerja dhe/ose sëmundjet infektive.
- Prandaj, deprivimi material absolut është një përcaktues i rëndësishëm, i cili shpjegon diferencën në treguesit e morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) midis vendeve të varfra dhe atyre të pasura.
- Nga kjo perspektivë, për vendet e varfëra të botës, një rritje e standardeve të jetesës që redukton kequshqyerjen dhe sëmundjet infektive do të japë një kontribut të madh në përmirësimin e shëndetit.

Deprivimi absolut dhe relativ

- Nga ana tjetër, në vendet me një GDP (për frymë) prej >\$5000, marrëdhënia midis GDP-së dhe jetëgjatësisë së pritshme është e dobët.
- Implikimi i një marrëdhënieje të tillë është se, mbi një nivel të caktuar të të ardhurave ekonomike, dallimet (diferencat) edhe pse të mëdha në të ardhurat ndërmjet vendeve të pasura lidhen vetëm me dallime të papërfillshme të jetëgjatësisë së pritshme përkatëse.
- Përtej një niveli dhe zhvillimi të caktuar ekonomik, rritja e mëtejshme e GDP-së shoqërohet vetëm me pak përfitime në rritjen e jetëgjatësisë së pritshme të individëve të popullatës.

Deprivimi absolut dhe relativ

- Por, për vendet me nivele të ngjashme të të ardhurave, ekziston një lidhje e fortë midis pabarazisë së të ardhurave dhe jetëgjatësisë së pritshme.
- Kjo dukuri emërtohet si “*deprivim relativ*”, i cili konsiderohet si një përcaktues kryesor i shëndetit të keq në vendet e pasura (vendet e industrializuara), në krahasim me “*deprivimin absolut*” që përbën një përqindje të konsiderueshme të morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) në vendet e varfra.

Deprivimi absolut dhe relativ

- Pabarazia e të ardhurave materiale pasqyron mjedisin social dhe mënyrën e organizimit të shoqërive dhe shteteve të ndryshme në botë. Nga kjo pikëpamje, ekziston një fushë kërkimi në zhvillim që lidhet me modelet e sëmundjes në organizimin e shoqërisë dhe mënyrën se si shoqëria investon në kapitalin e saj njerëzor.
- Në dekadat e fundit është argumentuar qartë dhe bindshëm se shumë faktorë klasikë të rrezikut të zhvillimit të sëmundjeve kronike kanë përcaktues (determinantë) të qartë shoqëror.
- Prandaj, eksesi i morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë) që nuk shpjegohet me mungesën (deprivimin) absolut në vendet e pasura, është i lidhur me konceptin *psiko-social* (të emërtuar si *deprivim relativ*).

Përzgjedhje apo shkakësi?

- Argumentohet se statusi shëndetësor mund të përcaktojë si pozicionin social-ekonomik, ashtu edhe rrethanat sociale që ndikojnë në shëndetin e individëve.
- Nga kjo pikëpamje, shëndeti mund të jetë një përcaktues madhor i shanseve apo mundësive përgjatë ciklit jetësor të individëve. Ky fenomen është emërtuar si “*përzgjedhje shëndetësore*”.

Përzgjedhje apo shkakësi?

- Por, deri më tani, provat aktuale (të përfutuara edhe nga disa studime robuste prospektive) sugjerojnë që drejtimi i shkakësisë është nga mjedisi social tek sëmundjet, dhe jo anasjelltas.
- Dallimet e vërejtura në nivelet e sëmundjeve të ndryshme lidhen më shumë me karakteristikat e mjedisit social.
- Prandaj, drejtimi i shkakësisë ka shumë të ngjarë që të jetë nga mjedisi social tek sëmundjet dhe jo në anën tjetër (nga sëmundja tek mjedisi social).

Vlerësimi i Edukimit

- Arsimimi (ose, niveli i edukimit) është madhësia më gjerësisht e përdorur e vlerësimit të statusit social-ekonomik në shumicën e hulumtimeve të kryera kudo në botë. Avantazhi i përdorimit të një variabli të tillë (arsimimi) si një madhësi e pozicionit social-ekonomik lidhet me pyetjet relativisht të thjeshta (të drejtpërdrejta), të cilat zakonisht krijojnë (gjenerojnë) një shkallë të lartë përgjigjeje.
- Për më tepër, meqë niveli arsimor zakonisht është i qëndrueshëm pas moshës së re, ai (arsimimi) ndikohet shumë pak nga shëndeti i dobët potencialisht i zhvilluar më vonë në jetë midis të rriturve të të dy gjinive (p.sh., instalimi i sëmundjeve të ndryshme).

Vlerësimi i Edukimit

- Sidoqoftë, aplikimi i arsimimit (edukimit) si madhësi e pozicionit social-ekonomik ka gjithashtu disa disavantazhe, të cilat duhet të merren në konsideratë, veçanërisht në vendet e Evropës Juglindore, apo më gjerësisht, në vendet ish-komuniste të Europës dhe Azisë. Për shembull, në Shqipëri ekzistojnë diferenca të mëdha kohore të lindjeve në nivelet e arsimimit, kështu që modelet psikologjike dhe të sjelljes së një niveli të caktuar të arsimimit janë të ndryshme për kohorte (gjenerata) të ndryshme.

Vlerësimi i Edukimit

- Përveç kësaj, shëndeti i varfër në fëmijëri mund të ndikojë në nivelin e arsimimit të arritur në moshën e rritur (duke ndikuar negativisht). Sidoqoftë, për shkak të thjeshtësisë së saj, krahasueshmërisë midis vendeve të ndryshme dhe sidomos vështirësive në matjen e nivelit të të ardhurave ekonomike, niveli arsimor (ose, niveli i edukimit) është përdorur dhe aplikohet edhe aktualisht shumë shpesh si madhësi kryesore e renditjes shoqërore (përcaktimit të shtresës, ose klasës shoqërore) në shumicën e shoqërive kudo në botë.

Vlerësimi i nivelit Ekonomik

- Të ardhurat ekonomike, ashtu sikurse arsimimi, janë një madhësi tjetër e përdorur gjerësisht lidhur me pozicionin social-ekonomik të individëve të popullatës. Megjithatë, përveç vështirësive në vlerësimin e një variabli të tillë (p.sh., normat e larta të mos përgjigjes, ose shkalla e ulët e pjesëmarrjes në studime të tilla vlerësuese), një nivel i ulët i të ardhurave ekonomike mund të pasqyrojë gjendjen shëndetësore të varfër të individëve të caktuar të popullatës.
- Nga kjo perspektivë, në kundërshtim me arsimimin, të ardhurat ekonomike mund të preken drejtpërdrejtë nga gjendja shëndetësore e individëve në moshë të rritur, duke treguar kështu shanset apo mundësitë e ndryshme jetësore në moshën e rritur që shoqërohet me gjendjen e shëndetit (p.sh., me praninë ose jo të sëmundjeve të caktuara).

Vlerësimi i nivelit Ekonomik

- Për më tepër, matja apo vlerësimi objektiv i të ardhurave materiale është mjaft kompleksë në të gjitha shoqëritë; të ardhurat ekonomike përfshijnë jo vetëm pagat (rrogat) individuale, por edhe burime të tjera të të ardhurave si pasuritë e patundshme, ose përfitimet jo "cash" (marrja e produkteve ushqimore falas, apo qasja/aksesi i lirë në kujdesin mjekësor, etj.). Prandaj, mund të jetë më e dobishme të matet niveli total i pasurisë (gjendjes materiale) së individëve, që zakonisht emërtohet me termin "pasuri". Megjithatë, matjet apo vlerësimet e nivelit ekonomik të individëve janë një punë mjaft e vështirë për t'u realizuar.
- Gjërat bëhen edhe më të komplikuar në vendet ish-komuniste ku tranzicioni drejt një sistemi të tregut të lirë në dekadat e fundit shoqërohet me një shkallë të lartë të mosbesimit, armiqësisë dhe ndjenjave (perceptimeve) negative nga segmente të mëdha të popullsisë, gjë që nuk lejon një vlerësim të besueshëm apo real të të ardhurave individuale apo pasurisë në këto vende.

Vlerësimi i nivelit Ekonomik

- Në përpjekjen për të matur nivelin e të ardhurave në mesin e studentëve të universitetit mjekësor në Tiranë disa vite më parë, ne kemi përdorur këtë instrument (pyetje): *"Si do t'i vlerësonit të ardhurat mujore të familjes tuaj duke përfshirë pagat, ndihmat, bizneset familjare dhe burimet e tjera të të ardhurave, pasi të keni hequr pagesat që familja juaj mund të paguajë për apartamentin ose shtëpinë në cilën banoni?"*.
- Sidoqoftë, kemi marrë shkallën më të ulët të përgjigjes për këtë pyetje (rreth 80%), megjithëse në të njëjtin studim është kërkuar informacion shumë më konfidencial apo sensitiv (lidhur me sjelljet ose praktikën seksuale, për të cilat shkalla e përgjithshme e përgjigjes, app pjesëmarrjes në studim ishte rreth 87%).
- Prandaj, madhësi apo variabël të tjera "proksi" (apo "surrogato") duhet të aplikohen paralelisht me të ardhurat ekonomike të vetë-raportuara në mënyrë që të vlerësojnë sa më objektivisht pozicionin social-ekonomik të individëve të ndryshëm në vendet e Evropës Lindore.

Vlerësimi i Profesionit

- Profesioni është një tjetër madhësi e përdorur zakonisht për vlerësimin e renditjes social-ekonomike të individëve në të gjitha shoqëritë apo vendet e botës. Megjithatë, përdorimi i një madhësie të tillë (d.m.th. profesionit) zakonisht përfshin disa kategorizime. Dy shembuj të famshëm për t'u përmendur në këtë drejtim janë nga Britania e Madhe (regjistrat klasifikimi i përdorur që nga viti 1911) dhe Byroja Amerikane e Regjistrimit (e përdorur që nga viti 1897), të cilat janë përafërsisht të krahasueshme.
- Profesioni është një karakteristikë e rëndësishme në shoqëritë moderne të lidhura me prestigjin dhe statusin shoqëror. Sidoqoftë, përdorimi i profesionit si masë e pozicionit social-ekonomik ka disa disavantazhe. Sa i përket të ardhurave, profesioni aktual për disa individë mund të pasqyrojë ndikimin e sëmundjes apo shëndetit të dobët.

Vlerësimi i Profesionit

- Për më tepër, hulumtimet apo studimet moderne janë fokusuar në vendimmarrjen, presionin e kohës dhe mbështetjen sociale në vendin e punës, më shumë sesa në kategorizimin klasik të profesioneve, apo vendeve të punës. Kështu, studimi "Whitehall" (i realizuar në një kampion të madh perfaqësues të nëpunësve britanikë përgjatë disa dekadave), ka dëshmuar bindshëm mbi praninë e një lidhjeje (shoqërimi) të fortë mes profesionit dhe mjedisit dhe karakteristikave të vendit të punës me rrezikun e zhvillimit të sëmundjes koronare të zemrës dhe nivelit të vdekshmërisë lidhur me këtë sëmundje.
- Në vendet ish-komuniste të Evropës Lindore dhe Qendrore, gjendja e punësimit dhe sidomos aplikimi i profesionit aktual për vlerësimin e pozicionit social është akoma më i vështirë. Orientimi drejt një sistemi të tregut të lirë në dekadat e fundit në vendet ish-komuniste është shoqëruar me ndryshime të jashtëzakonshme në nivelet e punësimit dhe "zhvendosjen" profesionale nga shumë individë të shoqërisë.

Vlerësimi i Profesionit

- Përveç niveleve jashtëzakonisht të larta të papunësisë, në dekadat e fundit nuk ka qenë e pazakontë për mjekët apo profesione të tjera që konvencionalisht konsiderohen si "jaka të bardha" (ose, nëpunës) që të punojnë dhe të angazhohen në profesione krejt të tjera (përfshi punësime në fabrika, ose punësime në biznese të ndryshme).
- Nga ana tjetër, në vendet ish-komuniste, shumë individë pa diplomë universitare janë aktualisht të punësuar në pozicionet më "prestigjioze", përfshi menaxhimin e firmave, kompanive apo bizneseve të ndryshme. Për më tepër, tranzicioni i shpejtë politik dhe social-ekonomik ka bërë që segmente të mëdha të popullatave të punojnë në një mënyrë "multi-profesionale" (me kohë të pjesshme dhe jo në një pozicion të përhershëm me orar të plotë).
- Prandaj, vlerësimi i profesionit në vendet e Evropës Juglindore duhet të adresojë në mënyrë të qartë çështjen e mëposhtme: vlerësimi i profesionit aktual apo i atij "të përhershëm"? Nga kjo perspektivë, përdorimi (aplikimi) i profesionit aktual është mjaft i diskutueshëm në këto vende ish-komuniste.
- Megjithatë, hulumtimet (studimet) autoritare shkencore të kryera në vendet ish-komuniste të Evropës, deri në një farë mase, kanë raportuar një lidhje sinjifikative mes profesionit aktual dhe pozicionit social-ekonomik të individëve. Në këtë mënyrë, aplikimi i profesionit aktual si madhësi e vlerësimit të pozicionit social-ekonomik të individëve në shoqëri është një qasje plotësisht e justifikuar. Profesionet në këto studime të udhëhequra në vendet e Evropës Lindore janë klasifikuar kryesisht në tre kategori të gjera: pozicione menaxheriale (dhe mbikëqyrëse), punësime të tjera, dhe vetëpunësim.

Deprivimi material (absolut)

- Deprivimi material është përdorur me sukses si një indeks i varfërisë absolute në vendet ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore. Deprivimi material në shumë studime të udhëhequra në disa vende të Evropës Qendrore dhe Lindore është vlerësuar nga tre pyetje lidhur me 'sa shpesh familja e individëve ka vështirësi për të blerë ushqime ose rroba të mjaftueshme dhe për të paguar faturat për banim, ngrohje dhe energji elektrike'. Përgjigjet e mundshme për këto pyetje (kurrë/pothuajse kurrë, nganjëherë, shpesh, dhe gjithnjë) janë koduar dhe një rezultat shumator (rezultant) i deprivimit është llogaritur në bazë të të cilit individët klasifikohen në dy kategori: "deprivimi i pakët material" (mungesë varfërie në terma absolutë) kundrejt "deprivimi i lartë material" (varfëri absolute).
- Ky instrument mjaft i thjeshtë ka rezultuar i vlefshëm në parashikimin e shëndetit të dobët në nën-grupet vulnerabël të popullatës në vendet e Evropës Lindore dhe Qendrore (d.m.th. tek individët me status të ulët social-ekonomik).

Deprivimi relativ

- Në përpjekjen për të vlerësuar pozicionin relativ (të vetë-perceptuar) si një rrugë apo shteg i rëndësishëm psiko-social për shpjegimin e gjendjes shëndetësore, individëve në studime të udhëhequra në Hungari, Sllovaki dhe në vende të tjera ish-komuniste të Evropës Qendrore dhe Lindore, i'u kërkua që të raportonin lidhur me sendet apo artikujt shtëpiakë që ata posedonin (zotëronin).
- Sipas kësaj qasjeje, artikujt shtëpiakë klasifikohen si më poshtë:
 - Sende apo artikuj themelore (të nevojshme): lavatrice, frigorifer, mikrovalë, telefon.
 - Artikuj me orientim (funksion) shoqëror: kompjuteri personal, Interneti, makina, motoçikleta.
 - Artikuj luksi: televizioni kabllor, kondicioneri, mikrovala, pjatalarësja, shtëpia verore, kopshti/bagja në shtëpi.

Deprivimi relativ

- Sidoqoftë, zbatimi apo aplikimi i këtij klasifikimi duhet të konsiderohet me kujdes, pasi sende (artikuj) të ndryshëm mund të bien në kategori të ndryshme në varësi të mjedisit të veçantë social-ekonomik të secilit vend. Për shembull, në Shqipëri, disponueshmëria e kompjuterit personal dhe/ose e Internetit do të vendoseshin më mirë në kategorinë e tretë (pra, tek artikujt e luksit).
- Megjithatë, një klasifikim i tillë praktik i komoditeteve apo artikujve të ndryshëm mund të jetë i dobishëm dhe i vlefshëm për t'u pranuar nga të gjitha vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore në mënyrë që të vlerësojë ndikimin shëndetësor të deprivimit absolut dhe atij relativ në popullatë.

TEMA: Statusi social-ekonomik (SES) dhe shëndeti (pjesa II)

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të:

- Kuptojnë rolin dhe influencën e gjendjes së punësimit si një faktor i rëndësishëm social-ekonomik;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e gjendjes së punësimit me faktorët e tjerë social-ekonomikë;
- Vlerësojnë impaktin e gjendjes së punësimit në gjendjen shëndetësore të individëve të ndryshëm në popullatë;
- Vlerësojnë gradientin e barrës së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë që i atribuohet diferencave në statusin e punësimit mes nën-grupeve të ndryshme të popullatës.

KONCEPTE BAZË

Gjendja e punësimit – përgjithësisht, statusi i punësimit i referohet gjendjes së një individi fizikisht aktiv lidhur me marrëdhëniet në punë. Me fjalë të tjera, gjendja e punësimit i referohet tipit ose llojit të kontratës së një individi (punëmarrësi) me persona të tjerë ose organizata të ndryshme (punëdhënësit). Në praktikë, ka shumë rëndësi diferencimi dhe dallimi i qartë mes punësimit *informal* dhe punësimit *formal*. Ky i fundit ka si karakteristikë të tij ekzistencën e një kontrate zyrtare mes të punësuarit dhe punëdhënësit. Nga ana tjetër, punësimi informal nuk konsiston në një kontratë zyrtare, por, në rastin më të mirë, në një marrëveshje ose ujdj bilaterale mes të punësuarit dhe punëdhënësit. Dallimi mes kontratave të puëns (punësimit) formal dhe atij jo formal është i rëndësishëm sidomos për vendet në tranzicion përfshi edhe vendin tonë, meqenëse sektori informal është akoma një zë jo i papërfillshëm i ekonomisë.

Llojet e punësimit – mund të jenë të disa formave, ku më e zakonshmeja është punësimi me *kohë të plotë*. Por, individët mund të punësohen edhe me *kohë të pjesshme*, në varësi të praktikave dhe proceseve të punës së punëdhënësit, si dhe preferencave të punëmarrësit. Nga ana tjetër, mund të bëhet fjalë edhe për *punësim sezonal* siç është kryesisht rasti i sektorëve të bujqësisë, hotelerisë-turizmit, bar-restoranteve, etj.

Përcaktuesit social, ekologjik dhe të sjelljes

Siç do të tregohet në vijim, në nivel ndërkombëtar dhe kombëtar ka dëshmi dërrmuese që papunësia ka efekte negative në shëndet në drejtim të rritjes së sjelljeve të rrezikshme (jo të shëndetshme), zvogëlimit ose uljes së burimeve (resurseve) personale, duke rritur kështu rrezikun e incidencës së sëmundjeve dhe/ose progresin dhe komplikacionet e sëmundjeve tashmë të shfaqura dhe të instaluar në organizëm.

Gjithashtu, janë dokumentuar edhe nivele të rritura të vdekshmërisë së përgjithshme dhe specifike të lidhura ngushtësisht me papunësinë e individëve. Sa i përket kohëzgjatjes së papunësisë, mund të tregohet dhe ilustruhet qartë një raport “dozë-përgjigje” (pra, sa më e gjatë periudha e papunësisë, aq më të mëdha efektet negative shëndetësore të individëve, dhe anasjelltas).

Por, megjithëse studimet epidemiologjike (kryesisht përshkruese ose deskriptive) dësgmojnë një lidhje (shoqërim) të qartë mes papunësisë dhe gjendjes shëndetësore, ka disa faktorë ndërhyrës që rëndojnë ose zbusin efektet negative shëndetësore.

Përmbledhtazi, papunësia afatshkurtër dhe sidomos papunësia afatgjatë ndikojnë në mënyrë dramatike në shëndetin e popullatës. Megjithatë, vetëm përmes studimeve epidemiologjike përshkruese nuk përftohet plotësisht as teorikisht dhe as në mënyrë empirike kuptimi i plotë i mekanizmave që janë të përfshira në këtë lidhje mes gjendjes së punësimit dhe sëmundshmërisë të popullatës. Kjo do të thotë se, aktualisht, ne kemi vetëm njohuri të kufizuara analitike mbi faktorët e rrezikut ose mbrojtës në këtë proces, si pasojë e hulumtimeve (studimeve) të pamjaftueshme analitik në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar (p.sh., studime të mëdha dhe afatgjata të tipit kohort/prospektiv, të cilat do të ishin të nevojshme për të kontrolluar për shumë faktorë moderues ose konfondues njëherësh).

Nga kjo pikëpamje, efektet e mundshme shëndetësore të papunësisë mund të ndryshojnë në grupe të ndryshme të popullsisë sipas:

- Nivelit të pasurisë (ose, varfërisë);
- Politikat lidhur me papunësinë sipas vendeve të ndryshme;
- Mosha dhe gjinia;
- Kohëzgjatja (periudha kohore) e papunësisë;
- Niveli i arsimit dhe i kualifikimit;
- Arsyet e papunësisë (përfshi edhe zgjedhjet individuale);
- Aftësia për të gjetur një punë të re dhe adekuate;
- Mbështetja sociale;
- Mbështetja nga zyrat e punës;
- Shkalla e përgjithshme e papunësisë dhe probabiliteti i dhënë për të gjetur një punë të re.

Kështu, kur shumica e faktorëve moderues (zbutës) rezultojnë të jenë negative, mund të pritët që papunësia të ketë efekte të rënda negative për shëndetin e individëve. Nga ana tjetër, kur faktorët janë pozitivë në shumicën e tyre, efektet do të jenë më të vogla në shëndetin e popullatës.

Siç do të tregohet edhe më poshtë, me këto gjetje, ndërhyrjet në fushën e promovimit të shëndetit për të papunët nuk mund të bazohen në të dhëna të konfirmuara epidemiologjike analitike sa i përket rreziqeve relative. Shumica e ndërhyrjeve - nëse jo që të gjitha - në këtë fushë janë si të thuash logjikisht të bazuara në kuptimin që strategjitë efektive të ndërhyrjes duhet ta ndalojnë këtë proces të përkeqësimit të shëndetit. Pra, sa i përket teorive të ndërhyrjes, programet efektive mund të kenë vetëm karakterin e “eksperimenteve të hapura”.

Niveli dhe struktura e papunësisë në vendet Evropiane

Në ekonominë e orientuara drejt tregut, papunësia shpreh një shpërpjestim midis kërkesës dhe ofertës së fuqisë punëtore. Madhësia e papunësisë në një vend të veçantë varet në radhë të parë nga struktura ekonomike e dhënë, treguesit demografisë, modelet sociale dhe rolet gjinore mes burrave dhe grave në tregun e punës, migracionin, politikat ndërkombëtare dhe sidomos ato kombëtare të ekonomisë. Përveç këtyre, ndikojnë shumë edhe faktorët sezonalë, ato teknikë dhe strukturorë të cilët diktojnë shoeshherë edhe shkallën aktuale të punësimit dhe papunësisë së popullatës. Sa i përket normave zyrtare të papunësisë të publikuara, duhet të kemi parasysh se, ekzistojnë shumë “truke statistikore” në llogaritjen e niveleve zyrtare të papunësisë, duke u kujdesur vazhdimisht që shifrat zyrtare të nën-vlerësojnë numrin ose shkallën e personave të papunë.

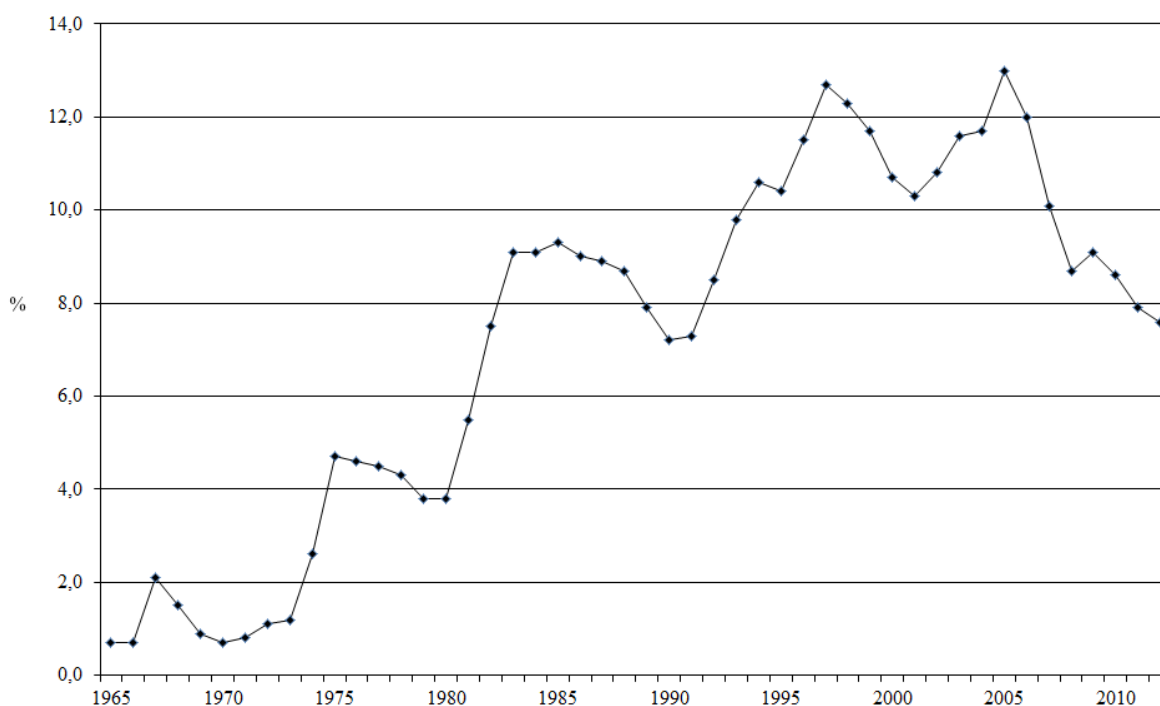
Sidomos në vendet në tranzicion nga ekonominë e kontrolluara drejt orientimit në ekonominë e tregut, shpesh regjistrohen norma të larta të papunësisë për shkak të përshtatjes dhe integritetit të ekonomisë kombëtare në ekonominë globale.

Në ekonominë e tregut, papunësia, potencialisht, është gjithmonë e vazhdueshme dhe rritet sa herë që rritja ekonomike është shumë e ulët. Ky është një fenomen shoqëruar i ekonomisë kapitaliste të industrializuar dhe nuk përbën asnjë rast të jashtëzakonshëm. Në fakt, normat e ulëta të papunësisë dhe situatat e punësimit të plotë janë të rralla në historinë e shoqërive moderne kapitaliste.

Në shoqëritë postindustriale duket se dalin rreziqe të reja dhe shtesë në fushën e punësimit, përfshi kushtet e pasigurta të punësimit, pavlefshmërinë e kualifikimeve (si pasojë e zhvillimeve teknologjike dhe automatizimit të shumë procesve industriale), si dhe karrierat e paqëndrueshme të punës. Punësimi dhe papunësia duket se nuk janë më të ndara me “thikë” nga njëra-tjetra. Ky proces do të çojë gradualisht në rritjen e problemeve edhe në fushën e shëndetit publik.

Në Gjermani (shih figurën më poshtë), nga mesi i viteve 1960 deri në mesin e viteve 2000, papunësia është rritur në mënyrë të vazhdueshme, duke treguar se zhvillimet ekonomike ciklike mbivendoseshin edhe nga problemet strukturore në ekonomi dhe në tregjet e punës.

Niveli i papunësisë në Gjermani, 1965-2012 (Burimi: Agjencia Federale e Punës, 2013)



Më pas, ciklet e favorshme ekonomike mundësuan uljen e papunësisë dhe fakt është që, aktualisht, Gjermania ka një nivel më të ulët të papunësisë në krahasim me shumicën e vendeve të tjera post-industriale.

Brenda Gjermanisë, normat e papunësisë ndryshojnë shumë midis burrave dhe grave në veri dhe në lindje të vendit dhe ndërmjet Perëndimit dhe Lindjes (që nga bashkimi në vitin 1989 dhe procesi i mëvonshëm politik dhe ekonomik i tranzicionit të ish-Republikës Demokratike Gjermane).

Në vendet e Evropës Juglindore që nga viti 2000 ekzistojnë vende me nivele të papunësisë në rritje, në rënie, si dhe nivele mjaft të qëndrueshme. Disa vende në këto vite kanë patur diferenca të qëndrueshme në nivelin e normave të papunësisë. Jo gjithmonë gratë kanë nivele më të larta zyrtare të papunësisë në krahasim me meshkujt vendet e Evropës Juglindore, ashtu siç është rasti edhe i vendeve të Evropës Perëndimore. Por, dinamika e punësimit në vende të ndryshme nuk mund të jetë krejtësisht e besueshme bazuar vetëm në nivelet zyrtare të raportimit.

Tabelat e mëposhtme paraqesin nivelin e papunësisë në vendet e Evropës Juglindore, Evropës Qendrore, disa republika ish-sovjetike, Rusisë, si dhe Turqisë për vite të ndryshme.

Niveli i papunësisë së përgjithshme për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria¹	16,8	16,4	15,8	15,0	14,4	14,1	13,8	13,2	12,5	13,6	13,5	13,3	-
Bullgaria²	16,3	19,4	17,6	13,7	12,0	10,1	9,0	6,9	5,6	6,8	10,2	11,2	-
Kroacia³	16,1	15,8	14,8	14,3	13,8	12,7	11,1	9,6	8,4	9,1	11,8	13,5	-
Greqia⁴	11,2	10,4	9,9	9,3	10,2	9,6	8,8	8,3	7,7	8,7	10,8	14,8	21,8
Hungaria⁵	6,4	5,7	5,8	5,9	6,1	7,2	7,5	7,4	7,8	10,0	11,2	10,9	-
Maqedonia⁶	-	30,5	31,9	36,7	37,2	37,3	36,0	34,9	33,8	32,2	32,0	32,1	-
Moldavia⁷	8,5	7,3	6,8	7,9	8,1	7,3	7,4	5,1	4,0	6,4	7,4	6,7	-
Rumania⁸	7,1	6,6	8,4	7,0	8,0	7,2	7,3	6,4	5,8	6,9	7,3	7,4	-
Rusia⁹	9,8	8,9	7,9	8,0	7,8	7,2	7,2	6,1	6,3	-	-	-	-
Serbia¹⁰	12,1	12,2	13,3	14,6	18,5	20,8	20,9	18,1	13,6	16,1	19,2	23,0	-
Mali i Zi¹	-	-	-	-	-	30,3	29,6	19,4	16,8	19,1	19,7	19,7	-
Sllovenia¹²	7,1	6,2	6,3	6,7	6,3	6,5	6,0	4,9	4,4	5,9	7,3	8,2	9,0
Sllovakia¹²	19,1	19,5	18,8	17,7	18,4	16,4	13,5	11,2	9,6	12,1	14,5	13,6	14,0
Turqia¹³	6,5	8,4	10,3	10,5	10,3	10,3	9,9	10,3	11,0	12,8	10,9	9,0	-
Ukraina¹⁴	11,6	10,9	9,6	9,1	8,6	7,2	6,8	6,4	6,4	8,8	8,1	7,9	-
BE-15¹⁵	8,5	7,3	7,7	8,1	8,3	8,3	7,8	7,1	7,2	9,2	9,6	9,7	10,6
BE-27¹⁵	9,4	8,6	8,9	9,1	9,3	9,0	8,3	7,2	7,1	9,0	9,7	9,6	10,5

Niveli i papunësisë në meshkuj për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria¹	14,9	14,2	13,6	12,9	12,4	12,1	11,8	11,2	10,4	11,5	11,2	12,4	-
Bullgaria²	16,7	20,2	18,3	14,1	12,5	10,3	8,6	6,5	5,5	7,0	10,9	12,3	-
Kroacia³	15,0	14,2	13,4	13,1	12,0	11,7	9,8	8,3	7,0	8,0	11,4	13,7	-
Greqia⁴	7,4	6,9	6,4	6,0	6,3	5,8	5,6	5,2	5,1	6,3	8,1	12,0	18,7
Hungaria⁵	7,0	6,3	6,1	6,1	6,1	7,0	7,2	7,1	7,6	10,3	11,6	11,0	-
Maqedonia⁶	-	29,5	31,7	37,0	36,7	36,5	35,3	34,5	33,5	31,8	31,9	32,6	-
Moldavia⁷	9,7	8,7	8,1	9,6	10,0	8,7	8,9	6,3	4,6	7,8	9,1	7,7	-
Rumania⁸	7,7	7,1	8,9	7,5	9,0	7,7	8,2	7,2	6,7	7,7	7,9	7,9	-
Rusia⁹	10,2	9,3	7,9	8,3	7,6	7,3	7,5	6,4	6,6	-	-	-	-
Serbia¹⁰	10,1	10,5	11,8	13,8	15,1	16,8	17,9	15,8	11,9	14,8	18,4	22,4	-
Mali i Zi¹	-	-	-	-	-	26,2	29,1	18,1	15,9	18,0	18,9	19,5	-
Sllovenia¹²	6,9	5,7	5,9	6,3	5,9	6,1	4,9	4,0	4,0	5,9	7,5	8,2	8,5
Sllovakia¹²	19,5	19,9	18,8	17,5	17,5	15,6	12,4	10,0	8,4	11,5	14,3	13,6	13,6
Turqia¹³	6,6	8,7	10,7	10,7	10,5	10,3	9,7	10,0	10,7	12,8	10,6	8,4	-
Ukraina¹⁴	11,6	11,0	9,8	9,4	8,9	7,5	7	6,7	6,6	10,3	9,3	8,8	-
BE-15¹²	7,3	6,5	6,9	7,4	7,6	7,7	7,2	6,5	6,8	9,2	9,6	9,6	10,6
BE-27¹²	8,3	7,7	8,2	8,5	8,6	8,4	7,6	6,6	6,6	9,1	9,7	9,6	10,4

Niveli i papunësisë në femra për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria¹	19,3	19,9	19,1	18,2	17,5	17,2	16,8	16,3	15,9	16,7	16,7	14,3	-
Bullgaria²	15,9	18,4	16,9	13,2	11,5	9,8	9,3	7,3	5,8	6,6	9,5	10,0	-
Kroacia³	17,3	17,9	16,6	15,7	15,7	14,0	12,7	11,1	10,0	10,3	12,2	13,2	-
Greqia⁴	17,0	15,9	15,2	14,3	15,9	15,2	13,4	12,8	11,4	12,4	14,5	18,6	25,7
Hungaria⁵	5,6	5,0	5,4	5,6	6,1	7,5	7,8	7,6	8,1	9,7	10,7	10,9	-
Maqedonia⁶	-	32,0	32,3	36,3	37,8	38,4	37,2	35,5	34,2	32,8	32,2	31,4	-
Moldavia⁷	7,2	5,9	5,5	6,4	6,3	6,0	5,7	3,9	3,4	4,9	5,7	5,6	-
Rumania⁸	6,4	5,9	7,7	6,4	6,9	6,4	6,1	5,4	4,7	5,8	6,5	6,8	-
Rusia⁹	9,4	8,5	7,9	7,8	8,0	7,0	6,8	5,8	6,1	-	-	-	-
Serbia¹⁰	14,6	14,5	15,2	15,8	22,9	26,2	24,7	21,0	15,8	17,8	20,2	23,7	-
Mali i Zi¹	-	-	-	-	-	35,5	30,1	20,9	17,9	20,4	20,7	20,0	-
Sllovenia¹²	7,2	6,8	6,8	7,1	6,9	7,1	7,2	5,9	4,8	5,8	7,1	8,2	9,6
Sllovakia¹²	18,6	18,9	18,9	17,9	19,3	17,4	14,8	12,8	11,0	12,9	14,7	13,6	14,5
Turqia¹³	6,3	7,5	9,4	10,1	9,7	10,3	10,3	11,0	11,6	12,9	11,7	10,3	-
Ukraina¹⁴	11,6	10,8	9,5	8,7	8,3	6,8	6,6	6	6,1	7,3	6,8	6,8	-
BE-15¹⁵	10,0	8,5	8,7	9,0	9,2	9,1	8,7	7,9	7,8	9,1	9,6	9,8	10,7
BE-27¹⁵	10,7	9,6	9,8	9,9	10,1	9,8	9,0	7,9	7,6	8,9	9,6	9,8	10,5

Në të gjitha vendet, personat pa shkollë ose arsim profesional janë veçanërisht të prekur nga papunësia, pa marrë parasysh moshën e tyre. Në përgjithësi, grupet e njohura të rrezikut në tregun e punës janë: personat e pa kualifikuar, të rinjtë, të moshuarit, gratë, emigrantët dhe invalidët.

Lidhja mes papunësisë dhe shëndetit

Studime të shumta në lidhje me marrëdhëniet në mes të shëndetit dhe papunësisë kanë përdorur një qasje të agreguar të dhënave. Analiza e të dhënave të agreguara, e emërtuar edhe si qasje “makro-analitike”, në përgjithësi përdor të dhëna ekonomike të agreguara nga burimet zyrtare (p.sh. niveli i papunësisë) si tregues për ndryshimet ekonomike dhe paqëndrueshmërinë e një vendi, si dhe indikatorët e agreguar të gjendjes shëndetësore të popullsisë përkatëse (sidomos nivelin e vdekshmërisë). Modele të ndryshme kohore ekonometrike janë përdorur zakonisht për të testuar marrëdhëniet ndërmjet variablave.

Analiza e agreguar e të dhënave lidhet veçanërisht me emrin e M. Harvey Brenner, i cili në studime të shumta shqyrtoi hipotezën se në vendet e industrializuara rritja e papunësisë çon në një rritje të mëvonshme ose në rënie më të ngadaltë të nivelit të vdekshmërisë. Marrëdhënie (lidhje) statistikisht domethënëse pozitive janë vërejtur mes papunësisë dhe vdekshmërisë në përgjithësi, vdekshmërisë nga sëmundjet kardiale, vetëvrasjeve, vdekshmërisë foshnjore dhe vdekshmërisë për shkak të aksidenteve në trafik. Qasja e agreguar, e cila përdoret edhe nga autorë të tjerë, pretendon të jetë në gjendje të shmangë problemet e përzgjedhjes që ndodhin në mostrat (kampionet) me të

dhëna në nivel individual. Megjithatë, janë ngritur disa kritika lidhur me karakterin e supozimeve teorike, problemet e treguesve të aplikuar, problemet metodologjike të modelimit, si dhe problemi i përgjithshëm i “gabimit ekologjik”, d.m.th., pyetja se deri në çfarë mase një shoqërim (lidhje) në nivel të përgjithshëm ofron një tregues besnik (real) të shëndetit të personave të papunë.

Një numër i studimeve të tjera “makro-nivelo” kanë dokumentuar vetëm një lidhje të dobët, ose mungesë të shoqërimit (lidhjes) mes papunësisë dhe nivelit të vdekshmërisë. Për më tepër, lidhja mes dinamikës së papunësisë dhe shkallës së vetëvrasjeve ndryshon nga vendi në vend në Evropë.

Studimet me të dhëna individuale analizojnë rezultatet psikosociale ose shëndetësore të individëve të caktuar në lidhje me statusin e tyre të punësimit me anë të krahasimeve kros-seksionale (transversale) ose gjatësore (studime prospektive, ose kohort). Hulumtimet në nivel individual ndryshojnë sipas skemës së tyre të studimit (p.sh. studimet e rasteve, studimet vëzhguese, studimet ndërhyrëse), përzgjedhjen e mostrës (kampionit), si dhe treguesit shëndetësorë të përdorur.

Evidenca deskriptive (përshkruese)

Ka një numër të madh të dhënash dhe studimesh që tregojnë një situatë më të keqe shëndetësore të të papunëve, në krahasim me personat e punësuar. Në nivel ndërkombëtar dhe kombëtar, ka dëshmi të shumta se papunësia ka efekte negative në shëndet në drejtim të rritjes së sjelljeve me rrezik të lartë, zvogëlimit/uljes së burimeve (resurseve) individuale, duke rritur kështu rrezikun e sëmundshmërisë dhe/ose përparimin (profresin) e sëmundjeve tashmë të përhapura ose të instaluar në organizëm. Gjithashtu, tek të papunët, nivelet e vdekshmërisë në rritje janë demonstruar me të dhëna individuale.

Në Gjermani, personat që largohen nga puna (pra, dalin si të papunë) duhet të vizitojnë ish-qendrat e tyre lokale të punës rregullisht për të marrë mbështetje nga papunësia dhe/ose të këshillohen për mundësitë e mëtejshme të punësimit. Në këto vizita, punonjësit e qendrave të punës zyrtarisht dhe jozyrtarisht e dokumentojnë gjendjen shëndetësore dhe pamjen e përgjithshme të të papunëve, duke u fokusuar në dokumentimin e “kufizimeve shëndetësore”, të cilat mund të zvogëlojnë ose ulin mundësitë e ri-punësimit.

Shkalla e përgjithshme e këtyre kufizimeve shëndetësore të dokumentuara është rreth 25% në Gjermani. Duke marrë parasysh për shembull Saksoninë, ne e shohim këtë normë vazhdimisht në rritje me kohëzgjatjen e papunësisë nga 14% në 25% në personat që janë jashtë tregut të punës për më shumë se dy vjet. Në disa projekte model në kontekstin e riorganizimit në vazhdim të qendrave të punës (p.sh., projekti MOZART) ky “kufizim shëndetësor” ishte në rritje deri në 60% në personat me arsim të ulët, moshë

më të lartë dhe papunësi afatgjatë. Kjo tregon që personat e papunë afatgjatë dhe të moshuarit kanë një shkallë të lartë jo vetëm të ankesave dhe shqetësimeve të përgjithshme shëndetësore, por janë të sëmurë rëndë dhe shpesh të sëmurë kronikë.

Disa efekte shëndetësore të papunësisë (afatgjatë) lidhen edhe me vetë-raportimin e gjendjes së përgjithshme shëndetësore: ndërsa vetëm 11% e personave të punësuar e vlerësojnë statusin e tyre të përgjithshëm të shëndetit si jo të mirë apo të keq, kjo përqindje rritet në 16% në të papunët afatshkurtër dhe në 33% në të papunët afatgjatë.

Ekzistojnë efekte të ngjashme që tregojnë se papunësia (afatgjatë) rrit stresin dhe ndikon në veçanti negativisht në shëndetin mendor.

Për të përmbledhur, papunësia në tërësi dhe sidomos papunësia afatgjatë ndikojnë në mënyrë dramatike mbi shëndetin. Por, me këto dëshmi (evidenca) përshkruese epidemiologjike, ne megjithatë nuk e kuptojmë plotësisht as teorikisht dhe as empirikisht (praktikisht) se cilat mekanizma janë të përfshira në marrëdhënien (lidhjen) mes papunësisë dhe gjendjes shëndetësore të individëve.

Evidenca analitike

Konstatimet më të hershme, sipas të cilave një stabilizim i shëndetit mendor mund të pritët të ndodhë pas rreth gjashtë muajve të papunësisë, u ndryshuan nga studimet gjatësore (prospektive, ose kohort) me të dhëna përfaqësuese, të cilat treguan se veçanërisht në lidhje me treguesit e shëndetit mendor gjendja shëndetësore e të papunëve është më e keqe, por përmirësohet në përputhje me rrethanat pas ri-punësimit. Por, kushtet specifike të vendit përgjatë klimës së përgjithshme të pasigurisë ekonomike, e cila prek të punësuarit, si dhe të papunët, duhet të merren parasysh.

Në një studim gjatësor në Gjermani u vlerësuan efektet në popullatën gjermane dhe në të huajt (emigrantët) e papunë. Në këtë studim u përdorur të dhëna përfaqësuese të Panelit Social-Ekonomik Gjerman (1984-1992). Të gjithë treguesit shëndetësorë (kënaqësia shëndetësore, sëmundjet kronike, mangësitë në përmbushjen e detyrave të jetës së përditshme, aftësia e kufizuar) rezultuan më të këqinj për personat e papunë edhe pas kontrollit të efekteve të mundshme konfonduese të variablave social-demografikë.

Personat e papunësuar gjithashtu konsultoheshin më shpesh me një mjek dhe shtroheshin më shpesh në spital. Por, analiza gjatësore (dalja si i papunë dhe më pas ri-punësimi) nuk ka dhënë shumë mbështetje për efektet shkakësore nga dalja papunë deri në ri-hyrjen në punësim (në tregun e punës). Në një studim të mëvonshëm, u gjetën rezultate mjaft të ngjashme duke shqyrtuar ndryshimet e gjendjes shëndetësore të përgjithshme në Panelin Social-Ekonomik Gjerman.

Punëtorët gjermanë dhe emigrantët nuk ndryshonin në lidhje me kënaqësinë e tyre shëndetësore, por punëtorët e huaj të papunë ishin mjaft më pak të kënaqur me shëndetin e tyre sesa gjermanët e papunë. Kjo korrespondonte me një përqindje të lartë të të papunëve të huaj (30%-50%) që ndjeheshin të sëmurë kronikë. Rezultatet gjatësore (prospektive) u interpretuan në mënyrën se si shëndeti i keq i emigrantëve të papunë mund të shpjegohej me procesin e përzgjedhjes në tregun e punës. Emigrantët janë ende të përqendruar në degë dhe vende pune të cilat karakterizohen nga një intensitet i lartë i punës në një mjedis stresues.

Përmbledhtazi, mund të konkludohet se studimet në dispozicion për marrëdhëniet në mes të shëndetit dhe papunësisë me anë të disa indikatorëve tregojnë se personat e papunë vuajnë nga një gjendje më e dobët (e keqe) shëndetësore. Për shkak të arsyeve metodologjike, megjithatë, pyetjet në lidhje me shkaqet e këtij fenomeni, dhe në veçanti lidhur me drejtimin e efekteve ndërmjet shëndetit dhe papunësisë, vështirë se mund të marrin përgjigje shterruese.

Përfundime

Shumë vende të industrializuara kanë regjistruar që prej shumë vitesh tashmë norma të larta të papunësisë, të cilat janë ulur vetëm pak në kohët e rritjes ekonomike. Në Evropë, ne gjejmë norma të larta të papunësisë në disa vende në tranzicion (vendt ish-komuniste të Evropës Lindore dhe Qendrore), por ky fenomen është i pranishëm edhe në vendet e zhvilluara dhe shumë të industrializuara.

Një krahasim ndërkombëtar i normave të papunësisë është i vështirë për t'u ndërmarrë për shkak të përkufizimeve të ndryshme ligjore ose statistikore në lidhje me personin që do të konsiderohet se është jashtë tregut të punës (papunë). Në përgjithësi, numri i përgjithshëm i të papunëve duhet të jetë shumë më i lartë se numri zyrtar i deklaruar dhe kjo dukuri është e evidente në të gjitha shtetet, pavarësisht nivelit social-ekonomik.

Kërcënimi i papunësisë është një faktor i theksuar i rrezikut për shëndetin, vetëm nëse një shumicë e faktorëve të moderuar vepron në drejtim të kundërt duke zbutur potencialisht efektet negative shëndetësore përkatëse. Papunësia e zgjatur është një faktor i veçantë i rrezikut për shëndetin në individë, i cili përfundimisht do të ndikojë negativisht në shëndetin dhe mirëqenien e anëtarëve të tjerë të familjes.

Papunësia e lartë dhe në rritje mund të ndikojë në kohezionin social dhe politik të një shoqërie. Kështu, në vendet e zhvilluara, janë mundësuar masa minimale mbrojtëse sociale që sigurojnë mbijetesë të caktuar financiare për një periudhë të caktuar kohe. Shtrirja e këtyre masave mbrojtëse sociale ndryshon shumë në mes të vendeve Evropiane dhe vendeve të tjera. Në të gjitha vendet e zhvilluara ekzistojnë qendra të punës ose institucione të tjera që këshillojnë të papunët për marrjen e vendeve të reja të punës.

Për të luftuar papunësinë ka mjete kryesisht në politikën ekonomike, si dhe politikën aktive të tregut të punës. Aktualisht, megjithatë, ekonomistët kryesorë në botë nuk besojnë se shpenzimet deficietare do të funksiononin, nëse kjo politikë mund të zbatohet në lidhje me rritjen e borxhit kombëtar.

Duke marrë në konsideratë miliona persona që janë të papunë në vende të ndryshme të botës, mund të jetë naive të besohet se përmes promocionit shëndetësor do të mund të zgjidhet efektivisht problemi i papunësisë. Kjo nuk do të ndodhë. Por çfarë mund të bëhet më së miri, është parandalimi i efekteve negative shëndetësore të lidhura me papunësinë. Dhe kjo mund dhe duhet të bëhet nga një politikë racionale e arsyeshme, e cila ka për detyrë të minimizojë rreziqet shëndetësore të papunësisë në popullatë.

Në vitet e fundit, në shumë vende Evropiane, numri i projekteve që synojnë përmirësimin e shëndetit të personave të papunë është në rritje të vazhdueshme edhe pse numri aktual i këtyre ndërhyrjeve nuk mund të përcaktohet apo as edhe të vlerësohet. Disa nga këto projekte janë vlerësuar duke përdorur një dizajn (skemë studimore) krahasuese para-pas ndërhyrjes me pyetësorë të vetë-administruar dhe vlerësime profesionale mjekësore. Nga shumë ndërhyrje që mbulojnë me mijëra të papunë në Evropë, mund të konkludohet se gjendja shëndetësore mund të përmirësohet ndjeshëm në më shumë se 50% dhe se gjasat e ri-integritit në tregun e punës gjithashtu mund të përmirësohen ndjeshëm. Efektet integruese, megjithatë, dhe jo çuditërisht, varen shumë nga situata aktuale e punësimit kombëtar, por edhe rajonal. Vlerësime të mëtejshme duhet të përqendrohen në pyetjen se pse disa ndërhyrje po dështojnë aktualisht në përmirësimin e shëndetit.

BIBLIOGRAFIA

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press; 2005.
- Berkman L, Kawachi I. Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA; 2000.
- Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies. Oxford University Press, Oxford; 2014.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford; 1992.
- Elkeles T. Arbeitende und Arbeitslose (Working and unemployed people). In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (Eds.). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3rd ed. München: Urban and Fischer; 2012. p. 680-687.

- Henkel D. Arbeitslosigkeit und Alkoholismus (Unemployment and Alcoholism). Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 1992.
- Kieselbach T, Mannila S. (Eds.) Unemployment, Precarious Work and Health. Research and Policy Issues. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
- Kuhnert P, Kastner M. Neue Wege in Beschäftigung. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit (New ways in Employment. Health Promotion and Unemployment). In: Geene R, Gold C, Hans C, editors. Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerk für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Materialien für Gesundheitsförderung, 10; 2002. p. 336-364.
- Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. British Medical Journal 1994;308:1135-1139.
- Schwefel D, Svensson PG, Zöllner H, editors. Unemployment, Social Vulnerability and Health in Europe. Berlin: Springer; 1987.
- Siegrist J, Joksimovic M. Tackling Inequalities in Health – ein Projekt des European Network of Health Promotion Agencies zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Final report for the German branch. Institut for Medical Sociology of the Heinrich Heine University of Düsseldorf, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2001.
- Westcott G, Svensson PG, Zöllner H. Health policy implications of unemployment. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1985.

Burimet e të dhënave të paraqitura në tabela

[1] data 2000-2011: Albanian Institute of Statistics (2013). URL (04.03.2013)

<http://www.instat.gov.al/en/themes/labour-market.aspx>

[2] data 2000-2002: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)

<http://laborsta.ilo.org/> data 2003-2011: National Statistical Institute of Bulgaria (2013): URL (04.03.2013) <http://www.nsi.bg/otrasalen.php?otr=51>

[3] data 2000-2008: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)

<http://laborsta.ilo.org/> data 2009-2012: Varga, Snježana/ Muntić, Marina/ Brkić, Jadranka/ Lisičić, Martina (2012): Employment. In: Croatian Bureau of Statistic (ed.): Statistical Yearbook of the Republic of Croatia. Croatian Bureau of Statistic: Zagreb. p. 127-156; URL (04.03.2013) http://www.dzs.hr/default_e.htm (*Statistical yearbook 2012*)

[4] data 2000-2008: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/> data 2009-2012: Hellenic Statistical Authority (2012): Press Release. Labour Force Survey: January 2012. URL (04.03.2013)
http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO02_DT_MM_01_2012_01_F_EN.pdf

[5] data 2000-2011: Hungarian Central Statistical Office (2013): URL (04.03.2013)
<http://www.ksh.hu/engstadat>

[6] data 2001-2008: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/> data 2009-2011: State Statistical Office Republic of Macedonia (2012): Labour source survey 2011. URL (04.03.2013)
http://www.stat.gov.mk/PrikaziPoslednaPublikacija_en.aspx?id=3 (p. 82)

[7] data 2000-2011: National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova (2013): URL(04.03.2013)
<http://statbank.statistica.md/pxweb/Database/EN/03%20MUN/MUN06/MUN06.asp>

[8] data 2000-2007: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/> data 2008-2011: National Institute of Statistics Romania (2012): Romania in Figures 2012. URL(04.03.2013)
http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/Romania%20in%20figures_2012.pdf (p. 22)

[9] data 2000-2008: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/>

[10] data 2000-2011: Statistical Office of the Republic of Serbia (2013): URL (04.03.2013)
<http://webrrs.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=24>

[11] data 2005-2011: Statistical Office of Montenegro (2013): URL (04.03.2013)
<http://www.monstat.org/eng/page.php?id=22&pageid=22>

[12] data 2000-2012: Statistical Office of the European Communities (Eurostat) (2013): URL (04.03.2013)
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database

[13] data 2000-2008: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/> data 2009-2011: Statistical Office of the European Communities
(Eurostat) (2013): URL (04.03.2013)

[14] data 2000-2003: International Labour Organisation (2013): URL (04.03.2013)
<http://laborsta.ilo.org/> data 2004-2011: State Statistic Service of Ukraine (2013): URL
(04.03.2013); http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2006/rp/ean_e/arh_rbrn_e.htm

[15] data 2001-2012: Statistical Office of the European Communities (Eurostat) (2013):
URL (04.03.2013)

STATUSI SOCIAL-EKONOMIK (SES) DHE SHËNDETI

(PJESA II)

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Kuptojnë rolin dhe influencën e gjendjes së punësimit si një faktor i rëndësishëm social-ekonomik;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e gjendjes së punësimit me faktorët e tjerë social-ekonomikë;
- Vlerësojnë impaktin e gjendjes së punësimit në gjendjen shëndetësore të individëve të ndryshëm në popullatë;
- Vlerësojnë gradientin e barrës së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë që i atribuohet diferencave në statusin e punësimit mes nën-grupeve të ndryshme të popullatës.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Gjendja e punësimit** – përgjithësisht, statusi i punësimit i referohet gjendjes së një individi fizikisht aktiv lidhur me marrëdhëniet në punë. Me fjalë të tjera, gjendja e punësimit i referohet tipit ose llojit të kontratës së një individi (punëmarrësi) me persona të tjerë ose organizata të ndryshme (punëdhënësit).
- Në praktikë, ka shumë rëndësi diferencimi dhe dallimi i qartë mes punësimit *informal* dhe punësimit *formal*. Ky i fundit ka si karakteristike të tij ekzistencën e një kontrate zyrtare mes të punësuarit dhe punëdhënësit.

KONCEPTE BAZË (I)

- Nga ana tjetër, punësimi informal nuk konsiston në një kontratë zyrtare, por, në rastin më të mirë, në një marrëveshje ose ujdj bilaterale mes të punësuarit dhe punëdhënësit.
- Dallimi mes kontratave të puëns (punësimit) formal dhe atij jo formal është i rëndësishëm sidomos për vendet në tranzicion përfshi edhe vendin tonë, meqenëse sektori informal është akoma një zë jo i papërfillshëm i ekonomisë.

KONCEPTE BAZË (II)

- **Llojet e punësimit** – mund të jenë të disa formave, ku më e zakonshmja është punësimi me *kohë të plotë*.
- Por, individët mund të punësohen edhe me *kohë të pjesshme*, në varësi të praktikave dhe proceseve të punës së punëdhënësit, si dhe preferencave të punëmarrësit.
- Nga ana tjetër, mund të bëhet fjalë edhe për *punësim sezonal* siç është kryesisht rasti i sektorëve të bujqësisë, hotelierisë-turizmit, bar-restoranteve, etj.

Përcaktuesit social, ekologjik dhe të sjelljes

- Në nivel ndërkombëtar dhe kombëtar ka dëshmi dërrmuese që papunësia ka efekte negative në shëndet në drejtim të rritjes së sjelljeve të rrezikshme (jo të shëndetshme), zvogëlimit ose uljes së burimeve (resurseve) personale, duke rritur kështu rrezikun e incidencës së sëmundjeve dhe/ose progresin dhe komplikacionet e sëmundjeve tashmë të shfaqura dhe të instaluar në organizëm.
- Gjithashtu, janë dokumentuar edhe nivele të rritura të vdekshmërisë së përgjithshme dhe specifike të lidhura ngushtësisht me papunësinë e individëve. Sa i përket kohëzgjatjes së papunësisë, mund të tregohet dhe ilustruhet qartë një raport “dozë-përgjigje” (pra, sa më e gjatë periudha e papunësisë, aq më të mëdha efektet negative shëndetësore të individëve, dhe anasjelltas).

EFEKTET E PAPUNËSISË

- Papunësia afatshkurtër dhe sidomos papunësia afatgjatë ndikojnë në mënyrë dramatike në shëndetin e popullatës. Megjithatë, vetëm përmes studimeve epidemiologjike përshkruese nuk përfitohet plotësisht as teorikisht dhe as në mënyrë empirike kuptimi i plotë i mekanizmave që janë të përfshira në këtë lidhje mes gjendjes së punësimit dhe sëmundshmërisë të popullatës.
- Kjo do të thotë se, aktualisht, ne kemi vetëm njohuri të kufizuara analitike mbi faktorët e rrezikut ose mbrojtës në këtë proces, si pasojë e hulumtimeve (studimeve) të pamjaftueshme analitike në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar (p.sh., studime të mëdha dhe afatgjata të tipit kohort/prospektiv, të cilat do të ishin të nevojshme për të kontrolluar për shumë faktorë moderues ose konfundues njëherësh).

EFEKTET E PAPUNËSISË

- Nga kjo pikëpamje, efektet e mundshme shëndetësore të papunësisë mund të ndryshojnë në grupe të ndryshme të popullsisë sipas:
 - Niveli të pasurisë (ose, varfërisë);
 - Politikat lidhur me papunësinë sipas vendeve të ndryshme;
 - Mosha dhe gjinia;
 - Kohëzgjatja (periudha kohore) e papunësisë;
 - Niveli i arsimit dhe i kualifikimit;
 - Arsyet e papunësisë (përfshi edhe zgjedhjet individuale);
 - Aftësia për të gjetur një punë të re dhe adekuate;
 - Mbështetja sociale;
 - Mbështetja nga zyrat e punës;
 - Shkalla e përgjithshme e papunësisë dhe probabiliteti i dhënë për të gjetur një punë të re.

EFEKTET E PAPUNËSISË

- Kështu, kur shumica e faktorëve moderues (zbutes) rezultojnë të jenë negative, mund të pritët që papunësia të ketë efekte të rënda negative për shëndetin e individëve. Nga ana tjetër, kur faktorët janë pozitivë në shumicën e tyre, efektet do të jenë më të vogla në shëndetin e popullatës.
- Ndërhyrjet në fushën e promovimit të shëndetit për të papunët nuk mund të bazohen në të dhëna të konfirmuara epidemiologjike analitike sa i përket rreziqeve relative. Shumica e ndërhyrjeve - nëse jo që të gjitha - në këtë fushë janë si të thuash logjikisht të bazuara në kuptimin që strategjitë efektive të ndërhyrjes duhet ta ndalojnë këtë proces të përkeqësimit të shëndetit. Pra, sa i përket teorive të ndërhyrjes, programet efektive mund të kenë vetëm karakterin e "eksperimenteve të hapura".

Niveli dhe struktura e papunësisë në vendet Evropiane

- Në ekonomitë e orientuara drejt tregut, papunësia shpreh një shpërpjestim midis kërkesës dhe ofertës së fuqisë punëtore. Madhësia e papunësisë në një vend të veçantë varet në radhë të parë nga struktura ekonomike e dhënë, treguesit demografisë, modelet sociale dhe rolet gjinore mes burrave dhe grave në tregun e punës, migracionin, politikat ndërkombëtare dhe sidomos ato kombëtare të ekonomisë.

Niveli dhe struktura e papunësisë në vendet Evropiane

- Përveç këtyre, ndikojnë shumë edhe faktorët sezonalë, ato teknikë dhe strukturorë të cilët diktojnë shoeshherë edhe shkallën aktuale të punësimit dhe papunësisë së popullatës. Sa i përket normave zyrtare të papunësisë të publikuara, duhet të kemi parasysh se, ekzistojnë shumë “truke statistikore” në llogaritjen e niveleve zyrtare të papunësisë, duke u kujdesur vazhdimisht që shifrat zyrtare të nën-vlerësojnë numrin ose shkallën e personave të papunë.

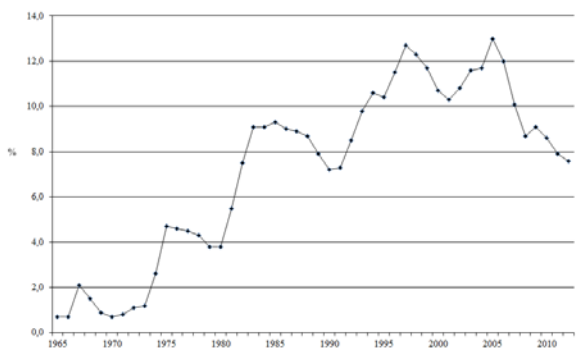
Niveli dhe struktura e papunësisë në vendet Evropiane

- Sidomos në vendet në tranzicion nga ekonomitë e kontrolluara drejt orientimit në ekonominë e tregut, shpesh regjistrohen norma të larta të papunësisë për shkak të përshtatjes dhe integritit të ekonomisë kombëtare në ekonominë globale.
- Në ekonomitë e tregut, papunësia, potencialisht, është gjithmonë e vazhdueshme dhe rritet sa herë që rritja ekonomike është shumë e ulët. Ky është një fenomen shoqëruar i ekonomisë kapitaliste të industrializuar dhe nuk përbën asnjë rast të jashtëzakonshëm. Në fakt, normat e ulëta të papunësisë dhe situatat e punësimit të plotë janë të rralla në historinë e shoqërive moderne kapitaliste.

Niveli dhe struktura e papunësisë në vendet Evropiane

- Në shoqëritë postindustriale duket se dalin rreze të reja dhe shtesë në fushën e punësimit, përfshi kushtet e pasigurta të punësimit, pavlefshmërinë e kualifikimeve (si pasojë e zhvillimeve teknologjike dhe automatizimit të shumë procesve industriale), si dhe karrierat e paqëndrueshme të punës.
- Punësimi dhe papunësia duket se nuk janë më të ndara me "thikë" nga njëra-tjetra. Ky proces do të çojë gradualisht në rritjen e problemeve edhe në fushën e shëndetit publik.

Niveli i papunësisë në Gjermani, 1965-2012 (Burimi: Agjencia Federale e Punës, 2013)



Niveli i papunësisë së përgjithshme për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria ¹	16.8	16.4	15.8	15.0	14.4	14.1	13.8	13.2	12.5	13.6	13.5	13.3	-
Bullgaria ²	16.3	19.4	17.6	13.7	12.0	10.1	9.0	6.9	5.6	6.8	10.2	11.2	-
Kroacia ³	16.1	15.8	14.8	14.3	13.8	12.7	11.1	9.6	8.4	9.1	11.8	13.5	-
Greqia ⁴	11.2	10.4	9.9	9.3	10.2	9.6	8.8	8.3	7.7	8.7	10.8	14.8	21.8
Hungaria ⁵	6.4	5.7	5.8	5.9	6.1	7.2	7.5	7.4	7.8	10.0	11.2	10.9	-
Maqedonia ⁶	-	30.5	31.9	36.7	37.2	37.3	36.0	34.9	33.8	32.2	32.0	32.1	-
Moldavia ⁷	8.5	7.3	6.8	7.9	8.1	7.3	7.4	5.1	4.0	6.4	7.4	6.7	-
Rumania ⁸	7.1	6.6	8.4	7.0	8.0	7.2	7.3	6.4	5.8	6.9	7.3	7.4	-
Rusia ⁹	9.8	8.9	7.9	8.0	7.8	7.2	7.2	6.1	6.3	-	-	-	-
Serbia ¹⁰	12.1	12.2	13.3	14.6	18.5	20.8	20.9	18.1	13.6	16.1	19.2	23.0	-
Mal i Zi ¹¹	-	-	-	-	-	30.3	29.6	19.4	16.8	19.1	19.7	19.7	-
Sllovenia ¹²	7.1	6.2	6.3	6.7	6.3	6.5	6.0	4.9	4.4	5.9	7.3	8.2	9.0
Sllovakia ¹³	19.1	19.5	18.8	17.7	18.4	16.4	13.5	11.2	9.6	12.1	14.5	13.6	14.0
Turqia ¹⁴	6.5	8.4	10.3	10.5	10.3	10.3	9.9	10.3	11.0	12.8	10.9	9.0	-
Ukraina ¹⁵	11.6	10.9	9.6	9.1	8.6	7.2	6.8	6.4	6.4	8.8	8.1	7.9	-
BE-15 ¹⁶	8.5	7.3	7.7	8.1	8.3	8.3	7.8	7.1	7.2	9.2	9.6	9.7	10.6
BE-27 ¹⁶	9.4	8.6	8.9	9.1	9.3	9.0	8.3	7.2	7.1	9.0	9.7	9.6	10.5

Niveli i papunësisë në meshkuj për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria ¹	14,9	14,2	13,6	12,9	12,4	12,1	11,8	11,2	10,4	11,5	11,2	12,4	-
Bullgaria ²	16,7	20,2	18,3	14,1	12,5	10,3	8,6	6,5	5,5	7,0	10,9	12,3	-
Kroacia ³	15,0	14,2	13,4	13,1	12,0	11,7	9,8	8,3	7,0	8,0	11,4	13,7	-
Greqia ⁴	7,4	6,9	6,4	6,0	6,3	5,8	5,6	5,2	5,1	6,3	8,1	12,0	18,7
Hungaria ⁵	7,0	6,3	6,1	6,1	6,1	7,0	7,2	7,1	7,6	10,3	11,6	11,0	-
Maqedonia ⁶	-	29,5	31,7	37,0	36,7	36,5	35,3	34,5	33,5	31,8	31,0	32,6	-
Moldavia ⁷	9,7	8,7	8,1	9,6	10,0	8,7	8,9	6,3	4,6	7,8	9,1	7,7	-
Rumania ⁸	7,7	7,1	8,9	7,5	9,0	7,7	8,2	7,2	6,7	7,7	7,9	7,9	-
Rusia ⁹	10,2	9,3	7,9	8,3	7,6	7,3	7,5	6,4	6,6	-	-	-	-
Serbia ¹⁰	10,1	10,5	11,8	13,8	15,1	16,8	17,9	15,8	11,9	14,8	18,4	22,4	-
Mali i Zi ¹¹	-	-	-	-	-	26,2	29,1	18,1	15,9	18,0	18,9	19,5	-
Slovenia ¹²	6,9	5,7	5,9	6,3	5,9	6,1	4,9	4,0	4,0	5,9	7,5	8,2	8,5
Slovakia ¹³	19,5	19,9	18,8	17,5	17,5	15,6	12,4	10,0	8,4	11,5	14,3	13,6	13,6
Turqia ¹⁴	6,6	8,7	10,7	10,7	10,3	10,3	9,7	10,0	10,7	12,8	10,6	8,4	-
Ukraina ¹⁵	11,6	11,0	9,8	9,4	8,9	7,5	7	6,7	6,6	10,3	9,3	8,8	-
BE-15 ¹⁶	7,3	6,5	6,9	7,4	7,6	7,7	7,2	6,5	6,8	9,2	9,6	9,6	10,6
BE-27 ¹⁷	8,3	7,7	8,2	8,5	8,6	8,4	7,6	6,6	6,6	9,1	9,7	9,6	10,4

Niveli i papunësisë në femra për periudhën 2000-2012 (në përqindje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Shqipëria ¹	19,3	19,9	19,1	18,2	17,5	17,2	16,8	16,3	15,9	16,7	16,7	14,3	-
Bullgaria ²	15,9	18,4	16,9	13,2	11,5	9,8	9,3	7,3	5,8	6,6	9,5	10,0	-
Kroacia ³	17,3	17,9	16,6	15,7	15,7	14,0	12,7	11,1	10,0	10,3	12,2	13,2	-
Greqia ⁴	17,0	15,9	15,2	14,3	15,9	15,2	13,4	12,8	11,4	12,4	14,5	18,6	25,7
Hungaria ⁵	5,6	5,0	5,4	5,6	6,1	7,5	7,8	7,6	8,1	9,7	10,7	10,9	-
Maqedonia ⁶	-	32,0	32,3	36,3	37,8	38,4	37,2	35,3	34,2	32,8	32,2	31,4	-
Moldavia ⁷	7,2	5,9	5,5	6,4	6,3	6,0	5,7	3,9	3,4	4,9	5,7	5,6	-
Rumania ⁸	6,4	5,9	7,7	6,4	6,9	6,4	6,1	5,4	4,7	5,8	6,5	6,8	-
Rusia ⁹	9,4	8,5	7,9	7,8	8,0	7,0	6,8	5,8	6,1	-	-	-	-
Serbia ¹⁰	14,6	14,5	15,2	15,8	22,9	26,2	24,7	21,0	15,8	17,8	20,2	23,7	-
Mali i Zi ¹¹	-	-	-	-	-	35,5	30,1	20,9	17,9	20,4	20,7	20,0	-
Slovenia ¹²	7,2	6,8	6,8	7,1	6,9	7,1	7,2	5,9	4,8	5,8	7,1	8,2	9,6
Slovakia ¹³	18,6	18,9	18,9	17,9	19,3	17,4	14,8	12,8	11,0	12,9	14,7	13,6	14,5
Turqia ¹⁴	6,3	7,5	9,4	10,1	9,7	10,3	10,3	11,0	11,6	12,9	11,7	10,3	-
Ukraina ¹⁵	11,6	10,8	9,5	8,7	8,3	6,8	6,6	6	6,1	7,3	6,8	6,8	-
BE-15 ¹⁶	10,0	8,5	8,7	9,0	9,2	9,1	8,7	7,9	7,8	9,1	9,6	9,8	10,7
BE-27 ¹⁷	10,7	9,6	9,8	9,9	10,1	9,8	9,0	7,9	7,6	8,9	9,6	9,8	10,5

Lidhja mes papunësisë dhe shëndetit

- Studime të shumta në lidhje me marrëdhëniet në mes të shëndetit dhe papunësisë kanë përdorur një qasje të agreguar të dhënave.
- Analiza e të dhënave të agreguara, e emërtuar edhe si qasje “makro-analitike”, në përgjithësi përdor të dhëna ekonomike të agreguara nga burimet zyrtare (p.sh. niveli i papunësisë) si tregues për ndryshimet ekonomike dhe paqëndrueshmërinë e një vendi, si dhe indikatorët e agreguar të gjendjes shëndetësore të popullsisë përkatëse (sidomos nivelin e vdekshmërisë).
- Modele të ndryshme kohore ekonometrike janë përdorur zakonisht për të testuar marrëdhëniet ndërmjet variablove.

Lidhja mes papunësisë dhe shëndetit

- Analiza e agreguar e të dhënave lidhet veçanërisht me emrin e M. Harvey Brenner, i cili në studime të shumta shqyrtoi hipotezën se në vendet e industrializuara rritja e papunësisë çon në një rritje të mëvonshme ose në rënie më të ngadaltë të nivelit të vdekshmërisë.
- Marrëdhënie (lidhje) statistikisht domethënëse pozitive janë vërejtur mes papunësisë dhe vdekshmërisë në përgjithësi, vdekshmërisë nga sëmundjet kardiale, vetëvrasjeve, vdekshmërisë foshnjore dhe vdekshmërisë për shkak të aksidenteve në trafik. Qasja e agreguar, e cila përdoret edhe nga autorë të tjerë, pretendon të jetë në gjendje të shmangë problemet e përzgjedhjes që ndodhin në mostrat (kampionet) me të dhëna në nivel individual.
- Megjithatë, janë ngritur disa kritika lidhur me karakterin e supozimeve teorike, problemet e treguesve të aplikuar, problemet metodologjike të modelimit, si dhe problemi i përgjithshëm i "gabimit ekologjik", d.m.th., pyetja se deri në çfarë mase një shoqërim (lidhje) në nivel të përgjithshëm ofron një tregues besnik (real) të shëndetit të personave të papunë.

Lidhja mes papunësisë dhe shëndetit

- Një numër i studimeve të tjera "makro-nivelo" kanë dokumentuar vetëm një lidhje të dobët, ose mungesë të shoqërimit (lidhjes) mes papunësisë dhe nivelit të vdekshmërisë. Për më tepër, lidhja mes dinamikës së papunësisë dhe shkallës së vetëvrasjeve ndryshon nga vendi në vend në Evropë.
- Studimet me të dhëna individuale analizojnë rezultatet psikosociale ose shëndetësore të individëve të caktuar në lidhje me statusin e tyre të punësimit me anë të krahasimeve kros-seksionale (transversale) ose gjatësore (studime prospektive, ose kohort). Hulumtimet në nivel individual ndryshojnë sipas skemës së tyre të studimit (p.sh. studimet e rasteve, studimet vëzhguese, studimet ndërhyrëse), përzgjedhjen e mostrës (kampionit), si dhe treguesit shëndetësorë të përdorur.

Evidenca deskriptive (përshkruese)

- Ka një numër të madh të dhënash dhe studimesh që tregojnë një situatë më të keqe shëndetësore të të papunëve, në krahasim me personat e punësuar.
- Në nivel ndërkombëtar dhe kombëtar, ka dëshmi të shumta se papunësia ka efekte negative në shëndet në drejtim të rritjes së sjelljeve me rrezik të lartë, zvogëlimit/uljes së burimeve (resurseve) individuale, duke rritur kështu rrezikun e sëmundshmërisë dhe/ose përparimin (profesin) e sëmundjeve tashmë të përhapura ose të instaluar në organizëm.
- Gjithashtu, tek të papunët, nivelet e vdekshmërisë në rritje janë demonstruar me të dhëna individuale.

Evidenca deskriptive (përshkruese)

- Në Gjermani, personat që largohen nga puna (pra, dalin si të papunë) duhet të vizitojnë ish-qendrat e tyre lokale të punës rregullisht për të marrë mbështetje nga papunësia dhe/ose të këshillohen për mundësitë e mëtejshme të punësimit.
- Në këto vizita, punonjësit e qendrave të punës zyrtarisht dhe jozyrtarisht e dokumentojnë gjendjen shëndetësore dhe pamjen e përgjithshme të të papunëve, duke u fokusuar në dokumentimin e “kufizimeve shëndetësore”, të cilat mund të zvogëlojnë ose ulin mundësitë e ri-punësimit.

Evidenca deskriptive (përshkruese)

- Shkalla e përgjithshme e këtyre kufizimeve shëndetësore të dokumentuara është rreth 25% në Gjermani. Duke marrë parasysh për shembull Saksoninë, ne e shohim këtë normë vazhdimisht në rritje me kohëzgjatjen e papunësisë nga 14% në 25% në personat që janë jashtë tregut të punës për më shumë se dy vjet.
- Në disa projekte model në kontekstin e riorganizimit në vazhdim të qendrave të punës (p.sh., projekti MOZART) ky “kufizim shëndetësor” ishte në rritje deri në 60% në personat me arsim të ulët, moshë më të lartë dhe papunësi afatgjatë.
- Kjo tregon që personat e papunë afatgjatë dhe të moshuarit kanë një shkallë të lartë jo vetëm të ankesave dhe shqetësimeve të përgjithshme shëndetësore, por janë të sëmurë rëndë dhe shpesh të sëmurë kronikë.

Evidenca deskriptive (përshkruese)

- Disa efekte shëndetësore të papunësisë (afatgjatë) lidhen edhe me vetë-raportimin e gjendjes së përgjithshme shëndetësore: ndërsa vetëm 11% e personave të punësuar e vlerësojnë statusin e tyre të përgjithshëm të shëndetit si jo të mirë apo të keq, kjo përqindje rritet në 16% në të papunët afatshkurtër dhe në 33% në të papunët afatgjatë.
- Ekzistojnë efekte të ngjashme që tregojnë se papunësia (afatgjatë) rrit stresin dhe ndikon në veçanti negativisht në shëndetin mendor.
- Për të përmbledhur, papunësia në tërësi dhe sidomos papunësia afatgjatë ndikojnë në mënyrë dramatike mbi shëndetin. Por, me këto dëshmi (evidenca) përshkruese epidemiologjike, ne megjithatë nuk e kuptojmë plotësisht as teorikisht dhe as empirikisht (praktikisht) se cilat mekanizma janë të përfshira në marrëdhënien (lidhjen) mes papunësisë dhe gjendjes shëndetësore të individëve.

EVIDENCA ANALITIKE

- Konstatimet më të hershme, sipas të cilave një stabilizim i shëndetit mendor mund të pritët të ndodhë pas rreth gjashtë muajve të papunësisë, u ndryshuan nga studimet gjatësore (prospektive, ose kohort) me të dhëna përfaqësuese, të cilat treguan se veçanërisht në lidhje me treguesit e shëndetit mendor gjendja shëndetësore e të papunëve është më e keqe, por përmirësohet në përputhje me rrethanat pas ri-punësimit.
- Por, kushtet specifike të vendit përgjatë klimës së përgjithshme të pasigurisë ekonomike, e cila prek të punësuarit, si dhe të papunët, duhet të merren parasysh.

EVIDENCA ANALITIKE

- Në një studim gjatësor në Gjermani u vlerësuan efektet në popullatën gjermane dhe në të huajt (emigrantët) e papunë. Në këtë studim u përdorur të dhëna përfaqësuese të Panelit Social-Ekonomik Gjerman (1984-1992).
- Të gjithë treguesit shëndetësorë (kënaqësia shëndetësore, sëmundjet kronike, mangësitë në përmbushjen e detyrave të jetës së përditshme, aftësia e kufizuar) rezultuan më të këqinj për personat e papunë edhe pas kontrollit të efekteve të mundshme konfonduese të variablave social-demografikë.

EVIDENCA ANALITIKE

- Personat e papunësuar gjithashtu konsultoheshin më shpesh me një mjek dhe shtroheshin më shpesh në spital. Por, analiza gjatësore (dalja si i papunë dhe më pas ri-punësimi) nuk ka dhënë shumë mbështetje për efektet shkakësore nga dalja papunë deri në ri-hyrjen në punësim (në tregun e punës).
- Në një studim të mëvonshëm, u gjetën rezultate mjaft të ngjashme duke shqyrtuar ndryshimet e gjendjes shëndetësore të përgjithshme në Panelin Social-Ekonomik Gjerman.

EVIDENCA ANALITIKE

- Punëtorët gjermanë dhe emigrantët nuk ndryshonin në lidhje me kënaqësinë e tyre shëndetësore, por punëtorët e huaj të papunë ishin mjaft më pak të kënaqur me shëndetin e tyre sesa gjermanët e papunë. Kjo korresponduar me një përqindje të lartë të të papunëve të huaj (30%-50%) që ndjeheshin të sëmurë kronikë.
- Rezultatet gjatësore (prospektive) u interpretuan në mënyrën se si shëndeti i keq i emigrantëve të papunë mund të shpjegohej me procesin e përzgjedhjes në tregun e punës. Emigrantët janë ende të përqendruar në degë dhe vende pune të cilat karakterizohen nga një intensitet i lartë i punës në një mjedis stresues.

EVIDENCA ANALITIKE

- Studimet në dispozicion për marrëdhëniet në mes të shëndetit dhe papunësisë me anë të disa indikatorëve tregojnë se personat e papunë vuajnë nga një gjendje më e dobët (e keqe) shëndetësore.
- Për shkak të arsyeve metodologjike, megjithatë, pyetjet në lidhje me shkaqet e këtij fenomeni, dhe në veçanti lidhur me drejtimin e efekteve ndërmjet shëndetit dhe papunësisë, vështirë se mund të marrin përgjigje shtruesë.

PËRFUNDIME

- Shumë vende të industrializuara kanë regjistruar që prej shumë vitesh tashmë norma të larta të papunësisë, të cilat janë ulur vetëm pak në kohët e rritjes ekonomike.
- Në Evropë, ne gjejmë norma të larta të papunësisë në disa vende në tranzicion (vendt ish-komuniste të Evropës Lindore dhe Qendrore), por ky fenomen është i pranishëm edhe në vendet e zhvilluara dhe shumë të industrializuara.

PËRFUNDIME

- Një krahasim ndërkombëtar i normave të papunësisë është i vështirë për t'u ndërmarrë për shkak të përkufizimeve të ndryshme ligjore ose statistikore në lidhje me personin që do të konsiderohet se është jashtë tregut të punës (papunë).
- Në përgjithësi, numri i përgjithshëm i të papunëve duhet të jetë shumë më i lartë se numri zyrtar i deklaruar dhe kjo dukuri është e evidente në të gjitha shtetet, pavarësisht nivelit social-ekonomik.

PËRFUNDIME

- Kërcënimi i papunësisë është një faktor i theksuar i rrezikut për shëndetin, vetëm nëse një shumicë e faktorëve të moderuar vepron në drejtim të kundërt duke zbutur potencialisht efektet negative shëndetësore përkatëse.
- Papunësia e zgjatur është një faktor i veçantë i rrezikut për shëndetin në individë, i cili përfundimisht do të ndikojë negativisht në shëndetin dhe mirëqenien e anëtarëve të tjerë të familjes.

PËRFUNDIME

- Papunësia e lartë dhe në rritje mund të ndikojë në kohezionin social dhe politik të një shoqërie. Kështu, në vendet e zhvilluara, janë mundësuar masa minimale mbrojtëse sociale që sigurojnë mbijetesë të caktuar financiare për një periudhë të caktuar kohe.
- Shtrirja e këtyre masave mbrojtëse sociale ndryshon shumë në mes të vendeve Evropiane dhe vendeve të tjera. Në të gjitha vendet e zhvilluara ekzistojnë qendra të punës ose institucione të tjera që këshillojnë të papunët për marrjen e vendeve të reja të punës.

TEMA: Pabarazitë në të ardhura dhe shëndeti

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të:

- Familiarizohen me konceptin dhe domethënien e pabarazive në të ardhurat materiale mes nën-grupeve dhe kategorive të ndryshme të popullatës brenda vendit, si dhe pabarazitë e të ardhurave mes shteteve të ndryshme;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e pabarazive në të ardhurat ekonomike dhe gjendjes shëndetësore të popullatës;
- Vlerësojnë gradientin e barrës së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë që i atribuohet pabarazive në të ardhurat ekonomike mes shtresave të ndryshme të popullatës brenda të njëjtit vend (shtet), si dhe ndryshimet mes popullatave të vendeve (shteteve) të ndryshme.

KONCEPTE BAZË

Pabarazitë e të ardhurave – përgjithësisht, koncepti i pabarazive të të ardhurave materiale i referohet shpërndarjes së pa barabartë të të mirave materiale tek individët dhe familjet kontribuese në një sistem ekonomik të caktuar, të identifikuar në bazë komuniteti, rajoni ose shteti. Pabarazitë e të ardhurave materiale shpeshherë ilustrohen (shprehën) përmes përqindjes së të ardhurave që i përkasin një përqindjeje të caktuar të popullatës.

P.sh., një statistikë mund të paraqesë që rreth 70% e të ardhurave në një shtet kontrollohet ose zotërohet nga 20% e banorëve (popullatës) së atij vendi.

Pabarazitë e të ardhurave shpeshherë lidhen (shoqërohen) me idenë dhe parimin e *drejtësisë shoqërore*. Shumica e njerëzve në botë e konsiderojnë si të padrejtë faktin që të pasurit kanë në zotërim një përqindje shumë më të lartë të të mirave materiale në krahasim me shumicën dërrmuese të popullatës.

Shkaqet e pabarazive të të ardhurave materiale ndryshojnë shumë sipas vendeve (shteteve) të ndryshme, rajoneve, gjinisë, nivelit të edukimit dhe shtresës shoqërore të individëve të grupeve ose kategorive të ndryshme të popullatës.

Duhet theksuar se ekonomistët ndahen në qëndrimet e tyre lidhur me implikimet e pabarazive të të ardhurave materiale në zhvillimin e shoqërisë njerëzore.

Pabarazitë shëndetësore – i referohen dallimeve midis njerëzve ose grupeve të individëve për shkak të faktorëve social, gjeografik, biologjik, ose faktorëve të tjerë. Pabarazitë shëndetësore mund të përkufizohen si pabarazi të *treguesve shëndetësorë* (indikatorët e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë), ose pabarazi të *përcaktorëve (determinantëve) shëndetësorë* përfshi faktorët mjedisorë dhe sidomos faktorët e lidhur me stilin/mënyrën e jetesës (duhanpirja, konsumi i alkoolit, përdorimi i drogave, sjelljet dhe praktikat seksuale, faktorët e ushqyerjes, aktiviteti fizik, etj.).

Në praktikë, një rëndësi shumë të madhe merr dallimi mes pabarazive shëndetësore të lidhura me karakteristikat dhe faktorët social-demografikë si mosha, gjinia, niveli i edukimit (arsimimi), gjendja e punësimit, profesioni, niveli ekonomik, shtresa shoqërore, strehimi, kushtet e banimit, etj. Këto pabarazi të lidhura me kontekstin social-ekonomik konsiderohen si të *padrejta* dhe plotësisht të *shmangshme*.

Nga ana tjetër, barazitë shëndetësore i referohen shpërndarjes së drejtë (uniforme) të përcaktorëve shëndetësorë, pasojave shëndetësore dhe burimeve (resurseve) në dispozicion mes grupeve apo kategorive të ndryshme të popullatës, pavarësisht nga pozita shoqërore ose niveli social-ekonomik.

Nga kjo pikëpamje, barazitë shëndetësore janë një qëllim dhe standard i dëshirueshëm për të formuluar dhe formëzuar përpjekjet dhe programet që synojnë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të nën-grupeve apo kategorive të popullatës që kanë disavantazhe social-ekonomike (të konsideruara edhe si grupe të marginalizuara, ose kategori vulnerabël të popullatës).

Autorët të cilët preferojnë masat e pabarazisë në shpërndarjen e një variabli shëndetësor kritikojnë masat që vlerësojnë dallimet shëndetësore ndërmjet kategorive të ndryshme ose vlerave të një karakteristike social-ekonomike, sepse ato përfshijnë një vlerësim *moral (etik)*. Sipas mendimit të disa autorëve, supozohet se këto dallime ose pabarazi në shëndet janë pabarazi të *padrejta*.

Megjithëse disa autorë përdorin termin “pabarazitë shoqërore në shëndetësi” për t’iu referuar pabarazive shëndetësore, është e vështirë të klasifikohen dallimet shoqërore si premisa të qarta dhe shkaktarë bindës të pabarazive shëndetësore. Mangësitë në njohuritë tona janë shpesh pengesë për përcaktimin e kauzalitetit (shkakësisë).

Përveç këtyre argumenteve, duhet theksuar se konsiderimi i pabarazive shëndetësore nuk është një çështje edhe aq shkencore, sesa e kushtëzuar nga kriteret etike dhe prioritetet politike të një vendi apo shoqërie të caktuar.

Gjithsesi, në tërësi, pranohet gjerësisht se pabarazitë shëndetësore të lidhura me kontekstin social-ekonomik janë shoqërisht të *padrejta* dhe të *pa pranueshme*, fakt i cili duhet të merret në konsideratë dhe duhet të adresohet përmes programeve specifike të targetuara drejt zbutjes dhe reduktimit të pabarazive shëndetësore që janë evidente në popullsitë e të gjitha vendeve të botës.

Hyrje

Pabarazia e të ardhurave është rritur gjithnjë e më shumë në botë sidomos duke filluar nga vitet 1980, kur shpërndarja e të ardhurave në SHBA ishte e tillë: 30% deri në 35% e të gjithë të ardhurave materiale në nivel kombëtar ishin në zotërim të rreth 10% të më të pasurve. Që atëherë, përqindja e të ardhurave materiale që zotërohen nga vetëm 10% e individëve më të pasur është rritur në 50%, duke krijuar një pabarazi akoma më të madhe mes të ardhurave të larta dhe të ardhurave të ulëta kudo në botë.

Çështja e pabarazive është bërë politikisht dhe ekonomikisht ndarëse, armiqësore dhe shumë sensitive. Sidomos ka shumë debate lidhur me shkaqet rrënjësore (kryesore) dhe zgjidhjet e pranueshme në situatën aktuale.

Ndërsa shumica e ekonomistëve pajtohen se rritja e pabarazisë në përgjithësi i atribuohet arsimimit të pabarabartë, mjedisit dhe ndër-veprimeve shoqërore, ata (ekonomistët) nuk pajtohen plotësisht me mekanizmat e veçanta dhe konkrete që po e shtyjnë dhe nxisin rritjen e pabarazive kudo në botë.

Faktorët kontribues në pabarazinë e të ardhurave

Arsimimi (niveli i edukimit) është një faktor i mirënjohur që ndikon në pabarazitë në shoqëri. Disa grupe social-ekonomike të popullatës nuk kanë qasje (akses) në arsim (edukim) cilësor p.sh. në Shtetet e Bashkuara, veçanërisht në nivelin e shkollës së mesme. Nga ana tjetër, në vendet Evropiane që ofrojnë arsim të mesëm me cilësi të lartë, ka shumë më pak pabarazi në të ardhurat ekonomike.

Konkurrenca dhe talenti i ndryshëm individual krijon një ndarje pagash dhe të ardhurash materiale dhe ky është një fenomen i pashmangshëm në shoqëritë kapitaliste (që kanë përqafuar ekonominë e tregut). Ka shumë më tepër konkurrencë dhe nevojë për talente menaxheriale me kualitetit të lartë dhe aftësi drejtuese të kompanive të mëdha të biznesit, fakt i cili ka bërë që pagat për drejtuesit më të lartë të jenë shumë herë më të larta në krahasim me pagat në nivelet e tjera të këtyre kompanive, ose në sektorët e tjerë të ekonomisë. Në këtë mënyrë, aktualisht po thellohen diferencat e pagave, shpërblimeve dhe bonusëve të tjera mes personave që paguhen shumë dhe pjesës tjetër të popullatës me paga “normale”.

Kështu, pagat shumë të ndryshme luajnë një rol të madh në thellimin e pabarazive materiale në të gjitha shoqëritë dhe në shumicën e shteteve të botës. Duhet theksuar se të ardhurat mesatare për punëtorët në shumicën e ekonomive të tregut në botë janë pothuajse stabël që nga viti 2007, ndërsa pagesat, kompensimi dhe shpërblimet për funksionet dhe pozicionet e larta ekzekutive (drejtuese dhe menaxheriale) janë rritur jashtëzakonisht shumë në shumicën e vendeve (shteteve) të botës.

Ndikimi dhe roli gjithnjë e më i zbehtë i sindikatave të punës ka çuar gjithashtu në mos-ritje sinjifikative të pagave për punëtorët e mesëm në shumicën e vendeve.

Rritja e kërkesës për punëtorë me kualifikim të lartë shton gradualisht dhe zgjeron akoma më shumë hendekun e pagave mes individëve të ndryshëm. Kompanitë kudo në botë po investojnë aktualisht më shumë në zhvillimin e fuqisë punëtore të kualifikuar, duke rritur pagat vetëm për punëtorët me kualifikime të larta. Kjo çon në automatizimin gradual të funksioneve që kërkojnë punëtorë me aftësi të ulëta (me pak kualifikim), duke mos rritur në këtë mënyrë pagat për këtë kategori punëtorësh me kualifikime modeste.

Diferencat në shëndetin dhe jetëgjatësinë e individëve sipas statusit social-ekonomik (SES) dhe sipas natyrës së marrëdhënieve shoqërore janë identifikuar në një numër të madh studimesh, disa nga të cilët datojnë që nga vitet e largëta 1800.

Më shumë se shumica e fushave kërkimore-shkencore, kjo fushë studimore ka angazhuar në mënyrë aktive hulumtuesit (studjuesit) nga shumë disiplina, duke përfshirë sociologjinë, psikologjinë, ekonominë, demografinë, epidemiologjinë, biologjinë dhe mjekësinë. Studjuesit kanë zbuluar se, me pak përjashtime, personat me status më të lartë social-ekonomik dhe personat që janë më të integruar në shoqëri, përjetojnë norma (nivele) më të ulta morbiditeti (sëmundshmërie) dhe mortaliteti (vdekshmërie) sesa homologët e tyre përkatës (me status social-ekonomik të ulët).

Dëshmitë dhe të dhënat ndërkombëtare tregojnë një shpërndarje të pabarabartë të shëndetit dhe sëmundjes, duke favorizuar individët dhe grupet në pozita me përparësi shoqërore, nëse ky pozicion shoqëror matet me të ardhurat, arsimin, profesionin ose tregues të tjerë që përcaktojnë statusin social-ekonomik.

Këto lidhje (shoqërime) janë identifikuar në kohë dhe vende të ndryshme, si dhe gjini dhe grup-mosha të ndryshme. Për më tepër, këto pabarazi në shëndetësi janë të dukshme për një varg të gjerë ndryshorësh (parametrash, ose rezultatesh), siç janë shëndeti i vetë-perceptuar, shumica e sëmundjeve, aftësia e kufizuar (invaliditeti), treguesit e vdekshmërisë, ose mirëqenia psikologjike.

Këto rezultate janë evidente edhe për madhësi alternative të pozicionit social, siç janë të ardhurat, indekset e tjera e pasurisë, arsimimit, profesionit, nivelit të integritetit shoqëror, si dhe statusit martesor (gjendjes civile).

Madhësia apo magnituda e dallimeve është e konsiderueshme, pra jo e parëndësishme. Për shembull, normat (nivelet) e vdekshmërisë zakonisht janë dy ose trefish më të mëdha për njerëzit e shtresave të ulëta shoqërore dhe ky konstatim është i vlefshëm për shumicën e vendeve të botës, pavarësisht nga stadi dhe niveli i zhvillimit social-ekonomik i shoqërisë në tërësi. Nga ana tjetër, jetëgjatësia e pritshme është pesë vjet më e ulët për punëtorët e pakualifikuar sesa për profesionistët. Gjithashtu, ekziston një hendek prej

nëntë deri në dymbëdhjetë vjet në jetëgjatësinë e shëndetshme (vite jetë në aftësi ose shëndet të plotë) mes njerëzve të varfër dhe atyre të pasur.

Shpjegime alternative për pabarazitë në shëndetësi

Janë propozuar tri kategori shpjegimesh për modelet e vëzhguara në vende të ndryshme të botës. Një grup hipotezash ka të bëjë me një sërë mekanizmash shkaktarë përmes të cilave statusi social-ekonomik dhe marrëdhëniet shoqërore mund të ndikojnë në gjendjen shëndetësore dhe rrezikun e vdekjes.

Një lloj tjetër shpjegimi, nganjëherë i referuar si “përzgjedhje” (ose, “shkaku i kundërt”), i referohet një sërë shtigjesh ku individët e sëmurë mund të pësojnë ulje në pozicionin e tyre shoqëror ose të bëhen më të izoluar shoqërisht si pasojë e statusit apo gjendjes së tyre shëndetësore të pafavorshme.

Një shpjegim i tretë, më pak bindës në fakt, përfshin mekanizmat arte-faktuale, siç është gabimi i matjes ose vleresimit të pasojave shëndetësore dhe/ose faktorëve social-ekonomikë që pretendohet se influencojnë dhe shpjegojnë pabarazitë shëndetësore në popullatë.

Konsensusi midis hulumtuesve nga disiplina të ndryshme është se dallimet e vërejtura në shëndetësi janë të shpjeguara kryesisht (edhe pse jo tërësisht) nga një grup kompleks i proceseve shkaktarë, më shumë sesa me anë të përzgjedhjes apo mekanizmave artifaktuale. Sa i përket statusit social-ekonomik dhe shëndetit, pretendimi është se, megjithëse ka disa dëshmi të lëvizjes sociale në rënie mes individëve në shëndet të dobët, ky proces i përzgjedhjes bën vetëm një kontribut të vogël në lidhjen e përgjithshme midis statusit social-ekonomik dhe një game të gjerë treguesish shëndetësorë.

Në mënyrë të ngjashme, shkencëtarët dhe studjuesit kanë argumentuar se proceset e përzgjedhjes kanë një ndikim të papërfillshëm në diferencat e vëzhguara të shëndetit në mbështetjen sociale, integrimin social dhe statusin martesor (gjendjen civile).

Mekanizmat e arte-fakteve (p.sh., gabimet e matjes, si pabarazitë në regjistrim, problemet e numëruesit dhe/ose emëruesit, siç janë mospërputhjet në raportet midis regjistrimit dhe të dhënave të regjistrimit, ose masat e papërshtatshme të vdekshmërisë ose statusi social-ekonomik) gjithashtu nuk konsiderohen si shpjegime të fuqishme për lidhjet (shoqërimet) e vëzhguara mes profilit/statusit të ulët social-ekonomik dhe treguesve të pafavorshëm shëndetësorë përfshi nivelin e lartë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Një përmbledhje mbi pabarazitë në shëndetësi

Marrëdhënia e varfërisë me shëndetin jo të mirë ka qenë e njohur për shekuj, dhe puna klasike e historianëve mjekësorë si Sigerist-i përshkruan evolucionin e kësaj lidhjeje.

Kështu, Sigerist-i përshkruan linjat kryesore të mendimit të shekullit të tetëmbëdhjetë, kur aktivistët si Johann Peter Frank e njohën varfërinë si një shkak kryesor të sëmundjes dhe mbështetën një funksion të oficerëve (nëpunësve) të shëndetit publik.

Revolucioni industrial theksoi kushtet e tmerrshme të jetesës dhe gjendjes shëndetësore të të varfërve dhe çoi në qasjet utilitare të reformatorëve si Chadwick drejt përmirësimit të shëndetit të të varfërve në shekullin e nëntëmbëdhjetë.

Është e përshtatshme këtu të theksohet roli i një prej heronjve mjekësorë, Rudolf Virchow, parimet dhe puna e të cilit imponoi lëvizje të rëndësishme në reformat shëndetësore në shumë vende duke lënë një trashëgimi të jashtëzakonshme në aspektin e sigurimeve shoqërore që përfshin edhe përfitimet shëndetësore.

Virchow hetoi një shpërthim të etheve relapuese (rekurrente) në Silezi dhe arriti në përfundimin se shkaqet ishin, në thelb, shoqërore. Sipas Sigerist-it, ai (Virchow) rekomandoi prosperitet, arsim dhe liri, të cilat mund të zhvillohen vetëm në bazë të demokracisë së plotë dhe të pakufizuar.

Pothuajse çdo vend në botë ka të dhëna që tregojnë dallimet në rezultatet e shëndetit. Përkundër kësaj, hulumtuesit i referohen shpesh Mbretërisë së Bashkuar ku ka një traditë prej më shumë se 160 vjet tashmë të mbledhjes dhe analizimit të të dhënave shëndetësore.

Përshkrimi politikisht më efektiv i gradientëve social-ekonomik dhe i vdekshmërisë pas Luftës së Dytë Botërore ishte i ashtuquajturit Raporti i Black-ut, i botuar fillimisht në vitin 1978 në Mbretërinë e Bashkuar. Rezultatet e këtij raporti treguan qartë dhe bindshëm një gradient të vazhdueshëm dhe konsistent social për pothuajse të gjitha shkaqet e vdekshmërisë.

Ishte një punë thelbësore dhe voluminoze për kohën lidhur me adresimin e pabarazive në shëndetësi dhe politikat e nevojshme për promovimin dhe rikthimin (restaurimin) e shëndetit për të gjithë popullatën. Edhe pse raporti i Black-ut shkaktoi pak reagime pozitive vendore në atë kohë, ai raport ishte dhe vazhdon të jetë akoma stimuluese për debate shkencore dhe kërkime në arenën ndërkombëtare mbi pabarazitë e rezultateve shëndetësore dhe mjetet dhe instrumentet adekuate për t'i adresuar ato.

Kohët e fundit, një tjetër studim mbi pabarazitë në shëndetësi në Mbretërinë e Bashkuar është kryer dhe gjetjet janë botuar në atë që njihet si Raporti i Acheson, sipas Sir Donald Acheson. Raporti dokumenton pabarazitë e vazhdueshme në shëndetësi dhe thekson se për shumë tregues të shëndetit, pabarazitë ose kanë mbetur të njëjta ose janë zgjeruar (theksuar) në dekadat e fundit.

Raporti adopton ose përshtat “modelin social-ekonomik të shëndetit dhe pabarazitë e tij” dhe përcakton që kapaciteti i sjelljes personale dhe stilit të jetesës së individëve për të ndikuar në shëndetin ndryshon ndjeshëm nga ndikimet shoqërore dhe komunitare në të cilat vepron një individ i caktuar.

Përveç kësaj, ekziston një gamë e gjerë e kushteve të jetesës dhe të punës që mund të ndikojnë pozitivisht ose negativisht në rezultatet (treguesit) shëndetësor.

Të dhënat mbarë-botërore tregojnë qartë ndikimin e klasës (shtresës) sociale në shëndet. Përkundër kritikave të formulimit të klasave shoqërore, tani ekziston një dëshmi dhe evidencë e madhe dhe e mjaftueshme e ndikimit të hierarkisë sociale në shëndet.

Në punën e tij klasike: *“Pse disa njerëz janë të shëndetshëm dhe disa të tjerë nuk janë të tillë”*, Renaud bën një deklaratë më definitive: sa më ulët/poshtë që të gjendet në hierarkinë sociale një individ (ashtu siç përcaktohet nga puna, banesa, arsimi, të ardhurat ose çfarëdo faktori tejtër social-ekonomik), aq më i vogël është probabiliteti i tij/saj për të patur shëndet të mirë dhe jetëgjatësi të lartë. Kjo është një dukuri shumë e shpeshtë dhe e përhapur në të gjitha vëzhgimet dhe studimet e bëra në historinë e shëndetit publik.

Fakti që rezultatet (treguesit) e shëndetit janë në një masë të madhe të përcaktuar nga shoqëria jep shpresë se këto kushte sociale, nëse ndryshohen, mund të çojnë në përmirësimin e shëndetit. Raporti i Acheson vëren se, në mënyrë që të zvogëlohen pabarazitë shëndetësore, duhet të ndërmerren hapa të mëtëjshëm për të reduktuar pabarazitë në të ardhura dhe për të përmirësuar standardet e jetesës të familjeve të varfëra. Ky rekomandim është jashtëzakonisht i saktë dhe i vlefshëm sepse trajton si aspektin e diferencës (ndryshimit) në të ardhura mes individëve (varfëria relative), ashtu edhe nivelin absolut të të ardhurave (që është i lidhur në mënyrë direkte me nivelin e varfërisë së individëve).

Ka pasur shpesh debate nëse është shpërndarja e të ardhurave (indeks relativ) apo varfëria (tregues absolut) faktori që ka ndikimin më të madh në shëndet. Përgjigjja është se, dominimi i njërit ose tjetrit faktor varet shumë nga gjendja ekonomike e popullsisë së ekzaminuar/studiuar.

Ekziston një lidhje e qartë mes marrëdhënieve shoqërore dhe kapitalit shoqëror, ashtu siç është shqyrtuar nga autori I. Kawachi. Kawachi dhe kolegët e tij i përshkruajnë qartë dy qasjet në situatat ekonomike të lidhura me shëndetin jo të mirë. Së pari, fokusi është mbi varfërinë absolute, me nevojën që shprehet kaq shpesh aktualisht për të eliminuar ose për të zhdukur varfërinë. Këto shprehje të huazuara nga imazhi i kontrollit dhe çrrënjësjes së sëmundjes, ndonëse tërheqëse si slogane, zakonisht nuk janë të dobishme në terma operacionalë apo praktikë.

Fokusi tjetër është në deprivimin relativ, ku është dallimi në të ardhurat midis grupeve ndoshta në çdo nivel të pasurisë që është një përcaktues kryesor i rezultatit (treguesit) shëndetësor. Është e rëndësishme për ta bërë këtë diferencim sa më qartë në praktikë. Varfëria ndikon në aftësinë e individit për të ruajtur shëndetin e tij (ose për të përmirësuar shëndetin e tij) dhe për më tepër ndikon në mjedisin shoqëror që vetë do të ndikojë në shëndetin individual. Deprivimi relativ ose, në shprehjen e tij të vlerësimit të përgjithshëm, shpërndarja e gabuar e të ardhurave nuk është një karakteristikë

individuale, por është më shumë një aspekt strukturor i shoqërisë ose grupit në të cilin individi duhet të funksionojë.

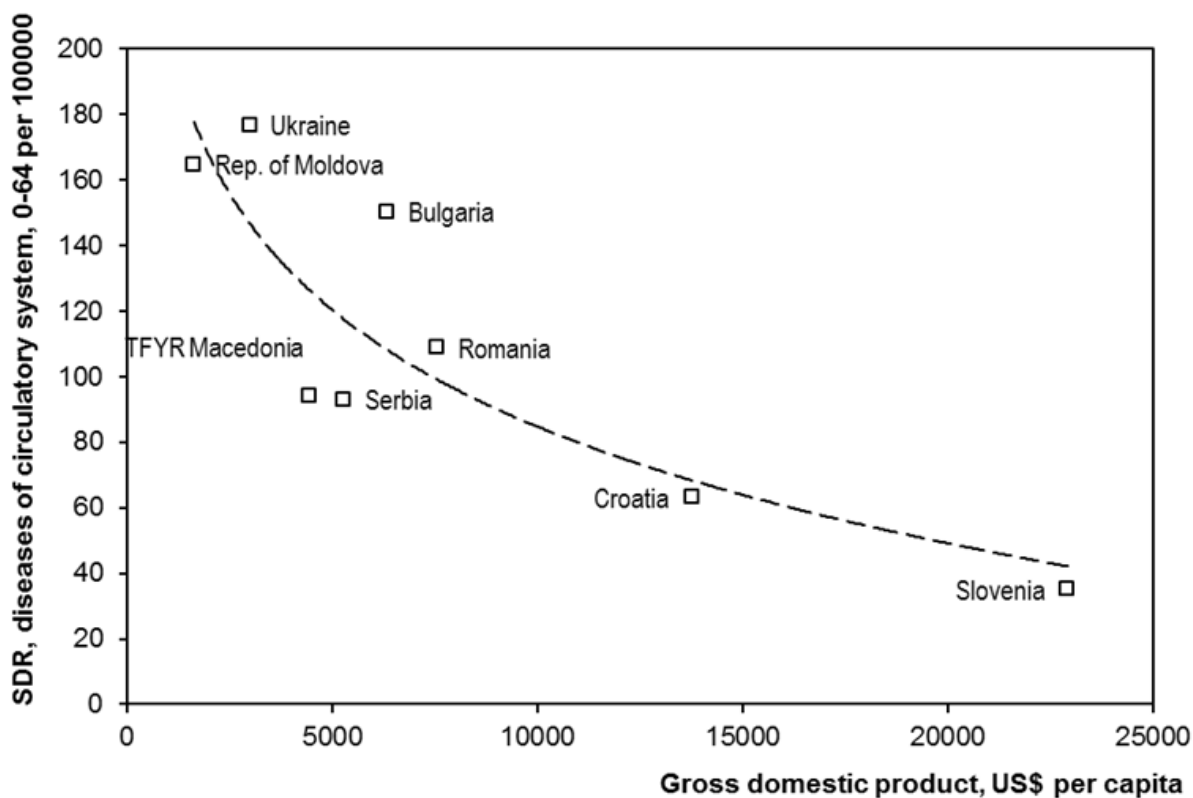
Siç është thënë tashmë, nuk është vetëm deprivimi absolut që është i rëndësishëm. Siç ka provuar puna e suksesshme e Wilkinson-it, pabarazia e të ardhurave ka një ndikim njësoj dhe nganjëherë më të fuqishëm në rezultatet e tilla shëndetësore si niveli u vdekshmërisë foshnjore dhe jetëgjatësia e pritshme.

Veçanërisht në vendet e zhvilluara dhe më të pasura, është shpërndarja e të ardhurave dhe jo treguesit individualë të pasurisë, siç janë produkti i brendshëm bruto (GDP) për frymë, të cilat janë të rëndësishme.

Pabarazitë në vendet e Evropës Juglindore

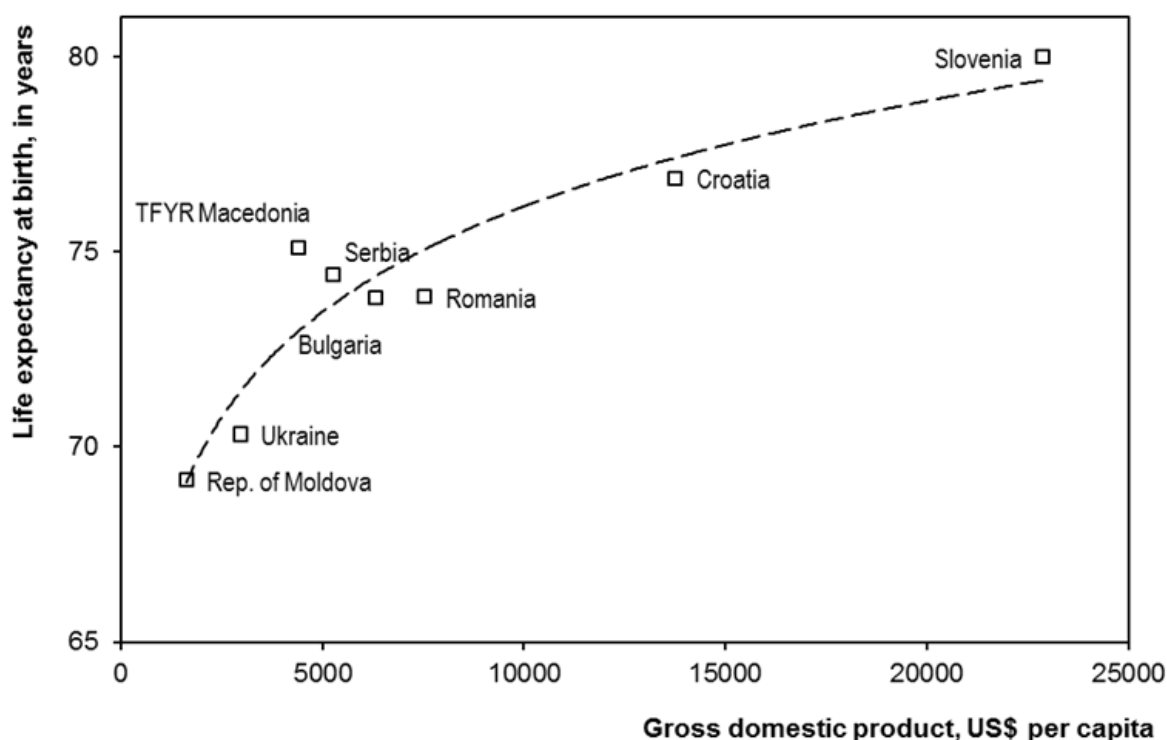
Në përputhje të plotë me konsideratat e mësipërme dhe eksperiencat e vendeve të industrializuara, një tendencë në rënie eksponenciale e vdekshmërisë së standardizuar nga sëmundjet kardiovaskulare (më saktë, sëmundjet e aparatit të qarkullimit) e shoqëruar me rritjen e GDP-së mund të vërehet në vendet e Evropës Juglindore, ashtu siç paraqitet në grafikun e mëposhtëm:

Niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet e aparatit të qarkullimit dhe GDP në vendet e Evropës Juglindore në vitin 2010 (Burimi: OBSH/Europë, Databaza: HFA)



Nga ana tjetër, grafiku i mëposhtëm tregon lidhjen midis jetëgjatësisë së pritshme në lindje dhe GDP-së në rajonin e Evropës Juglindore. Të dhënat e këtij grafiku tregojnë qartë një gradient të fortë pozitiv për një GDP të ulët, ndërsa vërehet vetëm një pjerrësi e moderuar rritëse për vendet me GDP më të lartë. Trendi i jetëgjatësisë në rajonin e Evropës Juglindore konfirmon vëzhgimet e vendeve të tjera.

Jetëgjatësia e pritshme në lindje dhe GDP në vendet e Evropës Juglindore në vitin 2010 (Burimi: OBSH/Europë, Databaza: HFA)



Përfundime

Ekzistojnë dëshmi të qëndrueshme dhe konsistente në të gjithë botën që njerëzit me një disavantazh social-ekonomik vuajnë një barrë më të rëndë të sëmundjeve dhe kanë një shkallë (nivel) më të lartë të vdekshmërisë se sa homologët e tyre me nivel më të mirë social-ekonomik.

Shkenca dhe teknologjia ka sjellë përmirësime shumë të mëdha në mirëqenien njerëzore në mbarë botën, siç dëshmohet nga kontributet që ka bërë për të zgjatur jetëgjatësinë dhe cilësinë e jetës për njerëzit në shumë vende përgjatë shekullit të kaluar, por përfitimet e hulumtimeve (studimeve) moderne shëndetësore nuk janë ndarë në mënyrë të barabartë.

Gjysma e vdekjeve të parakohshme në botë mund të parandalohet me ndërhyrje të thjeshta dhe shumë kosto-efektive. Por akoma nuk dihet se si të bëhen këto ndërhyrje më gjerësisht të disponueshme për njerëzit që kanë nevojë për to në të gjitha shtetet dhe vendet e botës.

Rreziqet që çojnë në sëmundje kronike kontribuojnë në pabarazitë shëndetësore që lidhen me klasën (shtresën) sociale në vendet e zhvilluara, dhe gjithnjë e më shumë edhe në vendet në zhvillim. Ekziston nevoja për hulumtuesit (studjuesit) që të përqendrohen në pabarazitë në shëndetësi për të identifikuar se cilat ndërhyrje dhe politika do të kenë ndikimin më të theksuar në reduktimin e pabarazive të lidhura me klasat (shtresat) sociale dhe të angazhohen në zhvillimin e qasjeve të promovimit të shëndetit që në mënyrë eksplicite targetojnë reduktimin e pabarazive shëndetësore.

Objektivat e OBSH-së të Rajonit Evropian janë qartazi shumë ambicioze, dhe mund të mos jenë realiste kudo dhe kurdoherë. Sidoqoftë, këto objektiva kanë një fokus të qartë mbi politikat e duhura shëndetësore dhe nxisin monitorimin e ndryshimeve sasiore gjatë gjithë kohës për pabarazitë social-ekonomike në shëndetësi, gjë që është thelbësore për të vlerësuar efektet e ndërhyrjeve dhe të politikave shëndetësore. Kjo strategji, megjithatë, do të funksionojë vetëm nëse mund të gjenden mënyrat e duhura për të përcaktuar “madhësinë” e pabarazive social-ekonomike në shëndetësi.

Megjithatë, pavarësisht se nuk duhet të formulohet politika në mungesë të evidencës ose argumenteve për t’i mbështetur ato, ne nuk duhet të “paralizohemi” në mosveprim ndërsa presim që provat ose evidenca të jenë absolutisht të pranishme (të qarta). Evidenca mbarë-botërore është gjithsesi e mjaftueshme dhe ofron një bazë solide për formulimin e politikave për të adresuar përcaktuesit shoqëror të shëndetit në të gjitha vendet dhe rajonet e botës.

BIBLIOGRAFIA

- Whitehead M. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, eds. Inequalities in health: the Black report and the health divide. 2nd ed. London: Penguin Books; 1992.
- Wilkinson RG. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London, New York: Routledge; 1996.
- Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health. An international perspective. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press; 2005.

- Berkman L, Kawachi I. Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA; 2000.
- Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies. Oxford University Press, Oxford; 2014.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford; 1992.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005;365:1099-104.
- European Committee for Health Promotion Development. Reducing inequalities in health – proposals for health promotion policy and action. Consensus statement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. In: Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations. Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J, eds. Ann NY Acad Sci 1999;896:3-15.
- Marmot M, Bobak M, Davey Smith G. Explanations for social inequalities in health. In: Society and Health. Amick BC, Levine S, Tarlov A, Walsh DC, eds. New York: Oxford University Press; 1995:172-210.
- Davey Smith G, Blane D, Bartley M. Explanations for socio-economic differentials in mortality evidence from Britain and elsewhere. Eur J Public Health 1994;4:131-44.
- Haan MN, Kaplan GA, Syme SL. Old observations and new thoughts. In: Pathways to health: The role of social factors. Bunker JP, Gomby DS, Kehler BH, eds. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 1989.
- Wilkinson RG. Class and Health: Research and Longitudinal Data. London: Tavistock Publications; 1986.
- Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? Soc Sci Med 1997;44:723-46.
- Hertzman C. Population health and human development. In: Developmental Health and the Wealth of Nations. Keating DP, Hertzman C, eds. New York: The Guilford Press; 1999:21-40.
- Umberson D. Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. J Health Soc Behav 1987;28:306-19.
- Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health: the decade in review. J Marriage Fam 1990;52:1059-78.

- Davey Smith G, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *Br Med J* 1990; 301: 373-7.
- Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States. *N Engl J Med* 1993;329:103-9.
- Sigerist HE. *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press; 1941.
- Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health. Report*. London: The Stationary Office; 1998.
- Renaud M. The future: hygeia versus panakeia? In: *Why some people are healthy and others not? The determinants of health of populations*. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
- Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:120-30.
- Kawachi I, Levine S, Miller M, Lasch K, Amick B. *Income inequality and life expectancy: Theory, research, and policy. Society and Health Working Paper Series No. 94-2*; Boston: Harvard School of Public Health; 1994.

PABARAZITË NË TË ARDHURA DHE SHËNDETI

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Familiarizohen me konceptin dhe domethënien e pabarazive në të ardhurat materiale mes nën-grupeve dhe kategorive të ndryshme të popullatës brenda vendit, si dhe pabarazitë e të ardhurave mes shteteve të ndryshme;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e pabarazive në të ardhurat ekonomike dhe gjendjes shëndetësore të popullatës;
- Vlerësojnë gradientin e barrës së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë që i atribuohet pabarazive në të ardhurat ekonomike mes shtresave të ndryshme të popullatës brenda të njëjtit vend (shtet), si dhe ndryshimet mes popullatave të vendeve (shteteve) të ndryshme.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Pabarazitë e të ardhurave** – përgjithësisht, koncepti i pabarazive të të ardhurave materiale i referohet shpërndarjes së pa barabartë të të mirave materiale tek individët dhe familjet kontribuese në një sistem ekonomik të caktuar, të identifikuar në bazë komuniteti, rajoni ose shteti.
- Pabarazitë e të ardhurave materiale shpeshherë ilustrohen (shprehën) përmes përqindjes së të ardhurave që i përkasin një përqindjeje të caktuar të popullatës.

Pabarazitë e të Ardhurave

- P.sh., një statistikë mund të paraqesë që rreth 70% e të ardhurave në një shtet kontrollohet ose zotërohet nga 20% e banorëve (popullatës) së atij vendi.
- Pabarazitë e të ardhurave shpeshherë lidhen (shoqërohen) me idenë dhe parimin e *drejtësisë shoqërore*. Shumica e njerëzve në botë e konsiderojnë si të padrejtë faktin që të pasurit kanë në zotërim një përqindje shumë më të lartë të të mirave materiale në krahasim me shumicën dërrmuese të popullatës.

Pabarazitë e të Ardhurave

- Shkaqet e pabarazive të të ardhurave materiale ndryshojnë shumë sipas vendeve (shteteve) të ndryshme, rajoneve, gjinisë, nivelit të edukimit dhe shtresës shoqërore të individëve të grupeve ose kategorive të ndryshme të popullatës.
- Duhet theksuar se ekonomistët ndahen në qëndrimet e tyre lidhur me implikimet e pabarazive të të ardhurave materiale në zhvillimin e shoqërisë njerëzore.

KONCEPTE BAZË (II)

- **Pabarazitë shëndetësore** – i referohen dallimeve midis njerëzve ose grupeve të individëve për shkak të faktorëve social, gjeografik, biologjik, ose faktorëve të tjerë.
- Pabarazitë shëndetësore mund të përkufizohen si pabarazi të *treguesve shëndetësorë* (indiktorët e sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë), ose pabarazi të *përcaktorëve shëndetësorë* përfshi faktorët mjedisorë dhe sidomos faktorët e lidhur me stilin/mënyrën e jetesës (duhanpirja, konsumi i alkoolit, përdorimi i drogave, sjelljet dhe praktikat seksuale, faktorët e ushqyerjes, aktiviteti fizik, etj.).

Pabarazitë Shëndetësore

- Në praktikë, një rëndësi shumë të madhe merr dallimi mes pabarazive shëndetësore të lidhura me karakteristikat dhe faktorët social-demografikë si mosha, gjinia, niveli i edukimit (arsimimi), gjendja e punësimit, profesioni, niveli ekonomik, shtresa shoqërore, strehimi, kushtet e banimit, etj. Këto pabarazi të lidhura me kontekstin social-ekonomik konsiderohen si të *padrejta* dhe plotësisht të *shmangshme*.
- Nga ana tjetër, barazitë shëndetësore i referohen shpërndarjes së drejtë (uniforme) të përcaktorëve shëndetësorë, pasojave shëndetësore dhe burimeve (resurseve) në dispozicion mes grupeve apo kategorive të ndryshme të popullatës, pavarësisht nga pozita shoqërore ose niveli social-ekonomik.

Pabarazitë Shëndetësore

- Nga kjo pikëpamje, barazitë shëndetësore janë një qëllim dhe standard i dëshirueshëm për të formuluar dhe formëzuar përpjekjet dhe programet që synojnë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të nën-grupeve apo kategorive të popullatës që kanë disavantazhe social-ekonomike (të konsideruara edhe si grupe të marginalizuara, ose kategori vulnerabël të popullatës).
- Autorët të cilët preferojnë masat e pabarazisë në shpërndarjen e një variabli shëndetësor kritikojnë masat që vlerësojnë dallimet shëndetësore ndërmjet kategorive të ndryshme ose vlerave të një karakteristike social-ekonomike, sepse ato përfshijnë një vlerësim *moral (etik)*. Sipas mendimit të disa autorëve, supozohet se këto dallime ose pabarazi në shëndet janë pabarazi të *padrejta*.

Pabarazitë Shëndetësore

- Megjithatë disa autorë përdorin termin “pabarazitë shoqërore në shëndetësi” për t’iu referuar pabarazive shëndetësore, është e vështirë të klasifikohen dallimet shoqërore si premisa të qarta dhe shkaktarë bindës të pabarazive shëndetësore. Mangësitë në njohuritë tona janë shpesh pengesë për përcaktimin e kauzalitetit (shkakësisë).
- Përveç këtyre argumenteve, duhet theksuar se konsiderimi i pabarazive shëndetësore nuk është një çështje edhe aq shkencore, sesa e kushtëzuar nga kriteret etike dhe prioritetet politike të një vendi apo shoqërie të caktuar.

Pabarazitë Shëndetësore

- Gjithsesi, në tërësi, pranohej gjerësisht se pabarazitë shëndetësore të lidhura me kontekstin social-ekonomik janë shoqërisht të *padrejta* dhe të *papranueshme*, fakt i cili duhet të merret në konsideratë dhe duhet të adresohet përmes programeve specifike të targetuara drejt zbutjes dhe reduktimit të pabarazive shëndetësore që janë evidente në popullsitë e të gjitha vendeve të botës.

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Arsimimi (niveli i edukimit) është një faktor i mirënjohur që ndikon në pabarazitë në shoqëri.
- Disa grupe social-ekonomike të popullatës nuk kanë qasje (akses) në arsim (edukim) cilësor p.sh. në Shtetet e Bashkuara, veçanërisht në nivelin e shkollës së mesme.
- Nga ana tjetër, në vendet Evropiane që ofrojnë arsim të mesëm me cilësi të lartë, ka shumë më pak pabarazi në të ardhurat ekonomike.

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Konkurrenca dhe talenti i ndryshëm individual krijojnë një ndarje pagash dhe të ardhurash materiale dhe ky është një fenomen i pashmangshëm në shoqëritë kapitaliste (që kanë përqafuar ekonominë e tregut).
- Ka shumë më tepër konkurrencë dhe nevojë për talente menaxheriale me kualitetin të lartë dhe aftësi drejtuese të kompanive të mëdha të biznesit, fakt i cili ka bërë që pagat për drejtuesit më të lartë të jenë shumë herë më të larta në krahasim me pagat në nivelet e tjera të këtyre kompanive, ose në sektorët e tjerë të ekonomisë.
- Në këtë mënyrë, aktualisht po thellohen diferencat e pagave, shpërblimeve dhe bonusëve të tjera mes personave që paguhen shumë dhe pjesës tjetër të popullatës me paga "normale".

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Kështu, pagat shumë të ndryshme luajnë një rol të madh në thellimin e pabarazive materiale në të gjitha shoqëritë dhe në shumicën e shteteve të botës.
- Duhet theksuar se të ardhurat mesatare për punëtorët në shumicën e ekonomive të tregut në botë janë pothuajse stabile që nga viti 2007, ndërsa pagesat, kompensimi dhe shpërblimet për funksionet dhe pozicionet e larta ekzekutive (drejtues dhe menaxheriale) janë rritur jashtëzakonisht shumë në shumicën e vendeve (shteteve) të botës.
- Ndikimi dhe roli gjithnjë e më i zbehtë i sindikatave të punës ka çuar gjithashtu në mos-rritje sinjifikative të pagave për punëtorët e mesëm në shumicën e vendeve.

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Rritja e kërkesës për punëtorë me kualifikim të lartë shton gradualisht dhe zgjeron akoma më shumë hendekun e pagave mes individëve të ndryshëm. Kompanitë kudo në botë po investojnë aktualisht më shumë në zhvillimin e fuqisë punëtore të kualifikuar, duke rritur pagat vetëm për punëtorët me kualifikime të larta. Kjo çon në automatizimin gradual të funksioneve që kërkojnë punëtorë me aftësi të ulëta (me pak kualifikim), duke mos rritur në këtë mënyrë pagat për këtë kategori punëtorësh me kualifikime modeste.
- Diferencat në shëndetin dhe jetëgjatësinë e individëve sipas statusit social-ekonomik (SES) dhe sipas natyrës së marrëdhënieve shoqërore janë identifikuar në një numër të madh studimesh, disa nga të cilët datojnë që nga vitet e largëta 1800.

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Më shumë se shumica e fushave kërkimore-shkencore, kjo fushë studimore ka angazhuar në mënyrë aktive hulumtuesit (studjuesit) nga shumë disiplina, duke përfshirë sociologjinë, psikologjinë, ekonominë, demografinë, epidemiologjinë, biologjinë dhe mjekësinë.
- Studjuesit kanë zbuluar se, me pak përjashtime, personat me status më të lartë social-ekonomik dhe personat që janë më të integruar në shoqëri, përjetojnë norma (nivele) më të ulta morbiditeti (sëmundshmërie) dhe mortaliteti (vdekshmërie) sesa homologët e tyre përkatës (me status social-ekonomik të ulët).

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Dëshmitë dhe të dhënat ndërkombëtare tregojnë një shpërndarje të pabarabartë të shëndetit dhe sëmundjes, duke favorizuar individët dhe grupet në pozita me përparësi shoqërore, nëse ky pozicion shoqëror matet me të ardhurat, arsimin, profesionin ose tregues të tjerë që përcaktojnë statusin social-ekonomik.
- Këto lidhje (shoqërime) janë identifikuar në kohë dhe vende të ndryshme, si dhe gjini dhe grup-mosha të ndryshme.
- Për më tepër, këto pabarazi në shëndetësi janë të dukshme për një varg të gjerë ndryshorësh (parametrash, ose rezultatesh), siç janë shëndeti i vetë-perceptuar, shumica e sëmundjeve, aftësia e kufizuar (invaliditeti), treguesit e vdekshmërisë, ose mirëqenia psikologjike.

Faktorët Kontribues të Pabarazive

- Këto rezultate janë evidente edhe për madhësi alternative të pozicionit social, siç janë të ardhurat, indekset e tjera të pasurisë, arsimimit, profesionit, nivelit të integritetit shoqëror, si dhe statusit martesor (gjendjes civile).
- Madhësia apo magnituda e dallimeve është e konsiderueshme, pra jo e parëndësishme. Për shembull, normat (nivelet) e vdekshmërisë zakonisht janë dy ose trefish më të mëdha për njerëzit e shtresave të ulëta shoqërore dhe ky konstatim është i vlefshëm për shumicën e vendeve të botës, pavarësisht nga stadi dhe niveli i zhvillimit social-ekonomik i shoqërisë në tërësi.
- Nga ana tjetër, jetëgjatësia e pritshme është pesë vjet më e ulët për punëtorët e pakualifikuar sesa për profesionistët. Gjithashtu, ekziston një hendek prej nëntë deri në dymbëdhjetë vjet në jetëgjatësinë e shëndetshme (vite jetë në aftësi ose shëndet të plotë) mes njerëzve të varfër dhe atyre të pasur.

Shpjegimet e pabarazive në shëndetësi

- Janë propozuar tri kategori shpjegimesh për modelet e vëzhguara në vende të ndryshme të botës.
- Një grup hipotezash ka të bëjë me një sërë mekanizmesh shkaktarë përmes të cilave statusi social-ekonomik dhe marrëdhëniet shoqërore mund të ndikojnë në gjendjen shëndetësore dhe rrezikun e vdekjes.
- Një lloj tjetër shpjegimi, nganjëherë i referuar si “përzgjedhje” (ose, “shkaku i kundërt”), i referohet një sërë shtigjesh ku individët e sëmurë mund të pësojnë ulje në pozicionin e tyre shoqëror ose të bëhen më të izoluar shoqërisht si pasojë e statusit apo gjendjes së tyre shëndetësore të pafavorshme.

Shpjegimet e pabarazive në shëndetësi

- Një shpjegim i tretë, më pak bindës në fakt, përfshin mekanizmat arte-faktuale, siç është gabimi i matjes ose vleresimit të pasojave shëndetësore dhe/ose faktorëve social-ekonomikë që pretendohet se influencojnë dhe shpjegojnë pabarazitë shëndetësore në popullatë.
- Konsensusi midis hulumtuesve nga disiplina të ndryshme është se dallimet e vërejtura në shëndetësi janë të shpjeguara kryesisht (edhe pse jo tërësisht) nga një grup kompleks i proceseve shkakësore, më shumë sesa me anë të përzgjedhjes apo mekanizmave arti-faktuale.

Shpjegimet e pabarazive në shëndetësi

- Sa i përket statusit social-ekonomik dhe shëndetit, pretendimi është se, megjithëse ka disa dëshmi të lëvizjes sociale në rënie mes individëve në shëndet të dobët, ky proces i përzgjedhjes bën vetëm një kontribut të vogël në lidhjen e përgjithshme midis statusit social-ekonomik dhe një game të gjerë treguesish shëndetësorë.

Shpjegimet e pabarazive në shëndetësi

- Në mënyrë të ngjashme, shkencëtarët dhe studjuesit kanë argumentuar se proceset e përzgjedhjes kanë një ndikim të papërfillshëm në diferencat e vëzhguara të shëndetit në mbështetjen sociale, integrimin social dhe statusin martesor (gjendjen civile).

Shpjegimet e pabarazive në shëndetësi

- Mekanizmat e arte-fakteve (p.sh., gabimet e matjes, si pabarazitë në regjistrim, problemet e numëruesit dhe/ose emëruesit, siç janë mospërputhjet në raportet midis regjistrimit dhe të dhënave të regjistrimit, ose masat e papërshtatshme të vdekshmërisë ose statusi social-ekonomik) gjithashtu nuk konsiderohen si shpjegime të fuqishme për lidhjet (shoqërimet) e vëzhguara mes profilit/statusit të ulët social-ekonomik dhe treguesve të pafavorshëm shëndetësorë përfshi nivelin e lartë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Marrëdhënia e varfërisë me shëndetin jo të mirë ka qenë e njohur për shekuj, dhe puna klasike e historianëve mjekësorë si Sigerist-i përshkruan evolucionin e kësaj lidhjeje. Kështu, Sigerist-i përshkruan linjat kryesore të mendimit të shekullit të tetëmbëdhjetë, kur aktivistët si Johann Peter Frank e njohën varfërinë si një shkak kryesor të sëmundjes dhe mbështetën një funksion të oficerëve (nëpunësve) të shëndetit publik.
- Revolucioni industrial theksoi kushtet e tmerrshme të jetesës dhe gjendjes shëndetësore të të varfërve dhe çoi në qasjet utilitare të reformatoreve si Chadwick drejt përmirësimit të shëndetit të të varfërve në shekullin e nëntëmbëdhjetë.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Është e përshtatshme këtu të theksohet roli i një prej heronjve mjekësorë, Rudolf Virchow, parimet dhe puna e të cilit imponoi lëvizje të rëndësishme në reformat shëndetësore në shumë vende duke lënë një trashëgimi të jashtëzakonshme në aspektin e sigurimeve shoqërore që përfshin edhe përfitimet shëndetësore.
- Virchow hetoi një shpërthim të etheve relapuese (rekurrente) në Silezi dhe arriti në përfundimin se shkaqet ishin, në thelb, shoqërore. Sipas Sigerist-it, ai (Virchow) rekomandoi prosperitet, arsim dhe liri, të cilat mund të zhvillohen vetëm në bazë të demokracisë së plotë dhe të pakufizuar.
- Pothuajse çdo vend në botë ka të dhëna që tregojnë dallimet në rezultatet e shëndetit. Përkundër kësaj, hulumtuesit i referohen shpesh Mbretërisë së Bashkuar ku ka një traditë prej më shumë se 160 vjet tashmë të mbledhjes dhe analizimit të të dhënave shëndetësore.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Përshkrimi politikisht më efektiv i gradientëve social-ekonomik dhe i vdekshmërisë pas Luftës së Dytë Botërore ishte i ashtuquajturit Raporti i Black-ut, i botuar fillimisht në vitin 1978 në Mbretërinë e Bashkuar. Rezultatet e këtij raporti treguan qartë dhe bindshëm një gradient të vazhdueshëm dhe konsistent social për pothuajse të gjitha shkaqet e vdekshmërisë.
- Ishte një punë thelbësore dhe voluminoze për kohën lidhur me adresimin e pabarazive në shëndetësi dhe politikat e nevojshme për promovimin dhe rikthimin (restaurimin) e shëndetit për të gjithë popullatën. Edhe pse raporti i Black-ut shkaktoi pak reagime pozitive vendore në atë kohë, ai raport ishte dhe vazhdon të jetë akoma stimuluese për debate shkencore dhe kërkime në arenën ndërkombëtare mbi pabarazitë e rezultateve shëndetësore dhe mjetet dhe instrumentet adekuate për t'i adresuar ato.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Kohët e fundit, një tjetër studim mbi pabarazitë në shëndetësi në Mbretërinë e Bashkuar është kryer dhe gjetjet janë botuar në atë që njihet si Raporti i Acheson, sipas Sir Donald Acheson. Raporti dokumenton pabarazitë e vazhdueshme në shëndetësi dhe thekson se për shumë tregues të shëndetit, pabarazitë ose kanë mbetur të njëjta ose janë zgjeruar (theksuar) në dekadat e fundit.
- Raporti adopton ose përshtat “modelin social-ekonomik të shëndetit dhe pabarazitë e tij” dhe përcakton që kapaciteti i sjelljes personale dhe stilit të jetesës së individëve për të ndikuar në shëndetin ndryshon ndjeshëm nga ndikimet shoqërore dhe komunitare në të cilat vepron një individ i caktuar.
- Përveç kësaj, ekziston një gamë e gjerë e kushteve të jetesës dhe të punës që mund të ndikojnë pozitivisht ose negativisht në rezultatet (treguesit) shëndetësor.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Të dhënat mbarë-botërore tregojnë qartë ndikimin e klasës (shtresës) sociale në shëndet. Përkundër kritikave të formulimit të klasave shoqërore, tani ekziston një dëshmi dhe evidencë e madhe dhe e mjaftueshme e ndikimit të hierarkisë sociale në shëndet.
- Në punën e tij klasike: *“Pse disa njerëz janë të shëndetshëm dhe disa të tjerë nuk janë të tillë”*, Renaud bën një deklaratë më definitive: sa më ulët/poshtë që të gjendet në hierarkinë sociale një individ (ashtu siç përcaktohet nga puna, banesa, arsimi, të ardhurat ose çfarëdo faktori tjetër social-ekonomik), aq më i vogël është probabiliteti i tij/saj për të patur shëndet të mirë dhe jetëgjatësi të lartë. Kjo është një dukuri shumë e shpeshtë dhe e përhapur në të gjitha vëzhgimet dhe studimet e bëra në historinë e shëndetit publik.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Fakti që rezultatet (treguesit) e shëndetit janë në një masë të madhe të përcaktuar nga shoqëria jep shpresë se këto kushte sociale, nëse ndryshohen, mund të çojnë në përmirësimin e shëndetit.
- Raporti i Acheson vëren se, në mënyrë që të zvogëlohen pabarazitë shëndetësore, duhet të ndërmerren hapa të mëtijshëm për të reduktuar pabarazitë në të ardhura dhe për të përmirësuar standardet e jetesës të familjeve të varfëra.
- Ky rekomandim është jashtëzakonisht i saktë dhe i vlefshëm sepse trajton si aspektin e diferencës (ndryshimit) në të ardhura mes individëve (varfëria relative), ashtu edhe nivelin absolut të të ardhurave (që është i lidhur në mënyrë direkte me nivelin e varfërisë së individëve).

Pabarazitë në Shëndetësi

- Ka pasur shpesh debate nëse është shpërndarja e të ardhurave (indeks relativ) apo varfëria (tregues absolut) faktori që ka ndikimin më të madh në shëndet. Përgjigjja është se, dominimi i njërit ose tjetrit faktor varet shumë nga gjendja ekonomike e popullsisë së ekzaminuar/studiuar.
- Ekziston një lidhje e qartë mes marrëdhënieve shoqërore dhe kapitalit shoqëror, ashtu siç është shqyrtuar nga autori I. Kawachi. Kawachi dhe kolegët e tij i përshkruajnë qartë dy qasjet në situatat ekonomike të lidhura me shëndetin jo të mirë.
- Së pari, fokusi është mbi varfërinë absolute, me nevojën që shprehet kaq shpesh aktualisht për të eliminuar ose për të zhdukur varfërinë. Këto shprehje të huazuara nga imazhi i kontrollit dhe çrrënjësjes së sëmundjes, ndonëse tërheqëse si slogane, zakonisht nuk janë të dobishme në terma operacionale apo praktikë.

Pabarazitë në Shëndetësi

- Fokusi tjetër është në deprivimin relativ, ku është dallimi në të ardhurat midis grupeve ndoshta në çdo nivel të pasurisë që është një përcaktues kryesor i rezultatit (treguesit) shëndetësor.
- Është e rëndësishme për ta bërë këtë diferencim sa më qartë në praktikë. Varfëria ndikon në aftësinë e individit për të ruajtur shëndetin e tij (ose për të përmirësuar shëndetin e tij) dhe për më tepër ndikon në mjedisin shoqëror që vetë do të ndikojë në shëndetin individual.
- Deprivimi relativ ose, në shprehjen e tij të vlerësimit të përgjithshëm, shpërndarja e gabuar e të ardhurave nuk është një karakteristikë individuale, por është më shumë një aspekt strukturor i shoqërisë ose grupit në të cilin individit duhet të funksionojë.

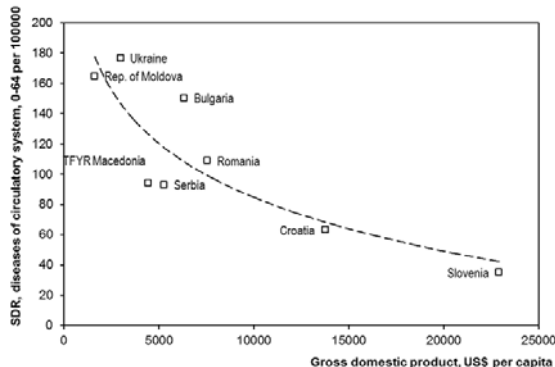
Pabarazitë në Shëndetësi

- Nuk është vetëm deprivimi absolut që është i rëndësishëm. Siç ka provuar puna e suksesshme e Wilkinson-it, pabarazia e të ardhurave ka një ndikim njësoj dhe nganjëherë më të fuqishëm në rezultatet e tilla shëndetësore si niveli u vdekshmërisë foshnjore dhe jetëgjatësia e pritshme.
- Veçanërisht në vendet e zhvilluara dhe më të pasura, është shpërndarja e të ardhurave dhe jo treguesit individualë të pasurisë, siç janë produkti i brendshëm bruto (GDP) për frymë, të cilat janë të rëndësishme.

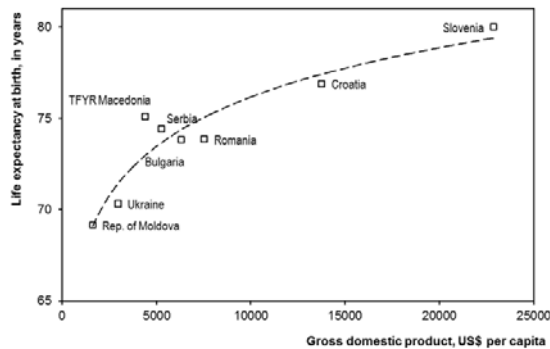
Pabarazitë në Evropën Juglindore

- Në përputhje të plotë me konsideratat e mësipërme dhe eksperiencat e vendeve të industrializuara, një tendencë në rënie eksponenciale e vdekshmërisë së standardizuar nga sëmundjet kardiovaskulare (më saktë, sëmundjet e aparatit të qarkullimit) e shoqëruar me rritjen e GDP-së mund të vërehet në vendet e Evropës Juglindore.

Niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet e aparatit të qarkullimit dhe GDP në vendet e Evropës Juglindore në vitin 2010 (Burimi: OBSH/Europë, Databaza: HFA)



Jetëgjatësia e pritshme në lindje dhe GDP në vendet e Evropës Juglindore në vitin 2010 (Burimi: OBSH/Europë, Databaza: HFA)



PËRFUNDIME

- Ekzistojnë dëshmi të qëndrueshme dhe konsistente në të gjithë botën që njerëzit me një disavantazh social-ekonomik vuajnë një barrë më të rëndë të sëmundjeve dhe kanë një shkallë (nivel) më të lartë të vdekshmërisë se sa homologët e tyre me nivel më të mirë social-ekonomik.
- Shkenca dhe teknologjia ka sjellë përmirësime shumë të mëdha në mirëqenien njerëzore në mbarë botën, siç dëshmohet nga kontributet që ka bërë për të zgjatur jetëgjatësinë dhe cilësinë e jetës për njerëzit në shumë vende përgjatë shekullit të kaluar, por përfitimet e hulumtimeve (studimeve) moderne shëndetësore nuk janë ndarë në mënyrë të barabartë.

PËRFUNDIME

- Gjysma e vdekjeve të parakohshme në botë mund të parandalohet me ndërhyrje të thjeshta dhe shumë kosto-efektive. Por akoma nuk dihet se si të bëhen këto ndërhyrje më gjerësisht të disponueshme për njerëzit që kanë nevojë për to në të gjitha shtetet dhe vendet e botës. Rreziqet që çojnë në sëmundje kronike kontribuojnë në pabarazitë shëndetësore që lidhen me klasën (shtresën) sociale në vendet e zhvilluara, dhe gjithnjë e më shumë edhe në vendet në zhvillim.
- Ekziston nevoja për hulumtuesit (studjuesit) që të përqendrohen në pabarazitë në shëndetësi për të identifikuar se cilat ndërhyrje dhe politika do të kenë ndikimin më të theksuar në reduktimin e pabarazive të lidhura me klasat (shtresat) sociale dhe të angazhohen në zhvillimin e qasjeve të promovimit të shëndetit që në mënyrë eksplicite targetojnë reduktimin e pabarazive shëndetësore.
- Objektivat e OBSH-së të Rajonit Evropian janë qartazi shumë ambicioze, dhe mund të mos jenë realiste

PËRFUNDIME

- Sidoqoftë, këto objektiva kanë një fokus të qartë mbi politikat e duhura shëndetësore dhe nxisin monitorimin e ndryshimeve sasiore gjatë gjithë kohës për pabarazitë social-ekonomike në shëndetësi, gjë që është thelbësore për të vlerësuar efektet e ndërhyrjeve dhe të politikave shëndetësore.
- Kjo strategji, megjithatë, do të funksionojë vetëm nëse mund të gjenden mënyrat e duhura për të përcaktuar “madhësinë” e pabarazive social-ekonomike në shëndetësi.

PËRFUNDIME

- Megjithatë, pavarësisht se nuk duhet të formulojmë politika në mungesë të evidencës ose argumenteve për t’i mbështetur ato, ne nuk duhet të “paralizohemi” në mosveprim ndërsa presim që provat ose evidenca të jenë absolutisht të pranishme (të qarta).
- Evidenca mbarë-botërore është gjithsesi e mjaftueshme dhe ofron një bazë solide për formulimin e politikave për të adresuar përcaktuesit shoqëror të shëndetit në të gjitha vendet dhe rajonet e botës.

TEMA: Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë të gjendje:

- Të familiarizohen me nocionet dhe konceptet kryesore të lidhura me pabarazitë racore dhe etnike në shëndet;
- Të ndërgjegjësohen dhe të kuptojnë lidhjen e ngushtë mes gjendjes shëndetësore dhe grupeve të ndryshme etnike dhe racore;
- Të kuptojnë impaktin e pabarazive racore dhe etnike mbi barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë.

PËRKUFIZIME

Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet – termi “pabarazi shëndetësore” nënkupton një ndryshim sipas të cilit grupet e disavantazhuara (vulnerabël) përfshi të varfërit, minoritetet etnike, apo raciale, femrat, apo edhe kategori të tjera të popullatës, pësojnë në mënyrë konstante (të vazhdueshme) një disavantazh social ose diskriminim sistematik duke manifestuar një gjendje shëndetësore më të keqe, një prevalencë më të lartë të shumë sëmundjeve, prevalencë më të lartë të faktorëve përkatës të riskut (determinantëve shëndetësorë), si dhe akses më të ulët dhe vështirësi më të mëdha në marrjen e shërbimeve shëndetësore në rast nevojë.

Kuptimi i rolit dhe i ndikimit të etnicitetit dhe racës në aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore mund të ofrojë një informacion shumë të vlefshëm për politikë-bërësit dhe vendim-marrësit në mënyrë që të merren masat e duhura për të zbutur këto diferenca sociale. Qëllimi final do të ishte shmangia apo eliminimi i arsyeve bazë të këtyre pabarazive, e cila duhet bërë përmes një analize të detajuar të profilit social-ekonomik të popullatës.

Llojet e pabarazive shëndetësore – pabarazitë racore dhe etnike në shëndet mund të jenë pabarazi në *aksesin* ndaj shërbimeve shëndetësore, ose pabarazi në *cilësinë* e shërbimeve shëndetësore të ofruara. Pabarazitë në aksesin ndaj shërbimeve mund të lidhen me statusin e sigurimeve shëndetësore që mund të jetë i ndryshëm në grupe etnike dhe racore të ndryshëm, apo në barriera të tjera të lidhura p.sh., me gjuhën, kulturën, distancën (largësinë) e qendrave apo institucioneve shëndetësore, etj. Pabarazitë lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore mund të lidhen gjithashtu me ndryshimet në skemat e sigurimit shëndetësor mes grupeve të ndryshme etnike dhe racore, por edhe me stigmën dhe paragjykimet e personelit shëndetësor mbi kategori të caktuara, grupe etnike, apo minoritete të popullatës.

Konsiderata të përgjithshme

Pabarazitë racore dhe etnike në gjendjen shëndetësore dhe në aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore vazhdojnë të jenë një sfidë e madhe në shumë vende përfshi sidomos Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA).

Pabarazitë shëndetësore të lidhura me ndryshimet racore dhe etnike jo vetëm që ndikojnë në ndryshimet drastike të treguesve shëndetësorë mes grupeve të ndryshme të popullatës, por edhe ndikojnë më vonë në rritjen marramendëse të kostos së shërbimeve shëndetësore.

Në SHBA, janë ndërmarrë shumë iniciativa për të zbutur pabarazitë racore dhe etnike të lidhura me gjendjen shëndetësore, si dhe aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore të grupeve të ndryshme të popullatës.

Në mënyrë të veçantë, miratimi i Aktit të Shërbimeve të Përbalueshme (ASHP) kishte si qëllim reduktimin dhe zbutjen e pabarazive etnike dhe racore në treguesit e gjendjes shëndetësore dhe në shërbimet shëndetësore mes kategorive të ndryshme të popullatës në SHBA.

Në çdo rast, një hap i rëndësishëm për të adresuar pabarazitë racore dhe etnike në shëndet është dokumentimi efektiv dhe në kohën e duhur i këtyre pabarazive shëndetësore.

Identifikimi dhe dokumentimi shkencor i pabarazive të tilla ofron informacionin e nevojshëm bazë për të hartuar ndërhyrje specifike dhe konkrete për zbutjen e pabarazive shëndetësore, si dhe për të monitoruar (për të ndjekur në vazhdimësi) dhe për të vlerësuar progresin e mundshëm në të ardhmen.

P.sh., në SHBA, ASHP-ja nënkupton mbledhjen e detyrueshme të informacionit në nivel federal lidhur me karakteristika të tilla si raca, etniciteti, gjinia, gjuha amtare, si dhe invaliditeti (i mundshëm). Gjithsesi, ka një hendek në informacionin e grumbulluar në mënyrë rutinë, sidomos përsa i takon disa nën-grupeve apo kategorive etnike dhe racore specifike.

Pavarësisht nga mungesat apo hendeqet e mundshme në informacion, përpjekje të vazhdueshme dhe energjike duhet të bëhen në ato vende në të cilat ka diferenca dhe pabarazi të theksuara shëndetësore të lidhura me racën apo grupet etnike të ndryshme të popullatave përkatëse.

Përpjekje intensive duhen ndërmarrë për të dokumentuar saktë ndryshimet në profilin e vdekshmërisë, sëmundshmërisë, aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore, dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore mes grupeve të ndryshme të popullatës të identifikuar nga ndryshimet racore dhe etnike mes tyre.

Disa fakte kryesore lidhur me pabarazitë racore dhe etnike në SHBA

Në rastet kur të dhënat janë në dispozicion, në SHBA mundësohet krahasimi i gjashtë grupeve (kategorive) të popullatës: raca e Bardhë, Aziatikët, Hispanikët, Zezakët, Indianët e Amerikës dhe të Alaskës, dhe banorët e Pacifikut.

Krahasimet mes këtyre gjashtë kategorive/grupeve etnike dhe racore të popullatës në SHBA dëshmojnë faktet e mëposhtme:

- ***Më shumë se katër në dhjetë individë (41%) të moshave të reja ose të mesme në SHBA janë të varfër si pasojë e ngjyrës së lëkurës.***

Në disa zona të SHBA-së, sidomos në Jug të vendit, ka pabarazi shumë të theksuara. Në tërësi, njerëzit me ngjyrë janë përgjithësisht më të rinj në moshë në krahasim me individët e racës së Bardhë dhe kanë gjithashtu një përqindje më të lartë të emigrantëve.

Individët me ngjyrë janë përgjithësisht më të varfër se personat e racës së Bardhë dhe kanë një prevalencë më të lartë të nivelit ekonomik nën kufirin minimal të varfërisë të përcaktuar në rang kombëtar.

- ***Njerëzit me ngjyrë kanë akses më të kufizuar ndaj shërbimeve shëndetësore dhe kanë një përdorim më të ulët të shërbimeve shëndetësore.***

Në SHBA, Aziatikët, Hispanikët, Zezakët dhe Indianët e Amerikës kanë barriera më të mëdha për të aksesuar shërbimet shëndetësore në krahasim me individët e racës së Bardhë.

Në të njëjtën mënyrë, individët me ngjyrë kanë një nivel përdorimi sinjifikativisht më të ulët të shërbimeve shëndetësore në krahasim me personat e racës së Bardhë.

- ***Zezakët dhe Indianët e Amerikës kanë tregues më të këqinj shëndetësorë në krahasim me individët e racës së Bardhë.***

Nga ana tjetër, rezultatet për kategorinë e popullatës Hispanike janë komplekse dhe nuk mundësojnë një krahasim të drejtpërdrejtë me racën e Bardhë. Megjithatë, edhe Hispanikët duket që të kenë një profil sëmundshmërie më të lartë në krahasim me personat e racës së Bardhë.

Në mënyrë interesante, Aziatikët në tërësi kanë tregues më të favorshëm shëndetësorë në krahasim me personat e racës së Bardhë, por duhet theksuar se një krahasim i tillë në nivel bruto maskon diferenca (ndryshime) të mëdha mes kategorive të ndryshme të popullatës Aziatike në SHBA.

- ***Pavarësisht nga përfitimet e arritura nga ASHP-ja, popullata adulte Zezake, Hispanike dhe Indianët e Amerikës vazhdon të ketë një mbulesë shumë më të pakët me sigurime shëndetësore në krahasim me popullatën e racës së Bardhë.***

Në tërësi, individët me ngjyrë përbëjnë më shumë se gjysmën (55%) e totalit prej 32.3 milion adultëve (personave jo të moshuar) që janë të pasiguruar në SHBA.

Duhet theksuar se ekzistojnë shumë ndryshime të rëndësishme në disa karakteristika etnike dhe racore të personave adultë të cilat ndikojnë në përzgjedhshmërinë e tyre për të përfituar ose jo nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Prandaj, këto karakteristika racore dhe etnike duhen adresuar me forcë dhe në mënyrë energjike në mënyrë që të reduktohen dhe të zbuten pabarazitë shëndetësore të lidhura me ndryshimet racore dhe etnike të popullatës.

Në tërësi, të gjitha këto të dhëna dëshmojnë se, në SHBA, njerëzit me ngjyrë vazhdojnë të përballen me pabarazi të theksuara lidhur me aksesin dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore, fakt i cili reflektohet në mënyrë të pashmangshme në treguesit më të lartë të vdekshmërisë, sëmundshmërisë, si dhe në prevalencën më të lartë të shumë faktorëve madhorë të riskut përfshi karakteristikat e lidhura me stilin/mënyrën e jetesës (si duhanpirja, konsumi i ekzagjeruar i alkoolit, përdorimi i drogave, faktorët e ushqyerjes, jeta sedentare, ose mbipesha dhe obeziteti).

Nga ana tjetër, pavarësisht psërpjekjeve të lavdërueshme të ASHP-së për të forcuar dhe zgjeruar informacionin dhe të dhënat në dispozicion lidhur me evidentimin e pabarazive racore dhe etnike, akoma ka një mungesë të të dhënave të sakta lidhur me disa kategori, nën-grupe, apo minoritete etnike specifike.

Prandaj, në të ardhmen, duhen bërë përpjekje maksimale për të gjeneruar informacion të vlefshëm për të gjitha grupet etnike dhe minoritetet sado të vogla, ai parakusht themelor për të adresur më pas në mënyrë racionale dhe të bazuar në evidencë pabarazitë shëndetësore të pranishme.

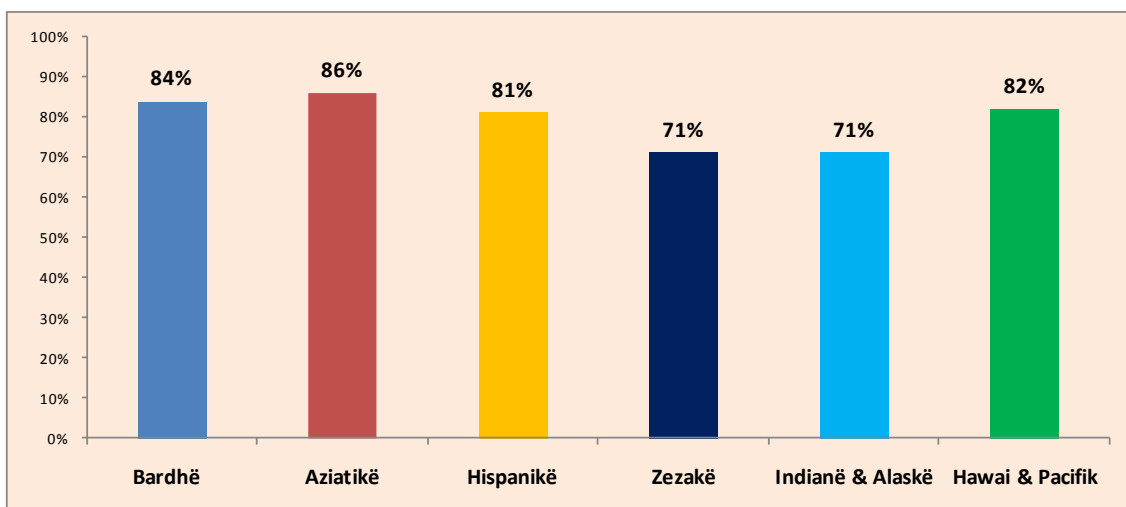
Të dhëna konkrete për ndryshimet racore dhe etnike në SHBA

Në këtë seksion do të përshkruhen në mënyrë më specifike, duke pasqyruar me shifra konkrete disa ndryshime kryesore mes gjashtë grupeve etnike dhe racore në SHBA.

Grafiku 1 paraqet shpërndarjen e përqindjes së individëve të punësuar me kohë të plotë sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014. Ashtu sikurse evidentohet qartë në këtë grafik, përqindja e punësimit me kohë të plotë të individëve Zezakë dhe Indianëve të Amerikës & banorëve të Alaskës (71% për të dyja

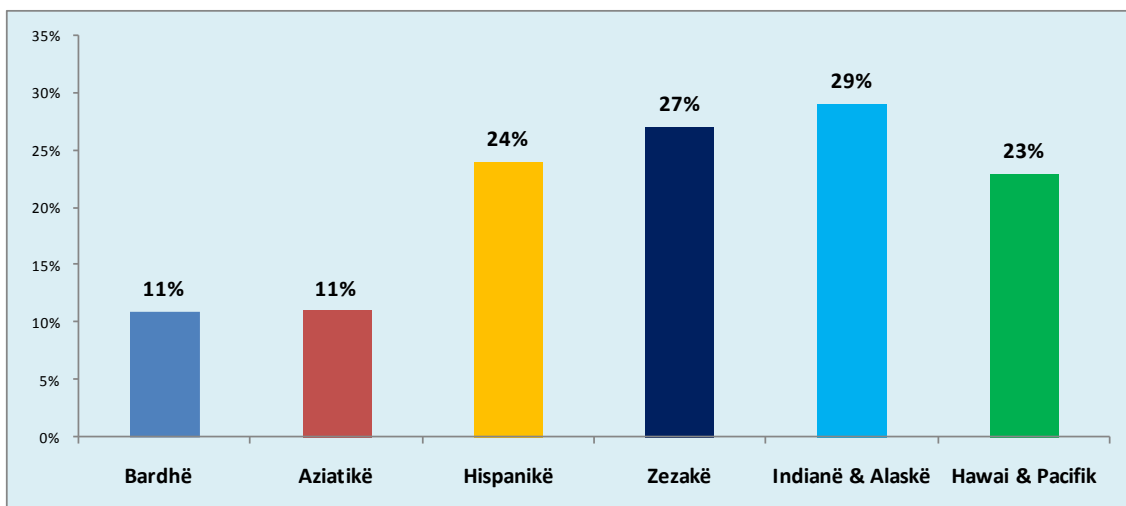
grupet) është më e ulët në krahasim me personat e racës së Bardhë (84%) dhe individët Aziatikë (86%).

Grafiku 1. Përqindja e individëve të punësuar me kohë të plotë sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA në vitin 2014 (Artiga S, 2016)



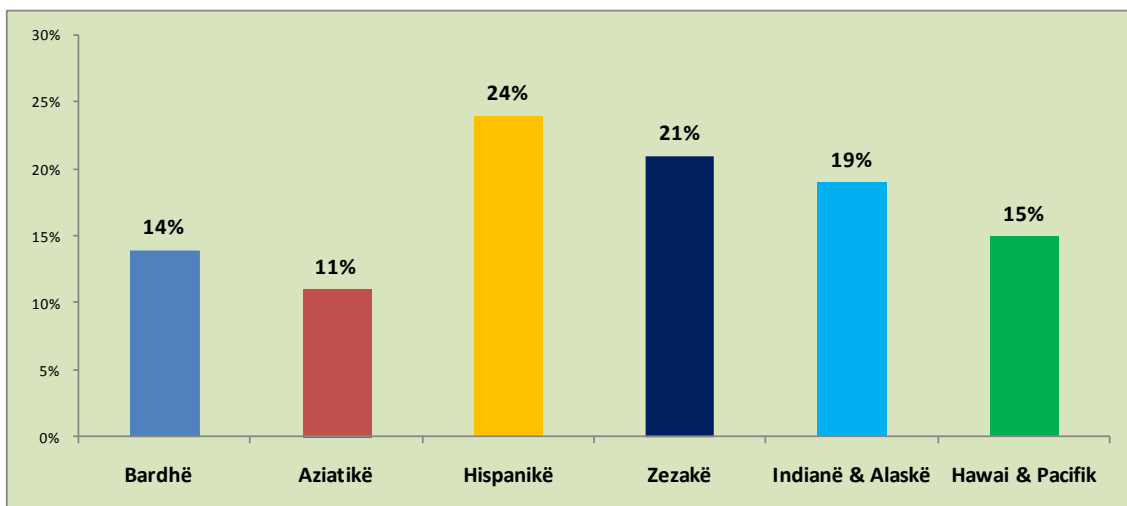
Nga ana tjetër, Grafiku 2 paraqet shpërndarjen e nivelit të varfërisë sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014. Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, prevalenca më e lartë e vërfërisë është tek Indianët e Amerikës & banorët e Alaskës (29%) dhe tek Zezakët (27%), ndërsa prevalenca më e ulët e varfërisë është tek personat e racës së Bardhë dhe tek Aziatikët (11% në të dy grupet).

Grafiku 2. Përqindja e individëve nën kufirin e varfërisë sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA në vitin 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



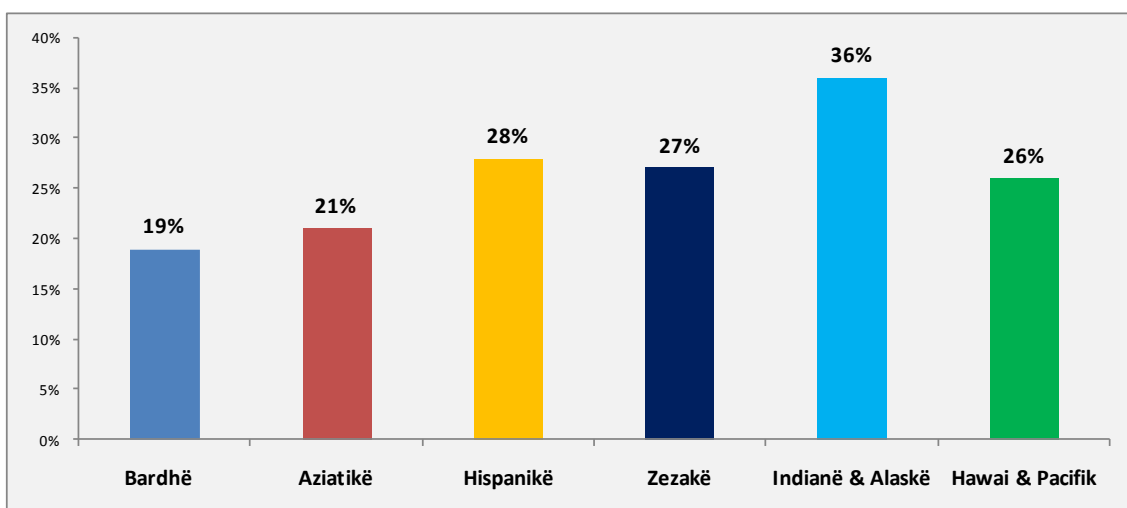
Grafiku 3 paraqet përqindjen e individëve që nuk kanë patur mundësi të takonin mjekun e tyre të familjes në rast nevojë gjatë vitit të fundit, sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014. Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e lartë është evidente tek popullata Hispanike (24%), Zezakët (21%) dhe tek Indianët e Amerikës & banorët e Alaskës (19%), ndërsa përqindja më e ulët është tek personat Aziatikë (11%) dhe ato te racës së Bardhë (14%).

Grafiku 3. Përqindja e individëve që nuk kanë patur mundësi të takonin mjekun e familjes në rast nevojë gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Nga ana tjetër, Grafiku 4 paraqet përqindjen e individëve që e kanë shtyrë marrjen e ndihmës mjekësore për arsye jo financiare sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014.

Grafiku 4. Përqindja e individëve që e shtynë marrjen e ndihmës mjekësore për arsye jo financiare sipas gjashtë grupeve kryesore racore/etnike në SHBA, 2014

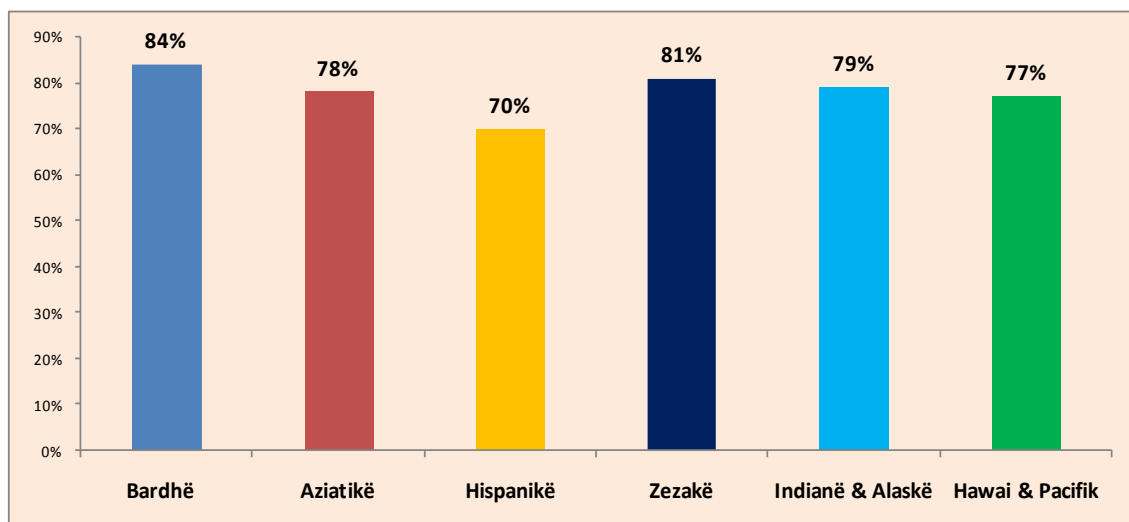


Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e lartë e individëve që e kanë shtyrë marrjen e ndihmës mjekësore për arsye jo financiare është tek Indianët e Amerikës & banorët e Alaskës (36%), popullata Hispanike (28%) dhe tek Zezakët (27%), ndërsa përqindja më e ulët është tek personat e racës së Bardhë (19%) dhe tek Aziatikët (21%).

Grafiku 5 paraqet përqindjen e individëve që kanë kryer së paku një vizitë shëndetësore gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014.

Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e ulët e individëve që kanë kryer së paku një vizitë shëndetësore gjatë vitit të fundit është tek popullata Hispanike (70%), ndërsa përqindja më e lartë është tek personat e racës së Bardhë (84%).

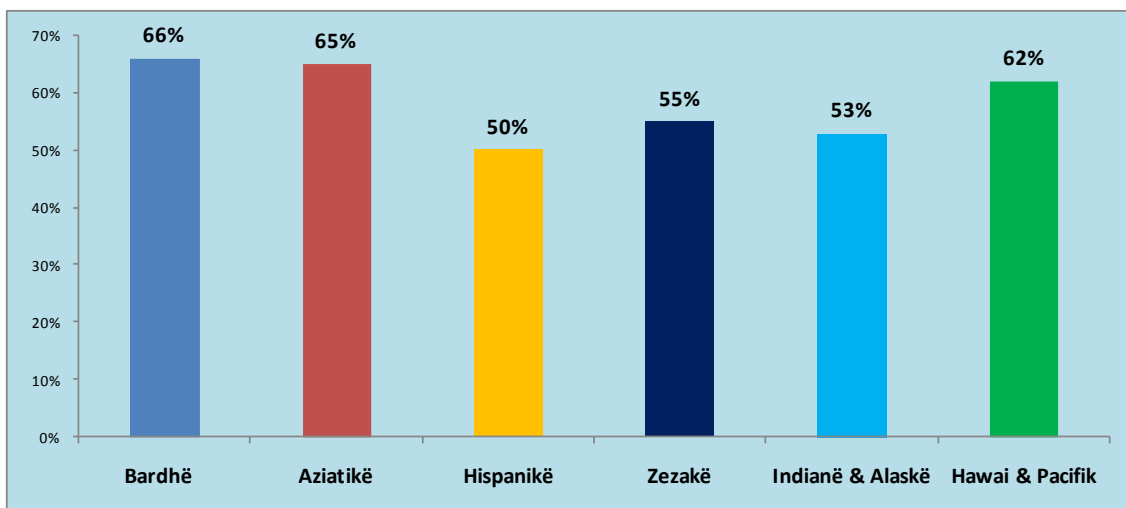
Grafiku 5. Përqindja e individëve që kanë kryer së paku një vizitë shëndetësore gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Grafiku 6 paraqet përqindjen e individëve që kanë kryer së paku një vizitë tek dentisti gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014.

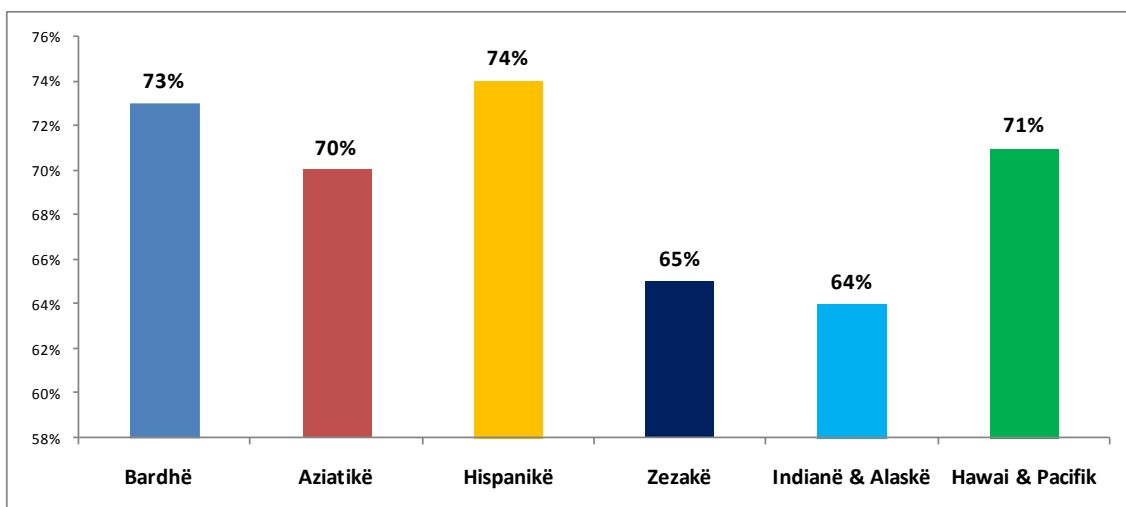
Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e ulët e individëve që kanë kryer së paku një vizitë tek dentisti gjatë vitit të fundit është tek popullata Hispanike (50%) dhe tek Zezakët (55%), ndërsa përqindja më e lartë është tek personat e racës së Bardhë (66%) dhe tek Aziatikët.

Grafiku 6. Përqindja e individëve që kanë kryer së paku një vizitë tek dentisti gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Grafiku 7 paraqet prevalencën e vaksinimit tek fëmijët sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014. Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, prevalenca më e ulët e vaksinimit tek fëmijët është tek Indianët e Amerikës & banorët e Alaskës (64%) dhe tek Zezakët (65%), ndërsa prevalenca më e lartë e vaksinimit është tek Hispanikët (74%) dhe tek personat e racës së Bardhë (73%).

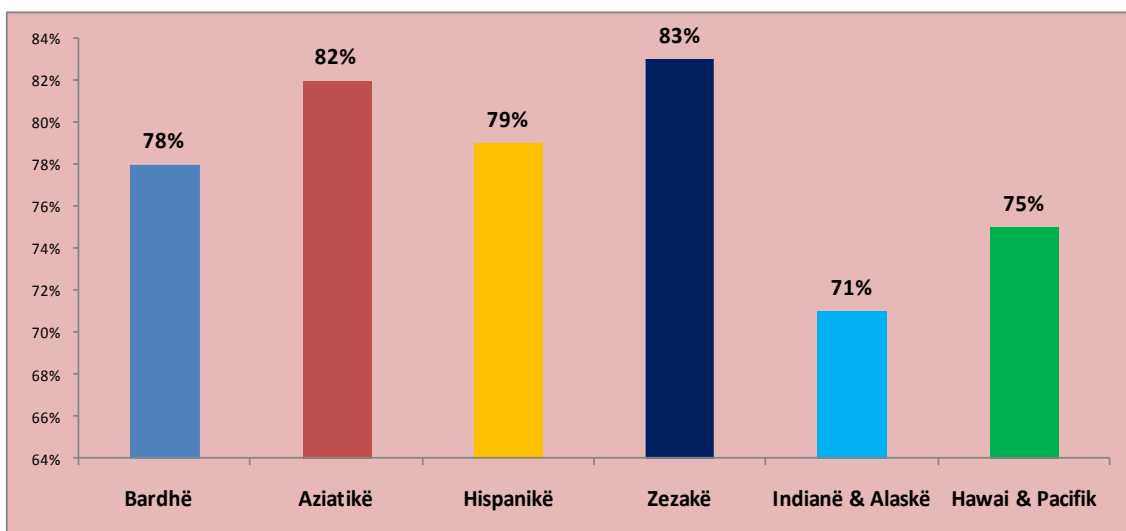
Grafiku 7. Prevalenca e vaksinimit të fëmijëve sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Nga ana tjetër, Grafiku 8 paraqet përqindjen e femrave që i janë nënshtruar ekzaminimit të mamografisë gjatë dy viteve të fundit sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014.

Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e ulët e femrave që i janë nënshtruar mamografisë është tek Indianët e Amerikës & banorët e Alaskës (71%), ndërsa përqindja më e lartë e femrave që i janë nënshtruar mamografisë është tek Zezakët (83%).

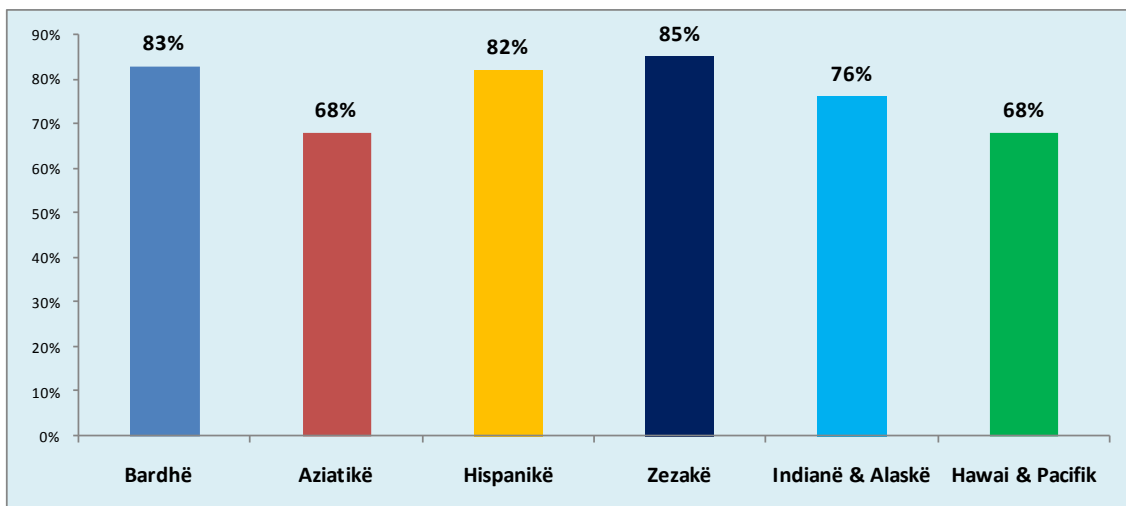
Grafiku 8. Përqindja e femrave që i janë nënshtruar ekzaminimit të mamografisë gjatë dy viteve të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Së fundi, Grafiku 9 paraqet përqindjen e femrave që i janë nënshtruar gjatë tre viteve të fundit Pap-testit si instrument depistimi (zbulimi të hershëm) për kancerin e qafës së mitrës, sipas gjashtë grupeve (kategorive) kryesore etnike dhe racore në SHBA në vitin 2014.

Ashtu sikurse paraqitet në këtë grafik, përqindja më e ulët e femrave që i janë nënshtruar Pap-testit është tek popullata Aziatike dhe banorët e Paqësorit (68% në të dy grupet), ndërsa përqindja më e lartë e femrave që i janë nënshtruar Pap-testit është tek Zezakët (83%) dhe popullata e Bardhë (83%).

Grafiku 9. Përqindja e femrave që i janë nështruar Pap-testit gjatë tre viteve të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014
(burimi: Artiga S, 2016)



Konkluzione

Si përfundim, pabarazitë etnike dhe racore të treguesve shëndetësorë dhe pabarazitë në aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore janë një nga sfidat kryesore në shumicën e vendeve të botës, përfshi sidomos edhe vendin më të industrializuar që është SHBA-ja.

Në mënyrë konsistente, evidenca mbarë-botërore dëshmon për një eksces të nivelit të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë, si dhe një prevalencë më të lartë të faktorëve të rrezikut në disa grupe etnike dhe raca të caktuara, që konsiderohen edhe si kategori të marginalizuara, vulnerabël, ose të disavantazuara nga pikëpamja social-ekonomike.

Në mënyrë të ngjashme, këto grupe etnike dhe raca të disavantazuara kanë një akses më të kufizuar dhe gjithashtu marrin shërbime shëndetësore më pak cilësore.

Një nga hapat kryesorë fillestarë për adresimin efektiv të pabarazive raciale dhe etnike është dokumentimi i saktë dhe rigoroz i treguesve të ndryshëm shëndetësorë mes grupeve të popullatës.

Të dhënat e përftuara në këtë mënyrë do të mundësojnë adresimin racional dhe të bazuar në evidencë të pabarazive raciale dhe etnike. Gjithashtu, informacioni i grumbulluar mundëson edhe vlerësimin e efektivitetit dhe efijencës së programeve dhe aktiviteteve ndërhyrëse që synojnë zbutjen e pabarazive raciale dhe etnike.

BIBLIOGRAFIA

- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press; 2005.
- Berkman L, Kawachi I. Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA; 2000.
- Artiga S, et al. (Kaiser Family Foundation). Key Facts on Health and Health Care by Race and Ethnicity; June 2016.
- Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race and Health in Multi-cultural Societies. Oxford University Press, Oxford; 2014.
- Asada Y. Health Inequality: Morality and Measurement. Toronto: University of Toronto Press; 2007.
- Booske BC, AMK Rohan, DA Kindig, PL Remington. Grading and Reporting Health and Health Disparities. Preventing Chronic Disease 2010;7(1):A16.
- Cameron MN, P Fines, R Wilkins, MC Wolfson. In-come Disparities in Health-Adjusted Life Expectancy for Canadian Adults, 1991 to 2001. Health Reports 2009;20(4):1–10.
- Fleurbaey M, E Schokkaert. Unfair Inequalities in Health and Health Care. Journal of Health Economics 2009;28(1):73–90.
- Fleurbaey M, E Schokkaert. Equity in Health and Health Care. In Handbook of Health Economics, 2011; Vol. 2, ed. M.V. Pauly, T.G. McGuire, and P.P. Barros, 1003–92. Waltham, MA: North Holland.
- Mackenbach, J.P., V. Bos, O. Andersen, M. Cardano, G. Costa, S. Harding, A. Reid, O. Hemstrom, T. Valkonen, and A.E. Kunst. Widening Socioeconomic Inequalities in Mortality in Six Western European Countries. International Journal of Epidemiology 2003;32(5):830–37.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, and M. Lindelow. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: World Bank; 2007.
- Truman, B.I., C.K. Smith, K. Roy, Z. Chen, R. Moonesinghe, J. Zhu, C. Gorway Crawford, and S. Zaza. Rationale for Regular Reporting on Health Disparities and Inequalities—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, Supplement 2011;60(01):3–10.
- Wagstaff, A., P. Paci, and E. van Doorslaer. On the Measurement of Inequalities in Health. Social Science & Medicine 1991; 33(5): 545–57.

PABARAZITË RACORE DHE ETNIKE NË SHËNDET

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Të familiarizohen me nocionet dhe konceptet kryesore të lidhura me pabarazitë racore dhe etnike në shëndet;
- Të ndërgjegjësohen dhe të kuptojnë lidhjen e ngushtë mes gjendjes shëndetësore dhe grupimeve të ndryshme etnike dhe racore;
- Të kuptojnë impaktin e pabarazive racore dhe etnike mbi barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në popullatë.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Pabarazitë racore dhe etnike në shëndet** – termi “pabarazi shëndetësore” nënkupton një ndryshim sipas të cilit grupet e disavantazuara (vulnerabël) përfshi të varfërit, minoritetet etnike, apo raciale, femrat, apo edhe kategori të tjera të popullatës, pësojnë në mënyrë konstante (të vazhdueshme) një disavantazh social ose diskriminim sistematik duke manifestuar një gjendje shëndetësore më të keqe, një prevalencë më të lartë të shumë sëmundjeve, prevalencë më të lartë të faktorëve përkatës të riskut (determinantëve shëndetësorë), si dhe akses më të ulët dhe vështirësi më të mëdha në marrjen e shërbimeve shëndetësore në rast nevojë.

KONCEPTE BAZË (I)

- Kuptimi i rolit dhe i ndikimit të etnicitetit dhe racës në aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore mund të ofrojë një informacion shumë të vlefshëm për politikë-bërësit dhe vendim-marrësit në mënyrë që të merren masat e duhura për të zbutur këto diferenca sociale.
- Qëllimi final do të ishte shmangia apo eliminimi i arsyeve bazë të këtyre pabarazive, e cila duhet bërë përmes një analize të detajuar të profilit social-ekonomik të popullatës.

KONCEPTE BAZË (II)

- **Llojet e pabarazive shëndetësore** – pabarazitë racore dhe etnike në shëndet mund të jenë pabarazi në *aksesin* ndaj shërbimeve shëndetësore, ose pabarazi në *cilësinë* e shërbimeve shëndetësore të ofruara.
- Pabarazitë në aksesin ndaj shërbimeve mund të lidhen me statusin e sigurimeve shëndetësore që mund të jetë i ndryshëm në grupe etnike dhe racore të ndryshëm, apo në barriera të tjera të lidhura p.sh., me gjuhën, kulturën, distancën (largësinë) e qendrave apo institucioneve shëndetësore, etj.

KONCEPTE BAZË (II)

- Pabarazitë lidhur me cilësinë e shërbimeve shëndetësore mund të lidhen gjithashtu me ndryshimet në skemat e sigurimit shëndetësor mes grupeve të ndryshme etnike dhe racore, por edhe me stigmën dhe paragjykimet e personelit shëndetësor mbi kategori të caktuara, grupe etnike, apo minoritete të popullatës.

Pabarazitë Etnike dhe Racore

- Pabarazitë racore dhe etnike në gjendjen shëndetësore dhe në aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore vazhdojnë të jenë një sfidë e madhe në shumë vende përfshi sidomos Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA).
- Pabarazitë shëndetësore të lidhura me ndryshimet racore dhe etnike jo vetëm që ndikojnë në ndryshimet drastike të treguesve shëndetësorë mes grupeve të ndryshme të popullatës, por edhe ndikojnë më vonë në rritjen marramendëse të kostos së shërbimeve shëndetësore.

Pabarazitë Etnike dhe Racore

- Në SHBA, janë ndërmarrë shumë iniciativa për të zbutur pabarazitë racore dhe etnike të lidhura me gjendjen shëndetësore, si dhe aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore të grupeve të ndryshme të popullatës.
- Në çdo rast, një hap i rëndësishëm për të adresuar pabarazitë racore dhe etnike në shëndet është dokumentimi efektiv dhe në kohën e duhur i këtyre pabarazive shëndetësore.

Pabarazitë Etnike dhe Racore

- Identifikimi dhe dokumentimi shkencor i pabarazive të tilla ofron informacionin e nevojshëm bazë për të hartuar ndërhyrje specifike dhe konkrete për zbutjen e pabarazive shëndetësore, si dhe për të monitoruar (për të ndjekur në vazhdimësi) dhe për të vlerësuar progresin e mundshëm në të ardhmen.

Pabarazitë Etnike dhe Racore

- Pavarësisht nga mungesat apo hendeqet e mundshme në informacion, përpjekje të vazhdueshme dhe energjike duhet të bëhen në ato vende në të cilat ka diferenca dhe pabarazi të theksuara shëndetësore të lidhura me racën apo grupet etnike të ndryshme të popullatave përkatëse.
- Përpjekje intensive duhen ndërmarrë për të dokumentuar saktë ndryshimet në profilin e vdekshmërisë, sëmundshmërisë, aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore, dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore mes grupeve të ndryshme të popullatës të identifikuar nga ndryshimet racore dhe etnike mes tyre.

Të Dhëna nga SHBA

- Në rastet kur të dhënat janë në dispozicion, në SHBA mundësohet krahasimi i gjashtë grupeve (kategorive) të popullatës:
 - raca e Bardhë,
 - Aziatikët,
 - Hispanikët,
 - Zezakët,
 - Indianët e Amerikës dhe të Alaskës, dhe
 - banorët e Pacifikut.

Të Dhëna nga SHBA

- ***Më shumë se katër në dhjetë individë (41%) të moshave të reja ose të mesme në SHBA janë të varfër si pasojë e ngjyrës së lëkurës.***
- Në disa zona të SHBA-së, sidomos në Jug të vendit, ka pabarazi shumë të theksuara. Në tërësi, njerëzit me ngjyrë janë përgjithësisht më të rinj në moshë në krahasim me individët e racës së Bardhë dhe kanë gjithashtu një përqindje më të lartë të emigrantëve.
- Individët me ngjyrë janë përgjithësisht më të varfër se personat e racës së Bardhë dhe kanë një prevalencë më të lartë të nivelit ekonomik nën kufirin minimal të varfërisë të përcaktuar në rang kombëtar.

Të Dhëna nga SHBA

- ***Njerëzit me ngjyrë kanë akses më të kufizuar ndaj shërbimeve shëndetësore dhe kanë një përdorim më të ulët të shërbimeve shëndetësore.***
- Në SHBA, Aziatikët, Hispanikët, Zezakët dhe Indianët e Amerikës kanë barriera më të mëdha për të aksesuar shërbimet shëndetësore në krahasim me individët e racës së Bardhë.
- Në të njëjtën mënyrë, individët me ngjyrë kanë një nivel përdorimi sinjifikativisht më të ulët të shërbimeve shëndetësore në krahasim me personat e racës së Bardhë.

Të Dhëna nga SHBA

- ***Zezakët dhe Indianët e Amerikës kanë tregues më të këqinj shëndetësorë në krahasim me individët e racës së Bardhë.***
- Nga ana tjetër, rezultatet për kategorinë e popullatës Hispanike janë komplekse dhe nuk mundësojnë një krahasim të drejtpërdrejtë me racën e Bardhë. Megjithatë, edhe Hispanikët duket që të kenë një profil sëmundshmërie më të lartë në krahasim me personat e racës së Bardhë.
- Në mënyrë interesante, Aziatikët në tërësi kanë tregues më të favorshëm shëndetësorë në krahasim me personat e racës së Bardhë, por duhet theksuar se një krahasim i tillë në nivel bruto maskon diferenca (ndryshime) të mëdha mes kategorive të ndryshme të popullatës Aziatike në SHBA.

Të Dhëna nga SHBA

- ***Pavarësisht nga përfitimet e arritura nga ASHP-ja, popullata adulte Zezake, Hispanike dhe Indianët e Amerikës vazhdon të ketë një mbulesë shumë më të pakët me sigurime shëndetësore në krahasim me popullatën e racës së Bardhë.***
- Në tërësi, individët me ngjyrë përbëjnë më shumë se gjysmën (55%) e totalit prej 32.3 milion adultëve (personave jo të moshuar) që janë të pasiguruar në SHBA.
- Duhet theksuar se ekzistojnë shumë ndryshime të rëndësishme në disa karakteristika etnike dhe racore të personave adultë të cilat ndikojnë në përgjedhshmërinë e tyre për të përfituar ose jo nga skema e sigurimeve shëndetësore.
- Prandaj, këto karakteristika racore dhe etnike duhen adresuar me forcë dhe në mënyrë energjike në mënyrë që të reduktohen dhe të zbuten paparazitë shëndetësore të lidhura me ndryshimet racore dhe etnike të popullatës.

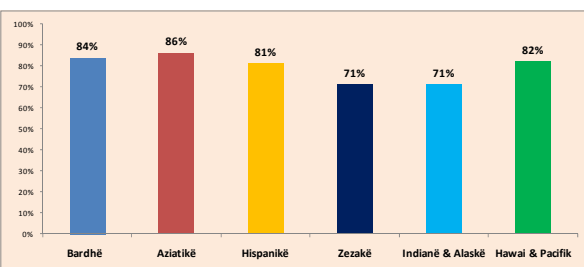
Të Dhëna nga SHBA

- Në tërësi, të gjitha këto të dhëna dëshmojnë se, në SHBA, njerëzit me ngjyrë vazhdojnë të përballen me pabarazi të theksuara lidhur me aksesin dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore, fakt i cili reflektohet në mënyrë të pashmangshme në treguesit më të lartë të vdekshmërisë, sëmundshmërisë, si dhe në prevalencën më të lartë të shumë faktorëve madhorë të riskut përfshi karakteristikat e lidhura me stilin/mënyrën e jetesës (si duhanpirja, konsumi i ekzagjeruar i alkoolit, përdorimi i drogave, faktorët e ushqyerjes, jeta sedentare, ose mbipesha dhe obeziteti).

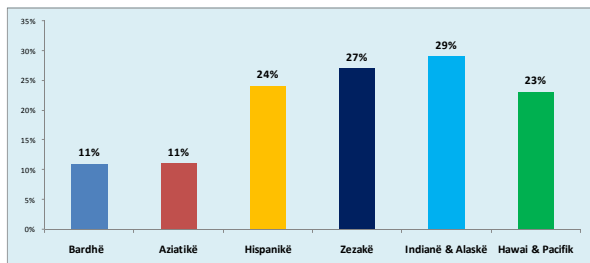
Të Dhëna nga SHBA

- Nga ana tjetër, pavarësisht përpjekjeve të lavdërueshme të ASHP-së për të forcuar dhe zgjeruar informacionin dhe të dhënat në dispozicion lidhur me evidentimin e pabarazive racore dhe etnike, akoma ka një mungesë të të dhënave të sakta lidhur me disa kategori, nën-grupe, apo minoritete etnike specifike.
- Prandaj, në të ardhmen, duhen bërë përpjekje maksimale për të gjeneruar informacion të vlefshëm për të gjitha grupet etnike dhe minoritetet sado të vogla, ai parakusht themelor për të adresur më pas në mënyrë racionale dhe të bazuar në evidencë pabarazitë shëndetësore të pranishme.

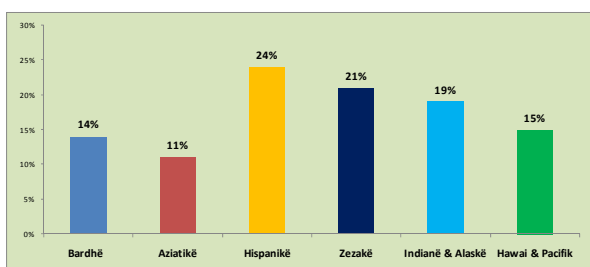
Përqindja e individëve të punësuar me kohë të plotë sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA në vitin 2014 (Artiga S, 2016)



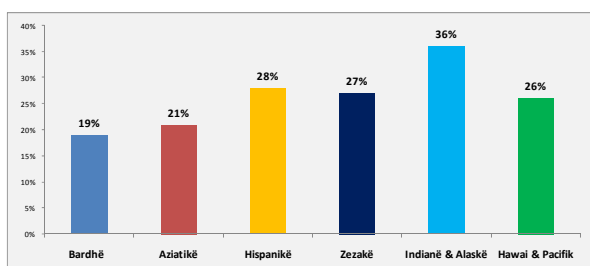
Përqindja e individëve nën kufirin e varfërisë sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA në vitin 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



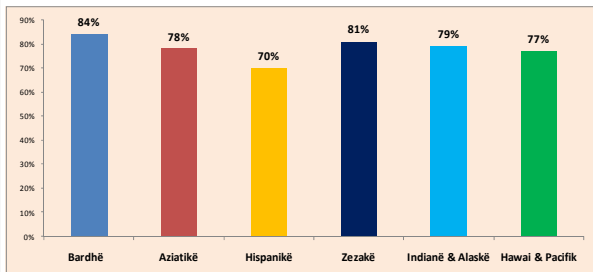
Përqindja e individëve që nuk kanë patur mundësi të takonin mjekun e familjes në rast nevojë gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



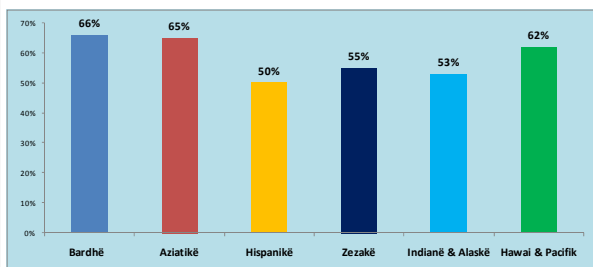
Përqindja e individëve që e shtynë marrjen e ndihmës mjekësore për arsye jo financiare sipas gjashtë grupeve kryesore racore/etnike në SHBA, 2014



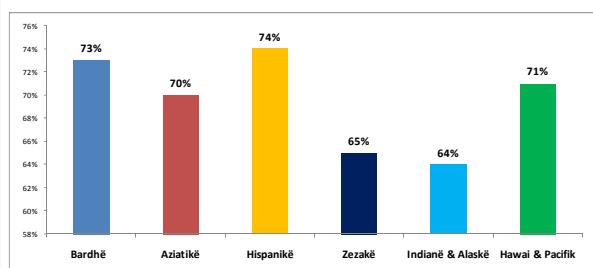
Përqindja e individëve që kanë kryer së paku një vizitë shëndetësore gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



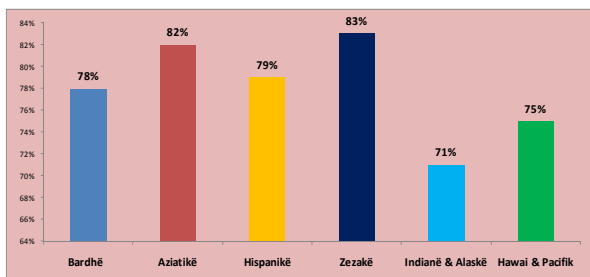
Përqindja e individëve që kanë kryer së paku një vizitë tek dentisti gjatë vitit të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



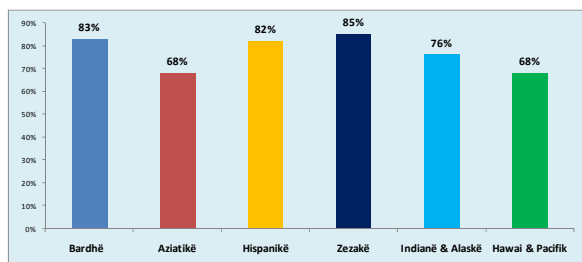
Prevalenca e vaksinimit të fëmijëve sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Përqindja e femrave që i janë nështruar ekzaminimit të mamografisë gjatë dy viteve të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



Përqindja e femrave që i janë nështruar Pap-testit gjatë tre viteve të fundit sipas gjashtë grupeve kryesore racore dhe etnike në SHBA, 2014 (burimi: Artiga S, 2016)



PËRFUNDIME

- Pabarazitë etnike dhe racore të treguesve shëndetësorë dhe pabarazitë në aksesin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore janë një nga sfidat kryesore në shumicën e vendeve të botës, përfshi sidomos edhe vendin më të industrializuar që është SHBA-ja.

PËRFUNDIME

- Në mënyrë konsistente, evidenca mbarë-botërore dëshmon për një eksces të nivelit të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë, si dhe një prevalencë më të lartë të faktorëve të rrezikut në disa grupe etnike dhe raca të caktuara, që konsiderohen edhe si kategori të marginalizuara, vulnerabël, ose të disavantazuara nga pikëpamja social-ekonomike.

PËRFUNDIME

- Në mënyrë të ngjashme, këto grupe etnike dhe raca të disavantazuara kanë një akses më të kufizuar dhe gjithashtu marrin shërbime shëndetësore më pak cilësore.
- Një nga hapat kryesorë fillestarë për adresimin efektiv të pabarazive raciale dhe etnike është dokumentimi i saktë dhe rigoroz i treguesve të ndryshëm shëndetësorë mes grupeve të popullatës.

PËRFUNDIME

- Të dhënat e përftuara në këtë mënyrë do të mundësojnë adresimin racional dhe të bazuar në evidencë të pabarazive raciale dhe etnike.
- Gjithashtu, informacioni i grumbulluar mundëson edhe vlerësimin e efektivitetit dhe efikasitetit të programeve dhe aktiviteteve ndërhyrëse që synojnë zbutjen e pabarazive raciale dhe etnike.

Tema: Kapitali social, kohezioni social dhe shëndeti

Kapitali social dhe shëndeti

Origjina dhe dimensionet e konceptit

Nga fundi i viteve 80, koncepti i kapitalit social bëhet element bazë i diskursit politik, megjithëse ky term është përdorur prej sociologëve apo ekonomistëve prej një shekulli. Kjo është një teori ndërdisiplinare e ndërtuar mbi një trashëgimi të pasur perëndimore të marrëdhënieve ndërnjerëzore dhe solidaritetit shoqëror. Në një mori punimesh dhe raportesh të dekadave të fundit janë nënvizuar faktet mbi mjedisin social si një determinant i shëndetit që mund ta dëmtojë apo ta promovojë atë përmes shumë mekanizmave. Ka një konsensus tashmë se kapitali social shërben si mediator i pavarur mes pabarazisë së të ardhurave dhe shëndetit.

Kapitali social shfaqet për herë të parë ndoshta në një libër në vitin 1916 nga Lyda Hanifan. Libri fokusohet mbi tema të tilla se si mund të punohet së bashku në lagje për të mbikëqyrur shkollat. Autorja nënvizonte “ato elemente të prekshme që vlejné më shumë në jetën e përditshme: vullneti i mirë, simpatia, anëtarësia, marrëdhëniet shoqërore mes individëve dhe familjeve, të cilët krijojnë një grup shoqëror”.

Një tjetër shkrim i hershëm interesant ka të bëjë me atë që quhet “Misteri i Rozetos”, ku analizohet ajo çka ka ndodhur me një komunitet emigrantësh. Roseto Valfortore është një fshat 150 km në jug të Romës. Në fund të shekullit të XIX shumë prej banorëve emigruan dhe krijuan një komunitet në Pensilvani. Ata vijuan të kultivojnë tokën si në Itali, ndërtuan kishën e fshatit, vijuan traditën e festivaleve pranverore dhe krijuan grupe vëllazërie. Vite më pas, një doktor i ri vëren në moshat nën 55 vjeç mungesën totale të sëmundjeve, të alkoolizmit, një shkallë shumë të ulët të krimit etj. Ruatja e shëndetit për një periudhë kohe iu dedikua kapitalit social të ruajtur apo krijuar prej komunitetit. Me kalimin e kohës, ndërkohë që gjithnjë e më shumë banorë të Rozetos largoheshin për punë e arsim dhe ktheheshin më vonë më të pasur, vlerat po ndryshonin dhe problemet u barazuan me zonën përreth.

Përkufizimi

Vështirë të jepet një përkufizim i vetëm që i kënaq të gjithë. Megjithatë përmbledhja në vijim shërben si një referencë; “Rrjetet dhe normat, vlerat e përbashkëta si dhe mirëkuptimi që lejon bashkëpunimin brenda një grupi individësh apo mes grupeve të ndryshme”. Kapitalin social e kanë përshkruar edhe si e kundërta e luftës civile. Ashtu sikurse të qenurit mirë (lumturia) është e kundërta e sëmundjes së rëndë mendore.

Elementet e mëposhtme do të ndihmonin për të përshkruar dimensionet e shumëfishta të kapitalit social: Mirëbesim, Njohje, Rreth shoqëror, Reciprocitet, Simpati, Empati, Anëtarësi, Vullnet i mirë, Vlera të përbashkëta. Në shqip termi “shtrat social” mund të ndihmonte për ta përshkruar konceptin.

Shikime të ndryshme mbi konceptin: Disa kërkues në librat e botuar kanë ofruar analiza origjinale dhe ndonjëherë të ndryshme prej njëra-tjetrës lidhur me kapitalin social, si dhe efektin e tij në shoqëri dhe në shëndet.

Coleman: Kapitali social sipas Coleman ka të bëjë me pritshmërinë për reciprocitet brenda grupeve shoqërore, ku ka nivele të larta besimi dhe vlerash të përbashkëta. Mendoni mbi reciprocitetin mes shokëve dhe sensin e sigurisë. Sipas tij, kapitali social përbën një të mirë publike nga e cila përfitojnë të gjithë ata që janë pjesë e një strukture, dhe si i tillë është një aset potencial për të paprivilegjuarit dhe jo thjesht një instrument privilegji.

Putnam: Putnam e sheh kapitalin social mbi të gjitha si një atribut të shoqërisë, dhe vlera e tij mbështetet mbi rrjetet sociale dhe normat e reciprocitetit apo të mirëbesimit që krijohen prej tyre. Ndryshimet në kapitalin social me kalimin e kohës i atribuohen ndryshimeve në strukturat shoqërore dhe jo ndikimeve individuale. Libri i tij i famshëm “Bowling alone” trajton ndryshimet sociale nga Amerika e viteve 50 në Amerikën e shekullit të ri. Boschma 33-vjeçar i ofron veshkën për transplant Lambertit 65-vjeçar, në një miqësi të rritur rreth klubit lokal të bowlingut.

Bourdieu: Ndryshe nga Coleman apo Putnam të cilët e shohin kapitalin social si një aset komunitar në pronësi të të gjithëve, Bourdieu nënvizon faktin se shumë nëngrupe në shoqëri për arsye të mungesës së kapitalit ekonomik apo arsimor/kulturor e kanë të vështirë të përfitojnë apo të përdorin kapitalin social. Theksohet fakti se si kapitali social riprodhohet në grupe të caktuara duke trashëguar pabarazitë. Disa persona në shoqëri mobilizojnë kapitalin e familjes së tyre, rrjetin shoqëror, njohjet, respektin, lidhjet (institucionale apo jo) e klubeve, të shkollave apo të shoqatave ku kanë bërë pjesë, në avantazhin e tyre.

Dy shkolla të shikimit të kapitalit social:

Shkolla e kohezionit social (ose komunitarizmi). Normat, besimi, mbështetja reciproke në komunitete të lidhura ngushtë. Kohezioni mund të prodhojë pasoja sociale beninje apo edhe të padëshirueshme (përfitim i barabartë nga të “mirët” dhe të “këqinjët”), dhe është një shikim që i bën kryesisht jehonë efekteve të shoqërisë tradicionale.

Shkolla apo teoria e rrjetit. Mbështetja me mjete të ndryshme, kanalet e informimit, kredibiliteti shoqëror, të gjitha si pasojë e rrjetit social individual. Me gjasë kjo shkollë ndryshe nga e para flet për kapitalin social si produkt i lidhur me shoqërinë moderne.

Mund të ketë teknika të ndryshme matjeje

	Niveli i analizës	
	Individual	Grup
Kapitali social si kohezion social	Perceptime individuale të besimit Pjesëmarrje individuale në shoqërinë civile	Agregim i përgjigjeve individuale në nivel grupi
Kapitali social si rrjet	Përfitime në burime Përfitime në pozicion	Analiza të rrjetit

Kategori apo komponentë të kapitalit social

Zbërthimi i konceptit bëhet me qëllim matjen dhe përdorimin në kërkim, dhe ndihmon në komunikimin e njohurive dhe veprimet/politikat e përbashkëta:

Lidhje: Kontakte brenda grupeve homogjene (tradicionale, etnike). Kapitali social i lidhjeve i referohet marrëdhënieve të ngushta mes anëtarëve të familjes, miqve të ngushtë të matur nga tregues të tillë si mbështetja e fortë sociale. Këto marrëdhënie formojnë një rrjet të ngushtë lidhjesh bazuar në një identitet shumë të ngjashëm social.

Ura: Kontakte brenda grupeve heterogjene. Kapitali social i kontakteve ka të bëjë me marrëdhëniet më të dobëta mes individëve që kanë një identitet social të qartë por pa lidhje etnike, fisnore, apo tradicionale, të tillë si fqinjët në një lagje, anëtarët e një klubi sporti, kolegët në një organizatë apo profesion.

Hierarki: Kapitali social i hierarkisë përdoret për të përshkruar marrëdhënie të karakterizuara nga diferenca në pushtet; punëdhënës/punëmarrës, qytetarë/qeveri etj.

Për të dalluar lidhjet kundrejt urave kujtojmë “Les Banlieus de Paris”. Lidhjet e forta tradicionale mes komuniteteve të emigranteve në periferitë e Parisit, ndërkohë që urat me shoqërinë moderne franceze ngelën të dobëta dhe çuan në degradimin e komuniteteve nga pikëpamje sociale dhe shëndetësore. Lidhjet mund të jenë të forta dhe mbështetja reciproke tradicionale mund të jetë e sigurt në komunitetet e emigrantëve, por dobësia e kontakteve apo e urave me shoqërinë më gjerë mund t’i mbajë këto grupe të marginalizuar kronikë.

Matja e kapitalit social

Dimensionet e kapitalit social mund të jenë konjitive apo subjektive, por mund të jenë edhe strukturore apo objektive. Të parat kanë të bëjnë me kohezionin social që mban së bashku rrjetet e individëve i matur nga tregues subjektivë si besimi, mbështetja sociale, perceptimi mbi korrupsionin, vlerësimi i komunitetit apo i fqinjëve etj. Të dytat lidhen me matjen objektive të aktiviteve dhe burimeve, të tilla si pjesëmarrja në aktivitete komunitare apo shoqërore, anëtarësia në një shoqatë, pjesëmarrja në votime, krimi në qytet, leximi i shtypit etj.

Kapitali social mund të zbërthehet në indikatorë numerikë dhe mund të matet. Më poshtë jepen disa tregues për matjen e tij në studime të ndryshme:

Objektive: Pjesëmarrja në shoqata joqeveritare (shoqata me natyrë agrare, të moshuar, kredi të vogla, mësues-prindër, familjarë të të sëmurëve, kujdestarë informalë, profesionalë dhe shërbimesh, kauza të ndryshme etj).

Konjitive: Besimi dhe aderenca ndaj normave. Pritshmëritë dhe përvojat e perceptuara nga individët.

Të tjera: Ndërrhyrjet dhe aksionet kolektive të ndërmarra pa nxitjen fillestare nga forca të jashtme si p.sh. qeveria.

Normat dhe vlerat e përbashkëta

Këto shërbejnë si elemente që ndërtojnë shtratin komunitar apo social, të cilat janë ngritur mbi traditën dhe që ndryshojnë në varësi të shoqërive. Normat janë të pashkruara dhe zakonisht askush nuk flet për to derisa ndonjë prej tyre të thyhet. P.sh. të rinjtë sulmojnë një të moshuar. Vlerat mund të jenë më të hapura për diskutim. P.sh. mbështetja për më të varfërit.

Sjellja individuale dhe investimi në kapitalin publik

Në disa eksperimente të kontrolluara sociale është provuar se, marrëdhëniet dhe besimi mes individëve ndikon në sjelljen e tyre. Një model i njohur në këtë fushë është eksperimenti i Anderson, ku individët e përfshirë në eksperiment ftohen të investojnë sipas vullnetit të tyre një sasi monetare duke ndryshuar kushtet e eksperimentit: a) Individët komunikojnë ose jo me njëritjetrin. b) Në eksperiment përfshihen individë të panjohur (free riders). c) Individët kanë sasi të barabarta ose jo në kapital fillestar. d) Individët janë në dijeni ose jo të pabarazive fillestare. Individët priren të investojnë më shumë në kapitalin publik në kushtet e besimit dhe të barazisë reciproke. Për rrjedhojë, në këto kushte janë të prirur të përfitojnë më shumë, ashtu si në “dilemën e të burgosurit”.

Kapitali social dhe shëndeti

Në një analizë të thjeshtë korrelacionale të dy komuniteteve në SHBA është vërejtur se është plotësisht e mundur që rritja më e madhe ekonomike të prodhojë më pak efekte pozitive në sjelljen shëndetësore, krahasuar me efektin e vërejtur kur rritet apo përmirësohet kapitali social. PCSI është një tregues që mat përfshirjen qytetare në aktivitete vullnetare. Ky tregues është rritur më shumë në komunitetin B krahasuar me atë A. Ndërkohë të ardhurat mesatare janë rritur më shumë në komunitetin A. Në tabelën e dytë vërehet se disa tregues të sjelljes shëndetësore, të tillë si vaksinimi kundër gripit, duhanpirja dhe mbipesha, janë përmirësuar dukshëm më shumë në komunitetin B krahasuar me atë A.

Ndryshimi në të ardhurat dhe indeksin e kapitalit social

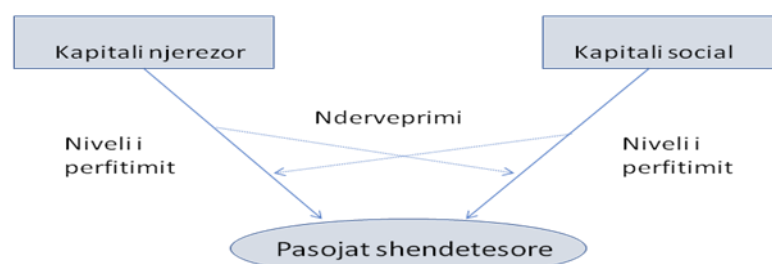
Area	PSCI (%)			Average annual household income		
	1998	2006	Change	1999	2007	Change
Community A Riverside and San Bernardino	0.52	0.56	0.04	USD 38 084	USD 45 881	USD 7 797
Community B San Francisco, Alameda, Contra Costa, Marin, San Mateo	0.86	0.95	0.10	USD 46 263	USD 50 664	USD 4 401

Ndryshimi në sjelljet shëndetësore

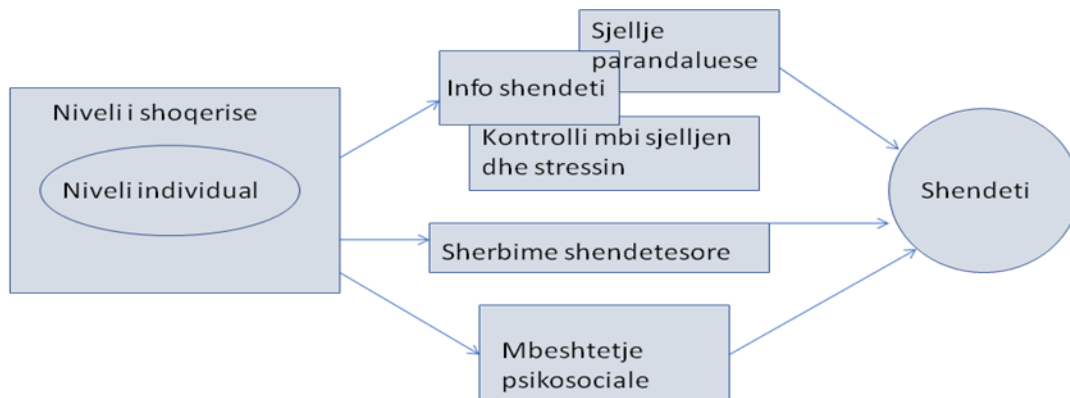
Area	Obtained flu shot (%)			Smoker (%)			Overweight or obese (%)		
	1999	2007	Change	1999	2007	Change	1999	2007	Change
Community A Riverside and San Bernardino	27	37	9	22	18	-4	83	77	-7
Community B San Francisco, Alameda, Contra Costa, Marin, San Mateo	34	47	12	18	10	-8	79	70	-10

Disa modele të ndikimit të kapitalit social në shëndet janë paraqitur në mënyrë skematike më poshtë.

Kapitali njerëzor, kapitali social dhe shëndeti (Miller 2006)



Rrugët e veprimit mes kapitalit social dhe shëndetit



Ndërveprimi kompleks mes kapitalit social dhe shëndetit

Në literaturën e dekadës së fundit ekzistojnë disa hipoteza të ndërveprimit të kapitalit social me shëndetin, të cilat janë paraqitur në mënyrë të përmblendhur më poshtë:

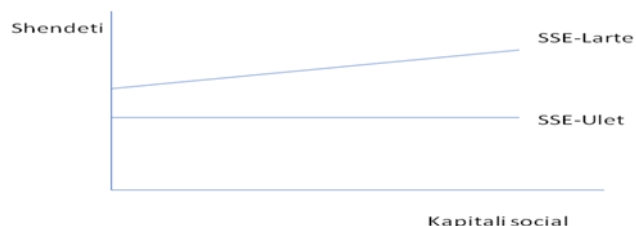
Efekti bufer i kapitalit social mbi pabarazitë social-ekonomike në shëndet

Ndikimi kundër stresit dhe efekteve të tjera negative shëndetësore në komunitetet e lidhura ngushtë. Rritja e fuqisë politike për të përballuar problemet shëndetësore në minoritetet etnike apo në profesionet me rrezik.



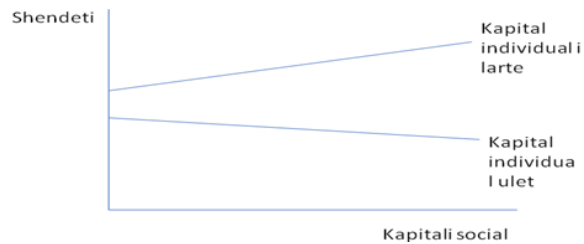
Varësia e kapitalit social nga statusi social-ekonomik (SSE) që ndikon në shëndet

Grupet me SSE të lartë kanë mundësi të rrisin në maksimum efektet e kapitalit social përmes “lidhjeve” dhe “urave”, dhe solidaritetit të përgjithshëm. Grupet me SSE të ulët kanë më pak kapital social dhe më pak mundësi, por sërish “lidhjet” frenojnë përkeqësimin potencial.



Efekti i kapitalit social në kontekstin e SSE-ve që ndikon në shëndet

Në linjë me teorinë e varësisë, jo të gjithë në shoqëri kanë akses në kapitalin social. Kontrolli dhe presioni social mund të shkaktojnë përjashtim social. Ata me SSE të lartë përfitojnë, ndërsa minoritetet dhe ata me SSE të ulët janë të rrethuar nga kapitali social i paarritshëm dhe shëndeti përkeqësohet.



Kapitali social si kapital dhe “mall publik”

Shumë kërkues e kanë parë kapitalin social si një “mall publik” me disa tipare të veçanta dhe të dallueshme qartë prej kapitalit financiar. P.sh., kapitali social nuk mund të jetë “mall privat” i atyre që përfitojnë prej tij. Askush nuk mund t’i kufizojë individët të përdorin kapitalin social që është kapital i krijuar nga njeriu, por që nuk mund të ekzistojë vetëm nga veprimtaria individuale; prandaj kërkohet ndërveprim. Ai mund të rritet dhe mund të përkryhet nga përdorimi i duhur. Por nëse nuk ka reciprocitet, ai mund të shkatërrohet dhe është më e vështirë të rikrijohet (krahasuar me kapitalin natyror apo forma të tjera kapitali të krijuar nga njeriu si kapitali fizik apo ai human). Nuk ka asnjë vend ku pasuria dhe mirëqenia të jenë siguruar vetëm prej zhvillimit ekonomik, pa investim në kapitalin social. Në të mund të investohet nga qeveritë përmes politikave.

Duke nënvizuar elementin “kapital” të konceptit, mund të sillen mjaft shembuj të investimit në këtë fushë. Modele të investimit do të ishin: Nxitja e aktiviteteve që prodhojnë të ardhura duke ndihmuar komunitetet të shfrytëzojnë kapitalin social ekzistues. Mbështetja e shoqatave në ofrimin e shërbimeve (shëndetësore p.sh.) që ofrohen ose jo si duhet nga qeveria, ose janë shumë të shtrenjta. Mbështetja e komuniteteve për rikrijimin e kapitalit social pas konflikteve (përfshi luftërat). Gjithashtu, për forcimin e kapitalit social do të shërbente edhe decentralizimi i asistuar për rritjen e iniciativës qeverisëse në nivel lokal dhe komunitar, duke shpresuar në krijimin e rrjeteve të reja me grupe sociale dhe ekonomike.

Kapitali social dhe fetë. Besimi fetar dhe traditat fetare janë parë në mënyra të ndryshme në lidhjen e tyre me krijimin apo ruajtjen e kapitalit social. Efektet e fesë mund të jenë pozitive ose negative:

Pozitive: Fetë si vatra tradicionale të krijimit të vlerave dhe normave të përbashkëta. Praktikrat dhe institucionet fetare si mjedise tradicionale të ndërtimit të rrjeteve njerëzore.

Negative: Fetë si krijuese të mëdha të përçarjes mes grupeve dhe etnive (sectarian social capital – Putnam). “Lidhjet” mund të jenë mjaft të forta, por “urat” mund të dëmtohen si në rastin e komuniteteve të mbyllura etnike ku kohezioni i gjerë shoqëror dëmtohej.

Fakte nga vendi ynë: Pjesëmarrja shoqërore e të moshuarve

Rreth 8% e të moshuarve raportuan se nuk kishin asnjë kontakt javor me asnjë anëtar të familjes së tyre. Kjo situatë ishte veçanërisht e dukshme tek individët shumë të moshuar, ku pothuajse një ndër katër subjekte raportoi se nuk kishte asnjë kontakt javor me persona të familjes.

Nga ana tjetër, një ndër tre të moshuar nuk takonin asnjë shok ose shoqe çdo dite, problem i cili ishte natyrisht shumë më i shpeshtë tek individët shumë të moshuar.

Lidhur me pjesëmarrjen shoqërore, vetëm 18% e të moshuarve raportuan se ishin të angazhuar në organizata të ndryshme shoqërore përfshi partitë politike, shoqatat profesionale, organizatat e ndryshme joqeveritare, grupimet fetare, apo organizatat e tjera shoqërore. Pjesëmarrja shoqërore

ishite më e lartë te meshkujt (21%) në krahasim me femrat (15%), dhe te personat më të rinj në moshë (22%) në krahasim me individët shumë të moshuar (vetëm 6%).

Vetëm 12% e të moshuarve raportuan se kishin punuar në mënyrë vullnetare (pa pagesë) në komunitetin e tyre gjatë vitit të fundit, në kuadrin e ndonjë shoqate apo programi të caktuar. Puna dhe kontributi vullnetar ishte më i lartë te meshkujt (15%) në krahasim me femrat (10%) dhe, natyrisht, te personat më të rinj në moshë (17%) në krahasim me individët shumë të moshuar (vetëm 4%).

Gjithashtu, një ndër pesë të moshuar raportuan se kujdeseshin për familjarët e tyre të moshuar, të cilët ishin më të plakur ose në gjendje shëndetësore të rënduar.

Kohezioni social në politikat ndërkombëtare dhe kombëtare të zhvillimit

Një nga sfidat më të rëndësishme të shoqërisë moderne është gjetja e një ekuilibri mes tre dimensioneve bazë që ndikojnë shoqërinë njerëzore. Këto dimensionë janë:

- a) rritja ekonomike
- b) mjedisi
- c) kohezioni social

Në momente të caktuara të zhvillimit është vërejtur se fokusi, prioriteti dhe motori kanë qenë rreth dimensionit të parë, por me kalimin e kohës është provuar gjithnjë e më shumë për paqendrueshmërinë e mirëqenies në mungesë të dy dimensioneve të tjera; kur themi mirëqenie, nënkuptojmë shëndetin në kuptimin e tij më të gjerë.

Kohezioni social është një nga termat më të përdorura dhe ndoshta edhe më në modë në këtë moment. Në politikë dhe në çështje sociale ne mund të identifikojmë shumë konotacione të lidhura me këtë koncept shumëdimensional, të tilla si përjashtimi social, përfshirja sociale, marginalizimi dhe integrimi social. Bashkimi Europian po promovon politikën e tij të kohezionit për zhvillimin rajonal në luftën kundër varfërisë dhe përjashtimit social. Ndërkohë ka mjaft autorë që, nga ana tjetër, ankohen për mungesën e kohezionit në ditët e sotme si pasojë e individualizimit të shoqërisë, rritjes së diversitetit multikulturor, dhe disa madje parashikojnë edhe përplasjen e qytetërimeve (Huntington, 1996).

Përkufizimi i kohezionit social dhe dallimi nga kapitali social

Kohezioni social përmendet nga disa autorë thjesht si “ajo që mban shoqërinë së bashku” ose si “bazat që e mbajnë shoqërinë të mos rrëzohet”. Një përkufizim i idealizuar dhe utopik i termit e përcakton kohezionin social si “një gjendje që siguron me ndërveprime vertikale dhe horizontale midis anëtarëve të shoqërisë të karakterizuar nga një sërë qëndrimesh dhe normash që përfshijnë besimin, ndjenjën e përkatësisë dhe gatishmërinë për të marrë pjesë dhe për të ndihmuar, si dhe manifestimet e tyre të sjelljes”. Ky përkufizim për kohezionin social nuk duket se ndryshon shumë nga përkufizimet për kapitalin social. Megjithatë, Organizata për Bashkëpunim dhe Zhvillim Ekonomik (OECD) e përshkruan këtë koncept në lidhje me vizionin e një shoqërie kohezive që “punon drejt mirëqenies së të gjithë anëtarëve, lufton përjashtimin dhe marginalizimin, krijon një ndjenjë përkatësie, nxit besimin dhe u ofron anëtarëve mundësinë e progresit shoqëror”. Nëse kapitali social i referohet një grupi individësh, kohezioni social ka të bëjë me të gjithë shoqërinë.

Kohezion si term do të nënkuptonte harmoni, integrim dhe barazi mes anëtarëve të shoqërisë, dhe kjo do të ofronte një bazë të mirë qëndrueshmërie të saj.

Në analizën e OECD-së, problemet/sëmundjet na informojnë mbi mungesën e kohezionit, në një referencë që i bëhet teorisë së Wirhow në fund të shekullit të XIX, ku theksohej se “politika

është mjekësia në shkallën e saj më të lartë” dhe se shoqëria funksionon si organizmi njerëzor; kur vuajnë disa qeliza apo organe, gjithë organizmi do të vuajë. Koncepti qendror i analizës të OECD-së ka të bëjë me zhvillimin social. Mbështetja e kohezionit social ngelet një synim i politikës përveç nxitjes së autonomisë, drejtësisë/barazisë dhe shëndetit. Mirëqenia sociale dhe ekonomike dhe qëndrueshmëria janë elemente thelbësore të lidhura me kohezionin social.

Nëse do të shihnim treguesit e propozuar nga OECD-ja për të matur kohezionin social, do të vërejmë se ata mund të jenë specifike por edhe të përgjithshme, të lidhur me zhvillimin social.

Treguesit specifike për kohezionin social:

- Mirëqenia e përgjithshme (kënaqësia me jetën)
- Mosfunksioni shoqëror (vetëvrasjet, aksidentet në punë)
- Konfliktet sociale (grevat, dhuna politike)
- Pjesëmarrja politike (votimi) dhe besimi

Përgjigjja shoqërore:

- Numri i të burgosurve

Tregues kryesor të zhvillimit social janë punësimi dhe papunësia, pabarazia, varfëria dhe deprivimi nga të drejtat.

Këshilli i Europës në vitin 2005 e ka përkufizuar kohezionin social si “aftësia e një shoqërie për të siguruar mirëqenie afatgjatë për të gjithë anëtarët e saj”. Katër principe bazë përbejnë konceptin:

- Akses i drejtë dhe i barabartë në burime
- Dinjiteti individual dhe kolektiv
- Autonomia e individit
- Pjesëmarrja në jetën komunitare

Pra kohezioni social sipas Këshillit të Europës ka të bëjë me qëndrueshmërinë e shoqërisë dhe përfshirjen sociale, ekonomike, kulturore dhe politike.

Për të matur kohezionin social, për Këshillin e Europës do të shërbenin treguesit e mëposhtëm të cilët janë organizuar në katër nivele analize (nga të përgjithshme në specifike):

- Tregues bazë: prirja e kohezionit social
- Tregues të ndërhyrjeve publike në lidhje me mirëqenien
- Fusha specifike të jetës (punësimi, të ardhurat, strehimi)
- Situata me ndjeshmëri dhe grupet vulnerabël

Pra nuk parashikohet vetëm matje e varfërisë dhe pabarazisë, megjithëse ato ngelen tregues kyç.

Në politikat e Bashkimit Europian nuk ka një përkufizim specifik për kohezionin social. Kryesisht ai është i nënkuptuar. Jepen 2 koncepte kryesore lidhur me historinë e zhvillimit të politikave në BE: a) Politikat rajonale të kohezionit dhe b) Komponenti i kohezionit social në strategjinë e Lisbonës.

Në politikat rajonale kemi kohezionin territorial, ekonomik dhe social, i cili synon ulje të diferencave ekonomike dhe sociale mes rajoneve për krijimin e një hapësire ekonomike, tërheqëse për të investuar dhe për të punuar. Kohezioni social në vetevete nuk nënvizohet qartazi dhe është parë kryesisht si integrim me tregun e punës. Pra, në përgjithësi politikat flasin për

kohezion territorial dhe ekonomik si dhe qëndrueshmëri. Treguesi kryesor për matjen e tij është diferenca në GDP.

Fondet strukturore të BE-së për të mbështetur kohezionin janë edhe programi kryesor i zhvillimit të BE-së, i cili është dizenuar për të ngushtuar hendekun midis pjesëve të pasura dhe të varfra të Europës. Më shumë se një e treta e buxhetit të përgjithshëm të BE-së, 347 miliardë euro, shkon në fondet strukturore dhe të kohezionit, të cilat kontribuojnë me fonde për gjithçka, nga rrugët dhe urat deri në trajnimin e punonjësve. Ky buxhet synon të forcojë kohezionin ekonomik dhe social në Bashkimin Europian duke ulur dallimet në zhvillim midis rajoneve. Shumica e këtyre shpenzimeve ndahen në tre fonde: Fondi Europian për Zhvillim Rajonal (ERDF), Fondi Social Europian (ESF) dhe Fondi i Kohezionit.

- Fondi ERDF kryesisht synon të mbështesë projektet e infrastrukturës dhe të investojë në kompani, veçanërisht në ndërmarrjet e vogla dhe të mesme.
- Programet e Fondit ESF janë dizenuar për të ndihmuar të papunët me punë, për të nxitur të mësuarit gjatë gjithë jetës, dhe për të luftuar diskriminimin në tregun e punës.
- Fondi i Kohezionit synon të zvogëlojë mungesën ekonomike dhe sociale të rajoneve ku të ardhurat bruto kombëtare për banor janë më pak se 90% e mesatares së BE-së.

Në strategjinë e Lisbonës (BE), përkufizimi i kohezionit social sërish nuk është specifik. Termat që mbizotërojnë janë mbrojtja sociale dhe përjashtimi social. Kohezioni social mund të nënkuptohet si Modeli Social Europian. Mund të presupozohet gjithashtu një dallim nga SHBA-ja dhe integrim i politikave sociale dhe ekonomike. Kohezioni social në këtë strategji mbulohet nga solidariteti i përbërë nga tre komponentë:

- Sistemi universal i mbrojtjes sociale
- Rregullimi i tregut
- Dialogu social

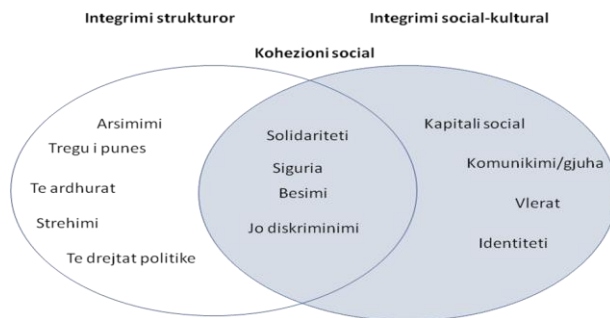
Në këtë strategji një vend të veçantë zë Open Method of Cooperation (OMC) si një “ligj i butë” i BE-së për harmonizimin e politikave dhe praktikave.

Treguesit e përshkruar në Strategjinë e Lisbonës lidhur me elementet e kohezionit social konsistojnë në:

- Treguesit e pabarazisë dhe varfërisë (relative)
- Treguesit rreth fushave të jetës
 - Punësimi
 - Shëndeti
 - Arsimimi
 - Strehimi

Kërkohet paraqitje specifike e treguesve për grupet vulnerabël.

Kohezioni social si integrim



Kohezioni social dhe politikat

Angus Deaton thotë se “Përqendrimi në shkaqet e ‘poshtme’ të tilla si kontrolli i sjelljeve të lidhura me shëndetin ose sistemet e kujdesit shëndetësor, ka të ngjarë të jetë i padobishëm në qoftë se shkaqet e ‘sipërme’ në strukturën socio-ekonomike bazë mbeten të parregulluara”.

Dana Goldman shton se “Sfida e vërtetë për shoqërinë është se si mund të blejmë më mirë (best buy) shëndet, dhe jo thjesht kujdes shëndetësor. Në të vërtetë, unë mendoj se zhvillimi i hershëm i fëmijëve, arsimit, ajrit të pastër dhe kërkimet mjekësore mund të sigurojnë shëndet më të mirë se sigurimet shëndetësore apo shërbimet e sofistikuara mjekësore”.

Kohezioni social mund të marrë kuptime të ndryshme në përdorimin politik. Ai mund të jetë shumë i gjerë ose shumë i ngushtë. Edhe mënyrat e matjes mund të ndryshojnë gjithashtu.

Megjithatë është një fenomen shumëdimensional, ulja e pabarazisë dhe e varfërisë është dimension i për të cilin ka më shumë konsensus (të para si kërcënime për shoqërinë).

Treguesit më të përdorshëm janë ata rreth varfërisë dhe pabarazisë në të ardhura (dhe më pak të përdorshëm papunësia dhe pjesëmarrja në tregun e punës).

Që të promovojmë më shumë barazi përmes politikave publike do të thotë të arrijmë më pak pabarazi dhe varfëri relative. Për të arritur këtë synim, sot përdoren tri strategji kryesore në politikat kombëtare:

- Rishpërndarja e të ardhurave përmes sigurimeve shoqërore dhe ndihmës sociale.
- Ofrimi i mallrave dhe shërbimeve falas apo me kosto të ulët (kujdes shëndetësor, arsimim apo strehim).
- Investim në aftësitë e duhura për t’u orientuar në tregun e punës apo për të gjeneruar të ardhura (sidomos të fëmijët).

Modeli i investimit në literaci për të arritur barazi shëndetësore

Një mënyrë për të investuar në aftësitë e duhura lidhur në mënyrë më specifike me shëndetin është literacia shëndetësore. Në dokumentin “Healthy people 2010”, literacia shëndetësore përcaktohet si shkalla në të cilën individët kanë kapacitetin për të marrë, për të përpunuar dhe për të kuptuar informacionin bazë shëndetësor dhe shërbimet e nevojshme, si dhe për të marrë vendime të duhura shëndetësore. Ajo nuk është thjesht aftësia për të lexuar, por edhe aftësia për të kuptuar udhëzimet mbi paketat e barnave, recetat, rekomandimet/këshillimet e mjekut, broshurat e edukimit mjekësor, formularët e aprovimit, si dhe aftësia për të negociuar shërbime komplekse të kujdesit shëndetësor.. Literacia shëndetësore ndryshon nga konteksti dhe mjedisi,

dhe nuk lidhet domosdoshmërisht me vitet e arsimit ose me aftësinë për të lexuar. Një person që funksionon mirë në shtëpi ose në punë mund të ketë një literaci të papërshtatshme në një mjedis të kujdesit shëndetësor.

Literacia rregullon lidhjet mes arsimit dhe shëndetit. Ka mjaft akte shkencore mbi ndërmjetësimin e literacisë:

- Pabarazitë lidhur me arsimin në shëndetin e vetëvlerësuar, marrjen e vaksinës së gripit, përdorimin e mamografisë dhe kujdesi dentar (Bennett et al, 2009).
- Lidhja mes nivelit të arsimit dhe njohurive mbi hipertensionin në pacientët e kujdesit parësor (Bennett et al, 2009).
- Vdekshmëria në regjistrat mjekësorë (Baker et al, 2007).
- Lidhja midis arsimit dhe kontrollit të glicemisë në një popullsi diabetikësh (Schillinger et al, 2006).
- Ndikimi i arsimit në gjendjen e përgjithshme shëndetësore individuale (Sentell dhe Halpin, 2006).

Dokumenti i Përfshirjes Sociale 2016-2020 në Shqipëri

Dokumenti kryesor politik i lidhur me kohezionin social në Shqipëri është ai i Përfshirjes Sociale 2016-2020, miratuar me vendim të Këshillit të Ministrave nr. 87, Data 3.2.2016. Ky dokument shpreh përpjekjen për të harmonizuar politikat kombëtare në këtë fushë me ato të Bashkimit Europian, dhe përfshin tregues të matjes së përjashtimit social të parashikuara nga dokumentet e BE-së. Fushat bazë në dokument janë:

- a) Varfëria ekonomike dhe mbrojtja sociale
- b) Punësimi dhe aftësitë
- c) Shëndeti
- d) Arsimi dhe formimi profesional
- e) Mungesat bazë materiale (përfshi strehimin)
- f) Pjesëmarrja sociale dhe të drejtat e njeriut

Pabarazitë kryesore në Shqipëri

Nëse do të identifikonim vetëm një pabarazi kryesore me efekte në kohezionin social dhe më tej në pabarazitë shëndetësore në Shqipëri, ky do të ishte dallimi mes fshatit dhe qyteti t. Ka një sërë treguesish që përdoren për të matur pabarazitë shëndetësore lidhur me këtë. 5 treguesit kryesorë do të ishin:

- Vdekshmëria foshnjore
- Vdekshmëria amtare
- Sëmundshmëria specifike
- Sjelljet shëndetësore dhe faktorët e rrezikut
- Aksesit në shërbime

Varfëria dhe fshati në Shqipëri

Në Shqipëri varfëria është një dukuri shumë e lidhur me fshatin.

Kështu:

Të ardhurat dhe shpenzimet	2 deri 5 herë më pak
Pasuria	20% deri 3 herë më pak
Aksesi për ujë të sigurt	10 herë më pak

Ushqyerja e përshtatshme
Arsimi

60% deri 2 herë më keq
3 herë më i ulët

Në tabelën e mëposhtme përmbledhen disa pabarazi në shëndetin e shqiptarëve, me rrënjë pabarazitë sociale. Studimet në popullatë kanë lejuar të grumbullohet informacion jo vetëm mbi dallimet lidhur me vdekshmërinë foshnjore (në të gjithë dimensionet e saj) në qytet dhe në fshat, por edhe në lidhje me disa karakteristika të tjera sociale dhe ekonomike.

Vdekshmëria foshnjore				
-	<u>Total</u>	<u>Neonatal</u>	<u>Postneonatal</u>	<u>nën 5</u> <u>vjeç</u>
<u>Vendbanimi</u>				
Qytet	21.0	9.8	11.2	26.9
Fshat	30.3	13.6	16.8	35.8
<u>Arsimimi</u>				
Pa arsim te mesem	33.4	12.8	20.6	40.6
Mbi arsim te mesem	14.7	10.4	4.3	18.0
<u>Indeksi</u> <u>socioekonomik</u>				
I ulet	31.4	11.6	19.8	36.9
Mesatar/I larte	21.4	12.1	9.2	27.2

Politikat multisektoriale për përmirësimin e shëndetit

Që nga futja e sigurimeve të detyruara shëndetësore në Gjermani, në vitet 1880 e deri në perpjekjet e dështuara në Shtetet e Bashkuara në sigurimet shëndetësore kombëtare, reformat shoqërore për të zgjidhur problemin e pabarazisë shëndetësore janë përqendruar në përmirësimin e mundësisë për të pasur kujdes mjekësor dhe spitalor. Ndërkohë që pothuajse të gjitha vendet e industrializuara zhvilluan sisteme të tilla, sidomos që nga koha e Luftës së Dytë Botërore, kontributi i tyre në përmirësimin e gjendjes shëndetësore ka qenë një pjesë e rëndësishme e përparimit shoqëror.

Por edhe në shoqëritë me mbulim universal të kujdesit mjekësor, personat me gjendje të ulët social-ekonomike vuajnë nivele më të larta sëmundshmërie dhe vdekshmërie. Zbulimet e raportit të Black (Douglas Black) në Mbretërinë e Bashkuar, në vitet 1980, theksuan faktin se popullsia e Klasës V (punëtorët pa zanat) kishin një shkallë vdekshmërie dy herë më të lartë sesa popullsia e Klasës I (profesionistët dhe biznesmenët) duke qenë të ekspozuar ndaj të gjitha llojeve të sëmundjeve, që nga vdekshmëria foshnjore deri tek vdekja nga kanceri. Raporti ishte domethënës për rolin e organizimit dhe barazisë shoqërore, pasi të gjithë britanikët kishin mundësi të barabarta të përfitonin nga shërbimet shëndetësore kombëtare (NHS), që nga futja e tyre në vitin 1948. Këto zbulime i dhanë nismën rishqyrtimit të faktorëve socialë të cilët më parë ishin konsideruar si pjesë e interesave akademike të sociologëve mjekësorë dhe antropologëve, dhe si aspekt anësor i kujdesit mjekësor.

Kushtet shoqërore ndikojnë në shpërndarjen e sëmundjeve në të gjitha shoqëritë. Në Shtetet e Bashkuara dhe në Europën Perëndimore, tuberkulozi është rishfaqur duke u bërë një problem mjaft i dukshëm për shëndetin publik në zonat urbane, pjesërisht për shkak të grupeve të popullsisë me rrezikshmëri të lartë, pasojë e varfërisë dhe e veçimit nga shoqëria si në rastet e të pastrehëve, të droguarve dhe të infektuarve me HIV. Në Europën Lindore dhe në ish-Bashkimin Sovjetik, rishfaqja e kësaj sëmundjeje është pasojë e një sërë faktorësh socialë dhe ekonomikë, në fillim të viteve 1990, duke përfshirë edhe lirinë në shkallë të gjerë të të burgosurve. Në të

dyja rastet, diagnozat dhe recetat mjekësore janë të papërshtatshme për të zgjidhur problemin, dhe i gjithë komuniteti vihet përpara rrezikut për arsye se bacili i tuberkulozit mund të zhvillojë rezistencë ndaj antibiotikëve.

Studimet e gjendjes social-ekonomike dhe shëndeti janë të aplikueshme dhe të vlerësueshme në shumë mjedise. Në kontenë e Alameides, në Kaliforni, ndryshimet e vdekshmërisë mes popullsisë së bardhë dhe asaj me ngjyrë, për sa i përket mbijetesës nga kanceri, u bënë të papërfillshme kur u vunë nën kontroll sipas klasave shoqërore. Një studim 30-vjeçar mbi popullsinë e kontesë raportoi se, familjet me të ardhura të pakta në Kaliforni kanë më shumë mundësi për t'u prekur nga problemet fizike dhe mendore që ndërhyjnë në jetën e përditshme, duke kontribuar në varfërimin e mëtejshëm.

Studimet në Finlandë dhe në zona të tjera kanë treguar se gratë me nivel të ulët social-ekonomik përdorin më pak mjete parandaluese të tilla si Pap testi për kancerin e qafës së mitrës sesa gratë me nivel më të lartë SES, pavarësisht se janë më shumë të rrezikuara nga kjo sëmundje. Faktorët që çojnë në pabarazi të SES kanë lidhje me ndryshimin në sjelljen ndaj rrezikut, me shqetësimin social-emocional, faktorët e punësimit, përfshi këtu ekspozimin ndaj substancave toksike, ndjenjën e humbjes së kontrollit mbi jetën, dhe me sistemet e papërshtatshme të ndihmës sociale në bashkësi ose në familje.

Konteksti shoqëror mbi termat e punësimit, sigurimi social, edukimi i grave, argëtimi, të ardhurat familjare, kostoja e jetesës, kushtet e banimit dhe mungesa e strehimit, janë mjaft të rëndësishme për gjendjen shëndetësore të popullatës. Shpërndarja e të ardhurave në një vend të begatë mund të krijojë një ndarje të thellë mes grupeve të klasës së lartë shoqërore dhe ekonomike dhe asaj të ulët, gjë që ndikon në gjendjen shëndetësore. Shëndeti i ri publik ka përgjegjësi të mbrojtë kushtet shoqërore që mbështesin shëndetin e mirë.

Gjatë gjithë historisë, përmirësimet më të mëdha në shëndetin e njerëzve nuk kanë ardhur nga shërbimet shëndetësore por nga ndryshimet ekonomike dhe sociale që kanë favorizuar promovimin e shëndetit. Fushat e politikave si arsimi, shpërndarja e të ardhurave, përmirësimi i kushteve të punës, strehimi, transporti, bujqësia, komunikimi, si dhe iniciativat private kanë një ndikim të konsiderueshëm mbi shëndetin. Për pasojë, impakti i tyre mbi shëndetin duhet të merret në konsideratë gjatë marrjes së vendimeve për ndërhyrje, politika e investime.

Këndvështrimi “Investim për Shëndetin” ka për qëllim të adresojë pikërisht këtë element të politikave – të rrisë fuqinë ekonomike dhe sociale dhe të sjellë përmirësime të shëndetit për popullatën. Promovimi efektiv i shëndeti publik dhe krijimi i mjediseve të shëndetshme do të arrihet duke mobilizuar sektorë të ndryshëm të shoqërisë. Në mënyrë të ngjashme, veprime të caktuara në arritjen e interesave legjitime por të ngushta të sektorëve të ndryshëm janë në gjendje të dëmtojnë rëndë shëndetin publik. Për këtë arsye të gjithë sektorët duhet të marrin në konsideratë tre probleme thelbësore:

- Së pari, përfitimet që i vijnë si punës së tyre ashtu edhe shoqërisë në tërësi si pasojë e kontributit dhe investimit në mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit publik.
- Së dyti, mënyra më e mirë e mundshme për të investuar në mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit publik.
- Së treti, nevoja e dhënies llogari për efektet anësore që kanë politikat dhe programet e tyre në shëndetin publik.

Një theks i tillë mbi rolin e sektorëve të tjerë tregon nevojën për leadership dhe koordinim të praktikave të shëndetit publik në të gjitha nivelet e shoqërisë:

- Së pari, krijimi i aleancave për politika të cilat mbrojnë dhe promovojnë shëndetin publik.
- Së dyti, strukturat dhe proceset që lehtësojnë dhe harmonizojnë bashkëpunimin multisektorial për një shëndet publik më të mirë.
- Së treti, krijimi i një mekanizmi për vlerësimin e impaktit mbi shëndetin, me qëllim mundësimin që çdo sektor të japë llogari për efektet mbi shëndetin publik të politikave dhe programeve të tyre.

Rrjetet sociale dhe shëndeti: fakte nga studimet dhe eksperimentet

Dy janë dimensionet kryesore të marrëdhënieve sociale me ndikim në shëndet. Ato kanë të bëjnë me mbështetjen sociale dhe me integrimin social.

Në rastin e mbështetjes sociale, rrjeti social ofron burime materiale dhe psikologjike që rrisin aftësinë e një individi për të përballuar stresin. Këto burime mund të jenë:

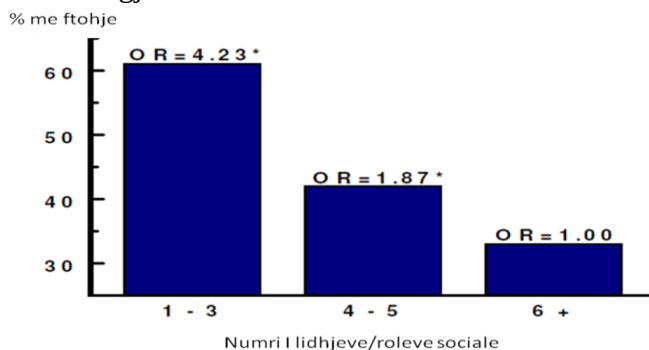
- Instrumentesh (ndihmë materiale)
- Informative (informacion, këshilla, udhëzime)
- Emocionale (empati, intimitet, audiencë për shfryrje emocionale)

Në rastin e integritimit social, thelbi i ndikimit ka të bëjë me elemente të tilla si angazhimi, përfshirja, identiteti, dinjiteti e solidariteti.

Këtu do të paraqiten disa raste studimore apo eksperimentale që synojnë të provojnë efektin në shëndet të lidhjeve apo mbështetjes sociale.

Sëmundjet infektive dhe rrjetet sociale - Studimi i Cohen

Në vitin 1997, në revistën JAMA u botua një studim mbi rrezikun nga sëmundjet virale të nazofaringsit dhe lidhjen e tij me rolet apo rrjetet sociale. Objektivi: lidhje të ndryshme (familje, miq, punë, komunitet) janë të lidhura me rritje të rezistencës ndaj infeksionit. Skicimi: pyetësor mbi pjesëmarrje në 12 lloje lidhjesh sociale (bashkëshort, prind, mik, koleg, anëtar shoqate etj.). Injektiv i rinoviruseve dhe monitorim 6 ditë në karantinë. Pjesëmarrësit: 276 vullnetarë të shëndetshëm 18-55 vjeç. Pasoja: sëmundja virale. Matje e infeksionit objektivisht (mukusi, funksioni ciliar, skuqja, serologjia, replikimi viral). Kontroll për konfundues (gjendja emocionale/stresi, mosha, seksi, gjumi, vitamina C, etj.). Në grafikun e mëposhtëm jepet lidhja kryesore mes rrezikut për të pësuar inflamacion nazofariengeal dhe numrit të lidhjeve apo roleve sociale. Nëse personat kishin më shumë se 6 role sociale, rreziku për t'u sëmurur ishte 1. Nëse rolet binin në 1-3, rreziku rritej me mbi 4 herë. Ky eksperiment është replikuar më vonë në modele të tjera me rezultate të ngjashme.



Shembuj studimesh mbi rrezikun shëndetësor dhe lidhjet/mbështetjen sociale

Në një sërë eksperimentesh shkencore është provuar se:

Mbështetja ndërpersonale shërben si zbutës i stresit. Në një studim me studentët dhe adultët në SHBA, pasojat e depresionit si rrjedhojë e stresit psikologjik zbuten nga mbështetja ndërpersonale.

Mbështetja emocionale e perceptuar (gjatë ngjarjeve stresuese të jetës) ul rrezikun e vdekjes në një kohorte meshkujsh mbi 50 vjeç në Suedi.

Gjithashtu, lidhjet familjare, miqësore dhe komunitare ulin rrezikun e vdekjes në një kohorte të ndjekur për 9 vjet në SHBA.

Mbështetja sociale dhe reaktiviteti i HTA-së. Në një model është kryer një nxitje eksperimentale e hipertensionit arterial në 200 gra përmes sfidës së fjalimit në publik. Ka rezultuar se te gratë për të cilat është ofruar mbështetje gjatë sfidës, HTA-ja është rritur me vetëm rreth 15 mm HG, ndërkohë që rreziku është rritur me dyfish në gratë e përjashtuara nga mbështetja.

Obeziteti dhe lidhjet sociale. Në studimin e Framinghamit është kryer ndjekje për 30 vjet e 16 000 personave, dhe është vëzhguar prirja e obezitetit në grupe të ndryshme sociale. Është vërejtur se përhapja e obezitetit është deri diku e ngjashme me sëmundjet infektive.

Konceptet e normalitetit dhe tolerancës formohen si pasojë e përhapjes dhe prevalencës së fenomenit në popullatë; nëse shumica rreth teje janë mbipeshë kjo krijon sensin e normalitetit. Një shok obez e rrit mundësinë që edhe ti të jesh obez me 50%. Për një vëlla ose motër mundësitë rriten me 40% dhe në rastin e bashkëshortit me 37%.

Duhanpirja. Modelet e ndikimit të lidhjeve. Në një studim kohort është kryer ndjekja e duhanpirësve dhe joduhanpirësve nga viti 1971 deri në vitin 2003. Është vërejtur se ndërkohë që duhanpirja bëhet më pak popullore, duhanpirësit bëhen më të izoluar dhe formojnë grupe mes tyre. Me kalimin e kohës të gjithë së bashku në grup fillojnë e lënë duhanin. Ata që ngelen, kanë më pak shokë dhe lidhje sociale. Studimi dëshmoi se gruaja është më me influencë sesa shoku, dhe ky i fundit një ndikues më i fortë sesa vëllai/motra.

Lumturia në lidhjet sociale. Në një studim të vitit 2008 u vërejt se, të rrethohesh nga njerëz të lumtur rrit gjasat për t'u ndjerë më mirë. Ndër gjetjet e rëndësishme të studimit ishin sjellja e trupit dhe afërsia: një fqinjë e lumtur rrit mundësitë me 34%, por një fqinjë që jeton më larg ka pak efekt. U vërejt gjithashtu “efekti ngjitës i fytyrës së qeshur”. Në një studim tjetër të fokusuar te partneri u studiuan lumturia, sëmundja dhe vdekja. Vdekja e një partneri rrit mundësitë për vdekje të parakohshme me 20%.

Tregues të matjes së roleve sociale në studime

Role me mundësi mbështetjeje	Modele përkufizimi
prind	ka fëmijë (fëmijë nën 18 vjeç, fëmijë mbi 18 vjeç, fëmijët jetojnë në shtëpi apo diku tjetër)
Bashkëshort	I/e martuar apo jeton me një partner në shtëpi
Të afërm	Të afërm që banojnë afër, në qytet apo në lagje dhe mund të vizitohen
I punësuar	Punësim me kohë të plotë a të pjesshme
Mik	Të paktën një mik të mirë në distancë jo më shumë se 50 km larg Dy ose më shumë shokë të ngushtë Kontakt me një mik të paktën një herë në muaj

Fqinj	Viziton fqinjët Viziton fqinjët të paktën një herë në muaj
Student	Shkon në shkollë/universitet pothuaj përditë
Komunitete fetare	Ndjek shërbesa fetare rregullisht ose të paktën kur mundet
Vullnetar/anëtar shoqate/ klubi social	Anëtarësia ose përfshirja sistematike në aktivitete

Ngritja e rrjeteve. Bashkëpunimi për edukimin e komunitetit dhe advokacinë

Rrjetet luajnë një rol të rëndësishëm në edukimin e publikut dhe advokacinë. Ato lejojnë grupe të ndryshme të punojnë së bashku përkundrejt një qëllimi të përbashkët, nëpërmjet koordinimit të strategjive dhe burimeve financuese të përbashkëta. Rrjetet që përfshijnë një numër organizatash, grupesh dhe individësh, demonstrojnë ndaj publikut një mbështetje të gjerë për politika dhe programe të veçanta.

Termi “rrjet” këtu i referohet një grupi organizatash që komunikojnë dhe bashkëpunojnë nën një koalicion për të përshkruar strategji të përbashkët advokacie. Shumë organizata përdorin termin “rrjet” për një grup organizatash që ndajnë të njëjtat qëllime advokacie. Ky publikim përdor këtë term për të vënë në dukje rolin e madh që ka komuniteti në mbledhjen e anëtarëve dhe ngritjen e një axhende të përbashkët propaganduese. Edhe nëse anëtarët vendosin ta quajnë grupin koalicion ose rrjet, qëllimi është të mbledhen për të bashkuar burimet dhe mundësitë për të propaganduar me efektivitet politikat dhe programet e shëndetit të adoleshentëve.

Rrjetet sjellin pranë njerëz, organizata dhe burime nga të gjitha anët e komunitetit. Duke punuar së bashku në një rrjet, mund të përmirësohet cilësia dhe sasia e punës dhe të ndahen përgjegjësitë duke lejuar individë dhe grupe të kontribuojnë nëpërmjet ideve të tyre, eksperiencës dhe burimeve. Kur përpjekjet për advokaci janë të sukseshme, të gjithë anëtarët përfitojnë.

Nuk është i nevojshëm një rrjet i tërë për advokaci efektive; çdo organizatë ose individ i angazhuar në këtë punë mund të zhvillojë aftësitë dhe eksperiencën e duhur për të ngritur ndihmën për çështjet e shëndetit riprodhues të adoleshentëve. Sidoqoftë, një rrjet mund të arrijë rezultate që mund të jenë të vështira për t’u arritur nga një anëtar i vetëm. Procesi i ngritjes së rrjetit gjithashtu forcon aftësitë e anëtarëve në mobilizimin e mbështetjes për një çështje të caktuar, një aftësi e vlefshme kjo kur bën propagandë me njerëzit me influencë, politikëbërësit dhe publikun.

Sfidat për ngritjen e një rrjeti

Pavarësisht nga përfitimet, ngritja dhe funksionimi i rrjeteve kërkon një punë të vështirë. Anëtarët e një rrjeti duhet të kenë parasysh sfidat e mëposhtme dhe duhet të jenë të përgatitur për t’i adresuar ato:

- Arritja e konsensusit është një proces që merr shumë kohë. Mundet që anëtarët e rrjetit të mos bien gjithmonë dakord për qëllimet, objektivat dhe strategjitë e rrjetit.
- Rrjeti duhet të formojë besim midis anëtarëve të tij. Programet dhe organizatat anëtare mund të konkurojnë për fonde nga të njëjta agjenci donatore duke vështirësuar

mundësitë e bashkëpunimit. Formimi i besimit në kuadrin e konflikteve të tilla është i vështirë.

- Anëtarët mund të kenë eksperiencë të mëparshme të spektrit personal dhe profesional, të cilat ndikojnë në aftësimin e tyre për të punuar me gjithë të tjerët në frymën e bashkëpunimit.
- Sa më i madh të jetë rrjeti, aq më komplekse bëhet puna për menaxhimin e logjistikës së tij. Informimi i vazhdueshëm i të gjithë anëtarëve për takimet, veprimet e ndërmarra, rezultatet dhe aktivitetet pasardhëse, është i rëndësishëm.
- Rrjeti duhet të gjejë një mjet për ndarjen e punës në mënyrë të barabartë midis anëtarëve.
- Rrjeti duhet të mbetet një përpjekje bashkëpunimi midis të gjithë anëtarëve të tij, më tepër sesa një zotërim i njërit ose disa prej anëtarëve më të fuqishëm të tij.
- Anëtarët duhet të bien dakord mbi rregullat e nevojshme për operimin sa më efektiv dhe më me lehtësi të rrjetit.
- Rrjeti duhet të vendosë si t'i ndajë burimet për aktivitetet e bashkëpunimit.

Udhëzime për rrjete efektive

Disa këshilla bazë për të krijuar dhe mbajtur një rrjet efektiv

Ndarja e informacionit midis anëtarëve të rrjetit. Në stadin fillestar është e rëndësishme që anëtarët të harxhojnë kohë duke mësuar mbi rolet dhe rezultatet që presin të tjerët nga ky rrjet. Kjo ndarje e informacionit do të ndihmonte krijimin e mirëkuptimit dhe besimit midis anëtarëve, si dhe do të siguronte informacion të dobishëm në lidhje me interesin e rrjetit, pikat e forta, konfliktet dhe dobësitë.

Zhvillimi i një deklaratë mbi misionin dhe qëllimet e rrjetit. Deklarata mbi misionin mund të zgjerohet duke reflektuar filozofinë e rrjetit për lejimin e një game të madhe grupesh që të marrin pjesë. Qëllimet demostrojnë se si rrjeti planifikon të krijojë politika për të mbështetur përmirësimin e shëndetit riprodhues të adoleshentëve. Një grup themelues i anëtarëve të rrjetit mund të hartojë misionin dhe qëllimet e tij, dhe më pas të ftojë organizata të tjera ndihmëse për t'u bashkuar me të. Anëtarësimi i një organizate në rrjet simbolizon nënshkrimin për misionin dhe angazhimin e saj në plotësimin e qëllimeve të rrjetit.

Deklarata e misionit të rrjetit rforcon lidhjet respektive midis anëtarëve, dhe siguron udhëzime për çdo organizatë tjetër që do t'i bashkohet këtij rrjeti. Për shembull, nëse rrjeti mbështet edukimin e shëndetit seksual i cili përfshin dhe informacionin mbi kontraceptivët, një grup që këmbëngul se edukimi duhet të përmbajë vetëm abstenimin nga marrëdhëniet seksuale, nuk mund të jetë një anëtar i përshtatshëm. Rrjeti nuk mund të punojë me grupe joanëtare të tij ose projekte të tjera që shkatërrojnë punën strategjike të rrjetit.

Mandati qartëson çfarë çështjesh mbështet rrjeti dhe adreson kritikën e dukshme. Duke vënë në pah komponentët e programit të tillë si “përfshirja e prindërve” dhe “mbështetja e abstenimit ndaj seksit” ndihmon për t'i paraprirë kritikës dhe për të parandaluar keqkuptimin. Për shembull, një rrjet që kërkon edukimin e gjithanshëm për shëndetin seksual dhe riprodhues duhet të adaptojë një deklaratë misioni që rrjeti mbështet edukimin e jetës në familje, e cila i vë theksin abstenimit ndaj seksit dhe u jep të rinjve një informacion të saktë se si të mbrojnë veten nëse janë seksualisht aktivë, dhe se si të krijojnë aftësi komunikuese me prindërit dhe bashkëmoshatarët.

Zhvillimi i objektivave dhe strategjive. Përcaktimi i qartë i objektivave do të përcaktojë dhe ndryshimet specifike politike që rrjeti synon të arrijë. Objektivat duhet të jenë specifike, të arritshme, të matshme dhe të shërbejnë si një mjet për vlerësimin e aktiviteteve të rrjetit. Anëtarët e rrjetit duhet të marrin në konsideratë se cilat strategji do t'i lejonin ata më shumë për

të arritur objektivat e tyre. Strategjitë mund të përfshijnë një fushatë edukimi për publikun, një thirrje direkte ndaj një lideri të caktuar për të ndryshuar një politikë, ose ndikimin mbi parlamentin për të kaluar një ligj. Identifikimi i strategjive dhe aktiviteteve të propozuara ndihmon anëtarët e rrjetit që të ndajnë përgjegjësitë dhe nxjerr në pah nevojat e organizatave për trajnime plotësuese ose burime ndihmëse.

Krijimi dhe ndjekja e një vije kohore realiste. Një vijë kohore realiste është një nga mjetet më të rëndësishme për mbarëvajtjen e rrjetit. Nga takimet fillestare deri tek aktivitetet e para propaganduese, ndërtimi i një rrjeti funksional do të kërkonte muaj dhe vite. Një vijë kohore e arritshme, me aktivitete të caktuara për çdo muaj, do të ndihmonte rrjetin që të mbetet i fokusuar në qëllimet e tij dhe të vlerësonte në mënyrë realiste aktivitete të ndryshme që duhen marrë në konsideratë. Një aktivitet afatshkurtër mund të jetë organizimi i një vlerësimi nevojash të fokusuara mbi politikat e një shkolle. Një aktivitet që i përket një afati mesatar është takimi me pushtetarët lokalë dhe prindërit për t'i inkurajuar ata që të mbështesin përmirësimet në politikën e shkollës. Ndërsa një aktivitet afatgjatë mund të jetë bindja e drejtuesve të shkollës për të pranuar ndryshimet e propozuara nga rrjeti në politikën e kësaj shkolle.

Ngritja e strukturës dhe rolit të drejtuesit. Rrjetet janë më efektive kur të gjithë anëtarët kanë të drejtën të ngrenë zërin dhe e dinë se zëri i tyre do të dëgjohet. Në të kundërt, rrjeti duhet të ketë një drejtues dhe strukturë. Anëtarët duhet të zgjedhin një drejtues dhe të përcaktojnë qartë përgjegjësitë e këtij drejtuesi. Bashkëdrejtuesit, aftësitë e të cilëve plotësojnë njëri-tjetrin dhe që prezantojnë dëshirën e organizatave për t'i kushtuar kohë dhe burime të konsiderueshme përpjekjeve të rrjetit, i forcojnë më tepër rrjetet. Për të lehtësuar një ndarje të barabartë të detyrave dhe përgjegjësiave, rrjeti mund të dëshirojë që të ngrejë një mekanizëm që mundëson ndarjen ose kalimin me rrotacion të drejtimit midis anëtarëve të tij. Rrjeti mund të zgjedhë të krijojë një ekip të gjerë drejtuesish që do të përfshinte përfaqësues të grupeve të mëdha dhe të organizatave. Një ekip i larmishëm mund të jetë shumë i suksesshëm duke siguruar një drejtim efektiv në çështjet sa komplekse aq edhe të shumanshme të tilla si shëndeti seksual dhe riprodhues i adoleshentëve.

Të qenit i qartë në lidhje me mënyrën se si do të merret vendimi. Rrjetet shpesh i marrin vendimet me konsensus. Kjo nuk do të thotë që të gjithë të bien dakord për çdo gjë. Shpesh pjesa më e madhe duhet të bjerë dakord dhe asnjë nga organizatat anëtare nuk duhet të ndihet aq shumë e kundërshtuar sa të vendosë veton dhe të kundërshtojë publikisht përpjekjen. Anëtarët duhet të vendosin se çfarë duhet bërë kur nuk arrihet konsensusi dhe të përcaktojnë se cilat vendime duhet të merren nga ekipi drejtues, si dhe cilat vendime janë kaq të rëndësishme dhe sensitive ku duhet të përfshihen të gjithë anëtarët.

Ndarja e përgjegjësiave nëpërmjet komiteteve. Komitetet lejojnë një pjesëmarrje më aktive dhe mund të jenë të përhershme ose të kufizuara brenda një projekti specifik. Ato përcaktojnë përgjegjshmëritë dhe vendimet që komitetet mund të marrin pa një aprovim të plotë të rrjetit.

Zgjerimi i bazës. Të rritet rrjeti duke ftuar dhe pranuar organizata të reja të cilat pranojnë mandatin dhe qëllimet e rrjetit. Anëtarët e rinj duhet të kuptojnë se çfarë synon të plotësojë rrjeti sikurse dhe nevojën për veprim. Rrjeti duhet të jetë i qartë në shpjegimin se si anëtarët e rinj mund të përfitojnë nga të qenurit anëtarë të tij. Puna e bërë nëpërmjet burimeve ekzistuese të organizatave anëtare, bazuar në letrat informuese dhe takimet, mund të edukojë dhe angazhojë më shumë mbështetje për qëllimet e rrjetit.

Mbajtja e takimeve të rregullta. Mbajtja e takimeve të shpeshta dhe në baza të rregullta, mundësisht mujore, për t'iu përgjigjur ngjarjeve më të fundit. Mbajtja e takimeve në kohë dhe vend të përshtatshëm për të gjithë anëtarët; duhen bërë përpjekje për të filluar dhe mbaruar në

kohë. Marrja në konsideratë e kohës së takimeve midis orëve të ditës dhe të mbrëmjes dhe ndryshimi i vazhdueshëm i vendit ku do të organizohen këto takime.

Informimi i njerëzve. Mbajtja dhe përditësimi i një liste me anëtarët e rrjetit dhe personat e kontaktit, adresat, numrat e telefonit, faksit, e-mailit etj. Mbajtja e njerëzve të informuar ruan besimin, interesin dhe angazhimin. Kjo gjithashtu minimizon keqkuptimet dhe identifikon pikat ku nuk është arritur marrëveshje përpara se këto çështje të bëhen problem. Anëtarët e rrjetit duhet që të marrin gjithmonë shënimet e takimeve, informacionet e kohëve të fundit, pjesë nga të rejat e publikura, si dhe aktivitetet e ardhshme.

Zgjedhja e oratorëve që do të përfaqësojnë rrjetin në media. Gjatë zhvillimit të rrjetit duhen identifikuar anëtarët që kanë eksperiencë në fjalime publike ose në ndërveprime me median.

Këta oratorë mund të jenë ose mund të mos jenë të njëjtët anëtarë që përbëjnë ekipin drejtues. Një orator duhet të jetë i ri në moshë. Anëtarët duhet të bien dakord për një proces dhe si t'i trajtojnë pyetjet nga media.

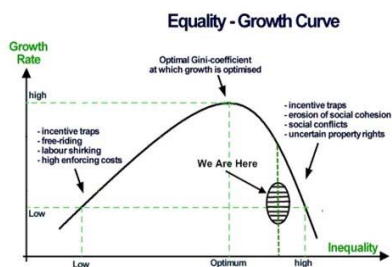
Burimet dhe fondet për rrjetet

Shumë rrjete lëkunden ose bien si rrjedhojë e fondeve. Shumë organizata që operojnë me buxhete të kufizuara, organizimin e një fushate propaganduese të një shkalle të gjerë, do ta kishin të vështirë pa burime dytësore të ardhurash. Kostot e udhëtimeve, të komunikimeve, të zhvillimit të burimeve dhe të trajnimeve mund të pengonin përpjekjet për të ngritur rrjetin.

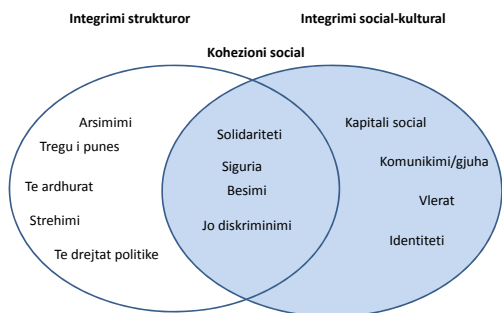
Kohezioni social dhe politikat

Kohezion =
Harmoni, integrim, barazi

Kohezioni social dhe rritja ekonomike



Kohezioni social si integrim



Kohezioni social si qellim i politikave

- Ne nivele te ndryshme dhe aktore te ndryshem
 - Nivel rajonal: Belgjike, Britani
 - Nivel Kombetar: Kanada, Shqiperi
 - Nivel mbi kombetar: BE, Keshilli i Europes, OECD

Kohezioni social dhe politikat

- Kohezioni social mund te marre kuptime te ndryshme ne perdorimin politik
 - Mund te jete shume i gjere ose i ngushte.
- Edhe menyrat e matjes mund te ndryshojne
 - Megjithese eshte nje fenomen shume multidimensional, ulja e pabarazise dhe varferise eshte dimensiononi per te cilin ka me shume konsensus (te para si kercenime per shoqerine)
 - Treguesit me te perdorshem jane ata rreth varferise, dhe pabarazise ne te ardhura (dhe me pak papunesia dhe pjesemarrja ne tregun e punes)



Viki 2016 – Nymfi 20

Tiranë – E enjte, 11 shkurt 2016

PËRMBAJTJA

Page

2059

2060

2060

2060

[illegible]

2. PUNJESE DMB APOTIVISE	
PERKUPIZIVISE	
1. TREGUESIT E BE SE PER PERJASHTIMIN SOCIAL	• Treguesit e be se per perjashtimin social • Niveli i koronavirusit
2. Shkalla e papunetise shqiptare	• Shkalla e papunetise shqiptare • Shkalla e papunetise shqiptare • Shkalla e papunetise shqiptare

3. TRÉQUENT ET DE DE PER. PÉRIODIQUES		3. TRÉQUENT ET DE DE PER. PÉRIODIQUES
1. Tréquent et de de per. Périodiques 2. Grande fréquence et de de per. Périodiques	1. Tréquent et de de per. Périodiques 2. Grande fréquence et de de per. Périodiques	1. Tréquent et de de per. Périodiques 2. Grande fréquence et de de per. Périodiques

[illegible]

Strategjia kombetare e perfshirjes sociale: fushat e treguesve

5. MOSHLOTËSIMI I INVOJAVE BAZË (MUNGËSIA MATERIALE)	
PERKUPITIMI	
5.1 STREHIIMI	
1. Gjenëja e strehimit	• Preqendja e personave në raport me bazën mbi të cilën përdoret bazesa ka jetën familje. Është dalim ndërmjet familjeve që jetojnë në bazën që janë në procesin e ndërtimit të shtëpisë së re, që jetojnë aty pa pagurë, dhe familjeve që jetojnë që jetojnë në bazë. Ky raportohet dhe ligjërisht nga individët e familjeve, joje të vendosura, nëse individët të cilin të shpallur dhe numri të familjeve dhe në numrin 18 të jetë në jetën në familje.
2. Familjet/ personat që jetojnë në shtëpi	• Preqendja e personave që ka krahun në strehë, në raport me popullatën e përgjithshme. Është të numërohet të imputohet shtrati e përveç të numërohet të strehimit, idetose, ndoshtë personat që jetojnë në gjendje strehimi të paqutur (strehim i krahut, strehimi ndërmjet një qe të shfaq, apo me çmim të përgjithshëm). Ky raportohet në numërohet mbi bazën e dalimit të numërohet numërohet paqutur të strehimit (që bazën, ose me strehë të përkrahshme), dhe numërohet dyqas të strehimit (që sh, jetojnë në qadë, krahë, qetë, krahësi mbarë). • Treguesi i shtrati të numërohet të shtrati nga numëri, gjatësi, niveli i arsimi, madhësi të familjeve dhe numri të familjeve, qëndrë të të shtrimit familjeve, përdorues emëla dhe numri të migrimit të dermë.

Strategjia kombetare e perfshirjes sociale: fushat e treguesve

[illegible]

Keshilli i Europes - 2005

- **Perkufizimi**
= Aftesia e nje shoqerie per te siguruar miregenien afat-gjate per te gjithë anetaret e saj.

Kater principe baze

- Aksesi i drejte dhe i barabarte ne burimet
- Dinjiteti individual dhe kolektiv
- Autonomia e individit
- Pjesemarrja ne jeten komunitare

Qendrueshmeria dhe Perfshirja sociale, ekonomike, kulturore dhe politike.

Keshilli i Europes

Treguesit

Kater nivele te analizes (nga te pergjitheshem ne specifike)

- Tregues baze: prirja e kohezionit social
 - Treguesit e nderhyrjeve publike ne lidhje me mireqenien
 - Fusha specifike te jetes (puneshimi, te ardhurat, strehimi)
 - Situata me ndjeshmeri dhe grupet vulnerabel
- => Jo vetem matje te varferise dhe pabarazise, megjithese ato ngelen tregues kyc.

OECD - 2006

• Perkufizimi

- Nuk ka nje te tille specifik
 - Problemet/semundjet na informojne mbi mungesen e kohezionit (Virhow?)
 - Koncepti qendror: zhvillimi social
 - Mbeshtetja e kohezionit social ngelet nje synim i politikës vec nxitjes se autonomise, drejtesise/barazise dhe shendetit
- Mireqenia sociale dhe ekonomike (dhe qendrueshmeria)

OECD

• Treguesit

- Specifike per kohezionin social
 - Mireqenia e pergjithesme (kenaqesia me jeten)
 - Disfunksioni shoqeror (vetevrasjet, aksidentet ne pune)
 - Konfliktet sociale (grevat, dhuna politike)
 - Pjesemarrja politike (votimi) dhe besimi
- Pergjigja shoqerore
 - Numri i te burgosurve
- Tregues kryesor te zhvillimit social: puneshimi dhe papuneshia, pabarazia, varferia dhe deprivimi nga te drejtat.

BE

- Nuk ka nje perkufizim specifik. Kryesisht eshte e nenkuptuar.
- 2 konceptualizime kryesore te lidhura me historine e zhvillimit te politikave ne BE
 - Politikat rajonale te kohezionit.
 - Komponenti i kohezionit social ne strategjine e Lisbones.

BE-Politikat rajonale te kohezionit social

- Kohezion territorial – ekonomik dhe social :
 - ulje e diferencave ekonomike dhe sociale mes rajoneve per te krijuar nje hapësire ekonomike, terheqese per te investuar dhe per te punuar.
- Kohezioni social ne vetevete
 - Nuk nenvizohet qartazi
 - I pare kryesisht si integrim me tregun e punes

Kohezion territorial dhe ekonomik
(si dhe qendrushmeri)

BE-Politikat rajonale te kohezionit social

- Tregues: GDP
 - Politika: fonde strukturore dhe fonde te kohezionit
- Buxheti i dyte me i madh i BE
2007-2013: 350 miliarde euro
(+ 150 miliarde euro nga bashkepunimi publik-privat)

Tre fondet strukturore te BE

- Ky eshte programi kryesor i zhvillimit te BE-se i cili eshte dizajnuar per te ngushtuar hendekun midis pjeseve te pasura dhe te varfra te Evropes. Me shume se nje e treta e buxhetit te pergjithshem te BE-se, 347 miliarde euro, shkon ne fondet strukturore dhe te kohezionit, te cilat kontribuojne me fonde per gjithcka, nga rruget dhe urat ne trajnimin e punonjesve.
- Synon te forcoje kohezionin ekonomik dhe social ne Bashkimin Evropian duke ulur dallimet ne zhvillim midis rajoneve. Shumica e ketyre shpenzimeve ndahen ne tre fonde: Fondi Evropian per Zhvillim Rajonal (ERDF), Fondi Social Evropian (ESF) dhe Fondi i Kohezionit.
 - ERDF kryesisht synon te mbeshtese projektet e infrastruktures dhe te investoje ne kompani, veçanerisht ndermarrjet e vogla dhe te mesme.
 - Programet e Fondit ESF jane te dizajnuara per te ndihmuar te papunet ne pune, per te nxitur te mesuarit gjate gjithë jetes dhe per te luftuar diskriminimin ne tregun e punes.
 - Fondi i Kohezionit synon te zvogeloje mungesen ekonomike dhe sociale te rajoneve ku te ardhurat bruto kombetare per koke banori jane me pak se 90 per qind te mesatares se BE-se.

BE- Strategjia e Lisbones

Perkufizimi serish nuk eshte i qarte.

Kohezioni social = Modeli Social European

- Mund te presupozohet
 - Dallim nga SHBA (dikotomi)
 - Integrim i politikave sociale dhe ekonomike
- Mbulon **solidaritetin** i meshiruar nga
 - Sistemin universal te mbrojtjes sociale
 - Rregullimin per korrektim te tregut
 - Dialogun social

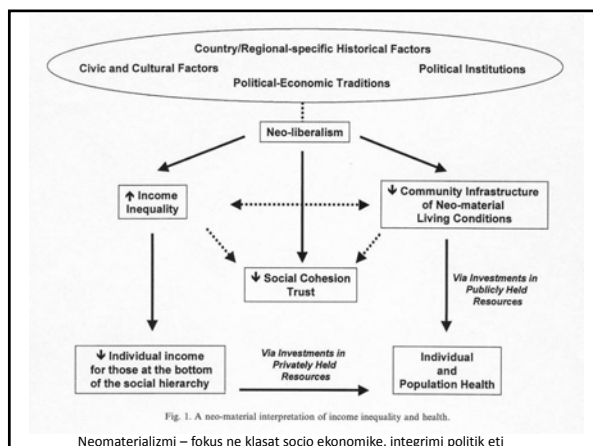
Open Method of Cooperation (OMC) si nje 'ligj i bute' i BE per harmonizimin e politikave dhe praktikave:

Mbizoterojne mbrojtja sociale dhe perjashtimi social

BE- strategjia e Lisbones

- Treguesit e pershkruar ne kete strategjie lidhur me elementet e kohezionit social konsistojne ne:

- Treguesit e pabarazise dhe varferise (relative). Kryesore!
 - Tregues rreth fushave te jetes
 - Punesimi,
 - Shendeti
 - Arsimimi
 - Strehimi
 - Kerkohet paraqitje specifike e treguesve per grupet vulnerabel



Pabarazia ne te ardhura dhe arsimimi

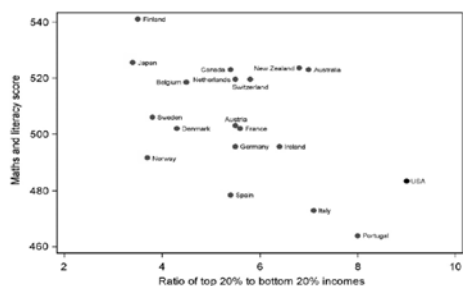


Fig. 2. Educational achievement in relation to income inequality among rich countries.

Pabarazia ne te ardhura dhe niveli i te burgosurve

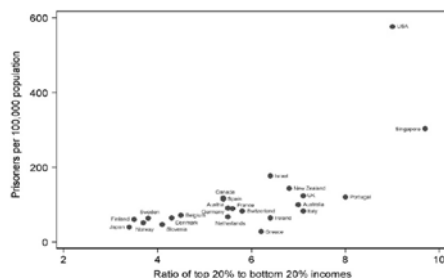


Fig. 3. Imprisonment in relation to income inequality among rich countries.

Pabarazia ne te ardhura dhe shendeti mendor

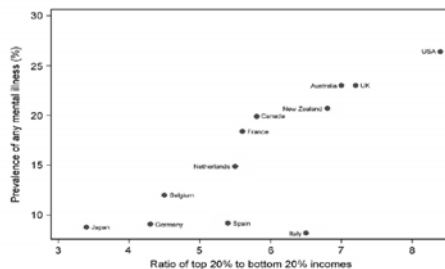
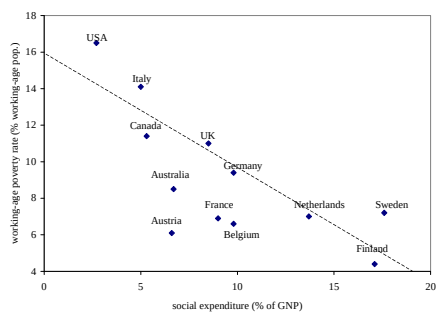


Fig. 1. Prevalence in mental illness in relation to income inequality among rich countries.

Barazia

- Si mund te promovojme me shume barazi (me pak pabarazi dhe varferi relative) permes politikave publike?
- Tre strategji kryesore:
 1. Rishperndarje e te ardhurave permes sigurimeve shoqerore dhe ndihmes sociale.
 2. Ofrimi i mallrave dhe sherbimeve falas apo me kosto te ulet (kujdes shendetesor, arsimit, apo strehim)
 3. Investim ne aftesite e duhura per tu orientuar ne tregun e punes apo per te gjeneruar te ardhura (sidomos tek femijet)

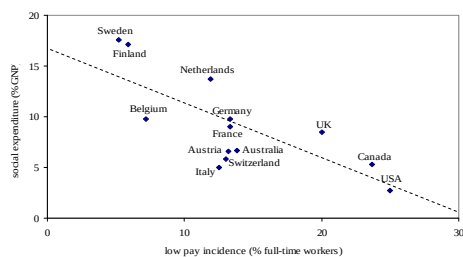
Analiza korelacionale: me shume shpenzime sociale = me pak varferi



Analiza

- Analiza te tilla kane problemin e kunderfaktualit
Si do te kish qene niveli i pabarazise ne mungese te shpenzimeve sociale?
 - Jo domosdoshmerisht i njejte tek te gjithë vendet
 - Problemi kunderfaktual nuk ka zgjidhje.
Eksperimentet sociale!
- Fakt orientues: pabarazia ne rroga lidhet negativisht me shpenzimet sociale

Analiza korelacionale: me shume shpenzime sociale = me pak pabarazi ne rroga



Tema per diskutim

Pabarazite kryesore ne Shqiperi

Fshati – Qyteti

Treguesit kryesore shendetsore te matur

Vdekshmeria foshnjore,
Vdekshmeria amtare,
semundshmeria,
faktoret e riskut,
aksesi ne sherbime

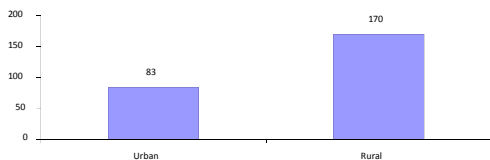
Varferia dhe fshati

- Ne Shqiperi varferia eshte nje dukuri shume e lidhur me fshatin

– Te ardhurat dhe shpenzimet	2 deri 5 here me pak
– Pasuri	20% deri 3 here me pak
– Akses ne uje te sigurte	10 here me pak
– Ushqyerje e pershtatshme	60% deri 2 here
– Arsimit	3 here

Fshati dhe shendeti

Diferencat ne vdekjet nen 1 vjec ne fshat dhe qytet ne Shqiperi 2012



Fshati dhe Shendeti

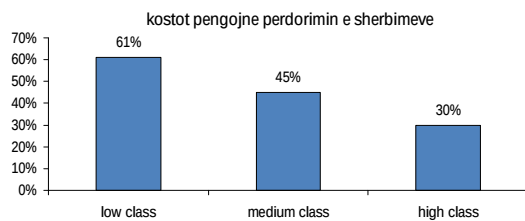
Vdekjet nga komplikacionet e lidhura me shtatzanine ne Shqiperi 2013



Pabarazi ne shendet me rrenje sociale

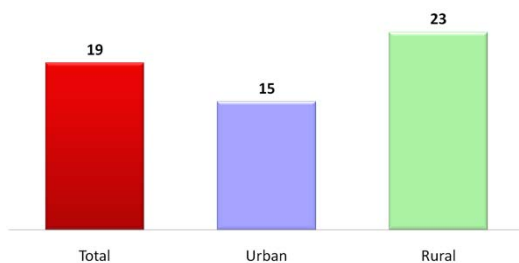
Vdekshmeria foshnjore				
-	Total	Neonatal	Postneonatal	nen 5 vjeç
<u>Vendbanimi</u>				
Qytet	21.0	9.8	11.2	26.9
Fshat	30.3	13.6	16.8	35.8
<u>Arsimimi</u>				
Pa arsim te mesem	33.4	12.8	20.6	40.6
Mbi arsim te mesem	14.7	10.4	4.3	18.0
<u>Indeksi socioekonomik</u>				
I ulet	31.4	11.6	19.8	36.9
Mesatar/I larte	21.4	12.1	9.2	27.2

Klasat sociale ne Shqiperi; semundjet dhe akses



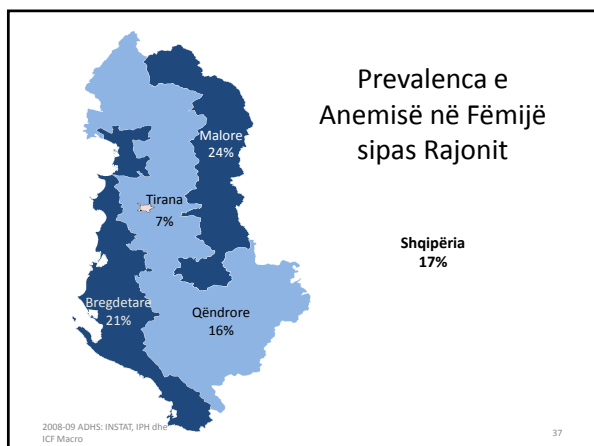
- klasa e larte – semundshmeria vjetore 2.2%
- Klasa e ulet – semundshmeria vjetore 4%

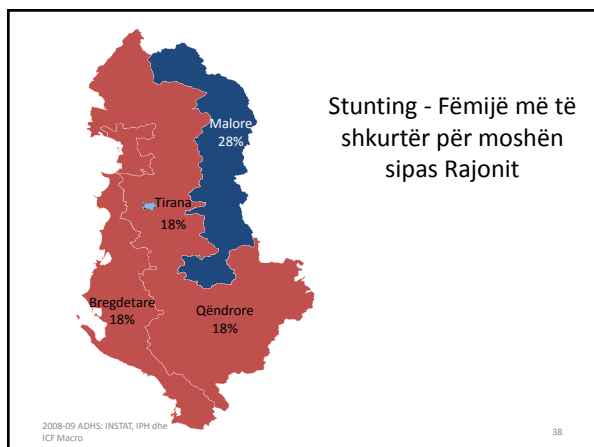
Prevalenca e Anemisë në Femra

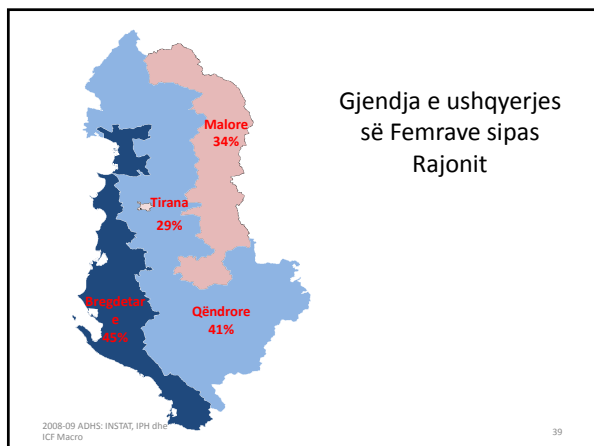


2008-09 ADHS: INSTAT, IPH dhe
ICF Macro

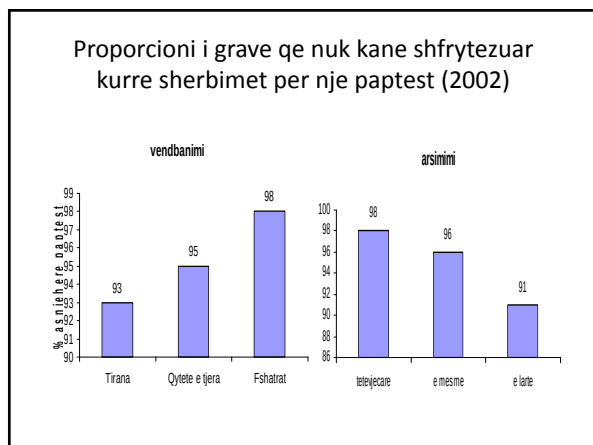
36







	Visited health facility-past 12			
<u>Selected Characteristics</u>	<u>Yes</u>	<u>No.</u>	<u>Total</u>	<u>No. of Cases</u>
<u>Total</u>	26.4	73.6	100.0	5,697
<u>Strata</u>				
Metro Tirana	32.3	67.7	100.0	2,108
Other Urban	28.4	71.6	100.0	1,816
Other Rural	23.6	76.4	100.0	1,773
<u>Residence</u>				
Urban	29.8	70.2	100.0	3,706
Rural	23.8	76.2	100.0	1,991
<u>Age Group</u>				
15-19	17.5	82.5	100.0	1,094
20-24	25.8	74.2	100.0	936
25-29	33.3	66.7	100.0	946
30-34	31.3	68.7	100.0	1,067
35-39	28.9	71.1	100.0	958
40-44	24.8	75.2	100.0	696
<u>Marital Status</u>				
Married	31.5	68.5	100.0	3,965
Previously Married	29.7	70.3	100.0	88
Never married	16.2	83.8	100.0	1,644
<u>Live Children</u>				
0	19.7	80.3	100.0	1,943
1	36.9	63.1	100.0	828
2	28.7	71.3	100.0	1,840
3 +	29.0	71.0	100.0	1,086
<u>Education Level</u>				
Primary or less	25.6	74.4	100.0	2,519
Secondary incomplete	22.5	77.5	100.0	653
Secondary complete	27.9	72.1	100.0	1,830
Post-secondary	31.6	68.4	100.0	695



Disa kendveshtrime mbi percaktoret e shendetit dhe dy fjale per literacine shendetesore

Angus Deaton

"Përqendrimi në shkaqet e "poshtme" të tilla si kontrolli i sjelljeve të lidhura me shëndetin ose sistemet e kujdesit shëndetësor ka të ngjarë të jete i padobishëm në qoftë se shkaqet e "sipërme" në strukturën socioekonomike baze mbeten të parregulluara"

Dana Goldman

- "Sfida e vërtetë për shoqërinë është se si mund të blejme më mirë (best buy) shëndet, dhe jo thjesht kujdes shëndetësor. Në të vërtetë, unë mendoj se zhvillimi i hershëm i femijëve, arsimit, ajrit të pastër dhe kerkimet mjekësore mund të japin më shumë shëndet se sigurimet shëndetësore apo shërbimet e sofistikuar mjekësore".

Literacia

Literacia = Alfabetizimi (?)

Aftësitë sociale dhe kognitive të fituara në procesin e arsimimit. Jo thjesht të shkruarit dhe të numëruarit

Literacia shendetesore- Nga 'Healthy people 2010'

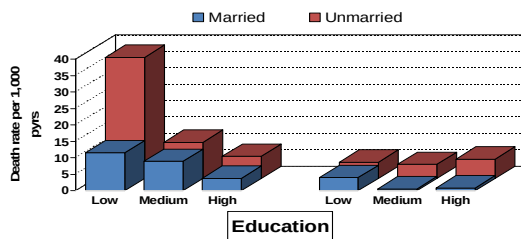
- Shkalla ne te cilen individet kane kapacitetin per te marre, perpunuar dhe kuptuar informacionin baze shendetesor dhe sherbimet e nevojshme e per te marre vendime te duhura shendetesore.
- Jo thjesht aftesia per te lexuar
- Aftesi per te kuptuar udhezimet mbi paketat e barnave, recetat, rekomandimet/keshillimet e mjekut, broshurat e edukimit mjekesor, formularet e aprovimit si dhe aftesine per te negociuar sherbime komplekse te kujdesit shendetesor.
- Grupi i aftesive te leximit, degjimit, analizes dhe vendimmarrjes, si dhe aftesia per t'i zbatuar keto aftesi ne situata shendetesore
- Literacia shendetesore ndryshon nga konteksti dhe mjedisi dhe nuk lidhet domosdoshmerisht me vitet e arsimit ose me aftesine per te lexuar
- Nje person qe funksionon mire ne shtepi ose ne pune mund te kete nje literaci te papershtatshme ne nje mjedis te kujdesit shendetesor.

Literacia rregullon lidhjen mes arsimit dhe shendetit

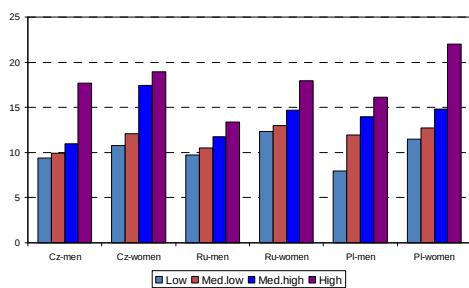
- Fakte shkencore mbi ndermjetesimin e literacise:
 - Pabarazite lidhur me arsimin ne shendetin e vetevleresuar, marrjen e vaksines se gripit, perdorimin e mamografise dhe kujdesin dentar. (Bennett et al, 2009)
 - Lidhjen mes nivelit te arsimit dhe njohurive mbi hipertensionin ne pacientet e kujdesit paresor, por jo ne lidhjen me presionin e gjakut. (Bennett et al, 2009)
 - Vdekshmeria ne regjistrat e Medicare. (Baker et al, 2007)
 - Lidhja midis arsimit dhe kontrollit glicemise ne nje popullsi diabetikesh (Schillinger et al, 2006)
 - Ndikimi i arsimit ne gjendjen e pergjithshme shendetesore individuale (Sentell dhe Halpin, 2006)

Disa shembuj te lidhjes mes pabarazive sociale dhe arsimore dhe pasojave shendetesore

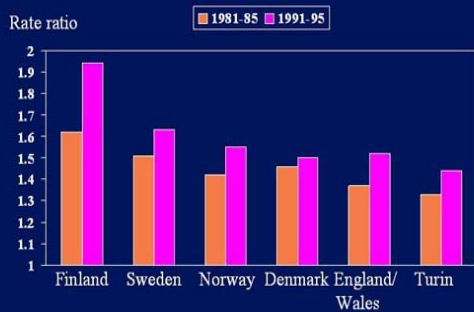
Pabarazi ne mortalitetin nga semundjet e zemres sipas arsimimit dhe gjendjes civile (Poloni)



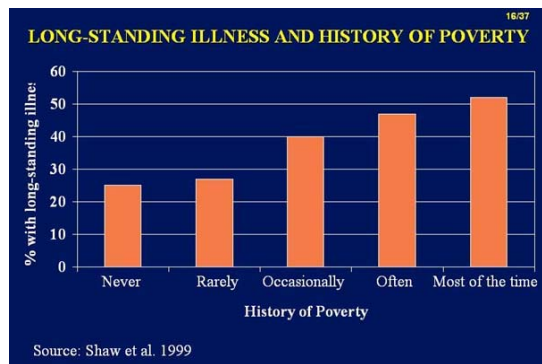
Depresioni dhe perjashtimi social ne tre shtete



MORTALITY BY OCCUPATIONAL CLASS: MEN (MANUAL:NON-MANUAL)



Mackenbach et al. IJE 2003; 32: 830 - 837



Kapitali social dhe shendeti

Terma

- Determinante apo percaktore
- Sociale apo shoqerore
- Kohezion apo perfshirje (?)
- Kapital social apo shtrat shoqeror (!)
- Indikator apo tregues
- Networke apo rrjete
- Mbeshtetje
- Nderhyrje
- Trende, tendenca apo prirje (!)

Sfidat e shoqerise moderne Gjetja e nje ekuilibri

- Rritja ekonomike (GDP per capita)
- Mjedisi
- Kohezioni social

Misteri i Rozetos



- Roseto Valfortore nje fshat 150 km ne jug te Romes.
- Ne fund te shekullit te 19 shume prej banoreve emigruan dhe krijuan nje komunitet ne Pensilvani. Vijuan te kultivojne token si ne Itali, ndertuan kishen e fshatit, vijuan traditen e festivaleve pranverore dhe krijuan grupe vellazerie.
- Vite me pas nje doktor i ri veren mungesen totale te semundjeve nen 55 vjec, apo te alkoolizmit, shkallen shume te ulet te krimet etj.
- Me kalimin e kohes nderkohe qe gjithnje e me shume banore te Rozetos largoheshin per pune e arsim dhe ktheheshin me vone me te pasur, vlerat po ndryshonin dhe problemet u barazuan me zonen perreth.

Origjina dhe dimensionet e konceptit

- Nga fundi i viteve 80, koncepti i kapitalit social behet element baze i diskursit politik, megjithese termi eshte perdorur prej sociologeve apo ekonomisteve prej nje shekulli
- Teori nderdisiplinare mbi nje trashegimi te pasur perendimore te marredhenive nder-njerezore dhe solidaritetit shoqeror
- Faktet mbi miedisin social si nje determinant i shendetit qe mund ta demtoje apo promovojte ate permes shume mekanizmave
- Kapitali social si mediator i pavarur mes pabarazise se te ardhurave dhe shendetit

Origjina

- Kapitali social shfaqet per here te pare (ndoshta) ne nje liber ne 1916 nga Lyda Hanifan. Si mund te punohet sebashku ne lagje per te mbikqyrur shkollat.
- "Ato elemente te prekshe me vlejne me shume ne jeten e perditeshme: vullneti i mire, simpatia, anetaresia, marredheniet shoqerore mes individeve dhe familjeve, te cilat krijojne nje grup shoqeror"

Shembuj praktike mbi dimensionet e kapitalit sociale

- Mirebesim
- Njohje
- Rreth shoqeror
- Reciprocitet
- Simpati
- Empati
- Anetaresi
- Vullnet i mire
- Vlera te perbashketa

Perkufizimi

Veshtire te jepet nje perkufizim i vetem qe i kenaq te gjithë

“Rrjetet dhe normat, vlerat e perbashketa si dhe mirekuptimi qe lejon bashkepunimin brenda nje grupi individesh apo mes grupeve te ndryshme”

E kunderta e luftes civile!
Ashtu si lumturia eshte e kunderta e semundjes se rende mendore

Pyetje per diskutim

Si mund te rregullohen marreveshjet, biznesi apo tregesia vetem permes ligjit, ne kushtet e mungeses se plote te besimit, vlerave apo normave te perbashketa?

Shikime te ndryshme mbi konceptin: Coleman

- Kapitali social sipas Coleman ka te beje me pritshmerine per reciprocitet, brenda grupeve shoqerore, ku ka nivele te larta besimi dhe vlerash te perbashketa.

Mendoni mbi reciprocitetin mes shokeve dhe sensin e sigurise!

- Sipas tij, kapitali social perben nje te mire publike nga e cila perfitojne te gjitha ata qe jane pjese e nje strukture dhe si e tille eshte nje aset potencial per te paprivileguarit dhe jo thjesht nje instrument privilegj

Perkufizime apo shikime te ndryshme mbi konceptin: Putnam

- Putnam e sheh kapitalin social mbi te gjitha si nje atribut te shogerise dhe vlera e tij mbeshtetet mbi rrjetet sociale dhe normat e reciprocitetit apo te mirebesimit qe krijohen prej tyre
- Ndryshimet ne kapitalin social me kalimin e kohes i atribuohen ndryshimeve ne strukturat shoqerore dhe jo ndikimeve individuale

Nga Amerika e viteve 50 ne Ameriken e shekullit te ri;
Bowling alone
Boschma 33 vjecar i ofron veshken per transplant Lambertit 65 vjecar

Perkufizime apo shikime te ndryshme mbi konceptin: Bourdieu

- Ndryshe nga Coleman apo Putnam te cilet e shohin kapitalin social si nje aset komunitar ne pronesi te te gjithëve, Bourdieu nenvizon faktin se shume nengrupe ne shoqeri per arsye te mungeses se kapitalit ekonomik apo arsimor/kulturor e kane te veshtire te perfitojne apo perdorin kapitalin social
- Theksohet fakti se si kapitali social riprodhohet ne grupe te caktuara duke trasheguar pabarazite; Disa persona ne shoqeri mobilizojne kapitalin e familjes se tyre, rrjetit shoqeror, njohjet, respektin, lidhjet (institutionale apo jo) klubeve, shkollave apo shoqatave ku kane bere pjese, ne avantazhin e tyre.

Dy shkolla te shikimit te kapitalit social:

- Shkolla e kohezionit social (ose komunitarizmi)
 - Normat, besimi, mbeshtetja reciproke ne komunitete te lidhura ngushte. Kohezioni mund te prodhoje pasoja sociale beninje apo edhe te padeshirueshme (perfitim i barabarte nga te 'miret' dhe te 'keqinjte'). Shoqeri tradicionale?
- Shkolla apo teoria e rrjetit
 - Mbeshtetja me mjete te ndryshme, kanalet e informimit, kredibiliteti shoqeror. Te gjitha si pasoje e rrjetit social individual. Shoqeri moderne?
- Mund te kete teknika te ndryshme matje

Niveli i analizës

	Individual	Grup
KS si kohezion social	Perceptime individuale te besimit	Agregim i pergjigjeve individuale ne nive grupi
	Pjesemarrje individuale ne shoqerine civile	
KS si rrjet	Perfitime ne burime	Analiza te rrjetit
	Perfitime ne pozicion	

Kategori apo komponente

- Zberthimi i konceptit me qellim matjen dhe perdorimin ne kerkim. Ndiemon ne komunikimin e njohurive dhe veprimet/politikat e perbashketa:
- **Lidhje: kontakte brenda grupeve homogjene (tradicionale, etnike)**
 - Kapitali social i lidhjeve i referohet marredhenieje te ngushta mes anetareve te familjes, miqve te ngushte, te matur nga tregues te tille si mbeshtetja e forte sociale. Keto marredhenie formojne nje rrjet te ngushte lidhjesh bazuar ne nje identitet shume te ngjashem social.
- **Ura: kontakte brenda grupeve heterogjene**
 - Kapitali social i kontakteve ka te beje me marredheniet me te dobeta mes individeve qe kane nje identitet social te qarte por pa lidhje etnike, fisnore, apo tradicionale, te tille si fqinjet ne nje lagje, anetare te nje klubi sporti, koleget ne nje organizate apo profesion.
- **Hierarki**
 - Kapitali social i hierarkise perdoret per te pershkruar marredhenie te karakterizuara nga diferenca ne pushtet; punedhenes/punemarres, qytetare/qeveri etj.

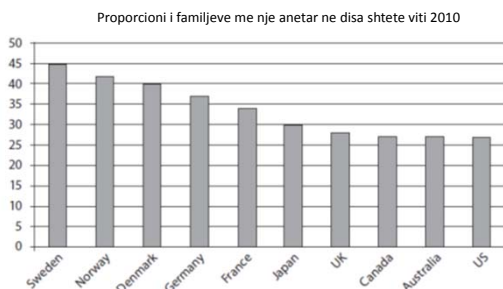
Shembull: lidhjet kundrejt urave: “Les Banlieus de Paris”

- Lidhjet mund të jenë të forta dhe mbështetja reciproke tradicionale mund të jetë e siguruar në komunitete të emigranteve
- Por dobësia e kontakteve apo urave me shoqëritë me të gjera mund të mbajë këto grupe në të marginalizuar kronike

Kategori apo komponente

- Konjitive apo subjektive
 - Kohëzioni social që mban sëbashku rrjetet e individëve i matur nga tregues subjektiv si besimi, mbështetja sociale, perceptimi mbi korrupsionin, vlerësimi i komunitetit apo fqinjëve etj.
- Strukturale apo objektive
 - Ka të bëjë me matjen objektive të aktivitetit dhe burimeve, të tilla si pjesëmarrja në aktivitete komunitare apo shoqërore, anëtarësia në një shoqatë, pjesëmarrja në votime, krimi në qytet, leximi i shtypit (?) etj.

Sfida dhe zhvillime për kapitalin social në shoqëritë moderne



Kapitali social ne regjimet totalitare

- Krijimi i idese se nje periudhe tranzitore gjate se ciles shteti dhe ideologjia eklipsojne cdo gje ne marredheniet mes individeve dhe elementet e tjere te shoqerise
 - Ideologjia sunduese kundrejt traditave
 - Rrjetet shoqerore, faqefisi, interesat e perbashketa
 - Kooperativat dhe ndermarrjet bujqesore (tragedy of the commons)
 - Puna vullnetare dhe aksionet ne bujqesi
 - Te gjithet per nje dhe nje per te gjithet

Normat dhe vlerat e perbashketa: Te perjeteshme apo ne ndryshim?

- Normat jane te pashkruara dhe zakonisht askush nuk flet per to derisa ndonje prej tyre te thyhet
 - Te rinjte sulmojne nje te moshuar!
- Vlerat mund te jene me te hapura per diskutim
 - Mbeshtetja per me te varferit!

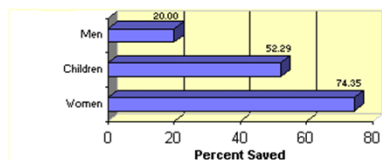
Marredheniet njerezore ne krize/katastrofe

Katastrofa e Titanikut

- Grate dhe femijet
- Grupet sociale ne fillim te shekullit XX

Category	Number Aboard	Number of Survivors	Percentage Survived	Number Lost	Percentage Lost
First Class	329	199	60.5 %	130	39.5 %
Second Class	285	119	41.7 %	166	58.3 %
Third Class	710	174	24.5 %	536	75.5 %
Crew	899	214	23.8 %	685	76.2 %
Total	2,223	706	31.8 %	1,517	68.2 %

Titanic Disaster -- percent of passengers saved, showing effect of "sex discrimination"



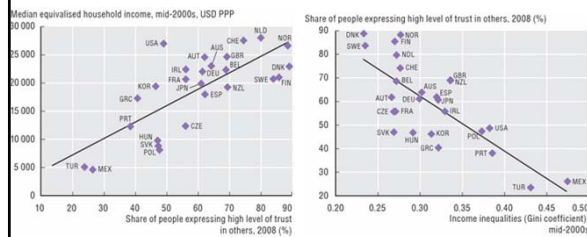
Roli i kapitalit social ne arritjen e mireqenies se pergjitheshme.
Ftese per debat

Rasti i Korese se Jugut dhe Nigerise

Sjellja individuale dhe investimi ne kapital publik.
Eksperimenti i Anderson

- Individet ftohen te investojne sipas vullnetit te tyre nje sasi monetare duke ndryshuar kushtet e eksperimentit;
 - Individet komunikojne ose jo me njeri-tjetrin
 - Ne eksperiment perfishihen individe te panjohur (free riders)
 - Individet kane sasi te barabarta ose jo ne kapital fillestar
 - Individet jane ne dijeni ose jo te pabarazive fillestare
- Individet priren te investojne me shume ne kapital publik ne kushtet e besimit dhe te barazise reciproke
- Per rrjedhoje ne keto kushte jane te prirur te perfitojne me shume. Ashtu si ne dilemen e te burgosurit

Lidhja e besimit me pasurine dhe barazine



Kapitali social dhe shendeteti

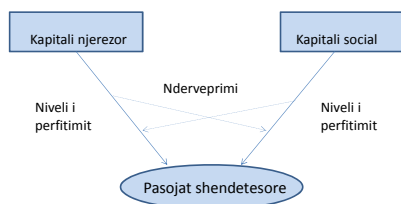
Ndryshimi ne te ardhura dhe indeksin e kapitalit social

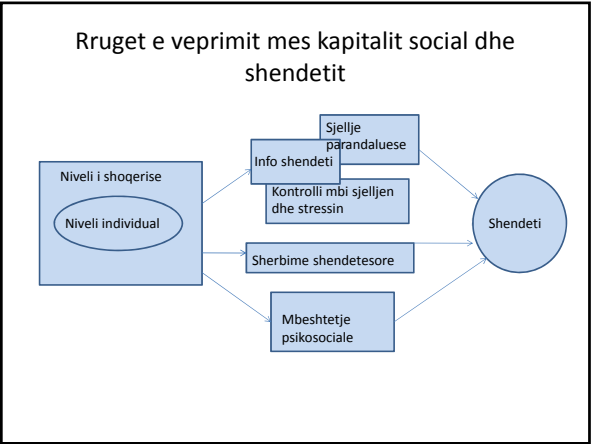
Area	PSCI (%)			Average annual household income		
	1998	2006	Change	1999	2007	Change
Community A Riverside and San Bernardino	0.52	0.56	0.04	USD 38 084	USD 45 881	USD 7 797
Community B San Francisco, Alameda, Contra Costa, Marin, San Mateo	0.86	0.95	0.10	USD 46 263	USD 50 664	USD 4 401

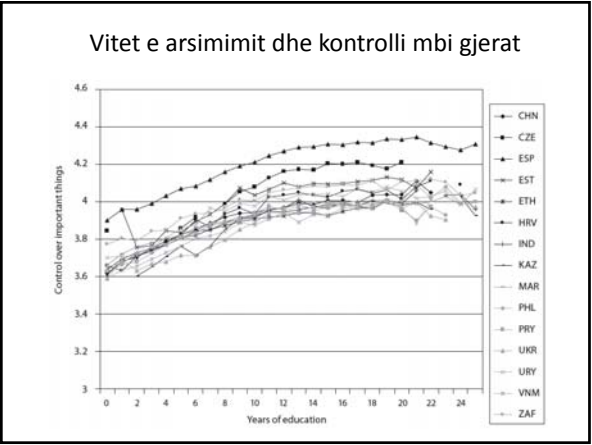
Ndryshimi ne sjellje shendetesore

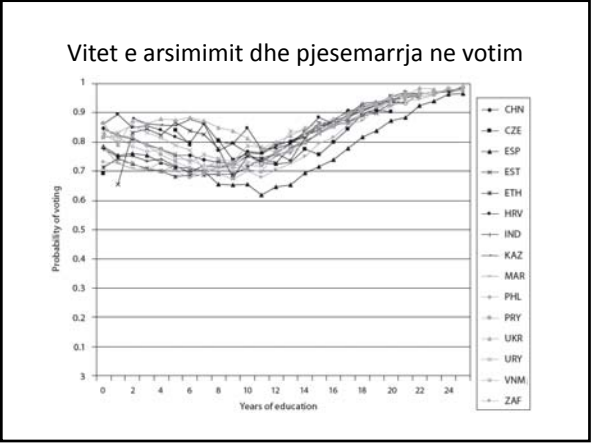
Area	Obtained flu shot (%)			Smoker (%)			Overweight or obese (%)		
	1999	2007	Change	1999	2007	Change	1999	2007	Change
Community A Riverside and San Bernardino	27	37	9	22	18	-4	83	77	-7
Community B San Francisco, Alameda, Contra Costa, Marin, San Mateo	34	47	12	18	10	-8	79	70	-10

Kapitali njerezor, kapitali social dhe shendeteti. Miller 2006

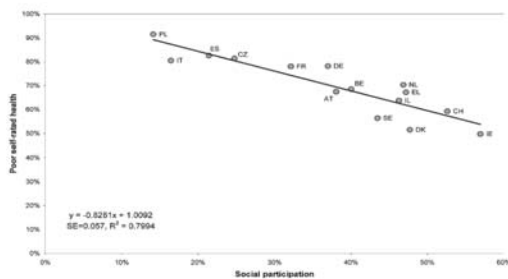








Kapitali social dhe shendet i vetepreceptuar ne vende te BE

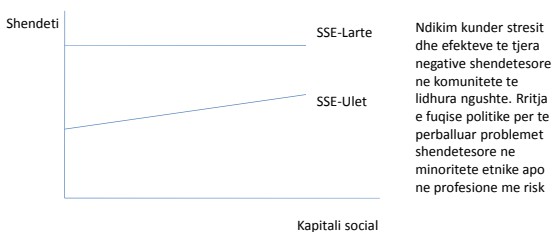


Disa treguese per matjen e kohezionit social

- Pjesemarrja ne shoqata jo qeveritare (Objektive).
Agrare, te moshuar, kredi te vogla, mesues-prinder, familjare te te semureve, kujdestare informale, profesionale, sherbimesh, kauza te ndryshme etj)
- Besimi dhe aderenca ndaj normave (konjitive).
Pritshmerite dhe pervojat e perceptuara nga individet
- Nderhyrjet dhe aksionet kolektive te ndermarra pa nxitjen fillestare nga forca te jashteme si psh Qeveria

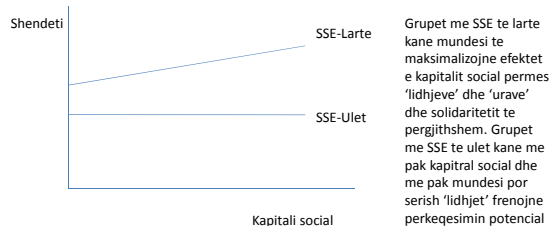
Disa hipoteza te nderveprimit te kapitalit social me shendetin: 1

Efekti bufer i kapitalit social mbi pabarazite socio ekonomike ne shendet



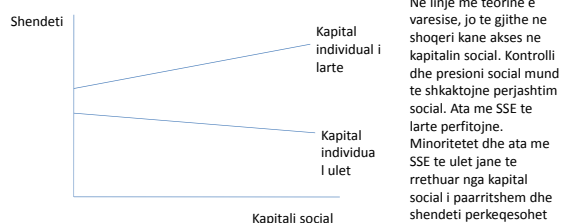
Disa hipoteza te nderveprimit te kapitalit social me shendetin: 2

Varesia e kapitalit social nga SSE qe ndikon ne shendet

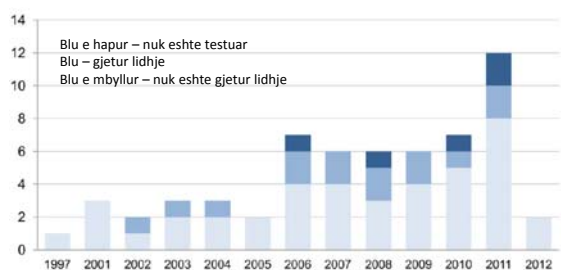


Disa hipoteza te nderveprimit te kapitalit social me shendetin: 3

Efekti i kapitalit social kontekstual ne SSE qe ndikon ne shendet



Rishikimi ne literature mbi testimin e teorive qe lidhin kapitalin social me pabarazite socio-ekonomike ne shendet



Kapitali social si kapital dhe “mall publik”

- Kapitali social nuk mund te jete mall privat i atyre qe perfitojne prej tij.
- Askush nuk mund t'i kufizojë individët te perdorin kapitalin social.
- Eshte kapital i krijuar nga njeriu, por nuk mund te ekzistojë vetem nga veprimtaria individuale. Kerkohet nderveprim.
- Ai mund te rritet dhe te perkryhet nga perdorimi i duhur.
- Por nese nuk ka reciprocitet ai mund te shkaterohet dhe eshte me e veshtire te rikrijohet (krahasuar me kapitalin natyror apo forma te tjera te kapitali te krijuar nga njeriu si kapitali fizik apo ai human)
- Nuk ka asnje vend ku pasuria dhe mireqenia te jete siguruar vetem prej zhvillimit ekonomik, pa investim ne kapitalin social
- Ne te mund te investohet nga qeverite permes politikave

Shembuj investimi ne kapitalin social. Ftese per diskutim

- Nxitja e aktiviteteve qe prodhojne te ardhura duke ndihmuar komunitetet te shfrytetojne kapitalin social eksistues
- Mbeshtetja e shoqatave ne ofrimin e sherbimeve (shendetesore psh) qe ose nuk ofrohen si duhet nga qeveria ose jane shume te shtrenjta
- Mbeshtetja e komuniteteve per rikrijimin e kapitalit social pas konflikteve (perfshi lufterat)
- Decentralizimi i asistuar per rritjen iniciatives qeverisese ne nivel lokal dhe komunitar duke shpresuar ne krijimin e rrjeteve te reja me grupe sociale dhe ekonomike

Kapitali social dhe fete; ftese per debat

- Pozitive:
 - Fete si vatra tradicionale te krijimit te vlerave dhe normave te perbashketa
 - Praktikant dhe institucionet fetare si mjedise tradicionale te ndertimit te rrjeteve njerezore
 -
- Negative
 - Fete si krijueset e medha te percarjes mes grupeve dhe etnive (sectarian social capital – Putnam)
 - ‘Lidhjet’ mund te jete mjaft te forta, por ‘urat’ mund te demtohen si ne rastin e komuniteteve te mbylluara etnike ku kohezioni i gjere shoqeror demtohet
 -

Fakte nga vendi yne: Pjesemarrja shoqerore e te moshuarve

- Rreth 8% e te moshuarve raportuan qe mos te kishin asnje kontakt javor me asnje anetar te familjes se tyre. Kjo situatë ishte veçanerisht e dukshme tek individet shume te moshaur ku pothuajse nje nder kater subjekte raportoi qe mos te kishte asnje kontakt javor me persona te familjes.
- Nga ana tjeter, nje nder tre te moshuar nuk takonin asnje shok ose shoqe cdo dite, problem i cili ishte natyrisht shume me prevalent tek individet shume te moshuar.
- Lidhur me pjesemarrjen shoqerore, vetem 18% e te moshuarve raportuan qe te ishin te angazhuar ne organizata te ndryshme shoqerore perfshi partite politike, shoqatat profesionale, organizata te ndryshme jo-qeveritare, grupime fetare, apo organizata te tjera shoqerore. Pjesemarrja shoqerore ishte me e larte tek meshkujt (21%) ne krahasim me femrat (15%) dhe tek personat me te rinj ne moshe (22%) ne krahasim me individet shume te moshuar (vetem 6%).

Fakte nga vendi yne: studimi MOSHA

- Vetem 12% e te moshuarve raportuan te kishin punuar ne menyre vullnetare (pa pagese) ne komunitetin e tyre gjate vitit te fundit ne kuadrin e ndonje shoqate apo programi te caktuar. Puna dhe kontributi vullnetar ishte me i larte tek meshkujt (15%) ne krahasim me femrat (10%) dhe, natyrisht, tek personat me te rinj ne moshe (17%) ne krahasim me individet shume te moshuar (vetem 4%).
- Perndryshe, nje nder pese te moshuar raportuan qe te kujdeseshin per familjaret e tyre te moshuar te cilet ishin me te plakur ose ne gjendje shendetesore te renduar.

Teme per diskutim

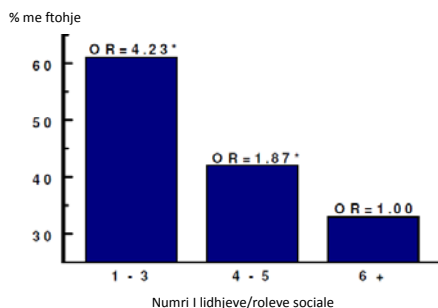
- Kapitali social ne shoqerine e virtuale

Rrjetet sociale dhe shendeti

Lidhjet sociale dhe semundjet virale S. Cohen – JAMA 1997

- **Objektivi:** lidhje te ndryshme (familje, miq, pune , komunitet) jane te lidhura me rritje te rezistences ndaj infeksionit
- **Skicimi:** pyetesor mbi pjesemarrje ne 12 lloje lidhjes sociale (bashkeshort, prind, mik, koleg, anetar shoqate etj). Injektivim i rinoviruseve dhe monitorim 6 dite ne karantine.
- **Pjesemarrresit:** 276 vullnetare te shendetshem 18-55 vjec.
- **Pasojat:** semundja virale. Matje e infeksionit objektivisht (mukusi, funksioni ciliar, skuqja, serologjia, replikimi viral). Kontroll per konfondues (gjendja emocionale/stresi, moshë, seksi, gjumi, vitamina C, etj)

Lidhjet sociale dhe semundjet virale: Rezultatet



Rolet ne rrjetet mbeshetetes dhe matja e tyre

Role me mundesi mbeshetetje	Modele perkufizimi
prind	ka femije (femije nen 18 vjec, femije mbi 18, femijet jetojne ne shtepi apo diku tjeter)
bashkeshort	Martuar apo jeton me nje partner ne shtepi
Te aferm	Te aferm qe banojne afer, ne qytet apo ne lagje dhe mund te vizitohen
I punesuar	Punesim me kohe te plote a te pjeseshme
Mik	Te pakten nje mik te mire ne distance jo me shume se 50 Km larg Dy ose me shume shoke te ngushte Kontakt me nje mik te pakten nje here ne muaj
Fqinj	Viziton fqinjet Viziton fqinjet te pakten nje here ne muaj
Student	Shkon ne shkolle/universitet pothuaj perdite
Komunitete fetare	Ndjek sherbesa fetare rregullisht Ose te pakten kur mundet

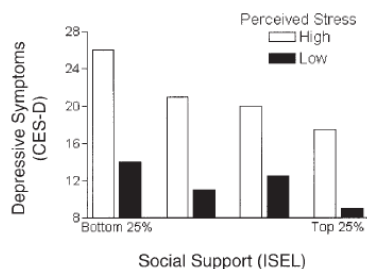
- Cilat karakteristika te marredhenieve social jane me ndikim pozitiv ne shendetin tone?
- Si e permiresojne ato shendetin?
- A munden marredheniet sociale te demtojne shendetin?
- Jane marredheniet sociale apo personalitet tane qe kane peshen kryesore?
- A mund ti ndryshojme mjediset sociale per te mermiresuar shendetin?

Dimensionet e marredhenieve sociale me ndikim ne shendet

- Mbeshtetja sociale
 - Rrjeti social ofron burime materiale dhe psikologjike qe e rrisin aftesine e nje individi te perballoje stresin
 - Instrumentale (ndihme materiale)
 - Informative (informacion, keshilla, udhezime)
 - Emocionale (empati, intimitet, audience per shfryrje emocionale)
- Integrimi social
 - Angazhim, perfshirje, identitet, dinjitet, solidaritet

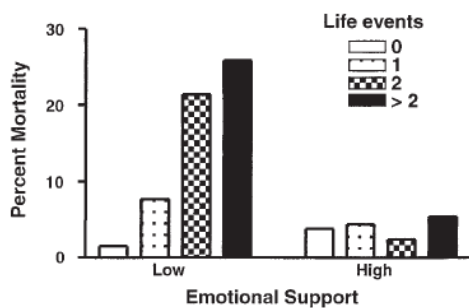
Mbeshtetja nderpersonale si zbutes i stresit

Pasojat e depresionit si pasoje e stresit psikologjik zbuten nga mbeshtetja nderpersonale tek studentet dhe adultet



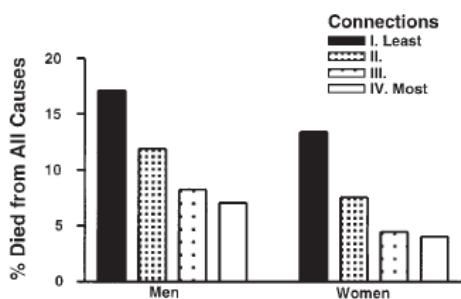
Mbeshtetja emocionale e perceptuar dhe risku i vdekjes ne nje kohorte meshkujsh mbi 50 vjec

Kategorite sipas ngjarjeve stresuese te jetes



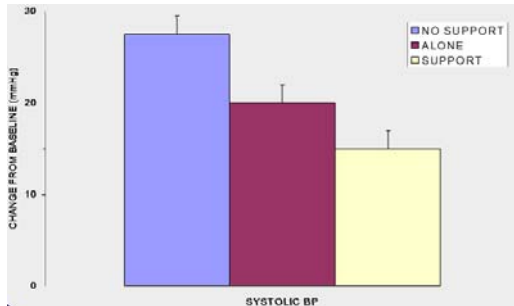
Lidhjet familjare, miqesore dhe komunitare si kontrollues te riskut te vdekjes

Ne nje kohorte te ndjekur per 9 vjet



Mbeshtetja sociale dhe reaktiviteti I HTA

Nxitje eksperimentale e HTA ne 200 gra



Mbeshtetja sociale dhe reaktiviteti I HTA.

Nderhyrja e personalitetit
(ho-hostility def-defence)

Nxitje eksperimentale e HTA ne 200 gra

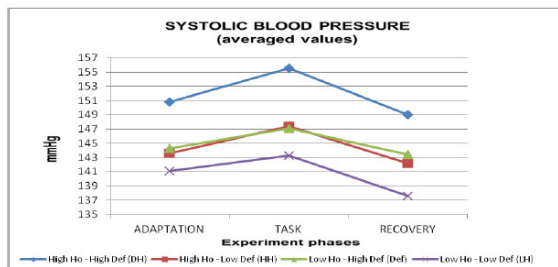
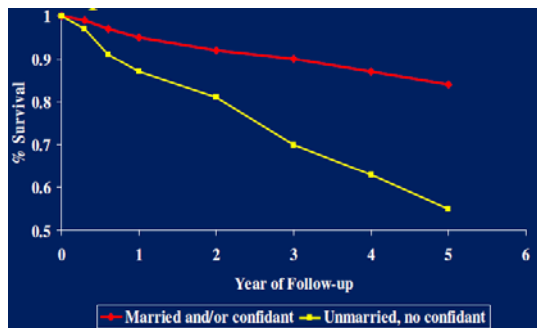
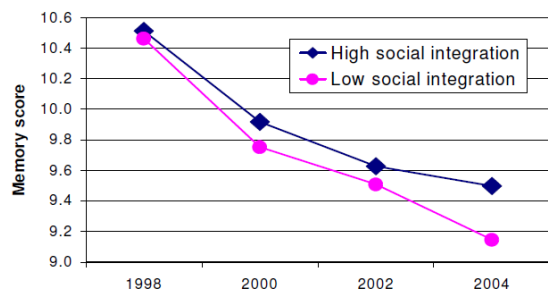


Figure 2. Systolic blood pressure averaged values obtained by the four groups in the three phases of the experiment.

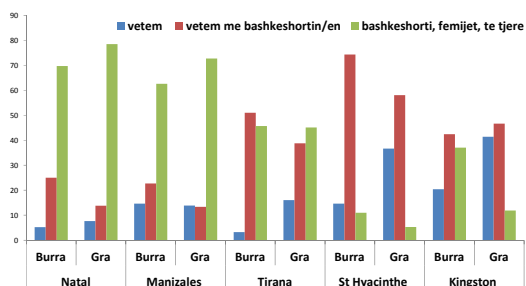
Kurbat e mbijetetes ne prani ose jo te bashkeshortit ose nje konfidanti



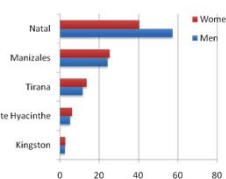
Renia e funksioneve konjitive dhe integrimi social tek te moshuarit



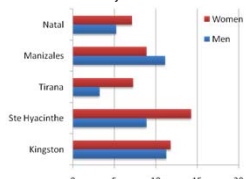
IMIAS: Me ke jeton



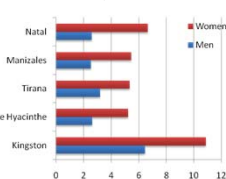
Pa shoke



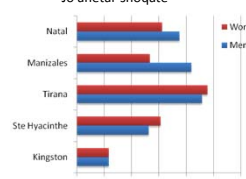
Pa femije



Pa vellezer/motra



Jo anetar shoqate



Lidhjet sociale dhe sjelljet shendetesore

Nese nje shok porosit dhe nje gote raki gjasat rriten qe kete ta besh edhe ti.

- Ndikime pozitive dhe negative
- Modeli I ndikimit: Shembulli I obezitetit dhe duhanpirjes. Perhapja e lumturise
- Mjedisi dhe efektiviteti I lidhjeve sociale

Obeziteti dhe lidhjet sociale

- Ndjekje per 30 vjet e 16 000 personave ne studimin e Framinghamit
- Perhapje e obezitetit e ngjashme me semundjet infektive (?)
- Normaliteti dhe Toleranca; nese shumica rreth teje jane mbipeshe kjo krijon sensin e normalitetit
- Nje shok obez e rrit shasin qe edhe ti te jesh obez me 50%. Per nje vella ose moter shanset rriten me 40% dhe ne rastin e bashkeshortit me 37%

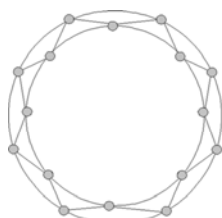
Duhanpirja; modelet e ndikimit te lidhjeve

- Ndjekje e duhanpiresve dhe jo duhanpiresve nga 1971 ne 2003
- Nderkohe qe duhanpirja behet me pak popullore, duhanpiresit behen me te izoluar dhe formojne grupe mes tyre
- Me kalimin e kohes te gjitha sebashku ne grup fillojne e lene duhanin
- Ata qe ngelen kane me pak shoke dhe lidhje sociale.
- Gruaja eshte me me influence sesa shoku, dhe ky I fundit nje ndikues me I forte se sa vellai/motra

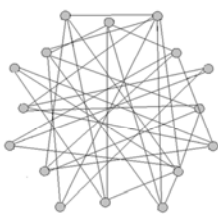
Lumturia ne lidhjet sociale

- Studimi I 2008. te rrethohesh nga njerez te lumtur I rrit gjasat per tu ndjere me mire.
- Te rendesishme: sjellja e trupit dhe afersia: nje fqinje e lumtur rrit shanset me 34%, por nje fqinje qe jeton me larg ka pak efekt.
- Efekti ngjites I fityres se qeshur
- Nje studim tjetër I fokusuar tek partneri; lumturia, semundja dhe vdekja. Vdekja e nje partneri rrit shanset per vdekje te parakoheshme me 20%

Perhapja e sjelljes ne rrjetet online



Clustered "Large World" Network



Randomly Rewired "Small World" Network

Avokatia si instrument i ndikimit ne politika

Alban Ylli

Nje perkufizim per avokatine I

Nje kombinim i veprimeve individuale dhe shogerore te ndertuara ne menyre te tille qe te nxisin angazhimin politik, mbeshtetjen politike, pranimin social apo mbeshtetje nga sistemi, lidhur me nje synim apo program te caktuar shendetesor.

OBSH

Nje perkufizim per avokatine II

- “Nje veprim i drejtuar kah ndryshimi i politikave, pozicioneve apo programeve te cfaredo natyre apo institucioni

AED



Elementet baze te avokatise

- Synime dhe objektiva
- Te dhena dhe kerkim
- Identifikim i audiences
- Ndertim i mesazhit
- Ndertim i koalicioneve
- Aftesi komunikuese
- Perpjekje per grumbullim fondesh
- Proces vleresimi

Dallimi me promocionin shendetsor

- Avokatia nuk eshte e njejta gje me promocionin shendetsor
 - Avokatia synon ndryshim politikash publike
 - Promocioni synon ndryshim sjelljesh individuale

Synimet dhe objektivat

- Menyra per te identifikuar problemet
 - Diskutime mes eksperteve apo grupeve me interes
 - Kerkim i dedikuar dhe te dhena apo fakte shkencore

Nuk duhet harruar se nje problem duhet te kete patjeter nje komponent zgjidhje politike.

Pra cdo problem duhet te kete edhe nje zgjidhje te mundeshme!

Perdorimi i te dhenave

- Nevojat per informacion nga politike-beresit jane marre parasysh gjate kyerjes se kerkimit
- Kerkimi eshte kryer nga nje organizate e cila ka kredibilitet ne syte e politike-beresve
- Kerkimi eshte fokusuar ne nje numer te kufizuar pyetjesh te cilat mund te marrin pergjigje
- Gjetjet jane shperndare tek audienat e ndryshme nepermjet nje numri kanalesh dhe nje numri formatesh, nderkohe qe mesazhi ngelet i njejte
- Paraqitja e te dhenave tek politike beresit nenvizon mesimet kryesore te nxjerra dhe jo nevojten per akoma me shume kerkim.
- Koheduheshmeria e pershtatshme
- Gjetjet dhe problemet shoqerohen me propozime te arsyeshme per zgjidhje

Synimi dhe objektivat

- Synimi: vizioni i pergjitheshem apo fokusi i avokatise
- Objektivat: plani i veprimit specifik dhe i matshem. Duhet te marre parasysh keto komponente:
 - Cfare duhet te ndryshoje
 - Kush ka fuqine per ta ndryshuar
 - Sa ndryshim kerkohet te arrihet
 - Kur mendohet te arrihet ndryshimi
 - Objektivat mund te jene afatgjate dhe afatshkurter

Kritere per te analizuar nje objektiv

- Ka fakte numerike apo kualitative qe demostrojne se ndryshimi kerkuar so te permiresoje situaten?
- A eshte objektivi i lehte per tu kuptuar?
- A eshte ai i arritshem? Po ne kushtet e opozites?
- A eshte koheduheshmeria realiste dhe e percaktuar qarte?
- A do te mund te siguroje objektivi mbeshtetjen e shumekujt? A jane te interesuar njerezit per objektivin sa te ndermarrin veprime konkrete?
- A mund te identifikohen qarte vendimmarresit target? Dihen emrat dhe pozicionet e tyre?
- A do te jene e mundur te grumbullohen fonde apo burime te tjera per te mbeshtetur procesin ne arritje te objektivit?
- A ka aleanca te nevojshme me organizata apo individe kyc? A ndihmon objektivi ne arritjen e aleancave me aktore apo faktore me rendesi?
- A do te ndihmojne puna per arritjen e objektivit ne perfshirje te individeve ne procesin e vendimmarrjes?

Aktoret dhe bashkepunimi

- Identifikimi i audiences
 - Audienca paresore. Politike-beresit
 - Audienca dytesore. Grupe dhe organizata me ndikim ne politike berje

Nuk duhet harruar qe ne audiencon dytesore te perfshihet edhe opozita se bashku me bazen mbeshtetese.

Eshte i nevojshem nje informacion sa me i hollesishem per audienca: njohurite, qendrimet dhe sjelljet e tyre

Puna me aktoret

Audienca= Aktoret

Perfshirja e aktoreve ne procesin e avokatise qe ne fazat e para te ndertimit te saj dhe lejimi i opinionave te tyre ne proces ndihmon perfshirjen me te forte te tyre

Lidershipi bashkepunues. Te gjitha duhet te kene ndjesine se kane nje ze ne proces

Ndertimi i rrjeteve

- Nje rrjet perfshin individe apo organizata qe bashkepunojne mbi nje ceshtje te caktuar
 - Kush duhet te jete ne rrjet?
 - Si te identifikohen pjesemarres potenciale?
 - Si te informohen dhe ndergjegjesohen ata per te punuar se bashku?
 - Si mund te ndihmojne ata?

Ndertimi i koalicioneve

- Nje koalicion eshte i perbere nga grupe apo organizata qe punojne se bashku me nje synim te perbashket.
 - Ata mund te jene te perkohshem ose te perhershem
 - Kerkojne me shume mund se sa rrjetet dhe nuk i zevendesojne ato

Cfare fitohet nga koalicionet

- Rritet baza mbeshtetese e avokatise. Sebashku mund te fitohet ajo qe nuk mund te fitohet vetem
- Siguri dhe mbrojtje per anetaret
- Rriten burimet ekzistuese duke deleguar detyra dhe rishperndare burime
- Rriten kredibiliteti dhe influencia
- Mund te ndihmoje per krijimin e lidershit te ri
- Zgjeron kanalet e informacionit dhe te eksperiencave

Disa probleme me koalicionet

- Mund te cperqendroje nga detyra te tjera te organizates. Kohe dhe energji shtese
- Mund te kerkoje kompromise te synimeve dhe taktikave
- Mund te detyroje nenshttrimin ndaj organizatave me te fuqishme. Pushteti nuk shperndahet ne menyre gjithmone te barabarte ne nje koalicion.
- Jo gjithmone merret lavdia perkatese. Emri i koalicionin mund te eklipsoje anetaret individuale. Eshte gjithmone e dobishme te publikohen sa me shpesh anetaret
- Nese koalicioni prishet, kredibiliteti i gjithe anetareve do te demtohet se bashku me perpjekjet per avokati

Baza mbeshtetse

- Avokatia si mjet per tu dhene ze individeve dhe grupeve me te dobet
 - Mbeshtetja e grupeve me me pak mundesi.
 - Fuqizimi i tyre.
 - Avokati per ta dhe avokati me ta
 - Kontakti social shpie ne angazhim komunitar
 - Organizimi i komuniteteve –organizim i individeve per pushtet (HAI)

Mbledhja e fondeve I

- Rregulli i arte: gjithmone perpiqu te mbledhesh me shume fonde se sa shpenzon aktualisht
- Burimet e fondeve
 - Kontribute individuale
 - Pagesa anetaresie
 - Kontribute nga bizneset
 - Aktivitete qe prodhojne te ardhura
 - Grante nga organizata vendase dhe te huaja

Mbledhja e fondeve II

- Donacionet nuk jane vetem monetare
- Kujdes elementet legale te lidhur me donacionet
- Njohja e burimeve potenciale te fondeve
- Trajtimi i donatoreve te mundshem si audience target

Nese nje institucion publik ka mekanizma te tjere te sigurimit te qendrueshmerise, transparencja eshte thelbesore per kredibilitetin e nje OJF-je

Komunikimi dhe mesazhet I

Disa elemente te nje mesazhi te mire avokatie:

- Ji konciz dhe specifik
- Ji vizual dhe perdor 'social math'
- Perdor ne menyre efektive teknikat me mediat
- Merr ne konsiderate audiencen target
- Lokal, jo kozmopolitan
- Shmang slloganet dhe moralizimin
- Ji pozitiv

Komunikimi dhe mesazhet II

- Mesazh i qendrueshem ne kanale te ndryshme ne nje kohe te gjate (konsistenca)
- Krijohet nje mesazh qe audienca do ta kuptonte (gjuha)
- Sigurohu qe mesazhi shkon tek audienca nepermjet nje burimi te konsideruar kredibel nga audienca (mesazheri)

Rritja e ndergjegjesimit publik

- Kanalet e komunikimit
 - Shperndarje materialesh edukuese
 - Aktivitete me komunitetet, shkollat, institucionet
 - Mbledhje publike
 - Deklarata per shtyp
 - Konferenca
 - Internet, (website, social media)

Perdorimi i mediave per avokati

Nese ju nuk ekzistoni ne media, per arsye praktike ju nuk ekzistoni!

Mundesesi te ndryshme mediatike

- Gazetat: reportazhe, lajme, shkrim redaktorial, leter redaktorial, opinione, faqe te specializuara
- TV dhe radio: programet ditore apo javore te lajmeve, emisione debati apo intervista,

Merr iniciativen....

- Mos prisni qe reportert te vijne tek ju...
 - Informohu mbi gazetaret pergjegjes te fushes apo temes me interes avokatie. Paraqit veten, institucionin, organizaten dhe ceshtjen ne fjale
 - Gjej histori me interes per ta. Gazetaret nuk jane te interesuar ne ceshtjet. Ato duan histori me interes per publikun. Keshtu qe gjej nje histori nepermjet te ciles te percjellesh mesazhin e avokatise

Elemente interesi ne nje histori

- Permbajte e pazakonte apo ironike
- Padrejtesi e paraportuar
- Histori kontradiktore
- Histori me interes njerezor
- Histori me interes lokal
- Ne histori perfshihet ndonje personalitet
- Histori me mundesi te mira fotografike

Cfare duan dhe cfare nuk duan mediat

- Duan
 - Histori me interes per publikun
 - Tema qe ngjallin debat ose konflikt
 - Kendveshtrime te reja mbi nje teme me inters
 - Informacion te sakte
- Nuk duan
 - Histori te vjetra apo qe jane mbuluar nga konkurrentet
 - Pasaktesi apo histori te paplota
 - Personat te cilet insistojne mbi nje histori e cila u eshte kthyer mbrapsht nje here

Kur komunikon drejtperdrejt ...

- Ji profesinist ne qendrim dhe veshje
- Ji i qarte dhe konciz. Mos perdor zhargon, perdor gjuhe te thjeshte
- Fillo me ceshtjen kryesore dhe jep mesazhin e zgjedhur te avokatise
- Nje interviste nuk eshte nje bisede e lire. Nuk mund te shmangesh duke thene 'no koment' apo 's'mund te flas per kete'
- Nuk ke pse ti pergjigjesh pyetjeve ashtu sic te drejtohen. Riformuloi ato per te dhene mesazhin tend
- Nese nuk je personi i duhur per pyetjen jepi gazetarit kontaktet e personit.
- Nese nuk e di pyetjen kthehu tek gazetari ne nje moment te dyte me informacionin e duhur

Konferenca per shtyp

- Mbulimi mediatik do ta beje aktivitetin shume te rendesishem. Sigurohu qe pergatitjet jane te plota dhe njerzit e ftuar te vijne
- Zgjidh me kujdes ata qe do te flasin.
- Zgjidh vendin dhe kohen (shmang mbivendosjet me ngjarje te tjera me interes mediatik). Beje sa me publik aktivitetin
- Pergatit materialet e nevojshme
- Mos e kalo kohen prej 20 minutash. Jo me shume se 3-5 minuta per cdo person qe do flase. Gazetaret kane interes te bejne pyetje dhe jo te degjojne leksione

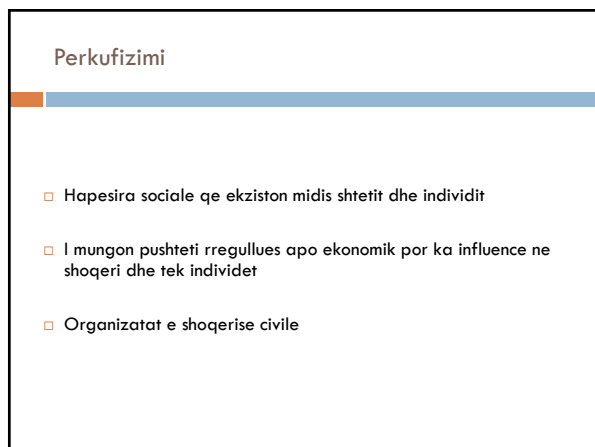
Nje lajm apo nje njoftim per shtyp

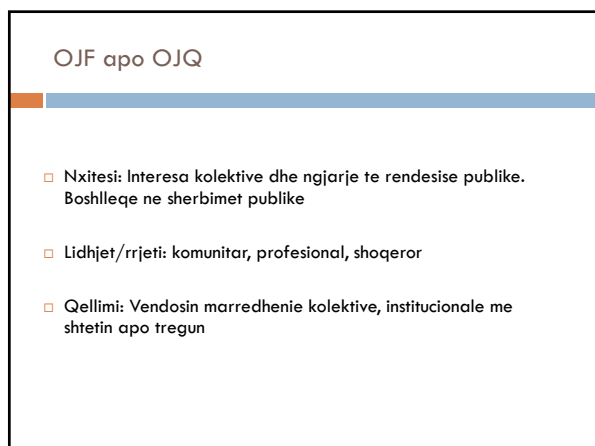
- Ndiq rrjedhen e meposhteme
 - Paragrafi i pare eshte me i forti dhe permban thelbin e lajmit apo ngjarjes. Cfare eshte e re, cfare eshte zbuluar, cfare po ndodh.
 - Me tej jep disa te dhena apo detaje te tjera ilustruese mbi kontekstin apo rrethanat
 - Mbylle me nje mesazh te perzgjedhur me kujdes, ne linje me mesazhin e avokatise
 - Gjuhe e sakte dhe koncize. Jep sa me shume informacion ne pak rreshta.

Disa pika permbledhese per tu pasur parasysh gjate avokatise per ndryshim politikash

- Njih mire politikanet target. Interesat dhe prioritetet e tyre
- Identifiko individ apo grupe te tjera me interes te perbashket avokatie. Mos shmang asnje thjesht per arsye mosnjohje apo mungese historie bashkepunimi. Oponenti i djeshem mund te jete aleati i sotem
- Mbaj marrredhenie te mira me aleatet e mundshem dhe politikanet qe priren te jene fleksibel dhe mendje hapur. Mos lejo te te konsiderojne nje armik per arsye se nuk je i afte te biesh dakord.
- Ji i ndershem, i drejtperdrejte dhe realist kur punon me politikanet apo stafin e tyre. Mos genje kurre nje parlamentar apo administrator tjetër mbi rendesine e ceshtjes ne fjale, pengesat, opoziten ndaj saj etj.
- Njih procesin legjislativ dhe burokracine administrative. Ji i informuar mbi ceshtjet me rendesi ne tryezat e vendimmarrjes.
- Ji konciz, korrekt, i sakte, bindes, mirenjohes dhe i sjellshe kur paraqet ceshtjen e avokatise ndaj nje parlamentari, apo administratori tjetër.
- Mbaj fjalën lidhur me informacionin qe premtan apo ndihmen qe ofron. Beje kete ne nje menyre profesionale dhe ne kohen e duhur. Dëshmo se mund te jesh nje partner i besueshem per sot dhe per te ardhmen.







Zgjerimi i aktivitetit dhe rolit te ShC

- Demokratizimi i shoqërisë / të drejtat civile
- Interesi për politikën publike
- Dobësitë lidhur me administrimin apo shërbimet publike
- Sfidat globale

OJF-te ne Shqiperi

- Me qëndra organizata të shoqërisë civile ekzistojnë në vend
- Karakteristika pozitive:
 - Zevendesojnë pamundësinë e shtetit për të ofruar shërbime, prodhuar ide apo absorbuar projekte
 - Krijojnë një "pol të tretë" ndaj bipolarizmit politik duke siguruar opozicion dhe përfaqësueshmëri të besueshme lidhur me politikën
 - Promovojnë/mbrojnë standartet/etikën/të drejtat legale dhe civile

Historia e shoqërisë civile në shëndetin publik

- Organizatat e profesionistëve
- Alma Ata njohu dhe nenvizoi pjesëmarrjen e individit dhe rëndësinë e veprimtimit social
- Pas 90' ndryshimet sociale ekonomike kanë nxitur aksione/avokati në mbrojtje të të drejtave bazë si dhe aksesit/shpërndarjes së shërbimeve shëndetësore

Roli I shoqerise civile ne shendetin publik shqiptar

1. Ne fushen e sherbimeve:

- ▣ Nxitja e vullnetarizmit ne asistencen per grupet vulnerabel
- ▣ Lehtesimi I komunikimit midis komunitetit dhe sherbimeve
- ▣ Shperndarja e burimeve materiale (prezervative, ushqime, etj) ne grupe te komunitetit

2. Ne fushen e edukimit/promovimit te shendetit:

- ▣ Sigurim dhe shperndarje te informacionit
- ▣ Lehtesim ne ndryshimin e sjelljeve
- ▣ Mobilizim dhe organizim social per shendetin
- ▣ Kryerje ose mbeshtetje per kerkim shkencor

3. Ne fushen e politikave:

- ▣ Perfaqesim I interesave te publikut dhe te komunitetit
- ▣ Promovim te barazise/drejttese dhe politikave per me te pafavorizuarit
- ▣ Konsulence lidhur me standartet dhe principet e PH
- ▣ Sigurim te zbatimit te politikave nepermjet nxitjes se mbeshtetjes publike

4. Ne fushen e kontrollit te cilesise se sherbimeve:

- ▣ Monitorimi i cilesise se sherbimeve
- ▣ Avokati per grupet e margjinalizuara
- ▣ Promovim i te drejtave te pacientit lidhur me cilesine
- ▣ Ndhime ne lidhje me ankesat dhe pretendimet e pacienteve

Sigurimin dhe shperndarjen e burimeve

- ▣ Avokati per financimin e sherbimeve te preferuara nga komuniteti
- ▣ Mobilizim dhe organizim i komunitetit per te bashkefinancuar sherbime
- ▣ Sigurim i transparences se perdorimit te burimeve publike ne shendetesi

Problemet ne bashkepunimin shtet-SHC

- ▣ Perfaqesueshmeria e dyshimte
- ▣ Ndryshueshmeria e qendrimeve nga OJF te ndryshme
- ▣ Tensioni midis shtetit dhe OJF
- ▣ Varesia nga burimet shteterore ul autonome

Konkluzione

□ Shteti duhet ti kuptoje me mire SHC dhe kjo e fundit duhet te adaptohet me mire me nevojat e sektorit publik dhe duhet te organizohet me mire

□ Fusha emergjente per aktivitet te SHC:

- Forcimi i rolit te individit/pacientit ne sistemin shendetesor
- Futja e mekanizmave te motivimit profesional
- Me shume influence ne reformat ne shendetsore
- Me shume komunikim/informacion per mediat dhe publikun

TEMA: Ndikimi i zonave të banimit në shëndet

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të:

- Kuptojnë konceptin e zonave të banimit si përcaktor i gjendjes shëndetësore të popullatës;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e zonës së banimit me përcaktorët e tjerë shëndetësorë;
- Vlerësojnë impaktin e zonës së banimit në gjendjen shëndetësore të popullatës.

KONCEPTE BAZË

Planifikimi urban i shëndetshëm – është një koncept që fokusohet mbi impaktin pozitiv të planifikimit urban në shëndetin e popullatës, mirëqenien e individëve dhe cilësinë e tyre të jetës, duke reflektuar në këtë mënyrë përkufizimin gjithë-përfshirës të shëndetit sipas këndvështrimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH). Urbanizimi është një nga sfidat e shëndetit publik në shekullin e 21-të. Për herë të parë në historinë njerëzore, shumica e popullsisë botërore banon në qytete (zona urbane). Në vitin 2030, parashikohet se rreth 60% e popullsisë botërore do të banojë në qytete, ndërsa në vitin 2050 ky proporcion do të arrijë në rreth 70%. Urbanizimi përfaqëson një mundësi të madhe për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullsisë, por përbën edhe një sfidë të madhe, sidomos në vendet ku procesi i urbanizimit ecën me ritme më të shpejta në krahasim me zhvillimin dhe ngritjen e infrastrukturës së nevojshme për të përmbushur kërkesat dhe nevojat e popullatës për shërbime të ndryshme (përfshi shërbimet sociale dhe shëndetësore). Në këtë mënyrë, planifikimi i drejtë dhe racional urban ndihmon në përmirësimin e impaktit shëndetësor në popullatë. Konvencionalisht, planifikimi urban i shëndetshëm i referohet ndërtimit dhe zhvillimit të qyteteve të shëndetshme, të qëndrueshme dhe që ofrojnë shanse dhe mundësi të barabarta për të gjithë banorët.

Zonat e banimit dhe shëndeti – ky është një koncept që i referohet ndikimit që ka lagjia apo zona e banimit në përgjithësi në gjendjen shëndetësore të individëve. Zona e banimit ka një ndikim social, por edhe një dimension hapësinor. Zona e banimit ndikon në gjendjen shëndetësore të individëve kryesisht në mënyrë të tërthortë përmes induktimit të përcaktorëve (determinantëve) të caktuar shëndetësorë përfshi aktivitetin fizik, duhanpirjen, ushqyerjen, stresin, ose aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore.

Planifikimi urban dhe shëndeti publik

Teori të ndryshme ofrojnë themelin për një bazë të kuptuarit se si ndërthuren shëndeti publik dhe planifikimi urban në vende dhe popullata të ndryshme të botës. Në mënyrë të veçantë, këto teori i referohen faktit se mjediset fizike dhe sociale luajnë një rol shumë të rëndësishëm në shëndetin e komuniteteve. Meqë shumica e profesionit të planifikimit urban mendojnë se fokusi i saj rrotullohet rreth hartimit dhe krijimit të vendeve të shëndetshme për njerëzit, planifikimi urban dhe profesionistët e shëndetit publik janë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin. Në këtë mënyrë, planifikimi urban shërben si një formë e parandalimit parësor dhe kontribues në rezultatet pozitive të gjendjes shëndetësore të popullatës. Përveç kësaj, planifikimi urban ka të bëjë edhe me qasjen *holistike* ndaj shëndetit, koncept ky që është në përputhje me përkufizimin gjithë-përfshirës të shëndetit sipas këndvështrimit të OBSH-së.

Gjatë viteve dhe dekadave, profesionistët e shëndetit publik janë bërë gjithnjë e më të vetëdijshëm se një përgjigje efektive e shëndetit publik duhet të marrë një perspektivë të gjerë në komunitet, e cila duhet të përqendrohet tek parandalimi dhe jo trajtimi i sëmundjeve, duke shmangur “fajësimin e viktimës” dhe duke njohur ndikimin negativ që mjedisi ka mbi sjelljen jo të shëndetshme të individëve të caktuar të popullatës. Megjithatë, thjesht njohja e rolit të faktorëve fizikë dhe socialë si agjentë shkaktarë të sëmundjeve nuk do të ulin aktet e dhunës apo izolimin shoqëror të individëve dhe nëngrupeve të caktuara të popullatës. Nevojitet veprim dhe masa konkrete në këtë drejtim. Bazuar në trendin aktual dhe duke u kthyer prapa drejt origjinës së shëndetit publik, mund të arrihet në përfundimin se nevojitet punë më bashkëpunuese në terren dhe duhet të bëhet trajnimi i përbashkët mes planifikuesve urbanë dhe profesionistëve të shëndetit publik. Nëse zbatohet rigorozisht, ky ndryshim mund të rezultojë që të jetë një instrument pragmatik dhe efektiv për përgjigjet e ardhshme të shëndetit publik dhe zhvillimit urban në të gjitha vendet dhe popullatat.

Aspektet tradicionale të shëndetit që ndikojnë në planifikimin urban

Praktika e promovimit të shëndetit në popullatat urbane duke kontrolluar dhe parandaluar ekspozimin ndaj agentëve të sëmundjeve rezultoi që të ishte një strategji shumë e sukseshme dhe efektive që në mesin e shekullit të nëntëmbëdhjetë. Kjo qasje ishte dëshmi e hershme e lidhjes së ngushtë mes planifikimit urban dhe shëndetit.

Kontrolli i sëmundjeve

Implikimi i parë që çështjet e shëndetit publik kishin për planifikimin urban evoluan nga nevoja për të kontrolluar sëmundjet e ndryshme në popullatë. Kushtet e jetesës në qytetet e reja industriale në shekullin e nëntëmbëdhjetë ishin shumë të vështira. Shërbimet bazë siç janë strehimi dhe siguria e përshtatshme nuk ekzistonin. Punëtorët e

industrisë jetonin në kushte të mbipopulluara pa ekspozim ndaj dritës së ditës ose ventilimit (ajrimit). Në kushte të tilla, sëmundje si tifoja, kolera, ethet e verdha dhe tuberkulozi “lulëzuan”, duke shkaktuar humbje të mëdha në terma njerëzorë dhe ekonomikë.

Nevoja për të kontrolluar sëmundjet u shfaq së pari nëpërmjet përpjekjeve të reformatore sanitare në shekullin e nëntëmbëdhjetë. Qëllimi i tyre ishte rivendosja në qytete e ajrit të pastër, ujit të pastër, hapësirave të gjera dhe mundësimi të rrezeve të diellit. Në Britani, Raporti Chadwick, “Për gjendjen sanitare të popullsisë në punë e Britanisë së Madhe”, pati një ndikim të jashtëzakonshëm. Në fakt, raporti çoi në Aktin e Shëndetit Publik të vitit 1848. Kjo ishte hera e parë në histori që qeveria Britanike mori angazhim konkret për ruajtjen e shëndetit të popullatës së saj. Kjo shërbeu si bazë për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve nëpërmjet iniciativave të lidhura me planifikimin urban si kanalizimet, grumbullimi i plehrave, kontrolli i brejtësve dhe kontrolli i mushkonjave.

Parandalimi i sëmundjeve

Meqë me kalimin e dekadave njohuritë shkencore u bënë më të avancuara dhe më me ndikim, fokusi u zhvendos drejt eksplorimit dhe gjetjes së mjeteve (instrumenteve) përmes të cilave mund të parandaloheshin sëmundjet. Sa i përket planifikimit urban, kjo nënkuptonte, për shembull, sigurimin që lagjet e banimit të kishin dritë dhe ventilim të përshtatshëm dhe, gjatë dekadave të fundit, minimizimin e ekspozimit ndaj lëndëve toksinave të tilla si asbesti dhe plumbi.

Çrregullimi Emocional Sezonal është një shembull i një sëmundjeje që ka implikime në projektimin e ndërtesave të banimit. Me procesin e evolucionit njerëzor, u bë e dobishme për njerëzit që të flejnë natën. Qeniet njerëzore kanë një hormon, melatoninën, që lëshohet gjatë natës për të ndihmuar në nxitjen e natyrshme të gjumit.

Në përgjithësi, drita është sinjali për trupin për të ndaluar lirimimin e melatoninës dhe për të stimuluar hormonet e tjera që ndihmojnë për të aktivizuar trupin. Ardhja e dimrit dhe ditët e saj më të shkurtra është një pengesë e natyrshme për të ruajtur rregullimin e duhur të melatoninës. Skenari i njerëzve që shpenzojnë ditë të tëra në ambiente të mbyllura në punë ose në shtëpi e përkeqëson problemin në fjalë. Pra, dizajnimi i mjediseve tona të ndërtuara për të përmirësuar qasjen në dritën natyrore është një mënyrë për të cilën planifikimi urban mund të kontribuojë në parandalimin e sëmundjeve të tilla si Çrregullimi emocional sezonal, por edhe shumë sëmundje të tjera.

Reduktimi i aksidenteve

Planifikuesit urbanë kanë kohë që kanë qenë të shqetësuar me masat që ndihmojnë në reduktimin e viktimave dhe lëndimeve për shkak të aksidenteve. Politikat e reduktimit të aksidenteve që janë në linjë më tradicionalisht me shqetësimet e planifikuesve

përfshijnë çështje të tilla si kontrolli dhe planifikimi i trafikut, standardet e trotuareve, planifikimi për stacionet e zjarrit dhe standardet për pajisjet e shesheve (terreneve) të lojërave. Në këtë drejtim, planifikuesit e kanë kuptuar se është naive të mendosh se faji për zhvillimin e aksidenteve mund të vendoset vetëm tek njerëzit. Një qasje më efektive njeh ndërveprimin midis njerëzve dhe mjedisit, dhe rëndësinë e një ambienti suportiv (mbështetës) për aktivitetet dhe veprimtaritë njerëzore.

Siguria

Dëshira për të krijuar vende të sigurta, në një farë mënyre, ka qenë prej kohësh në agjendën e planifikuesve urbanë. Megjithatë, me rritjen e krimit dhe me shtimin e njerëzve që frikësohen për sigurinë e tyre, një sfidë tjetër është imponuar ndaj planifikuesve urbanë. Një mënyrë për të ndryshuar klimën e frikës dhe braktisjen e hapësirave publike është përmirësimi i projektimit, planifikimit dhe menaxhimit të hapësirave publike në mënyrë që ato të jenë të dukshme, të arritshme dhe të përdorshme masivisht nga segmente të gjera të popullsisë. Në Mbretërinë e Bashkuar, disa iniciativa të projektimit dhe planifikimit të përcaktuara nga autoritetet lokale, menaxherët e qendrës së qytetit dhe oficerët e ndërlidhjes arkitektonike kanë patur synim ri-theksimin e nevojës që planifikuesit urbanë të konsiderojnë shumë seriozisht sigurinë e komuniteteve.

Këto iniciativa përpiqen të komunikojnë tre parime bazë në planifikimin dhe zhvillimin e hapësirave publike: (i) të mbajnë një mjedis fizikisht të pastër; (ii) të krijojnë një mjedis të shumëllojshëm (për aktivitete dhe veprimtari të larmishme njerëzore); dhe (iii) të sigurojnë hapësira publike të dukshme në distanca më të gjata, duke instaluar ndriçim uniform dhe me cilësi të mirë.

Siguria ka qenë prej kohësh në axhendën e planifikuesve urbanë, por siç dëshmohet nga iniciativat e fundit në shumë vende të botës, shqetësimet dhe përgjegjësitë e planifikuesve urbanë lidhur me sigurinë e komuniteteve janë rritur shumë gjatë viteve të fundit.

Implikimet shëndetësore të planifikimit urban aktual

Për të diskutuar aspektet e planifikimit urban që kanë pasur pasoja për shëndetin publik, është e nevojshme të ri-theksohet përkufizimi *holistik* i shëndetit. Përsa i përket këtij aspekti, shëndeti konsiderohet gjerësisht si një mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe sociale, dhe jo thjesht si mungesë e sëmundjeve ose gjendje dobësie e individit.

Duhet të kujtojmë se shëndeti është një çështje sociale dhe një çështje politike. Gjithashtu, në mënyrë që të përmirësohet gjendja shëndetësore në qytete anembanë botës, është e nevojshme që njerëzit të përfshihen në mënyrë efektive në të gjitha proceset e ndryshimit. Së fundi, fokusi primar duhet të jetë në ndryshimin e kushteve

themelore - mjediseve të rrezikshme - në mënyrë që të krijohen përmirësime të qëndrueshme dhe afatgjata.

Me këto konsiderata, duhet filluar shqyrtimi i shembujve që shërbejnë si dëshmi për disa nga implikimet shëndetësore, si pozitive ashtu dhe negative, të planifikimit urban tradicional. Parimi qendror këtu është zbulimi dhe ekzaminimi i potencialit të pasojave të paqëllimshme të politikave së urbanistikës dhe vendimmarrjes në këtë fushë.

Ky informacion është vendimtar për të kuptuar se ku nevojitet ndërhyrja në mënyrë që të krijohet një planifikim urban i shëndetshëm që merr në konsideratë të gjitha aspektet dhe veprimtaritë e komuniteteve.

Më poshtë renditen disa sfida tradicionale por edhe aktuale të planifikimit urban të cilat lidhen në mënyrë të drejtpërdrejtë ose të tërthortë me shëndetin e popullatës.

Siguria

Siguria e komuniteteve është përmirësuar ndjeshëm përmes kodeve dhe rregullave strikte të ndërtimit dhe politikave të tjera rregulluese. Ligjet që ndalojnë përdorimin e asbestit (një kancerogjen i njohur njerëzor) në materialet e ndërtimit dhe ligjet që synojnë minimizimin e aksidenteve në mjediset e ndërtesave të banimit përmes projektimit rigoroz janë shembuj aktualë se si planifikimi i zonave të banimit mundet kontribuojnë në krijimin e mjediseve të sigurt dhe të shëndetshme.

Në të njëjtën kohë, disa elemente të projektimit dhe planifikimit mund të shtojnë apo të rrisin kushtet e këqija të sigurisë për banorët e komunitetit, veçanërisht për gratë dhe fëmijët.

Kështu, shumë studime kanë përshkruar në mënyrë bindëse se si hapësirat publike përbëjnë rrezik më të rritur për gratë, por që dizajni (projektimi) i dobët i banesave e rrit rrezikun e krimit për të gjithë banorët, pavarësisht nga gjinia, raca, mosha ose shtresa sociale.

Këto argumente lidhur me barazinë dhe sigurinë kanë teoritë e tyre “shkak-pasojë” të rrënjosura në punën e planifikuesve urbanë, projektuesve dhe zhvilluesve të urbanistikës, duke e bërë kështu të domosdoshëm për planifikuesit urbanë që të konsiderojnë politikat e zhvillimit urbanistik në kontekstin tërësor të veprimtarisë dhe aktivitetit të komuniteteve.

Ndotja

Planifikimi urban kontribuon në cilësinë e ajrit, ujit dhe në llojet e tjera të ndotjes dhe në të njëjtën kohë luan një rol primar në parandalimin e sëmundjeve të transmetuara nga këto mjedise. Pjesa më e madhe e botës së zhvilluar është mbështetur në transportin

automobilistik si mënyrë kryesore e transportit. Një kulturë “makinë-centrike” ka evoluar, dhe kjo padyshim ka qenë një faktor kryesor në ndotjen e ajrit.

Në Shtetet e Bashkuara, vetëm burimet e transportit kontribuojnë në rreth 77% të monoksidit të karbonit që lëshohet (emetohet) në ajrin atmosferik. Nga ana tjetër, Instituti i Burimeve Botërore (1998-1999) raporton se individët që jetojnë në vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore kanë rrezik më të madh të ekspozimit ndaj ajrit të ndotur me plumb nga benzina.

Zhvillimi dhe planifikimi urban kanë kontribuar në mbështetjen e transportit automobilistik. Ndërtimi i autostradës së parë në botë (AVUS-i gjerman), një rrugë e kombinuar prej gjashtë miljesh e ndërtuar në vitet 1913-1921, u pasua nga “Autobahn”-i dhe Ligji Federal i Autostradave në vitin 1956 në SHBA. Këto zhvillime dhe ndërtime masive të autostradave në të gjitha vendet e zhvilluara kanë ndikuar pa asnjë dyshim në mbështetjen masive të transportit automobilistik, i cili është një nga burimet kryesore të ndotjes së ajrit atmosferik.

Përveç ndotjes së ajrit atmosferik, planifikuesit dhe projektuesit duhet të marrin në konsideratë edhe ndotjen e ajrit të brendshëm në zhvillimin e hapësirave të banimit dhe të punës. Sipas disa vlerësimeve, popullatat urbane dhe shumë individë (kryesisht fëmijët, të pafuqishmit dhe të moshuarit) zakonisht shpenzojnë më shumë se 95 për qind të kohës së tyre në ambiente të mbyllura (kryesisht, në shtëpi). Prandaj, planifikimi i shtëpive dhe i banesave të tjera duhet të marrë parasysh aktivitetin e dëndur njerëzor dhe nevojat përkatëse të banorëve.

Strehimi

Projektuesit dhe planifikuesit duhet të njohin plotësisht rëndësinë e mjediseve të banimit. Një vlerësim i pasojave shoqërore dhe ekologjike për të gjithë komunitetin është çelësi i planifikimit dhe ndërtimit të shëndetshëm të banesave. Për shembull, një hapërië e madhe për një familje nukleare (të vogël) mund të plotësojë fare mirë të gjitha nevojat banorëve, por një zgjidhje e tillë nuk është e realizueshme në nivel global. Kur shqyrtohet dizajni dhe planifikimi i shëndetshëm i hapësirave të banimit, është e nevojshme që të arrihet një ekuilibër ndërmjet nevojave të individit, të familjes dhe të komunitetit përkatës.

Të mësuarit nga gabimet e bëra në përpjekjet e mëparshme për të siguruar strehim cilësor është një tjetër komponent i rëndësishëm i planifikimit të shëndetshëm. Përtëritja urbane ishte shumë e popullarizuar në vitet 1960 dhe 1970 midis Amerikanëve dhe Evropianëve. Midis 1964 dhe 1974, Këshilli i Qarkut në Londër ndërtoi 384 kulla të larta me qëllim të sigurimit të strehimit cilësor dhe më pak stresues për kategoritë e popullatës ekonomisht të pafavorizuara (shtresat e marginalizuara). Kjo praktikë njihet edhe si “pastrimi i lagjeve të varfra”. Në botën në zhvillim kjo praktikë është përdorur në vendbanimet e zhurmshme dhe të dëndura.

Llojet e banimit kanë qenë gjithashtu të lidhura me ndjenjat e vetmisë dhe izolimit, veçanërisht në mesin e tyre të moshuarit dhe gratë. Kjo është veçanërisht e vërtetë për ata që jetojnë në apartamente në godina (pallate) me shumë kate dhe me vendndodhje në qendër të qyteteve. Mund të thuhet më tej se ndjenja të tilla të izolimit janë më të pranishme në mesin e atyre individëve që jetojnë në kushte të vështira dhe që kanë një status social-ekonomik të ulët.

Për më tepër, për të kursyer shpenzimet, dizajni i çdo njësie të baneave sociale shpeshherë nuk merr parasysh nevojat specifike të një diversiteti të individëve, familjeve dhe aktiviteteve sociale të komunitetit. Gjithashtu, izolimi intensifikohet nga fakti se projektet e strehimit social shpesh duken shumë të ngjashme dhe janë lehtësisht të identifikueshme, duke rritur kështu stigmën shoqërore së bashku me rritjen e ndjenjave të vetmisë midis banorëve. Të detyrosh njerëzit të jetojnë atje ku nuk duan të jenë dhe ku nuk u është dhënë mundësia për të kontribuar në proces është në thelb një “recetë” efektive për rritjen e kaosit social. Në të vërtetë, një nga slloganet më të mirënjohura në këtë pikë është pikërisht ai sipas të cilit këto hapësira publike bëhen “zona shterpë ku bandat luftojnë”.

Dhuna

Çështjet shëndetësore që kemi diskutuar deri më tani kanë një lidhje të drejtpërdrejtë dhe logjike me planifikimin urban. Dhuna si implikim shëndetësor i planifikimit urban është një pasojë më pak e drejtpërdrejtë. Synimi ynë është të ilustrohet fakti që themeli i këtij problemi të shëndetit publik (pra, i dhunës) i ka rrënjët në modelet e zhvillimit urban.

Dhuna ka arritur tashmë përmasa epidemike në Shtetet e Bashkuara dhe ky fenomen është shumë i përhapur. Por, ky fenomen është në rritje edhe në shumë vende të Evropës. Rritje dramatike në nivelet e vrasjeve janë raportuar në ish-Republikën Federale të Gjermanisë, Itali dhe Portugali.

Statistikat e fundit gjithashtu tregojnë se krimet e dhunshme të drogës janë dyfishuar Danimarka dhe Norvegjia që nga mesi i viteve 1980. Për shkak se dhuna është një sjellje e mësuar (fituar), ajo është e parandalueshme. Të dy kategoritë, vendet më pak të urbanizuara dhe vendet e zhvilluara, do të përfitonin duke konsideruar modelin e zhvillimit në Shtetet e Bashkuara përsa i përket shkaqeve të dhunës. Nga gjashtë faktorët e rrezikut të komunitetit që lidhen me dhunën, tre janë më të shpeshtët: armët, përdorimi i alkoolit dhe shthurja (prishja) e komuniteteve. Tre faktorë të tjerë përfshijnë rolin e mediave, ekspozimin ndaj dhunës dhe burgosjes.

Një studim i kryer në 22 vende zbuloi se shkalla e vrasjeve në mesin e meshkujve të rinj ishte 2.6 herë më të larta në Shtetet e Bashkuara (8.7 vrasje për 100,000 njerëz) sesa vlera e dytë më lartë (që ishte në Finlandë, me 3.3 për 100,000).

Në vitin 1991, armët e zjarrit u përfshinë në dy të tretat e vrasjeve të kryera në Shtetet e Bashkuara dhe në një të katërtën e sulmeve të rënda. Që atëherë, u konkludua se armët janë të përfshira në shumicën dërrmuese të vrasjeve dhe vetëvrasjeve, dhe se disponueshmëria e tyre është një shqetësim i madh që duhet të adresohet me kujdes. Fjala kyç këtu është disponueshmëria. Me cilat mjete dhe politika mund të ndikojë planifikimi urban në disponueshmërinë e armëve të zjarrit? Një hapi parë mund të jetë vlerësimi i vend-ndodhjeve (dyqaneve) ku shiten armë zjarri, e ndjekur nga një vlerësim se si ligjet e planifikimit urban ose politikat e tjera mund të kontribuojnë në uljen e disponueshmërisë së armëve dhe municioneve.

Nga ana tjetër, droga më shpesh e lidhur me dhunën është alkooli. Në shumë mënyra, megjithatë, konsumi i alkoolit inkurajohet nga mjedisi social. Për shembull, në Shtetet e Bashkuara, reklamimi i alkoolit është një biznes i pranuar dhe ligjor.

Përveç kësaj, shumica e reklamave për alkoolin dhe pijet alkoolike hasen në komunitetet e banuara kryesisht nga njerëz me ngjyrë, të cilët janë gjithashtu viktimat kryesore të dhunës. Për shembull, një studim në Kaliforni zbuloi se në një zonë gjeografike ku popullsia ishte vetëm 9% Hispanike, kishte 10 pika pije alkoolike për 10,000 banorë, por në qendër të Los Anxhelos, ku popullsia Hispanike ishte në 55% dhe niveli i varfërisë 17%, kishte 24 dyqane pijesh alkoolike për 10,000 banorë.

Përkeqësimi i rrjeteve të komunitetit (“shthurja” e komuniteteve) konsiderohet gjithashtu një faktor rreziku për rritjen e akteve të dhunës. Sipas ekspertëve të parandalimit të dhunës, nëse në një komunitet nuk ka shërbime shëndetësore adekuate, shkolla, biblioteka, objekte rekreative ose qasje (akses) në ushqim dhe parqe publike, komuniteti humbet një strukturë të madhe mbrojtëse kundër dhunës.

Pa këto institucione kritike, jo vetëm që mbrojtja mungon, por nuk ka infrastrukturë komunitare dhe, prandaj, ka vetëm mundësi minimale të kohezionit të komunitetit, duke rezultuar kështu në intensifikim të fragmentimit dhe shthurjes së lidhjeve komunitare.

Këto të dhëna duhet të alarmojnë planifikuesit e zonave të banimit dhe kanë rëndësi shumë të madhe. Ato (të dhënat) theksojnë nevojën për krijimin e lagjeve që nxisin krenarinë, respektin dhe mirëdashjen, si dhe sigurojnë aksesueshmërinë e shërbimeve.

E rëndësishme është që hapësirat e banueshme urbane të vendosen në zemër të qytetit apo lagjes së banimit, sepse vetëm në këtë mënyrë do të ilustronjë apo reflektojnë thelbin e bashkësisë.

Në këtë përmbledhje të shkurtër të shkaqeve rrënjësore dhe faktorëve të rrezikut të komunitetit që lidhen me dhunën, zbulohet se si disponueshmëria e armëve dhe e alkoolit, si dhe procesi i përkeqësimit të lidhjeve të komunitetit (procesi i “shthurjes” komunitare) janë të lidhura ngushtësisht me fushën e planifikimit urban.

Ky “eksplorim” siguron dëshmi të shumëllojshmërisë së problemeve të komunitetit që kërkojnë zgjidhje të shumëfishta. Në fakt, ky argument pohon se planifikuesit urbanë

duhet të mbrojnë politikat që e konsiderojnë shëndetin si parakusht themelor të ekzistencës, zhvillimit dhe prosperitetit të komuniteteve.

Fragmentimi

Politikat e planifikimit urban kanë çuar në një ndjenjë të shtuar të fragmentimit në komunitetet urbane. Kjo është veçanërisht e vërtetë në Shtetet e Bashkuara dhe mund të shohim shembuj nga ky rajon si një mjet për të ndihmuar në parandalimin e qyteteve në Evropë dhe gjetkë nga ndjekja e një rruge të ngjashme (të gabuar).

Politikat arkitektonike dhe të planifikimit kanë rezultuar në fragmentim duke theksuar nevojat e individit mbi ato të komunitetit, duke e bërë kështu të vështirë për njerëzit që të zhvillohen dhe të përfitojnë nga rrjetet e mbështetjes sociale. Me fjalë të tjera, urbanizimi dhe industrializimi kanë ulur gjasat që mund të ekzistojnë marrëdhëniet shoqërore mbështetëse, edhe pse ato kanë krijuar kushtet për një standard më të lartë jetese (lidhur me të mirat materiale).

Literatura mbi lidhjet shoqërore tregon se ka një rritje në rezultate pozitive shëndetësore në komunitetet me lidhje të forta shoqërore. Anasjelltas, është vënë në dukje se mungesa e kontakteve sociale kuptimplota ka rezultuar në shkallë më të lartë të tuberkulozit, skizofrenisë, alkoolizmit, aksidenteve dhe vetëvrasjeve. Fragmentimi i komuniteteve ka ndikuar vetëm në terma njerëzore, por gjithashtu ka edhe manifestime ekonomike negative.

Zhvillimi i zonave periferike të banimit ka kontribuar në shpëputjen e lidhjeve dhe fragmentimin e komuniteteve në shumë mënyra. Kufizimet financiare dhe mungesa e kohës për kënaqësi personale janë dy shkaqet kryesore të pakënaqësisë në rritje me jetesën “sub-urbane”; një faktor i tretë është ndjesia e fragmentarizimit të komuniteteve.

Tragjedi është p.sh. fakti që shumica e periferive të ndërtuara në Shtetet e Bashkuara gjatë 50 viteve të fundit i mohojnë banorëve mundësitë për të bashkëvepruar me të tjerët jashtë shtëpisë ose mjedisit të punës. Dyqanet, kafetë, si dhe vende të tjera informale (shoqërore) të grumbullimit që nxisin një ndjenjë të lidhjes sociale (komunitare) janë larguar (spostuar) nga qendrat e zonave të banuara.

Një vëmendje shumë e madhe (dhe ndoshta, e rrezikshme) i është kushtuar mirëqenies individuale dhe asaj familjare, duke rezultuar në një dizajn estetikisht të mirë të shtëpve (banesave) individuale, por jo të ndjenjës së (përkatësisë) komunitare.

Përkeqësimi i lidhjeve shoqërore është edhe më shkatërrues në mesin e atyre që jetojnë në brendësinë e lagjeve të varfra të Shteteve të Bashkuara. Ekzistenca e lagjeve të varfra në qytete në Amerikë është kryesisht rezultat i politikave publike të “*tkurrjes së planifikuar*” dhe “*neglizhimit të butë*”, të cilat kërkojnë të izolojnë dhe pastaj të injorojnë komunitetet e varfëra (“getot”).

Kjo krijon një efekt domino që fillon me zvogëlimin e shërbimeve bazë siç është kontrolli i zjarrit dhe grumbullimi i plehrave; po kështu, hedhja disproporcionale e kimikateve të rrezikshme dhe lëndëve toksike në komunitetet me të ardhura të ulëta është një tjetër faktor që ndikon negativisht.

Natyrish, vitaliteti ekonomik zvogëlohet së bashku me investimet. Nga kjo pikëpamje, argumentohet se politikat publike dhe modelet ekonomike që rrisin marginalizimin jo vetëm që i dëmtojnë më tej zonat e banimit, por kontribuojnë edhe në përhapjen e shumë sëmundjeve. Prandaj, në këtë kontekst, përhapja e sëmundjeve dhe çrregullimeve të caktuara mund të interpretohet edhe si tregues i dezintegritit social që rezulton nga politikat e gabuara të planifikimit urban.

Ndërsa lagja si koncept po shpërbëhet në shumë zona banimi, lidhjet shoqërore fillojnë të dobësohen. Familjet largohen, dhe fqinjët bëhen gjithnjë e më shumë hezitues për t'u shoqëruar. Mundësitë ekonomike për individët dhe familjet bëhen minimale, duke vendosur përsëri një barrë të madhe në komunitet. Të gjitha këto kontribuojnë në një ndjenjë të shkëputjes dhe fragmentimit të komunitetit. Këto procese ndikojnë negativisht në jetën e familjeve dhe individëve.

Humbja e rrjeteve sociale dhe fragmentimi i shtuar nuk bën asgjë për të mbështetur ose ndihmë njerëzit që të jetojnë në mënyrë të pavarur; në të vërtetë, kjo i detyron njerëzit t'i drejtohen ndihmës (asistencës) publike dhe të kërkojnë ndihmë për një strehim adekuat, fenomen i cili përbën një tjetër dobësim të lidhjeve të komunitetit.

Megjithatë, supozimi kulturor se manifestimet e kushteve e varfëra të jetesës dhe treguesit e rënduar shëndetësorë të këtyre komuniteteve, të cilat ndikojnë në nivelet e shumë sëmundjeve dhe konditave epidemike (dhuna, AIDS, abuzimi me substanca), do të “përmbahen” ose “kontrollohen” është në kontradiktë të drejtpërdrejtë me ekologjinë njerëzore.

Në fakt, është argumentuar se proceset themelore të ekologjisë njerëzore janë të mbivendosura dhe të ndërlidhura. Besimi se nën-popullatat në një vend të caktuar janë të ndara dhe nuk funksionojnë si një ekosistem i vetëm, ka nxitur edhe krizën në Shtetet e Bashkuara përsa i takon strukturës sociale dhe ekonomike dhe të shëndetit publik, gjë që aktualisht pasqyrohet edhe në uljen e jetëgjatësisë mesatare dhe përkeqësimin e gjendjes shëndetësore të nën-grupeve të marginalizura të popullatës.

Kështu, politikat arkitekturore dhe të planifikimit urban që konsistojnë në “kontrollin” dhe marginalizimin e komuniteteve tashmë të pafavorizuara po kontribuojnë në mënyrë të paqëllimtë në thellimin e procesit të fragmentimit dhe përkeqësimit të gjendjes shëndetësore të segmenteve të caktuara të popullatës.

Për këtë, planifikuesit urbanë dhe vendimmarrësit duhet të punojnë së bashku për të siguruar dhe hartuar politika publike të shëndetshme. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në situatat dhe rrethanat ku planifikuesit urbanë nuk kanë ndikim dhe fuqi të mjaftueshme për të marrë vendime politike.

BIBLIOGRAFIA

- Marmot. M., Wilkinson. R.G. (2005). Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press.
- Berkman. L., Kawachi. I. (2000). Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA.
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1999). Healthy cities and the city planning process a background document on links between health and urban planning. WJO; Copenhagen, Denmark.
- Tsouros, A., ed. (1990). WHO Healthy Cities Project: a project becomes a movement. Copenhagen/Milan, FADL/Sogess.
- Price, C. & Tsouros, A., ed. (1996). Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/HCIT 94 01/MTO4(A)).
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1997). Twenty steps for developing a Healthy Cities project, 3rd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [document EUR/ICP/HSC 644(2)].
- World Health Organization – Regional Office for Europe (1998). Athens Declaration for Healthy Cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document CHDV 03.01.01/BG3E).
- Hall, P (1996). Cities of tomorrow. Malden, MA, and Oxford, Blackwell Publishers.
- Maxwell, B. & Jacobson, M (1989). Marketing disease to hispanics. Washington, DC, Center for Science in the Public Interest.
- Burns, M. The alcohol problem in Los Angeles. Abstracts, 4: 9-15 (1983).
- State of California Department of Health Services. Data summary: homicide among young males, by race/ethnicity, 1990.
- Crowhurst-Lennard, S.H. & Lennard, H.L (1987). Livable cities. Southampton, NY, Gondolier Press.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Epidemiology, 104: 107-123 (1976).
- Wallace, R. & Wallace, D. Community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States. British medical journal, 314: 1341-1345 (1997).

- Burke, L. Race and environmental equity: a geographic analysis in Los Angeles. *Geo info systems*, 3: 46-50 (1993).

NDIKIMI I ZONAVE TË BANIMIT NË SHËNDET

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Kuptojnë konceptin e zonave të banimit si përcaktor i gjendjes shëndetësore të popullatës;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e zonës së banimit me përcaktorët e tjerë shëndetësorë;
- Vlerësojnë impaktin e zonës së banimit në gjendjen shëndetësore të popullatës.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Planifikimi urban i shëndetshëm** – është një koncept që fokusohet mbi impaktin pozitiv të planifikimit urban në shëndetin e popullatës, mirëqenien e individëve dhe cilësinë e tyre të jetës, duke reflektuar në këtë mënyrë përkufizimin gjithë-përfshirës të shëndetit sipas këndvështrimit të OBSH-së.
- Urbanizimi është një nga sfidat e shëndetit publik në shekullin e 21-të. Për herë të parë në historinë njerëzore, shumica e popullsisë botërore banon në qytete (zona urbane). Në vitin 2030, parashikohet se rreth 60% e popullsisë botërore do të banojë në qytete, ndërsa në vitin 2050 ky proporcion do të arrijë në rreth 70%.

KONCEPTE BAZË (I)

- Urbanizimi përfaqëson një mundësi të madhe për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullsisë, por përbën edhe një sfidë të madhe, sidomos në vendet ku procesi i urbanizimit ecën me ritme më të shpejta në krahasim me zhvillimin dhe ngritjen e infrastrukturës së nevojshme për të përmbushur kërkesat dhe nevojat e popullatës për shërbime të ndryshme (përfshi shërbimet sociale dhe shëndetësore).
- Në këtë mënyrë, planifikimi i drejtë dhe racional urban ndihmon në përmirësimin e impaktit shëndetësor në popullatë. Konvencionalisht, planifikimi urban i shëndetshëm i referohet ndërtimit dhe zhvillimit të qyteteve të shëndetshme, të qëndrueshme dhe që ofrojnë shanse dhe mundësi të barabarta për të gjithë banorët.

KONCEPTE BAZË (II)

- Zonat e banimit dhe shëndeti** – ky është një koncept që i referohet ndikimit që ka lagjia apo zona e banimit në përgjithësi në gjendjen shëndetësore të individëve. Zona e banimit ka një ndikim social, por edhe një dimension hapësinor.
- Zona e banimit ndikon në gjendjen shëndetësore të individëve kryesisht në mënyrë të tërthortë përmes induktimit të përcaktorëve (determinantëve) të caktuar shëndetësorë përfshi aktivitetin fizik, duhanpirjen, ushqyerjen, stresin, ose aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore.

Planifikimi urban dhe SHP

- Teori të ndryshme ofrojnë themelin për një bazë të të kuptuarit se si ndërthuren shëndeti publik dhe planifikimi urban në vende dhe popullata të ndryshme të botës. Në mënyrë të veçantë, këto teori i referohen faktit se mjediset fizike dhe sociale luajnë një rol shumë të rëndësishëm në shëndetin e komuniteteve.
- Meqë shumica e profesionit të planifikimit urban mendojnë se fokusi i saj rrotullohet rreth hartimit dhe krijimit të vendeve të shëndetshme për njerëzit, planifikimi urban dhe profesionistët e shëndetit publik janë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin.

Planifikimi urban dhe SHP

- Në këtë mënyrë, planifikimi urban shërben si një formë e parandalimit parësor dhe kontribues në rezultatet pozitive të gjendjes shëndetësore të popullatës.
- Përveç kësaj, planifikimi urban ka të bëjë edhe me qasjen *holistike* ndaj shëndetit, koncept ky që është në përputhje me përkufizimin gjithëpërfshirës të shëndetit sipas këndvështrimit të OBSH-së.

Planifikimi urban dhe SHP

- Gjatë viteve dhe dekadave, profesionistët e shëndetit publik janë bërë gjithnjë e më të vetëdijshëm se një përgjigje efektive e shëndetit publik duhet të marrë një perspektivë të gjerë në komunitet, e cila duhet të përqendrohet tek parandalimi dhe jo trajtimi i sëmundjeve, duke shmangur “fajësimin e viktimës” dhe duke njohur ndikimin negativ që mjedisi ka mbi sjelljen jo të shëndetshme të individëve të caktuar të popullatës.

Planifikimi urban dhe SHP

- Megjithatë, thjesht njohja e rolit të faktorëve fizikë dhe socialë si agentë shkaktarë të sëmundjeve nuk do të ulin aktet e dhunës apo izolimin shoqëror të individëve dhe nëngrupeve të caktuara të popullatës. Nevojitet veprim dhe masa konkrete në këtë drejtim.

Planifikimi urban dhe SHP

- Bazuar në trendin aktual dhe duke u kthyer prapa drejt origjinës së shëndetit publik, mund të arrihet në përfundimin se nevojitet punë më bashkëpunuese në terren dhe duhet të bëhet trajnimi i përbashkët mes planifikuesve urbanë dhe profesionistëve të shëndetit publik.
- Nëse zbatohet rigorozisht, ky ndryshim mund të rezultojë që të jetë një instrument pragmatik dhe efektiv për përgjigjet e ardhshme të shëndetit publik dhe zhvillimit urban në gjitha vendet dhe popullatat.

Aspektet tradicionale të shëndetit që ndikojnë në planifikimin urban

- Praktika e promovimit të shëndetit në popullatat urbane duke kontrolluar dhe parandaluar ekspozimin ndaj agentëve të sëmundjeve rezultoi që të ishte një strategji shumë e sukseshme dhe efektive që në mesin e shekullit të nëntëmbëdhjetë. Kjo qasje ishte dëshmi e hershme e lidhjes së ngushtë mes planifikimit urban dhe shëndetit.

Kontrolli i sëmundjeve

- Implikimi i parë që çështjet e shëndetit publik kishin për planifikimin urban evluan nga nevoja për të kontrolluar sëmundjet e ndryshme në popullatë. Kushtet e jetesës në qytetet e reja industriale në shekullin e nëntëmbëdhjetë ishin shumë të vështira.
- Shërbimet bazë siç janë strehimi dhe siguria e përshtatshme nuk ekzistonin. Punëtorët e industrisë jetonin në kushte të mbipopulluara pa ekspozim ndaj dritës së ditës ose ventilimit (ajrimit).
- Në kushte të tilla, sëmundje si tifoja, kolera, ethet e verdha dhe tuberkulozi "lulëzuan", duke shkaktuar humbje të mëdha në terma njerëzorë dhe ekonomikë.

Kontrolli i sëmundjeve

- Nevoja për të kontrolluar sëmundjet u shfaq së pari nëpërmjet përpjekjeve të reformatore sanitare në shekullin e nëntëmbëdhjetë.
- Qëllimi i tyre ishte rivendosja në qytete e ajrit të pastër, ujit të pastër, hapësirave të gjera dhe mundësimin të rrezeve të diellit. Në Britani, Raporti Chadwick, "Për gjendjen sanitare të popullsisë në punë e Britanisë së Madhe", pati një ndikim të jashtëzakonshëm.

Kontrolli i sëmundjeve

- Në fakt, raporti çoi në Aktin e Shëndetit Publik të vitit 1848. Kjo ishte hera e parë në histori që qeveria Britanike mori angazhim konkret për ruajtjen e shëndetit të popullatës së saj.
- Kjo shërbeu si bazë për kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve nëpërmjet iniciativave të lidhura me planifikimin urban si kanalizimet, grumbullimi i plehrave, kontrolli i brejtësve dhe kontrolli i mushkonjave.

Parandalimi i sëmundjeve

- Meqë me kalimin e dekadave njohuritë shkencore u bënë më të avancuara dhe më me ndikim, fokusi u zhvendos drejt eksplorimit dhe gjetjes së mjeteve (instrumenteve) përmes të cilave mund të parandaloheshin sëmundjet.
- Sa i përket planifikimit urban, kjo nënkuptonte, për shembull, sigurimin që lagjet e banimit të kishin dritë dhe ventilim të përshtatshëm dhe, gjatë dekadave të fundit, minimizimin e ekspozimit ndaj lëndëve toksinave të tilla si asbesti dhe plumbi.

Parandalimi i sëmundjeve

- Çrregullimi Emocional Sezonal është një shembull i një sëmundjeje që ka implikime në projektimin e ndërtesave të banimit.
- Me procesin e evolucionit njerëzor, u bë e dobishme për njerëzit që të flejnë natën.
- Qeniet njerëzore kanë një hormon, melatoninën, që lëshohet gjatë natës për të ndihmuar në nxitjen e natyrshme të gjumit.

Parandalimi i sëmundjeve

- Në përgjithësi, drita është sinjali për trupin për të ndaluar lirimin e melatoninës dhe për të stimuluar hormonet e tjera që ndihmojnë për të aktivizuar trupin.
- Ardhja e dimrit dhe ditët e saj më të shkurtra është një pengesë e natyrshme për të ruajtur rregullimin e duhur të melatoninës.
- Skenari i njerëzve që shpenzojnë ditë të tëra në ambiente të mbyllura në punë ose në shtëpi e përkeqëson problemin në fjalë.

Parandalimi i sëmundjeve

- Pra, dizajnimi i mjediseve tona të ndërtuara për të përmirësuar qasjen në dritën natyrore është një mënyrë për të cilën planifikimi urban mund të kontribuojë në parandalimin e sëmundjeve të tilla si Çrregullimi Emocional Sezonal, por edhe shumë sëmundje të tjera.

Reduktimi i aksidenteve

- Planifikuesit urbanë kanë kohë që kanë qenë të shqetësuar me masat që ndihmojnë në reduktimin e viktimave dhe lëndimeve për shkak të aksidenteve.
- Politikat e reduktimit të aksidenteve që janë në linjë më tradicionalisht me shqetësimet e planifikuesve përfshijnë çështje të tilla si kontrolli dhe planifikimi i trafikut, standardet e trotuareve, planifikimi për stacionet e zjarrit dhe standardet për pajisjet e shesheve (terreneve) të lojërave.

Reduktimi i aksidenteve

- Në këtë drejtim, planifikuesit e kanë kuptuar se është naive të mendosh se faji për zhvillimin e aksidenteve mund të vendoset vetëm tek njerëzit.
- Një qasje më efektive njih ndërveprimin midis njerëzve dhe mjedisit, dhe rëndësinë e një ambienti suportiv (mbështetës) për aktivitetet dhe veprimtaritë njerëzore.

Siguria

- Dëshira për të krijuar vende të sigurta, në një farë mënyre, ka qenë prej kohësh në agjendën e planifikuesve urbanë. Megjithatë, me rritjen e krimit dhe me shtimin e njerëzve që frikësohen për sigurinë e tyre, një sfidë tjetër është imponuar ndaj planifikuesve urbanë. Një mënyrë për të ndryshuar klimën e frikës dhe braktisjen e hapësirave publike është përmirësimi i projektimit, planifikimit dhe menaxhimit të hapësirave publike në mënyrë që ato të jenë të dukshme, të arritshme dhe të përdorshme masivisht nga segemente të gjera të popullsisë.

Siguria

- Në Mbretërinë e Bashkuar, disa iniciativa të projektimit dhe planifikimit të përcaktuara nga autoritetet lokale, menaxherët e qendrës së qytetit dhe oficerët e ndërlidhjes arkitektonike kanë patur synim ri-theksimin e nevojës që planifikuesit urbanë të konsiderojnë shumë seriozisht sigurinë e komuniteteve.

Siguria

- Këto iniciativa përpiqen të komunikojnë tre parime bazë në planifikimin dhe zhvillimin e hapësirave publike: (i) të mbajnë një mjedis fizikisht të pastër; (ii) të krijojnë një mjedis të shumëllojshëm (për aktivitete dhe veprimtari të larmishme njerëzore); dhe (iii) të sigurojnë hapësira publike të dukshme në distanca më të gjata, duke instaluar ndriçim uniform dhe me cilësi të mirë.

Siguria

- Siguria ka qenë prej kohësh në axhendën e planikuesve urbanë, por siç dëshmohet nga iniciativat e fundit në shumë vende të botës, shqetësimet dhe përgjegjësitë e planifikuesve urbanë lidhur me sigurinë e komuniteteve janë rritur shumë gjatë viteve të fundit.

Implikimet shëndetësore të planifikimit urban aktual

- Për të diskutuar aspektet e planifikimit urban që kanë pasur pasoja për shëndetin publik, është e nevojshme të ri-theksohet përkufizimi *holistik* i shëndetit.
- Përsa i përket këtij aspekti, shëndeti konsiderohet gjerësisht si një mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe sociale, dhe jo thjesht si mungesë e sëmundjeve ose gjendje dobësie e individit.

Implikimet shëndetësore të planifikimit urban aktual

- Duhet të kujtojmë se shëndeti është një çështje sociale dhe një çështje politike. Gjithashtu, në mënyrë që të përmirësohet gjendja shëndetësore në qytete anembanë botës, është e nevojshme që njerëzit të përfshihen në mënyrë efektive në të gjitha proceset e ndryshimit.
- Së fundi, fokusi primar duhet të jetë në ndryshimin e kushteve themelore - mjediseve të rrezikshme - në mënyrë që të krijohen përmirësime të qëndrueshme dhe afatgjata.

NDOTJA

- Planifikimi urban kontribuon në cilësinë e ajrit, ujit dhe në llojet e tjera të ndotjes dhe në të njëjtën kohë luan një rol primar në parandalimin e sëmundjeve të transmetuara nga këto mjedise.
- Pjesa më e madhe e botës së zhvilluar është mbështetur në transportin automobilistik si mënyrë kryesore e transportit.
- Një kulturë “makinë-centrike” ka evoluar, dhe kjo padyshim ka qenë një faktor kryesor në ndotjen e ajrit.

NDOTJA

- Në Shtetet e Bashkuara, vetëm burimet e transportit kontribuojnë në rreth 77% të monoksidit të karbonit që lëshohet (emetohet) në ajrin atmosferik.
- Nga ana tjetër, Instituti i Burimeve Botërore (1998-1999) raporton se individët që jetojnë në vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore kanë rrezik më të madh të ekspozimit ndaj ajrit të ndotur me plumb nga benzina.

NDOTJA

- Zhvillimi dhe planifikimi urban kanë kontribuar në mbështetjen e transportit automobilistik. Ndërtimi i autostradës së parë në botë (AVUS-i gjerman), një rrugë e kombinuar prej gjashtë miljesh e ndërtuar në vitet 1913-1921, u pasua nga "Autobahn"-i dhe Ligji Federal i Autostradave në vitin 1956 në SHBA.
- Këto zhvillime dhe ndërtime masive të autostradave në të gjitha vendet e zhvilluara kanë ndikuar pa asnjë dyshim në mbështetjen masive të transportit automobilistik, i cili është një nga burimet kryesore të ndotjes së ajrit

NDOTJA

- Përveç ndotjes së ajrit atmosferik, planifikuesit dhe projektuesit duhet të marrin në konsideratë edhe ndotjen e ajrit të brendshëm në zhvillimin e hapësirave të banimit dhe të punës.
- Sipas disa vlerësimeve, popullatat urbane dhe shumë individë (kryesisht fëmijët, të pafuqishmit dhe të moshuarit) zakonisht shpenzojnë më shumë se 95 për qind të kohës së tyre në ambiente të mbyllura (kryesisht, në shtëpi).
- Prandaj, planifikimi i shtëpive dhe i banesave të tjera duhet të marrë parasysh aktivitetin e dëndur njerëzor dhe nevojat përkatëse të banorëve.

STREHIMI

- Projektuesit dhe planifikuesit duhet të njohin plotësisht rëndësinë e mjediseve të banimit. Një vlerësim i pasojave shoqërore dhe ekologjike për të gjithë komunitetin është çelësi i planifikimit dhe ndërtimit të shëndetshëm të banesave.
- Për shembull, një hapërië e madhe për një familje nukleare (të vogël) mund të plotësojë fare mirë të gjitha nevojat banorëve, por një zgjidhje e tillë nuk është e realizueshme në nivel global.
- Kur shqyrtohet dizajni dhe planifikimi i shëndetshëm i hapësirave të banimit, është e nevojshme që të arrihet një ekuilibër ndërmjet nevojave të individit, të familjes dhe të komunitetit përkatës.

STREHIMI

- Të mësuarit nga gabimet e bëra në përpjekjet e mëparshme për të siguruar strehim cilësor është një tjetër komponent i rëndësishëm i planifikimit të shëndetshëm.
- Përtëritja urbane ishte shumë e popullarizuar në vitet 1960 dhe 1970 midis Amerikanëve dhe Evropianëve. Midis 1964 dhe 1974, Këshilli i Qarkut në Londër ndërtoi 384 kulla të larta me qëllim të sigurimit të strehimit cilësor dhe më pak stresues për kategoritë e popullatës ekonomiksht të pafavorizuara.
- Kjo praktikë njihet edhe si “pastrimi i lagjeve të varfra”. Në botën në zhvillim kjo praktikë është përdorur në vendbanimet e zhurmshme dhe të dendura.

STREHIMI

- Llojet e banimit kanë qenë gjithashtu të lidhura me ndjenjat e vetmisë dhe izolimit, veçanërisht në mesin e tyre të moshuarit dhe gratë.
- Kjo është veçanërisht e vërtetë për ata që jetojnë në apartamente në godina (pallate) me shumë kate dhe me vendndodhje në qendër të qyteteve.
- Mund të thuhet më tej se ndjenja të tilla të izolimit janë më të pranishme në mesin e atyre individëve që jetojnë në kushte të vështira dhe që kanë një status social-ekonomik të ulët.

STREHIMI

- Për më tepër, për të kursyer shpenzimet, dizajni i çdo njësie të baneave sociale shpeshherë nuk merr parasysh nevojat specifike të një diversiteti të individëve, familjeve dhe aktiviteteve sociale të komunitetit.
- Gjithashtu, izolimi intensifikohet nga fakti se projektet e strehimit social shpesh duken shumë të ngjashme dhe janë lehtësisht të identifikueshme, duke rritur kështu stigmën shoqërore së bashku me rritjen e ndjenjave të vetmisë midis banorëve.
- Të detyrosh njerëzit të jetojnë atje ku nuk duan të jenë dhe ku nuk u është dhënë mundësia për të kontribuar në proces është në thelb një “recetë” efektive për rrijen e kaosit social.

DHUNA

- Çështjet shëndetësore që kemi diskutuar deri më tani kanë një lidhje të drejtpërdrejtë dhe logjike me planifikimin urban.
- Dhuna si implikim shëndetësor i planifikimit urban është një pasojë më pak e drejtpërdrejtë.

DHUNA

- Synimi ynë është të ilustrohet fakti që themeli i këtij problemi të shëndetit publik (pra, i dhunës) i ka rrënjët në modelet e zhvillimit urban.
- Dhuna ka arritur tashmë përmasa epidemike në Shtetet e Bashkuara dhe ky fenomen është shumë i përhapur. Por, ky fenomen është në rritje edhe në shumë vende të Evropës.

FRAGMENTIMI

- Politikat e planifikimit urban kanë çuar në një ndjenjë të shtuar të fragmentimit në komunitetet urbane.
- Kjo është veçanërisht e vërtetë në Shtetet e Bashkuara dhe mund të shohim shembuj nga ky rajon si një mjet për të ndihmuar në parandalimin e qyteteve në Evropë dhe gjetkë nga ndjekja e një rruge të ngjashme (të gabuar).

FRAGMENTIMI

- Politikat arkitektonike dhe të planifikimit kanë rezultuar në fragmentim duke theksuar nevojat e individit mbi ato të komunitetit, duke e bërë kështu të vështirë për njerëzit që të zhvillohen dhe të përfitojnë nga rrjetet e mbështetjes sociale.
- Me fjalë të tjera, urbanizimi dhe industrializimi kanë ulur gjasat që mund të ekzistojnë marrëdhëniet shoqërore mbështetëse, edhe pse ato kanë krijuar kushtet për një standard më të lartë jetese (lidhur me të mirat materiale).

TEMA: Mjedisi psiko-social i punës

OBJEKTIVAT

Në fund të këtij leksioni, studentët do të:

- Kuptojnë rolin dhe influencën e mjedisit psiko-social të punës;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e mjedisit psiko-social të punës me përcaktorët e tjerë shëndetësorë;
- Vlerësojnë impaktin e mjedisit psiko-social në gjendjen shëndetësore të individëve të popullatës, sidomos në shëndetin mendor të tyre.

KONCEPTE BAZË

Faktorët psikosocialë – këto faktorë përfshijnë dy kategori variablash. Grupi i parë konsiston në attribute (karakteristika) psikologjike si hostiliteti (mosbesimi cinik), depresioni, ankthi, humbja e shpresës, humbja e kontrollit, reagimi ndaj tranzicionit, shprehja e inatit, etj. – faktorë të cilët ekzistojnë në nivel *individual* dhe ka shumë gjasa që të jenë rezultat i procesit të shoqërizimit. Kategoria e dytë e faktorëve psikosocialë ka një natyrë më *strukture* dhe përfshin p.sh., kushtet e punës së individëve të ndryshëm.

Nga kjo pikëpamje, kushtet ose mjedisi i punës përbëjnë një faktor i cili, në vetvete, nuk ekziston ose nuk aplikohet në nivel individual, por është një variabël i strukturuar dhe që operon në nivel grupi.

Dy kategoritë e lart-përmendura të faktorëve psikosocialë veprojnë në mënyrë sinergjike me njëri-tjetrin në nivel individual, sikurse mund të ilustruhet nga “suporti (mbështetja) sociale në vendin e punës”, faktor i cili është në funksion të kushteve të punës, por njëkohësisht edhe të aftësive personale (individuale) për ndërveprim social.

Stresi në punë – përgjithësisht, koncepti i stresit në punë i referohet reagimit negativ të individëve ndaj presionit eksessiv (të tepërt) ose kërkesave të tjera që i imponohen atyre në vendin e punës.

Stresi nuk është një sëmundje në vetvete, por është një gjendje e caktuar e organizmit. Por, nëse niveli i stresit është i lartë dhe ai është i pranishëm për një kohë të gjatë, atëherë individë të caktuar do të zhvillojnë sëmundje të ndryshme fizike dhe sidomos mendore.

Konsiderata të përgjithshme

Stresi në punë ndodh dhe zhvillohet kur kërkesat e punës tejkalojnë aftësinë e punonjësit për të përballuar presionin e saj (punës). Stresi nuk është një sëmundje në vetvete, por mund të shkaktojë probleme shëndetësore, nëse njeriu ka intensitet mendor dhe fizik për periudha të gjata.

Studimet psikosociale kanë nxjerrë në pah efektet negative, si dhe shtimin e numrit të aksidenteve në kuadër të stresit në punë, rrezikun e përkeqësimit të shëndetit fizik dhe mendor të punonjësit, në mënyrë të veçantë rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare dhe sindromit metabolik.

Në të njëjtën kohë, shumë studime në vende të ndryshme të botës e kanë lidhur nivelin e lartë të stresit në punë me zhvillimin dhe angazhimin në shumë sjellje ose praktika jo të shëndetshme përfshi duhanpirjen, konsumin e ekzagjeruar të alkoolit, përdorimin e drogave, jetën sedentare, si dhe ushqyerjen e pa shëndetshme. Mjafton të përmendet që, sipas statistikave, janë rreth 10 milionë punonjës Amerikanë të alkolizuar, kryesisht si pasojë e stresit të lidhur me vendin, kontekstin dhe mjedisin e tyre të punës.

Stresi është rezultat i disa faktorëve: organizimi i përpjekjeve në punë që kërkon dhe vendimmarrje të rëndësishme, mekanizmat e shpërndarjes të punës, problemet financiare, problemet e komunikimit, konfliktet, frustracionet, ambienti i punës, rehatia fizike dhe emocionale, vlerësimet e shpërblimet dhe shumë të tjera.

Veprimet personale (individuale) dhe në grup kanë një ndikim të rëndësishëm në gjendjen emocionale të një punonjësi ose grupi punonjësish. Aktiviteti i ngjeshur mendor e fizik prodhon stres, situata ngacmimi e irritimi. Stresi shkaktohet nga mosmarrëveshjet midis individëve në punën e tyre, nga konfliktet mes roleve tona në punë dhe jashtë saj dhe shkalla e pamjaftueshme e kontrollit të njerëzve mbi punën e jetën e tyre. Një situatë e vështirë në punë do të ndikojë negativisht edhe në cilësinë e jetës.

Përvoja e stresit mund të ndryshojë mënyrën se si një person ndien, mendon dhe sillet, dhe mund të çojë në ndryshime psikologjike tek ai/ajo. Ka dëshmi e përvoja të shumta se stresi ka ndikim negativ në sjellje të caktuara e në ecurinë e keqe të shëndetit. Ai (stresi) ndikon në aspekte të tilla, si ushqimi dhe gjumi, ushtrimi dhe relaksimi, ndikon te zakonet dhe praktikat e jetës së përditshme përfshi sjelljet shëndetësore. Stresi mund të çojë edhe në gjendje depresive e në panik, në izolim nga të tjerët, në frikë e mungesë besimi e vullneti, humbje të shpresës për pozitivitet, e kështu me radhë.

Ngarkesa e stresit në punë duhet të konsiderohet në lidhje me punën që kryhet, apo me shpejtësinë me të cilën duhet të kryhet puna dhe natyrën e mënyrën e kontrollit. Në njëfarë mase, kontrollimi i stresit mund të jetë një faktor vendimtar në përcaktimin e shëndetit. Përgjegjësia për njerëz të tjerë është identifikuar si një burim potencial i stresit, që lidhen me çështjet e drejtimit në punë.

Që para shumë dekadash, Wardell (1964) ka treguar se personat që kanë përgjegjësi në lidhje me të tjerët, kanë një potencial të lartë për më shumë rrezik të sëmundjeve koronare të zemrës.

Një strategji për menaxhimin e rreziqeve të stresit në punë është propozuar tashmë: Direktiva e Këshillit 89/391/KEE [“Direktiva Kuadër”], Komisioni Europian, 1996.

Nga ana tjetër, ekziston një cikël i kontrollit të stresit në punë, i cili ishte përcaktuar si procesi sistematik, sipas të cilit, rreziqet e lidhura me stresin në punë identifikohen, analizohen dhe më pas menaxhohen për të mbrojtur punonjësit nga efektet negative shëndetësore (Cox & Griffiths, 1995).

Ky cikël i kontrollit të stresit në punë përbëhet nga gjashtë faza:

- i) Identifikimi i rrezikut për zhvillimin e stresit në punë;
- ii) Vlerësimi konkret (specifik) i rreziqeve për zhvillimin e stresit në punë;
- iii) Implementimi (zbatimi) i strategjive të kontrollit të duhur të niveleve të stresit në punë;
- iv) Monitorimi i efektivitetit të strategjive të kontrollit;
- v) Rivlerësimi i rrezikut për zhvillimin e stresit në punë;
- vi) Analiza e nevojave të informacionit dhe trajnimit të punonjësve të ekspozuar ndaj rrezikut të stresit në punë.

Nga ana tjetër, parimisht, tri nga objektivat kryesore për t’u ruajtur nga stresi në punë, të përcaktuara nga psikologët e sociologët janë:

- *Parandalimi*: kontrolli i rreziqeve të stresit dhe i ekspozimit ndaj tij përmes planifikimit dhe trajnimit për punonjësit, për të zvogëluar shanset e tyre për të përjetuar situata të vështira.
- *Reagimi*: shpesh i bazuar në menaxhimin e problemeve në grup, për të përmirësuar kapacitetin e grupit apo kolektivit për të njohur dhe adresuar problemet kur ato lindin.
- *Rehabilitimi*: i cili përfshin sigurimin e mbështetjes për të ndihmuar punonjësit me problemet ekzistuese për të menaxhuar stresin në punë dhe efektet e tij mbi shëndetin.

Gjithashtu, duhen konsideruar edhe efektet e ndryshimeve sociale në përjetimet e punës, të cilat në nivel “makro” i referohen p.sh., metodave të reja të prodhimit/shërbimit që evoluojnë si pasojë e shtimit të teknologjive të sofistikuara që rrisin në mënyrë të pashmangshme edhe pasigurinë dhe stresin në punë. Përndryshe, ndryshimet në strukturën dhe rolet shoqërore dhe në familje, punësimi masiv i femrave, ndryshimi i rolit të baballarëve, pritshmëritë (kërkesat) gjithnjë e më të larta për jetën – të gjitha këto ndryshime sociale mund të shoqërohen edhe me stres në mjedisin e punës.

Kushtet në mjedisin e punës që ndikojnë në nivelin e stresit

Kushtet e punës, në vetvete, mund të jenë të natyrës së kushteve fizike në punë, klimës sociale, dhe anës psikologjike dhe emocionale. Kushtet normale në punë rezultojnë në një mjedis lehtësues dhe të sigurt, të cilat i tërheqin punonjësit për të kënaqur dhe përmbushur nevojat e tyre materiale por edhe shpirtërore, pasi vetëm një mjedis lehtësues dhe i përshtatshëm në punë rrit nivelin e përkushtimit dhe produktivitetin e punonjësve.

Në të njëjtën kohë, bazuar në studime bindëse, është arritur në përfundimin se mjedisi lehtësues i punës ndihmon në vetë-monitorimin, i cili është pjesë e rëndësishme e personalitetit në ndërmjetësimin mes mjedisit të punës dhe përkushtimit organizativ, pasi një mjedis i tillë mundëson ndjenjë të rehatshme dhe tërheqëse, siguri dhe mjedis të shëndetshëm pune.

Moos dhe Billings (1991) kushtet e mjedisit të punës i përkufizuan si: *“karakteristikat social-psikologjike të ambientit (mjedisit) të punës, përkatësisht, qëndrimet e punonjësve ndaj detyrave të punës dhe komunikimin ndër-personal”*.

James dhe Ashe (1990) u përpoqën që mjedisin e punës ta përcaktojnë më tepër në aspektin psikologjik dhe emocional, përmes vlerësimit dhe njohjes së mjedisit organizativ nga punonjësi, duke i ndihmuar ata që të vlerësojnë rëndësinë dhe kuptimin e mjedisit të punës.

Shumë studjues i referohen teorisë së Herzberg-t lidhur me faktorët e jashtëm të domosdoshëm për punonjësit në mjedisin e punës (Herzberg, 1979). Në këtë teori të Herzberg-ut për motivimin në punë, adresohen premisat dhe kushtet e nevojshme të mjedisit të punës, të cilat duhet të jenë të plotësuar dhe të përmbushura për të garantuar një shëndet dhe mirëqenie fizike dhe mendore të punonjësve.

Në këtë teori, theksohet nevoja për sigurimin e kushteve të përshtatshme për të punuar, duke filluar që nga ambienti (mjedisi i punës), mjetet (instrumentet) e duhura, hapësira e përshtatshme, stabiliteti e siguria në punë, shpërblimi në para e përfitime të tjera (shoqërore dhe shëndetësore), incentivat, bonuse dhe pagesa të tjera, nevoja për të qenë pjesë e grupit, për t'u mbështetur nga kolegët, për të marrë mirënjohjen dhe respektin e tyre, vlerësimi i vazhdueshëm nga eprorët, mbështetja dhe përkrahja, si edhe inkurajimi për punën e bërë dhe arritjet.

Bazuar në konceptet e teorive të ndryshme rreth kushteve në mjedisin e punës, më poshtë, do të shpjegohen shkurtimisht kushtet e lidhura me vendin e punës të cilat ndikojnë në nivelin e stresit tek punonjësit. Më konkretisht, këto kushte të lidhura me mjedisin (kontekstin) e punës mund të jenë të natyrës:

- fizike,
- sociale, dhe
- psikologjike.

Kushtet e natyrës fizike të mjedisit të punës

Mjedisi fizik dhe “dizajni” i një organizate, kompanie apo çfarëdo vendi tjetër pune mund të ndikojë ndjeshëm në sjelljen e punonjësve në vendin e punës. Prandaj, sipas këtij këndvështrimi, vlerësohet se përmirësimi i kushteve fizike të punës mund të rezultojnë në një rritje të ndjeshme produktivitetit në punën e punonjësve të kategorive të ndryshme.

Shumë autorë argumentojnë se, gjithnjë, paraqitja fizike në një organizatë, kompani apo vend tjetër pune duhet projektuar rreth nevojave të punonjësve në mënyrë që të maksimalizojë produktivitetin dhe kënaqësinë e tyre (punonjësve) në vendin e punës.

Në punët “moderne”, mjedisi fizik karakterizohet më tepër nga teknologjia, si kompjuteri, orendi, mobilje, instrumente dhe pajisje të sofistikuara, të cilat ndërveprojnë pa ndërprerë me ndijimet dhe shqisat, duke “bombarduar” me informacione dhe impulse trurin e të punësuarve.

Për të arritur nivele të larta të përkushtimit të personelit, organizatat duhet të sigurojnë që mjedisi fizik të jetë i favorshëm për nevojat organizative dhe të lehtësojnë ndërveprimin dhe privatësinë. Rrjedhimisht, mjedisi fizik është mjet, që mund të përmirësojë rezultatet dhe produktivitetin, si dhe mirëqenien e punonjësve.

Gjithashtu, mjedisi fizik mund të mbështesë ndjenjën e lirisë dhe ndërveprimin më të lartë social mes punonjësve. Njëherësh, ai është i lidhur edhe me rritjen e bashkëpunimit të stafit dhe rritjen e produktivitetit. Për më tepër, komoditeti, temperatura dhe kushtet e tjera të favorshme në mjedisin e punës, ndikojnë dukshëm në shëndetin dhe produktivitetin e personelit.

Nga ana tjetër, njerëzit, të cilët punojnë në kushtet të papërshtatshme, arrijnë performancë të ulët dhe përballen me më shumë mungesa në punë, si rezultat i faktorëve të mjedisit fizik. Faktorët fizikë në mjedisin e punës mund të kenë një ndikim negativ mbi punonjësit, të cilët ndryshojnë në varësi të mjedisit dhe dallimeve individuale, prandaj është e rëndësishme që punonjësit të arrijnë të identifikojnë faktorët, të cilët ndikojnë në punën e tyre, në konsultim me mbikëqyrësit, menaxherët, personelin e sigurisë, për të shqyrtuar mundësitë e kontrollit të rreziqeve në fjalë. Në këtë këndvështrim, Pheasant (1991) liston disa rreziqe të cilat kanë rëndësi për t’u shqyrtuar në mjedisin e punë dhe ato (minimalisht) përfshijnë: zhurmat, nivelin e ndriçimit dhe ajrosjen e mjedisit (cilësia e ajrit në vendin e punës).

Rehatia funksionale mund të përkufizohet si niveli me të cilën punonjësit kryejnë detyrën e tyre në përputhje me faktorët aktuale në mjedisin e punës. Faktorët e mjedisit të punës janë të lidhur me efektet në punën dhe shëndetin e individit. Dizajni i mjedisit të punës mund të rezultojë në reagimet fiziologjike dhe psikologjike, qofshin ato direkte ose indirekte. Kjo mund të rezultojë në një reaksion afatgjatë, i cili përfshin uljen e performancës.

Një ndër faktorët e tjerë të elementit fizik, që lidhet drejtpërdrejt me çdo punonjës është edhe kompensimi për punën e kryer. Nivelet e kompensimit janë të nevojshme për të mbajtur një individ të motivuar në punë. Ato sigurojnë një tregues të rëndësisë së veçantë për të nxitur përkushtimin në punë.

Ndjenja e sigurisë ka rëndësi të madhe në lidhje me shëndetin psikologjik, mirëqenien dhe përkushtimin organizativ, duke përfshirë këtu edhe rrezikun psikosocial. Po kështu, ajo vepron si një moderator në zvogëlimin e ndikimit negativ në rezultatet e punonjësve, të cilat janë tregues i rëndësishëm i kushteve të punës, shëndetit të të punësuarve dhe produktivitetit.

Kushtet e natyrës sociale të mjedisit të punës

Cilësia e raporteve sociale me kolegët dhe mbikëqyrësit në mjedisin e punës është e domosdoshme për të punësuarit dhe mirë-funksionimin e punës. Në këtë vështrim, atmosfera në punë është një ndër arsyet e rëndësishme për të realizuar detyrat me performancë të lartë.

“Klima sociale” në mjedisin e punës i referohet raporteve me kolegët dhe mbikëqyrësit. Të gjithë këto faktorë janë të rëndësishëm për një punë normale. Hulumtimet (studimet) e realizuara gjatë dekadës së fundit raportojnë se cilësia e lidhjes sociale mes kolegëve ndikon në vullnetin dhe aftësinë e punonjësve për të punuar deri në moshën e pensionit. Kështu, evidenca aktuale nga shumë vende dëshmon se, punonjësit që marrin më shpesh mbështetje sociale nga eprorët e tyre thonë se ata do të donin të vazhdonin punën deri në moshën e pensionimit. Anasjelltas, sjelljet apo trajtimi padëshiruar nga mbikëqyrësit apo kolegët ndikon që të punësuarit të jenë më pak të gatshëm për të punuar deri në moshën e pensionit.

Veç kësaj, ata punonjës, të cilët mendojnë se organizata/kompania/ndërmarrja e tyre kujdeset për ta bashkë me mbikëqyrësit e tyre, posedojnë nivele më të larta të përkushtimit në punë, njëherësh janë edhe më të vetëdijshëm për përgjegjësitë e tyre, kanë përfshirje më të madhe në organizimin e punës dhe janë më novatorë.

Raportet ndër-personale të punonjësve në punë janë të domosdoshme për rritjen e sjelljes pro-sociale, të punës vullnetare dhe ndihmën që u ofrojnë kolegëve për mbylljen me sukses të projekteve dhe detyrave të caktuara. Në këtë këndvështrim, komunikimi efektiv është një nga aspektet më kryesorë, që punonjësit të luajnë një rol të madh në suksesin organizativ dhe ky i fundit mund të ndikojë tek faktorë të shumtë, të cilët kanë të bëjnë me funksionimin organizativ të përgjithshëm.

Një prej këtyre faktorëve është kënaqësia në punë. Pra, komunikimi efektiv i brendshëm mund të çojë në kënaqësi më të lartë të punës, e cila mund të rezultojë në avantazhet konkurruese për organizatën. Një marrëdhënie e fortë komunikimi mes punonjësve dhe

menaxherëve (eprorëve) rezulton në formimin e qëndrimeve të besueshme ndër-personale.

Marrëdhëniet sociale në mjedisin e punës u referohen të gjitha marrëdhënieve ndër-personale të individëve që angazhohen në punën e tyre, duke përfshirë marrëdhëniet me mbikëqyrësit, mes kolegëve, miqësisë në vendin e punës e të tjera. Komunikimi pozitiv ndër-personal mes punonjësve është thelbësor për zhvillimin profesional dhe çon në rritjen e angazhimit personal dhe të vetë-fikasitetit në punë.

Nga ana tjetër, ndjenja e diskriminimit rrit në masë të madhe tensionin në organizatë dhe në uljen e përkushtimit në punë. Mos-informimi dhe mos-komunikimi me punonjësit është potencial i lartë për demotivimin dhe uljen e performancës së tyre në punë duke rritur gradualisht edhe nivelin e stresit.

Aspekt tjetër i marrëdhënieve ndër-personale në punë është sjellja pro-sociale, që punonjësit të angazhohen në mënyrë vullnetare për të ndihmuar të tjerët në punë. Këto sjellje përfshijnë ndihmën e ofruar ndaj një punonjësi tjetër për të finalizuar një projekt/detyrë, duke ofruar këshilla ose sugjerime të dobishme ngjallin reagime pozitive në detyrat e punës.

Përmbledhtazi, cilësia e ambientit të punës ndikon në nivelin e motivimit dhe të performancës tek punonjësit, sidomos në bashkëpunimin mes punonjësëve.

Kushtet e natyrës psikologjike të mjedisit të punës

Aspekti psikologjik i kushteve në mjedisin e punës i referohet mbështetjes emocionale dhe përkrahjes profesionale, lëvdatave dhe kritikave, respektit që japin mbikëqyrësit për punonjësit e organizatës e të tjera. Mbështetja emocionale përfshin pranimin e dashurisë, pranimin e respektit nga të tjerët sidomos në situata stresi. Kjo mbështetje ofron të kuptuarit dhe pranimin e individit, që rezulton në zvogëlimin e tendosjes emocionale dhe stresit psiko-social. Por, njëkohësisht, përkrahja sociale është edhe mbështetje instrumentale, e cila përfshin pranimin e kritikave, të këshillave dhe ndihmës nga të tjerët.

Në kontekstin organizativ, mbështetja ndaj punonjësve mund të vijë nga bashkëpunëtorët, nga mbikëqyrësi ose nga vetë organizata. Përkrahja psikologjike në vendin e punës është e dobishme në aspektin psikik dhe emocional, pasi kjo rrit integritetin social, ndjenjën e përkatësisë, vetë-besimin e punonjësit dhe ndikimin pozitiv në shëndet.

Mbështetje për njëri-tjetrin për përvojat e ndryshme emocionale, mund të ofrojnë edhe bashkëpunëtorët, përmes punës mbështetëse emocionale, që ata kryejnë për të tjerët, ndaj ndjenjave të zemërimit apo frustrimit të një individ në vendin e punës. Perceptimi i përkrahjes psikologjike, që ofrohet nga rrethi social në punë, mban dhe rrit mirëqenien

pozitive të punonjësit dhe përfitimin e tij në aspektin e shëndetit fizik dhe sidomos të shëndetit mendor.

Për mbikqyrësit në vendin e punës është e rëndësishme të dinë mënyrën si të bëjnë kritikën e tyre, pasi kjo ndihmon punonjësit në zhvillimin e tyre profesional, mban moralin brenda ekipit dhe puna realizohet në drejtim të qëllimeve organizative.

Duke u bazuar në psikologji pozitive, marrin rëndësi shumë të madhe marrëdhëniet pozitive në mjedisin e punës. Mënyrat si është e organizuar puna, ritmi i saj dhe intensiteti, shkalla e kontrollit mbi procesin e punës, ndjenja e sigurisë në punë, ndër të tjera, mund të jenë po aq “toksike” për shëndetin e punëtorëve sa edhe kimiketet apo pluhurat në ajër.

Këto karakteristika të punës mund të jenë të dëmshme jo vetëm në aspektin psikik dhe emocional, por edhe për shëndetin fizik. Të gjitha këto karakteristika negative dhe stresante konsiderohen si: “rreziqet e mjedisit psiko-social” të kushteve (mjedisit) të punës.

Në aspektin psikologjik, kritikën e mbikqyrësve ndaj punonjësit janë të një rëndësie të veçantë dhe marrin vlerë vetëm kur ato bëhen në kohën e duhur dhe me vend, prandaj ato janë të lidhura me aspektet psiko-sociale në vendin e punës, me kërkesat e vendeve të punës, me autonominë, kontrollin e punës, dhe me mbështetjen sociale.

Feedback-u në lidhje me sjelljen e punonjësit duhet të jetë vlerësim konstruktiv, sepse punonjësit duan të dëgjojnë si ata e bëjnë punën e tyre, e cila mund t’i motivojë dhe të rritë kënaqësinë e tyre në punë. Po kështu, kritika duhet të bëhet në formën e duhur, për çdo lëshim apo gabim nga ana e punonjësit.

Shumë autorë kanë theksuar rëndësinë e përkrahjes sociale në rritjen e nivelit të efikasitetit të punonjësve, duke theksuar se efikasiteti rritet më së miri kur ai shtrihet në tri nivele të ndryshme: individuale, shoqërore dhe organizative. Tashmë është konfirmuar se klima psikologjike parashikon kënaqësinë e punës, mirëqenien dhe përkushtimin organizativ.

Klima psikologjike, në vetvete, është shumë-dimensionale. Për këtë, studiues të shumtë raportojnë se një numër i kufizuar i dimensioneve më të larta të rendit organizativ mund të ketë pasoja në ndryshimin e karakteristikave relativisht shumë të veçanta të mjedisit organizativ.

Nga kjo pikëpamje, rrjedhin katër faktorët e vlerësimit që janë:

- roli i stresit dhe mungesa e harmonisë;
- sfida në punë dhe autonomia;
- lehtësimi i udhëheqjes, dhe;
- mbështetja, bashkëpunimi në grup, dashamirësia dhe ngrohtësia.

Menaxhimi i stresit në vendin e punës

Para së gjithash, duhet të njohim dallimin mes gjërave që mund të kontrollojmë dhe të atyre jashtë kontrollit tonë në mjediset përkatëse të punës. Në qoftë se ne besojmë realitetin tonë të pandryshueshmërisë së punës, përpiqemi t'i japim më pak rëndësi ngjarjeve që ndodhin me ne në jetën e përditshme.

Nëse do të keqtrajtoheshim nga drejtuesi sepse ka një humor të keq apo frustrime personale, nuk duhet marrë kjo si diçka personale dhe mbi të gjitha të mos biem në rrethin vicioz të “fërkimeve” dhe ngacmimeve (p.sh., format e “harresës” apo vonesat në zbatimin e orarit të punës, ose në marrjen dhe dorëzimin e turnit/punës).

Si rregull i përgjithshëm duhet të përpiqemi për të mbajtur një qëndrim korrekt dhe profesional, pavarësisht nga qëndrimi i eprorëve. Natyrisht që një këshillë e tillë nuk është e thjeshtë në praktikë, por kjo varet shumë edhe nga vetë-efikasiteti, sensi i koherencës, si dhe resurset (burimet) individuale.

Më poshtë renditen disa këshilla praktike për të përballuar me sukses stresin në mjedisin e punës që duhet të konsiderohen nga profesionistët e shëndetësisë dhe specialistët e promocionit shëndetësor.

- Informimi i punonjësve për të drejtat dhe detyrimet:

Njohuritë dhe informacioni na japin mjetet dhe instrumentet e nevojshme për të kuptuar dhe ndryshuar gjërat që nuk shkojnë rreth nesh, perfshi edhe mjedisin e punës. Njohja e të drejtave dhe detyrimeve është një element shumë i rëndësishëm për të rritur resurset (burimet) individuale dhe për t'u përballur në mënyrë efikase dhe të suksesshme me situata të ndryshme që shoqërohen me rritje të nivelit të stresit në vendin e punës. Punonjësit e promocionit shëndetësor, personeli i inspektoriatit shëndetësor, si dhe inspektorët e punës duhet që të ndërmarrin fushata sensibilizuese në mjediset e punës për të informuar dhe këshilluar punonjësit e profesioneve të ndryshme lidhur me njohjen dhe aplikimin e të drejtave të tyre të cilat mbrohen dhe garantohen nga kodi i punës.

- Planifikimi dhe menaxhimi i kohës:

Menaxhimi efikas i kohës në vendin e punës është një nga elementet më kritike. Shpesh ajo që theksojmë është thjesht “sasia” e punës, pa marrë parasysh cilësinë e produkteve apo shërbimeve të ofruara. Por, një menaxhim efikas i kohës (orarit) të punës nënkupton se duhet të bëjmë dallimin mes gjërave të rëndësishme dhe urgjente. Nga kjo pikëpamje:

- gjërat e para janë ato: të rëndësishme dhe urgjente;
- pastaj ato: urgjente dhe jo të rëndësishme;
- më tej ato: të rëndësishme dhe jo urgjente;
- dhe në fund: gjërat as të rëndësishme e as urgjente.

- *Relaksimi:*

Duhet të bëjmë pak pushim gjatë ditës, madje edhe vetëm për të bërë disa frymëmarrje të thella dhe thjesht të mendojmë se jemi të relaksuar. Atëherë ne do të jemi në gjendje të kthehemi për të punuar me energji të reja dhe me më shumë qartësi. Këto këshilla të thjeshta rezultojnë shumë efikase dhe me vlerë të madhe në kontekste dhe mjedise të ndryshme të punës përfshi një gamë të gjerë profesionesh.

- *Shqyrtimi i shkallës së vlerave në jetë:*

Duhet t'u japim më shumë peshë gjërave që ekzistojnë jashtë mjedisit të punës: familja (në radhë të parë), miqtë dhe interesat e tjera në jetë. Të gjitha hapësirat ku situata mund të jetë më mirë se në vendin e punës janë qetësuese dhe shpërblim (kompensim) ndaj stresit të lidhur me mjedisin e punës. Një situatë e vështirë në punë do të ndikojë negativisht edhe në cilësinë e jetës. Efektet e stresit nuk përfundojnë me orarin e punës, por mund të prekin jetët e individëve edhe pas punës. Kalimi nga puna në jetën private dhe anasjelltas, shpesh përfshin një transferim të mbetjeve negative emocionale të ngulitura në kontekste të papërshtatshme. Kjo gjë bart rrezikun për të mbingarkuar aftësinë e individit për të menaxhuar të dyja këto pjesë: punën dhe jetën private. Prandaj, problemet dhe preokupimet e lidhura me mjedisin (kontekstin) e punës nuk duhet në asnjë rast dhe për asnjë arsye të intereferojnë apo mbivendosen me kënaqësitë e përditshme dhe me impluset pozitive të jetës familjare dhe shoqërore.

- *Të menduarit pozitivisht:*

Duhet të kemi parasysh gjithmonë punën e bërë mirë dhe të kompensohemi ("ngushëllohem") disi për këtë fakt. Të ndihemi të kënaqur, kur ne kemi arritur diçka të mirë (të suksesshme). Le të mos e konsiderojmë kritikën si një sulm personal, por ta mendojmë si një mundësi për t'u rritur dhe për t'u zhvilluar në punën tonë. Por, natyrisht që në praktikë është shpeshherë e vështirë që të bëhet dallimi i qartë mes kritikës konstruktive dhe asaj destruktive (që shkakton stres të panevojshëm) nga ana e eprorëve ose e kolegëve të tjerë në mjedisin e punës.

- *Kujdesi për trupin dhe shëndetin "fizik"*

Duhet t'i kushtojmë kohë stërvitjes së rregullt, të kujdesemi për një ushqyerje të shëndetshme dhe të sigurojmë periudha të mjaftueshme të pushimit dhe ushtrimit të mirë anti-stres. Qëndrimi pasiv (jeta sedentare) ndikon negativisht në përkeqësimin e fenomeneve të lidhura me stresin në punë. Madje, jeta sedentare dhe mos-kujdesi për veprimtaritë fizike krijon një rreth vicioz i cili thjesht e përkeqëson gjendjen fizike dhe mendore të organizmit. Ushtrimet fizioterapeutike, efektiviteti i tyre mbi aftësinë e sistemit tonë nervor, ndikon në cilësinë më të mirë të gjendjes psikologjike, sociale dhe të reduktimit (minimizimit) të efektit të stresit në punë. Nëpërmjet praktikës së lëvizjes

dhe ushtrimit në kontekstin e duhur dhe pa përpjekje të panevojshme, me qëllimin për të rivendosur tendencën natyrore të trupit të njeriut për t'u relaksuar e për t'u ndier në harmoni me pjesën e tij të brendshme, shpirtërore, duke synuar nëpërmjet kësaj harmonie fizike e mendore çlirimin e ankthit dhe frustracioneve e stresit. Në veçanti, çlirimi i endorfinës bën të ndjehemi më mirë, dhe ndihmon për të parandaluar dëme kardiovaskulare për shkak stresit në punë. Modelet e ushtrimeve psikomotorike të cilësisë së lartë ndihmojnë për të arritur këto rezultate dhe për të formuar një bazë të qëndrueshme për të shtensionuar individin nga lodhja fizike e mendore, nga gjendja stresante në punë, por dhe jashtë saj. Shumë më komplekse e më të gjithanshme janë metodat e mëtejshme, të tilla si për shembull pjesëmarrja në aktivitete e sporte profesionale, të cilat ndikojnë jashtëzakonisht mirë në arritjen e këtij synimi.

- *“Kultivimi” i humorit:*

Duhet të qeshim sa më shumë. E qeshura zgjat jetën, zhduk stresin e na jep një imazh më të mirë për veten si njerëz të lumtur e të suksesshëm. E qeshura ka veti sugjestionuese dhe ndikon në humorin e përgjithshëm të ditës e të marrëdhënieve me të tjerët. Eksperienca e gjithanshme botërore dëshmon bindshëm se “kultivimi” i gjendjes së humorit është një nga premiset më të mira për të përballuar me sukses stresin në mjedisin e punës.

- *Angazhimi për të punuar jashtë mjedisit (vendit) të punës:*

Aktiviteti sportiv, vullnetar, kulturor, mund të sigurojnë ato kënaqësi që individë të caktuar nuk i kanë pao nuk i gjenjë në vendet e tyre të punës. Prandaj, në raste të tilla, rekomandohet fuqimisht që individët të angazhohen në punë vullnetare në mjedise dhe kontekste krejtësisht të palidhura me vendin e tyre primar të punës. Njohjet dhe miqësitë e reja do të prodhojnë impulse shumë pozitive dhe do të krijojnë një atmosferë shumë më relaksuese duke përmirësuar mirëqenien psiko-emocionale dhe vetë-imazhin e individëve që vuajnë nga nivele të larta të stresit në mjedisin e tyre të punës.

- *Ndarja e problemeve me miq dhe me kolegë të ngushtë:*

Shkëmbimi i përvojave sjell dhe pjekuri në marrjen e vendimeve e çlirim nga ankthi dhe stresi i lihatur me vendin e punës. Në raste akoma më të vështira, rekomandohet që të kërkohet ndihma e një profesionisti (psikologu). Këshillimi dhe psikoterapia janë mjetet më të dobishme për zgjidhjen e tensioneve të brendshme që çojnë në rritje të stresit si rezultat i mjedisit të punës.

BIBLIOGRAFIA

- Marmot. M., Wilkinson. R.G. (2005). Social determinants of Health (second edition). Oxford University Press.
- Berkman. L., Kawachi. I. (2000). Income inequality and health. Social Epidemiology. California, USA.
- James, L. R., James, L. A. & Ashe, D. K. (1990). The meaning of organizations: the role of cognition and values. In B. Schneider (Ed.), Organizational climate and culture (p. 282–318). San Francisco: Jossey-Bass.
- Herzberg, F. (1979). Motivation and innovation: Who are workers serving? California Management Review, 22(2), p. 60-70.
- Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. & Capwell, D. (1957). Job attitudes: Review of research and opinion. Pittsburg: Psychological Service of Pittsburg.
- Moos, R (1994). Work Environment Scale manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist's Press.
- Rizwan, Qaiser Danish, Sidra Ramzan, Farid Ahmad (2013). Effect of Perceived Organizational Support and Work Environment on Organizational Commitment; Mediating Role of Self-Monitoring. Advances in Economics and Business, 1, p. 312 - 317. Doi: 10.13189/aeb.2013.010402.
- McGuire, D. & McLaren, L. (2007). The Impact of Physical Environment on Employee Commitment in Call Centres: The Mediating Role of Employee Well-Being. Presented at the Academy of Human Resource Development Conference, Indianapolis, Indiana, 1st- 4th March, 2007. <http://ereseach.qmu.ac.uk/334/>.
- Adeyinka, T., Ayeni C., Popoola, S. O. (2007). Work motivation, job satisfaction, and organisational commitment of library personnel in academic and research libraries in Oyo State, Nigeria. Library Philosophy and Practice 2007, 4(16).
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology, 63, p. 1-18.
- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2012). Essentials of organizational behavior (11th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Salancik, G. (1977). Commitment and the control of organizational behavior and belief. In B. Staw & G. Salancik (Eds.), New directions in organizational behavior (pp. 1-54). Chicago: St. Clair.
- Samuel, O. (2008). Demographic and psychologic factors predicting organization commitment among industrial workers, Anthropologist, 10(1),p. 31-38.

MJEDISI PSIKOSOCIAL I PUNËS

OBJEKTIVAT

Në fund të kësaj teme, studentët do të:

- Kuptojnë rolin dhe influencën e mjedisit psiko-social të punës;
- Kuptojnë lidhjen (shoqërimin) e mjedisit psiko-social të punës me përcaktorët e tjerë shëndetësorë;
- Vlerësojnë impaktin e mjedisit psiko-social në gjendjen shëndetësore të popullatës, sidomos në shëndetin mendor të tyre.

KONCEPTE BAZË (I)

- **Faktorët psikosocialë** – këto faktorë përfshijnë dy kategori variablash.
- Grupi i parë konsiston në attribute (karakteristika) psikologjike si hostiliteti (mosbesimi cinik), depresioni, ankthi, humbja e shpresës, humbja e kontrollit, reagimi ndaj tranzicionit, shprehja e inatit, etj. – faktorë të cilët ekzistojnë në nivel *individual* dhe ka shumë gjasa që të jenë rezultat i procesit të shoqërizimit.
- Kategoria e dytë e faktorëve psikosocialë ka një natyrë më *strukturore* dhe përfshin p.sh., kushtet e punës së individëve të ndryshëm.

KONCEPTE BAZË (I)

- Nga kjo pikëpamje, kushtet ose mjedisi i punës përbëjnë një faktor i cili, në vetvete, nuk ekziston ose nuk aplikohet në nivel individual, por është një variabël i strukturuar dhe që operon në nivel grupi.
- Dy kategoritë e lart-përmendura të faktorëve psikosocialë veprojnë në mënyrë sinergjike me njëri-tjetrin në nivel individual, sikurse mund të ilustrohet nga “suporti (mbështetja) sociale në vendin e punës”, faktor i cili është në funksion të kushteve të punës, por njëkohësisht edhe të aftësive personale (individuale) për ndërveprim social.

KONCEPTE BAZË (II)

- **Stresi në punë** – përgjithësisht, koncepti i stresit në punë i referohet reagimit negativ të individëve ndaj presionit eksessiv (të tepërt) ose kërkesave të tjera që i imponohen atyre në vendin e punës.
- Stresi nuk është një sëmundje në vetvete, por është një gjendje e caktuar e organizmit. Por, nëse niveli i stresit është i lartë dhe ai është i pranishëm për një kohë të gjatë, atëherë individë të caktuar do të zhvillojnë sëmundje të ndryshme fizike dhe sidomos mendore.

Konsiderata të përgjithshme

- Stresi në punë ndodh dhe zhvillohet kur kërkesat e punës tejkalojnë aftësinë e punonjësit për të përballuar presionin e saj (punës).
- Stresi nuk është një sëmundje në vetvete, por mund të shkaktojë probleme shëndetësore, nëse njeriu ka intensitet mendor dhe fizik për periudha të gjata.

Konsiderata të përgjithshme

- Studimet psikosociale kanë nxjerrë në pah efektet negative, si dhe shtimin e numrit të aksidenteve në kuadër të stresit në punë, rrezikun e përkeqësimit të shëndetit fizik dhe mendor të punonjësit, në mënyrë të veçantë rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare dhe sindromit metabolik.

Konsiderata të përgjithshme

- Në të njëjtën kohë, shumë studime në vende të ndryshme të botës e kanë lidhur nivelin e lartë të stresit në punë me zhvillimin dhe angazhimin në shumë sjellje ose praktika jo të shëndetshme përfshi duhanpirjen, konsumin e ekzagjeruar të alkoolit, përdorimin e drogave, jetën sedentare, si dhe ushqyerjen e pa shëndetshme.
- Mjafton të përmendet që, sipas statistikave, janë rreth 10 milionë punonjës Amerikanë të alkolizuar, kryesisht si pasojë e stresit të lidhur me vendin, kontekstin dhe mjedisin e tyre të punës.

Konsiderata të përgjithshme

- Stresi është rezultat i disa faktorëve: organizimi i përpjekjeve në punë që kërkon dhe vendimmarrje të rëndësishme, mekanizmat e shpërndarjes të punës, problemet financiare, problemet e komunikimit, konfliktet, frustracionet, ambienti i punës, rehatia fizike dhe emocionale, vlerësimet e shpërblimet dhe shumë të tjera.

Konsiderata të përgjithshme

- Veprimet personale (individuale) dhe në grup kanë një ndikim të rëndësishëm në gjendjen emocionale të një punonjësi ose grupi punonjësish.
- Aktiviteti i ngjeshur mendor e fizik prodhon stres, situata ngacmimi e irritimi.

Konsiderata të përgjithshme

- Stresi shkaktohet nga mosmarrëveshjet midis individëve në punën e tyre, nga konfliktet mes roleve tona në punë dhe jashtë saj dhe shkalla e pamjaftueshme e kontrollit të njerëzve mbi punën e jetën e tyre.
- Një situatë e vështirë në punë do të ndikojë negativisht edhe në cilësinë e jetës.

Konsiderata të përgjithshme

- Përvoja e stresit mund të ndryshojë mënyrën se si një person ndien, mendon dhe sillet, dhe mund të çojë në ndryshime psikologjike tek ai/ajo.
- Ka dëshmi e përvoja të shumta se stresi ka ndikim negativ në sjellje të caktuara e në ecurinë e keqe të shëndetit.

Konsiderata të përgjithshme

- Ai (stresi) ndikon në aspekte të tilla, si ushqimi dhe gjumi, ushtrimi dhe relaksimi, ndikon te zakonet dhe praktikatat e jetës së përditshme përfshi sjelljet shëndetësore.
- Stresi mund të çojë edhe në gjendje depresive e në panik, në izolim nga të tjerët, në frikë e mungesë besimi e vullneti, humbje të shpresës për pozitivitet, e kështu me radhë.

Konsiderata të përgjithshme

- Ngarkesa e stresit në punë duhet të konsiderohet në lidhje me punën që kryhet, apo me shpejtësinë me të cilën duhet të kryhet puna dhe natyrën e mënyrën e kontrollit.
- Në njëfarë mase, kontrollimi i stresit mund të jetë një faktor vendimtar në përcaktimin e shëndetit. Përgjegjësia për njerëz të tjerë është identifikuar si një burim potencial i stresit, që lidhen me çështjet e drejtimit në punë.

Cikli i kontrollit të stresit në punë

1. Identifikimi i rrezikut për zhvillimin e stresit në punë;
2. Vlerësimi konkret (specifik) i rreziqeve për zhvillimin e stresit në punë;
3. Implementimi (zbatimi) i strategjive të kontrollit të duhur të niveleve të stresit në punë;
4. Monitorimi i efektivitetit të strategjive të kontrollit;
5. Rivlerësimi i rrezikut për zhvillimin e stresit në punë;
6. Analiza e nevojave të informacionit dhe trajnimit të punonjësve të ekspozuar ndaj rrezikut të stresit në punë.

Objektivat kryesore

- *Parandalimi*: kontrolli i rreziqeve të stresit dhe i ekspozimit ndaj tij përmes planifikimit dhe trajnimit për punonjësit, për të zvogëluar shanset e tyre për të përjetuar situata të vështira.
- *Reagimi*: shpesh i bazuar në menaxhimin e problemeve në grup, për të përmirësuar kapacitetin e grupit apo kolektivit për të njohur dhe adresuar problemet kur ato lindin.
- *Rehabilitimi*: i cili përfshin sigurimin e mbështetjes për të ndihmuar punonjësit me problemet ekzistuese për të menaxhuar stresin në punë dhe efektet e tij mbi shëndetin.

Kushtet në mjedisin e punës

- Kushtet e punës, në vetvete, mund të jenë të natyrës së kushteve fizike në punë, klimës sociale, dhe anës psikologjike dhe emocionale.
- Kushtet normale në punë rezultojnë në një mjedis lehtësues dhe të sigurt, të cilat i tërheqin punonjësit për të kënaqur dhe përmbushur nevojat e tyre materiale por edhe shpirtërore, pasi vetëm një mjedis lehtësues dhe i përshtatshëm në punë rrit nivelin e përkushtimit dhe produktivitetin e punonjësve.

Kushtet në mjedisin e punës

- Bazuar në konceptet e teorive të ndryshme rreth kushteve në mjedisin e punës, më poshtë, do të shpjegohen shkurtimisht kushtet e lidhura me vendin e punës të cilat ndikojnë në nivelin e stresit tek punonjësit.
- Këto kushte të lidhura me mjedisin (kontekstin) e punës mund të jenë të natyrës:
 - fizike,
 - sociale, dhe
 - psikologjike.

Kushtet Fizike

- Mjedisi fizik dhe “dizajni” i një organizate, kompanie apo çfarëdo vendi tjetër pune mund të ndikojë ndjeshëm në sjelljen e punonjësve në vendin e punës.
- Prandaj, sipas këtij këndvështrimi, vlerësohet se përmirësimi i kushteve fizike të punës mund të rezultojnë në një rritje të ndjeshme produktivitetit në punën e punonjësve të kategorive të ndryshme.

Kushtet Fizike

- Në punët “moderne”, mjedisi fizik karakterizohet më tepër nga teknologjia, si kompjuteri, orendi, mobilje, instrumente dhe pajisje të sofistikuara, të cilat ndërveprojnë pa ndërprerë me ndijimet dhe shqisat, duke “bombarduar” me informacione dhe impulse trurin e të punësuarve.

Kushtet Sociale

- Cilësia e raporteve sociale me kolegët dhe mbikëqyrësit në mjedisin e punës është e domosdoshme për të punësuarit dhe mirë-funksionimin e punës.
- Në këtë vështrim, atmosfera në punë është një ndër arsyt e rëndësishme për të realizuar detyrat me performancë të lartë.

Kushtet Sociale

- “Klima sociale” në mjedisin e punës i referohet raporteve me kolegët dhe mbikëqyrësit. Të gjithë këto faktorë janë të rëndësishëm për një punë normale.
- Hulumtimet (studimet) e realizuara gjatë dekadës së fundit raportojnë se cilësia e lidhjes sociale mes kolegëve ndikon në vullnetin dhe aftësinë e punonjësve për të punuar deri në moshën e pensionit.

Kushtet Sociale

- Raportet ndër-personale të punonjësve në punë janë të domosdoshme për rritjen e sjelljes pro-sociale, të punës vullnetare dhe ndihmën që u ofrojnë kolegëve për mbylljen me sukses të projekteve dhe detyrave të caktuara.

Kushtet Sociale

- Në këtë këndvështrim, komunikimi efektiv është një nga aspektet më kryesore, që punonjësit të luajnë një rol të madh në suksesin organizativ dhe ky i fundit mund të ndikojë tek faktorë të shumtë, të cilët kanë të bëjnë me funksionimin organizativ të përgjithshëm.

Kushtet Sociale

- Marrëdhëniet sociale në mjedisin e punës u referohen të gjitha marrëdhënieve ndër-personale të individëve që angazhohen në punën e tyre, duke përfshirë marrëdhëniet me mbikëqyrësit, mes kolegëve, miqësisë në vendin e punës e të tjera.
- Komunikimi pozitiv ndër-personal mes punonjësve është thelbësor për zhvillimin profesional dhe çon në rritjen e angazhimit personal dhe të vetë-fikasitetit në punë.

Kushtet Sociale

- Aspekt tjetër i marrëdhënieve ndër-personale në punë është sjellja pro-sociale, që punonjësit të angazhohen në mënyrë vullnetare për të ndihmuar të tjerët në punë.
- Këto sjellje përfshijnë ndihmën e ofruar ndaj një punonjësi tjetër për të finalizuar një projekt/detyrë, duke ofruar këshilla ose sugjerime të dobishme ngjallin reagime pozitive në detyrat e punës.

Kushtet Psikologjike

- Aspekti psikologjik i kushteve në mjedisin e punës i referohet mbështetjes emocionale dhe përkrahjes profesionale, lëvdatave dhe kritikave, respektit që japin mbikëqyrësit për punonjësit e organizatës e të tjera.
- Mbështetja emocionale përfshin pranimin e dashurisë, pranimin e respektit nga të tjerët sidomos në situata stresi.

Kushtet Psikologjike

- Kjo mbështetje ofron të kuptuarit dhe pranimin e individit, që rezulton në zvogëlimin e tendosjes emocionale dhe stresit psiko-social.
- Por, njëkohësisht, përkrahja sociale është edhe mbështetje instrumentale, e cila përfshin pranimin e kritikave, të këshillave dhe ndihmës nga të tjerët.

Kushtet Psikologjike

- Në kontekstin organizativ, mbështetja ndaj punonjësve mund të vijë nga bashkëpunëtorët, nga mbikëqyrësi ose nga vetë organizata.
- Përkrahja psikologjike në vendin e punës është e dobishme në aspektin psikik dhe emocional, pasi kjo rrit integrimin social, ndjenjën e përkatësisë, vetë-besimin e punonjësit dhe ndikimin pozitiv në shëndet.

Faktorët e Vlerësimit

- Roli i stresit dhe mungesa e harmonisë;
- Sfida në punë dhe autonomia;
- Lehtësimi i udhëheqjes, dhe;
- Mbështetja, bashkëpunimi në grup, dashamirësia dhe ngrohtësia.

TEMA: PLANIFIKIMI I NDËRHYRJEVE DHE POLITIKAVE SOCIALE TË LIDHURA ME SJELLJEN

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Kuptojnë rëndësinë e planifikimit të kujdesshëm dhe të përgatitjeve për realizimin e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet shëndetësore
- Identifikojnë qëllime dhe objektiva realiste për realizimin e ndërhyrjeve
- Të njohin modelet e ndryshme të planifikimit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljen
- Të kuptojnë rëndësinë e vlerësimit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet
- Të vlerësojnë në mënyrë kritike sfidat e vlerësimit të ndërhyrjeve komplekse
- Të diskutojnë se si vlerësimi mund të ndërtojë një bazë të dhënash për ndërhyrjet e lidhura me sjelljet

Përkufizime

Planifikim është një nga ato terma që është përdorur në mënyra të ndryshme, dhe, edhe pse nuk ka rregulla mbi të cilat janë përdorur këto terma, përkufizimet e mëposhtme janë prezantuar për të sqaruar ndryshimet midis aktiviteteve. Këto janë përkufizimet e termave që do të përmenden në këtë kapitull.

- **Plan**- përshkrimi i punës nga fillimi deri në fund dhe i asaj që do të arrihet.
- **Strategji**- një kuadër i gjerë për veprim i cili tregon qëllimet, metodat dhe parimet themelore.
- **Politikë**- udhëzime për praktikën që do të përdoret, e cila vendos qëllime të gjera dhe një sistem për veprim.
- **Program**- term obrellë për të gjitha aktivitetet
- **Prioritet**- kërkesa e parë për t'u marrë në konsideratë.
- **Qëllim ose synim**- një formulim i gjerë i asaj që do të arrihet.
- **Objektiv ose target**- qëllimi specifik për t'u arritur.

Pse është i nevojshëm planifikimi?

Planifikimi i veprimtarive është i rëndësishëm sepse ndihmon direkt shpërndarjen e burimeve atje ku impakti duket më i madh. Planifikimi merr forma të ndryshme dhe përdoret në nivele të ndryshme. Ai mund të përdoret për të siguruar shërbime më të mira apo kujdes për një individ, për një grup të caktuar të popullatës ose për të gjithë popullsinë nëpërmjet ndërhyrjeve në shkallë të gjerë.

Gjithashtu edhe shkalla e formalitetit të procesit të planifikimit varion. Kur planifikimi përfshin vetëm një ndërhyrje, procesi është informal dhe përfshin pak individë. Ndërsa, kur planifikimi përfshin një grup ndërhyrjesh, ai mund të involvojë profesionistë të ndryshëm sikurse grupin target, duke identifikuar qëllimet dhe objektivat e tyre, si dhe çfarë lloj metodash dhe burimesh janë të pranueshme dhe të vlefshme. Si guidë mund të përdoret një plan i shkruar, në të cilin përshkruhen veprimet kryesore. Nga ana tjetër shpesh herë ngrihet edhe grupi i punës apo task-forcë, i cili identifikon grupet e interesit si dhe fiton suportin dhe ekspertizën e tyre. Plani i shkruar do të paraqesë jo vetëm objektivat dhe metodat, por edhe shpërndarjen në kohë të aktiviteteve që do të zhvillohen, detaje të fondeve dhe të buxhetit, kush është përgjegjës për çdo detyrë dhe se si do të vlerësohen ndërhyrjet dhe do të raportohen përfundimet.

Planifikimi racional

Planifikim përfshin disa shkallë kyçe ose hapa logjik të cilat mundësojnë profesionistët shëndetësorë të arrijnë rezultatet e dëshiruara. Ai përfshin:

Një vlerësim të nevojave;

1. Vendosjen e qëllimeve-çfarë kemi ndërmend të arrijmë.
2. Vendosjen e objektivave- rezultate precize. Objektivat duhet të jenë SMART: specifike, të matshme, të arritshme, reale dhe të kufizuara në kohë.
3. Përcaktimin se cila metodë apo strategji do të arrijë objektivat tona.
4. Vlerësimi i rezultateve në mënyrë që në të ardhmen të bëhen përmirësime.

Planifikimi është përdorur për të përshkruar aktivitete që variojnë nga ato në shkallë të gjerë, (siç është planifikimi strategjik), në ato me shkallë mesatare (siç është një projekt-plan) dhe në ndërhyrjet me shkallë të ulët, (siç është plani për një sesion edukimi shëndetësor).

Planifikimi strategjik

Strategjitë përshkruajnë rezultatet e dëshiruara dhe mënyrat e arritjes së tyre, por nuk paraqesin domosdoshmërisht detaje mbi metodat apo rezultatet e matshme. Planifikimi strategjik i referohet planit të aktiviteteve në shkallë të gjerë duke përfshirë partnerë të ndryshëm dhe ndërhyrjet sipas stadeve.

Në zhvillimin e një strategjie, Simnett (1995) përshkroi stadet e mëposhtme:

1. Identifikimi i partnerëve të përshtatshëm.
2. Diagnostikimi- identifikimi i asaj ku jemi tani dhe si do të donim që gjërat të ishin ndryshe. Cilët janë faktorët e mundshëm që ndikojnë aty ku ne duam të shkojmë?
3. Vizioni-ku duam të shkojmë? Çfarë rezultatesh duam? Çfarë duan personat e tjerë?

4. Zhvillimi- çfarë nevojitet për të ndryshuar në mënyrë që të mbërrijmë aty ku duam?
Cilat janë programet që ekzistojnë aktualisht?
5. Plan-veprimi- planifikim se çfarë do të bëjmë pastaj.

Këto stadi korrespondojnë me ato të modelit racional: vlerëso - planifiko - realizo- vlerëso.

Projekt-plani

Projekt-plani është një aktivitet me shtrirje më të vogël dhe i referohet planifikimit të një plani specifik i cili është i kufizuar në kohë dhe synon të shkaktojë një ndryshim të qartë. Si shembuj projektesh në promocion shëndeti me shtrirje të kufizuar mund të përmendim një projekt për rritjen e njohurive në studentët e universitetit mbi meningjitin, një projekt për trajnimin e studentëve të infermierisë në prezantimin e aftësive apo një projekt për të identifikuar rrugët më të sigurta për fëmijët që shkojnë në shkollë.

Ewles dhe Simnett (1999) përcaktuan projekt-stadet e mëposhtme:

1. Fillimi
2. Specifikimi
3. Dizenjimi
4. Zbatimi
5. Vlerësimi, rishikimi dhe përfundimi final.

Fillimi i projektit i korrespondon fazës së miratimit të projektit, qëllimeve të tij të përgjithshme dhe alokimit të buxhetit. Shpesh kjo fazë fillon me adaptimin formal të projekt-propozimit, duke treguar organizatën që ka dhënë mbështetje për zhvillimin dhe implementimin e projektit.

Specifikimi do të thotë vendosja e objektivave dhe kriterëve cilësorë për mënyrën se si do të realizohet projekti. Vendosja e objektivave është treguar e detajuar më poshtë.

Dizenjimi është plani i detajuar i ndërhyrjeve. Në këtë fazë jepen detyrat për çdo person përgjegjës kundrejt kohës në të cilën do të kryhen aktivitetet.

Zbatimi i projektit paraqet realizimin e aktiviteteve, p.sh. sesionet trajnuese.

Vlerësimi, rishikimi dhe përfundimi final i referohet fazës së hartimit të raportit mbi rezultatet e projektit dhe vlerësimin. Është e dobishme të ketë një interval kohor midis përfundimit të projektit dhe rishikimit final në mënyrë që të vlerësohen rezultatet imediate dhe ato me zgjatje në kohë.

Modelet e planifikimit

Planifikimi, në çfarëdolloj niveli shtrirjeje, kërkon një punë sistematike nëpërmjet një ose disa stadeve. Ewles & Simett (1999) paraqitën një model planifikimi i cili mund të adaptohet në një numër situatash.

Stadi 1: Identifikimi i nevojave dhe prioriteteve

Kjo mund të kërkojë kërkime dhe investigime lokale. Shpesh nevojat janë lehtësisht të identifikueshme në bazë të të dhënave epidemiologjike të raportuara për nivelin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë në shkallë kombëtare apo lokale.

Një model tjetër planifikim fillon nga një argument tjetër. P.sh. modeli i Tones fillon me vendosjen e një qëllimi me karakter promocioni shëndetësor i cili analizohet për të përcaktuar një ndërhyrje të përshtatshme edukuese. Kjo ndërhyrje modifikohet duke iu referuar karakteristikave të grupit target dhe pasohet nga hartimi i një programi të detajuar edukativ. P.sh. një program për reduktimin e aksidenteve identifikon si prioritet edukimin mbi rreziqet për dëmtime në shtëpi. Grupi target janë të moshuarit. Duke u bazuar në ndërhyrjet e tjera me të moshuarit, vendoset që komunikimi inter-personal është metoda më efektive. Formulohen objektiva specifike që kanë lidhje me edukimin për ndriçimin e mirë të ambienteve të shtëpisë si dhe lëvizjet e kryera në të. Pra modeli i Tones, fokusohet në ndërhyrjet edukative.

Modeli i planifikimit sipas Berry, (1986) fillon me ngritjen e një grupi pune për të rishikuar problemin dhe pastaj identifikon një projekt të përshtatshëm me karakter promocioni shëndetësor. Kjo reflekton idenë se procedurat duhet të vendosen dhe miratohen përpara se të planifikohen ndërhyrjet.

Stadi 2: Vendosja e qëllimeve dhe objektivave

Qëllimet synojnë përmirësimin e shëndetit në fusha të veçanta, p.sh. reduktimi i sasisë së alkoolit lidhur me sëmundjen. Objektivat duhet të jenë specifike dhe duhet të jenë formulime që të përcaktojnë qartë se çfarë duhet të kenë arritur pjesëmarrësit në përfundim të ndërhyrjeve. Prandaj, në një farë mënyre objektivat duhet të jenë të matshme. Objektivat mund t'i referohen rezultateve edukative, të sjelljes, politike apo mjedisore.

Objektivat edukative mund të ndahen në tre kategori:

- Objektivat që kanë lidhje me njohuritë - lidhen me rritjen e nivelit të njohurive.
- Objektivat emocionale - që kanë lidhje me ndryshimet në zakone dhe sjellje.
- Objektivat që kanë lidhje me sjelljen apo aftësitë - që lidhen me fitimin e aftësive dhe kompetencave të reja.

Objektivat me karakter promocion shëndetësor përveç këtyre mund të përfshijë:

1. Ndryshimet në sjellje - ku futen ndryshimet në stilin e jetesës, si p.sh. ulja e prevalencës së alkoolit gjatë dhënies së makinës.

2. Objektivat që lidhen me ndryshimet në një politikë të caktuar - p.sh. implementimi i politikave pa alkool në vendin e punës.
3. Objektivat e procesit - kanë lidhje me rritjen e pjesëmarrjes dhe punës së bashku, p.sh. rritja e pjesëmarrjes së komunitetit dhe bashkëpunimi intersektorial.
4. Objektivat mjedisore - kanë lidhje me ndryshimet e mjedisit për ta bërë atë më të shëndetshëm, p.sh. frenimi i reklamimit dhe shitjes së alkoolit.

Stadi 3: Identifikimi i metodave të përshtatshme për të arritur objektivat

Tipi i metodës së zgjedhur duhet të reflektojë objektivat e vëna. Metoda të caktuara shkojnë me objektiva të caktuara, por mund të jenë plotësisht jo të përshtatshme për disa të tjera. P.sh. puna në grupe të vogla është efektive për të ndryshuar qëndrime të caktuara, por nëse do të jepeshin njohuri specifike do të ishte më efektiv një sesion mësimi. Media luan rol të rëndësishëm në rritjen e njohurive në popullatë për çështje shëndetësore, por përdorimi i saj për të bindur njerëzit të ndryshojnë sjelljen e tyre do të ishte joefektiv. Prandaj, stadi tjetër në planifikim do të ishte zgjedhja e metodës që duket më logjike për të realizuar objektivat.

Stadi 4: Identifikimi i burimeve

Pasi kemi vendosur objektivat dhe kemi zgjedhur metodat e përshtatshme, stadi pasardhës është përcaktimi i burimeve specifike për implementimin e strategjisë. Burimet përfshijnë mjetet financiare, ekspertizën dhe aftësitë e njerëzve, materiale të tilla si fletëpalosjet dhe manualët e shkruara, politikat ekzistuese, planet, facilitetet dhe shërbimet.

Shpeshherë mund të përdoren burimet ekzistuese duke adaptuar ato, ose mund të krijoni burimet tuaja, p.sh. kur vendosni të dizajnoni fletëpalosjen tuaj. Krijimi i burimeve është një detyrë madhore dhe ky veprim nuk duhet ndërmarrë për sa kohë që nuk jeni të sigurtë se nuk ka burime të tjera të përshtatshme që mund të përdoren.

Mjetet financiare janë një çështje e rëndësishme sidomos në ndërhyrjet me shtrirje në një shkallë të gjerë, në të cilat përveç stafit ekzistues kërkohet edhe shtesë në personel dhe burime të tjera. Për ndërhyrjet në shkallë të gjerë nevojitet hartimi i një buxheti i cili është një paraqitje e shpenzimeve të pritshme. Në të përfshihen shpenzimet direkte, d.m.th. ato që kanë lidhje me projektin, dhe shpenzimet fikse të cilat ndodhin gjithmonë.

Shpenzimet direkte përfshijnë:

- Pagesat e stafit - rrogat, siguracionet, pensionet e parakohshme si dhe të ardhurat shtesë vjetore.
- Shpenzimet për aparatura - p.sh për kompjutera.

- Shpenzimet për aktivitete specifike - p.sh. marrja me qira e ambienteve në komunitet të nevojshme për organizimin e trajnimeve, blerja e mjeteve të nevojshme për trajnimin, etj.
- Shpenzimet për telefon, fotokopje dhe postë.
- Shpenzimet për udhëtime dhe mjete jetese.
- Shpenzimet për trajnime dhe konferenca për të mbështetur zhvillimin e stafit.

Shpenzimet fikse mbulojnë akomodimin, ngrohjen, ndriçimin, etj.

Nëpërmjet një sistemi kontrolli të buxhetit monitorohet rregullisht çka është harxhuar dhe çfarë ka mbetur. Kjo realizohet duke monitoruar çdo muaj shumën e alokuar, atë të harxhuar dhe duke bërë diferencën e tyre.

Stadi 5: Metodat për vlerësimin e planit

Vlerësimi duhet të lidhet me objektivat që janë vendosur, dhe mund të ndërmerret në mënyrë formale apo më pak formale. E rëndësishme është të pyeten pjesëmarrësit në fund të sesionit, apo të shpenzohet më shumë kohë duke mbajtur shënim perceptimet personale të vetë grupit të punës se çfarë shkoi mirë dhe çfarë mund të përmirësohet herës tjetër. Ose mund të hartohen mënyra më formale të vlerësimit, të tilla si plotësimi i pyetësorëve në mënyrë anonime nga çdo pjesëmarrës.

Stadi 6: Hartimi i planit të veprimit

Ky është një plan i detajuar i shkruar në të cilin janë identifikuar detyrat, personat përgjegjës për çdo detyrë, burimet që do të përdoren, afatet kohore dhe një mënyrë vlerësimi. Gjithashtu, duhet të përfshihen edhe indikatorët që tregojnë progresin e arrirë, për të treguar nëse po vazhdohet sipas planifikimi apo jo.

Stadi 7: Zbatimi i planit

Shpesh është e dobishme mbajtja e një ditari ku shënohen të gjitha problemet e paparashikuara dhe se si përballohen ato. Ky informacion mund përdoret gjatë vlerësimit.

Kjo paraqitje mund të përdoret për planifikimin e një varg ndërhyrjesh. Ewles & Simnett treguan se procesi i planifikimit mund të fillojë në stadi të ndryshme dhe se i gjithë ky proces është ciklik.

PRECEDE-PROCEED

Aktualisht, PRECEDE-PROCEED, i hartuar nga Green & Kreuter (1980), është modeli më i njohur dhe më i përdorshëm për të hartuar një program që synon ndryshimin e sjelljeve. Ai është konsideruar si “model” për shumë punonjës shëndetësor dhe është përdorur gjerësisht në ndërhyrjet me karakter edukues shëndetësor.

Ky model është i përbërë nga 9 faza. Në pamjen e parë duket si një model shumë i komplikuar, por nëse ekzaminohet me kujdes, fazat vazhdojnë me një sekuencë logjike për programet në promocion shëndetësor.

Faza 1, vlerësimi social, është identifikimi i shqetësimeve në popullatë dhe i problemeve që lidhen me cilësinë e jetës. Hapi i parë është perceptimi subjektiv i komunitetit, i cili mund të përcaktohet në mënyra të ndryshme.

Faza 2, vlerësimi epidemiologjik, ka të bëjë me identifikimin dhe izolimin e problemeve shëndetësore nga problemet e tjera sociale, nëpërmjet përdorimit të të dhënave, të cilat mund të përfshijnë paaftësinë, sëmundshmërinë, vdekshmërinë, si dhe faktorët riskantë fiziologjik. Një shqetësim madhor në komunitet mund të lidhet me perspektivën e punësimit apo efektet e varfërisë, ose ligjin dhe të drejtën dhe më pak me shëndetin. Megjithatë, problemet shëndetësore nuk përcaktohen vetëm nga perceptimet e njerëzve, por edhe nga të dhënat epidemiologjike (fig.8).

Faza 3, vlerësimi i sjelljes dhe mjedisit përfshin faktorët riskantë mjedisorë dhe të lidhur më sjelljen ose gjendjet riskante që mund të lidhen me probleme shëndetësore. Shkaqet e lidhura me sjelljen nevojiten të identifikohen dhe të radhiten, në mënyrë që të progresojnë drejt fazës 4, e cila është identifikimi i tre kategorive të faktorëve që veprojnë në sjellje. Indikatorët e lidhur me sjelljen mund të përfshijnë gjëra të tilla si pëlqimin, modelet e konsumit, përballimin, veprimet parandaluese, vetë-kujdesin, përdorimin. Faktorët predispozues janë besimet e një personi, vlerat dhe qëndrimet, të cilat do të ndikojnë në motivimin për të ndryshuar. Faktorët lehtësues i referohen aftësive dhe burimeve që janë të nevojshme të lejojnë miratimin e sjelljes së motivuar. Faktorët socialë, të tillë si të ardhurat apo aksesit ndaj shërbimeve, janë gjithashtu faktorë lehtësues. Mungesa e faktorëve lehtësues do të jetë një barrierë, e cila duhet kapërcyer në mënyrë që të mundësohet ndryshimi në sjellje. Faktorët fuqizues i referohen feed-back-ut të marrë nga të tjerët, e cila do të ndihmojë procesin e ndryshimit në sjellje.

Faza 4, vlerësimi edukativ dhe ekologjik, identifikon dhe klasifikon të gjithë faktorët që kanë mundësinë e ndikimit në një sjellje të dhënë sipas tre kategorive: predispozues, fuqizues dhe lehtësues. Në faktorët predispozues përfshihen njohuritë dhe shumë karakteristika emocionale të një personi, të tilla si: qëndrimet, vlerat, besimet dhe perceptimet. Këto faktorë mund të lehtësojnë motivimin për të ndryshuar dhe përmes komunikimit direkt mund të ndryshojnë. Barrierat apo mjetet e krijuara kryesisht nga sistemet shoqërore formojnë faktorët lehtësues, të cilët përfshijnë aksesin për facilitete të kujdesit shëndetësor, vlefshmërinë e burimeve, referimet tek siguruesit e

përshtatshëm, miratimin e rregullave ose ligjeve, dhe zhvillimin e aftësive. Faktorët përforcues përfshijnë tipa të ndryshme të feed-back-ut që individët në popullatën target marrin pas ndryshimit të sjelljes, të cilat mund të inkurajojnë, ose jo vazhdimin e këtyre ndryshimeve.

Sikurse edhe në fazat e mësipërme, planifikuesit duhet të vënë prioritetet. Faktorët prioritarë që përcaktohen në këtë fazë bëhen fokusi i ndërhyrjeve të mëtejshme.

Faza 5, vlerësimi i politikës dhe ai administrativ, vlerëson nëse kapacitetet dhe burimet janë të disponueshme për të implementuar programin. Midis fazes 5 dhe 6 përfundon komponenti PRECEDE (komponenti vlerësues i modelit) dhe fillon PROCEED (implementimi dhe vlerësimi). Megjithatë nuk ka një kufi të prerë midis dy fazave, ato shpesh shkojnë së bashku.

Faza 6, është faza e zhvillimit dhe implementimit të një ndërhyrjeje të përshtatshme edukative. Gjithashtu, në këtë fazë merret në konsideratë edhe menaxhimi dhe administrimi i ndërhyrjes.

Fazat 7, 8, 9 fokusohen në vlerësimin, impaktin dhe rezultatet e programit.

PRECEDE është një model që udhëzon edukatorët e shëndetit drejt ndërhyrjeve më efektive. Ata mund të arrijnë në ndërhyrje optimale duke përdorur njohuritë nga epidemiologjia, psikologjia sociale, studimet e tjera edukuese.

Në praktikë modeli Green & Kreuter shpesh është i modifikuar dhe rrallë herë është përdorur sipas ilustrimit të mësipërm. Shpeshherë temat prioritare, grupet target janë identifikuar më parë. Kështu në praktikë PRECEDE më shpesh fillon në fazën e vlerësimit që lidhet me sjelljen sesa me fazën e vlerësimit social.

PRECEDE si një model planifikues edukimi shëndetësor pasqyron botën mjekësore. Procesi i planifikimit dominohet nga ekspertët. Në identifikimin e problemeve mund të përfshihet edhe publiku i përgjithshëm, por mënyrat e zgjidhjes së këtyre problemeve përcaktohen vetëm nga ekspertët. Qëllimi final është arritja e ndryshimit të sjelljes në nivel individual apo në grup. Prandaj nëse objektivi është ndryshimi në sjellje, atëherë PRECEDE është një model i dobishëm që mund të ndiqet.

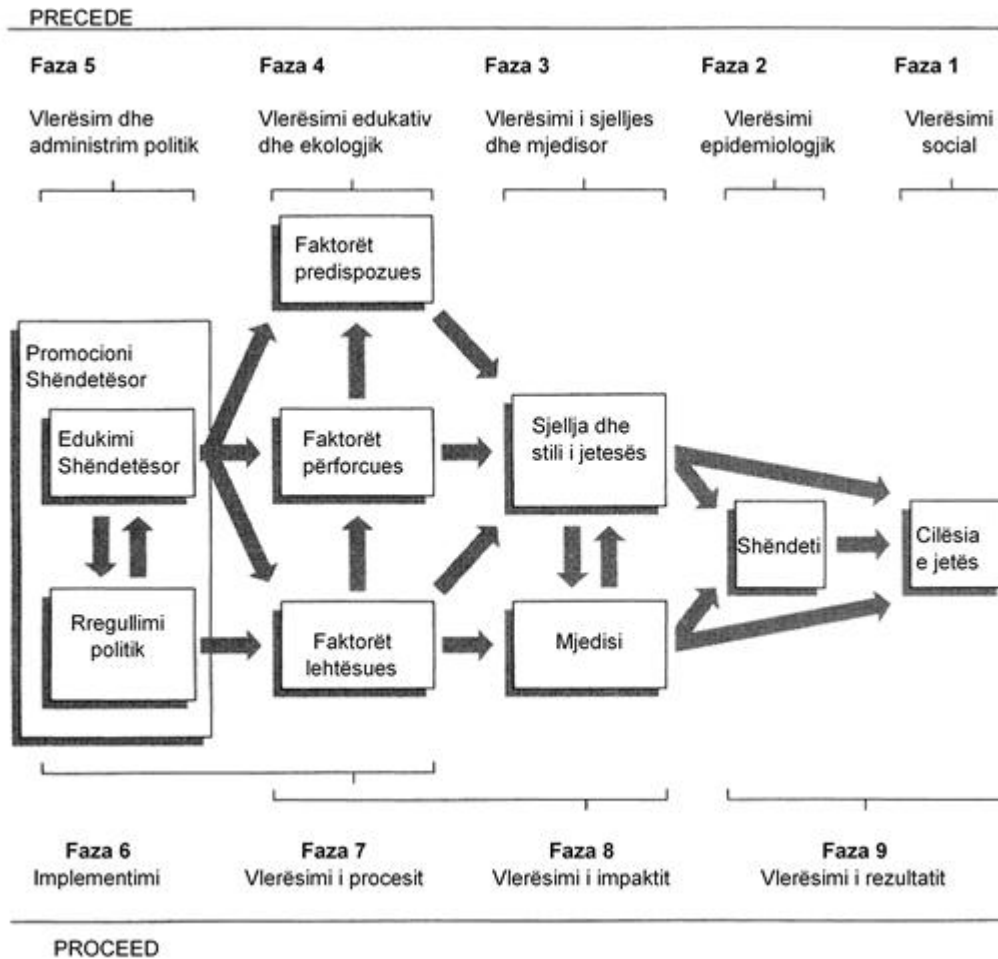


Figura 8: Modeli PRECEDE-PROCEED për planifikim dhe vlerësim në Promocion Shëndeti. Burimi: Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, Third Edition by Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter.

Aplikimi i PRECEDE-PROCEED

Për të kuptuar se si përdoret PRECEDE-PROCEED, le të ndjekim një shembull hipotetik në një mjedis pune. Faza 1, vlerësimi social, kërkon të përcaktojë cilësinë e jetës në popullatën target, në mënyrë që të identifikohen rezultatet e dëshiruara. Kështu, në vendin e punës, planifikuesit përfshijnë në proces si të punësuarit ashtu edhe punëdhënësit. E rëndësishme do të jetë përfaqësimi nga grupe të ndryshme brenda popullatës target (laborantë, menaxherë, zyrtarë etj). Në një mjedis pune, nuk do të ishte e vështirë që nëpërmjet një vlerësimi të kryer paraprakisht të vërehej se punëdhënësit janë të interesuar për të ardhurat ekonomike të kompanisë, pra të rrisin përfitimet. Gjithashtu, edhe punonjësit janë të interesuar për të ardhurat ekonomike, pra për rrogat e tyre, por njëkohësisht u interesojnë edhe kushtet e punës. Treguesit social që mund të reflektojnë këto

interesa përfshijnë shkallën e prodhimit, mungesat në punë për të gjitha shkaqet (arsye personale, pushim apo sëmundje), estetika e mjedisit të punës, gjendja morale e punonjësve dhe të ndjerit i vlerësuar si një punonjës i kompanisë.

Në fazën 2 të modelit, vlerësimi epidemiologjik, planifikuesit përdorin të dhënat për të identifikuar problemet shëndetësore që lidhen me ato ekonomike dhe kushtet e punës. Prandaj planifikuesit, kanë nevojë të mbledhin dhe të analizojnë të dhënat që reflektojnë gjendjen shëndetësore të punonjësve. Burimet e të dhënave mund të përfshijnë rishikimet e shkaqeve të mungesave të punonjësve kur ata kanë qenë të sëmurë, depistimet shëndetësore për të gjithë punonjësit nga të cilat mund të identifikohen faktorët riskantë fiziologjik, analizën e sigurimeve shëndetësore të kompanisë, etj. Kur bëhet identifikimi i tyre planifikuesit rendisin ato me natyrë shëndetësore, të cilat lidhen me çështjet e cilësisë së jetës të identifikuara në fazën 1. Sëmundjet profesionale më të zakonshme përfshijnë sëmundjet muskulo-skeletale (dëmtimet e kurrizit), sëmundjet dermatologjike si rezultat i ekspozimit ndaj kimikateve ose agjentëve të tjerë të dëmshëm dhe sëmundjet e mushkërive si rezultat i inhalacionit të substanacave kimike. Në rastin e shembullit tonë le të supozojmë se dëmtimet e shpinës patën prioritetin më të lartë gjatë vlerësimit epidemiologjik. Punonjësit me dëmtime të shpinës kanë një impakt të dyfishtë si në të ardhurat ekonomike të kompanisë nëpërmjet humbjes së produktivitetit dhe në cilësinë e jetës që bën punonjësi pas pune.

Pasi kemi prioritzuar dëmtimet e shpinës si një problem shëndetësor, kalojmë në fazën 3, vlerësimi i lidhur me sjelljen dhe mjedisin. Në këtë fazë, planifikuesit duan të përcaktojnë se cilët faktorë apo gjendje riskante ndikojnë në dëmtimet e shpinës. A zë një pjesë të madhe të punës për punonjësit procesi i ngritjes? Nëse është kështu, a përdorin ata metoda të mira të teknikës së ngritjes? A ngrenë ata më shumë peshë se sa duhet mbajnë? A është ndërtuar në mënyrë korrekte ergometrike hapësira e punës? A janë siguruar punonjësit me mbështetëse shpine të përshtatshme? Përgjigjet e këtyre pyetjeve i sigurojnë planifikuesve informacionin e nevojshëm të cilin ata e kanë të nevojshëm për të bërë vlerësimin edukativ dhe ekologjik, i cili i përket fazës 4.

Ky vlerësim përfshin (1)urvejimin e punonjësve për të zbuluar se çfarë dinë ata rreth ngritjes së peshave, (2)urvejimin e tyre për të zbuluar se çfarë lloj trajnimesh dhe pajisjesh i sigurohen punonjësve të rinj dhe çfarë politikash ndiqen mbi shpërblimin në rastet e dëmtimeve jashtë orarit të punës dhe (3)observimin e punonjësve nëse ata po i ndjekin mirë teknikat për ngritjen e peshave. Nga ky vlerësim mund të zbulohet se punonjësit dinë pak rreth teknikave të përshtatshme të ngritjes së peshave (faktori predispozues), atyre nuk u është mësuar ndonjë metodë për të bërë ngritje peshë të përshtatshme, atyre nuk u janë siguruar mbështetëse shpine (faktori lehtësues) dhe ata nuk janë shpërblyer për dëmtimet që kanë ndodhur në punë gjatë ditëve pushim ose jashtë orarit të punës, (faktori fuqizues). Kështu që, planifikuesit vendosin se një ndërhyrje e përshtatshme promovimi shëndetësor do të përbëhej nga (1) një komponent edukues për të rritur njohuritë dhe aftësitë tek punonjësit, (2) implementimi i politikave të reja që kërkojnë përdorimin e pajisjeve ndihmuese për shpinën, dhe (3) bonuse financiare për një numër të caktuar dëmtimesh që ndodhin jashtë orarit të punës.

Nëpërmjet vlerësimit të politikës dhe atij administrativ, (faza 5), planifikuesit duhet të përcaktojnë se çfarë burimesh dhe mbështetje administrative dhe organizative janë të disponueshme për të realizuar ndërhyrjen në promocion shëndetësor. Do të transmetohet komponenti edukativ i ndërhyrjes gjatë punës? A mund ta transmetojë mesazhin edukativ një punonjës i kompanisë apo duhet të punësohet një konsulent? A ka burime financiare të mjaftueshme për t'i blerë të gjithë punonjësve nga një mbështjellëse për shpinën, apo duhet t'i ndajnë ato midis punëtorëve gjatë punës?

Sapo përcaktohet disponueshmëria e burimeve të programit, mund të fillojë implementimi i fazës 6. Komponentët e vlerësimit (faza 7,8,9) të këtij programi do të bazohen në objektivat që u krijuan gjatë fazave të vlerësimit. Është e rëndësishme të sigurohet se kriteret (standardet e pranimit) të shënuara në çdo objektiv janë të qarta. P.sh. në fazën 7 (vlerësimi i procesit), planifikuesit mund t'i interesojë vlefshmëria e komponentit edukativ të ndërhyrjes tek çdo punonjës. Në fazën 8, (vlerësimi i impaktit), planifikuesit mund të jenë të interesuar në vlerësimin e ndryshimeve të sjelljes së punonjësve, (p.sh. aplikimi i teknikave të përshtatshme të ngritjes së peshës) dhe të mjedisit të punës (p.sh. disponueshmëria e mbështjellësve të shpinës për punonjësit). Në fazën 9, planifikuesit mund të kërkojnë uljen e incidencës dhe prevalencës së dëmtimeve të shpinës, ose një rritje të produktivitetit.

Cilësia dhe auditi

Pse është e rëndësishme të sigurojmë cilësinë në ndërhyrjet që synojnë ndryshimin e sjelljeve? Vlerësimi i cilësisë është një aspekt i rëndësishëm i praktikave profesionale. Ai ndihmon në përmirësimin e standardeve dhe identifikon aktivitetet kost-efektive. Ai e bën këtë duke u fokusuar në tre dimensione: cilësinë e menaxhimit, cilësinë profesionale dhe pjesëmarrjen e komunitetit.

Parimet bazë të cilësisë janë përcaktuar nga Evans në 1994:

- Barazia - që përdoruesit kanë akses të barabartë ose përfitime të barabarta nga shërbimet.
- Efektiviteti - që shërbimet arrijnë objektivat e hartuara.
- Efiçienca - që shërbimet arrijnë përfitime maksimale për shpenzime minimale.
- Aksesit - që një shërbim është lehtësisht i vlefshëm ndaj përdoruesve lidhur me kohën, largësinë dhe karakterin.
- Përshtatshmëria - që një shërbim është ai që kërkojnë përdoruesit.
- Pranueshmëria- që shërbimet kënaqin pritshmëritë e arsyeshme të përdoruesve.
- Përgjigjshmëria- që shërbimet përshtaten me nevojat e shprehura të përdoruesve.

Vlerësimi i ndërhyrjeve të lidhura me sjelljen

Procesi i vlerësimit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet është një proces i vështirë. Ky leksion paraqet se çfarë kuptohet me vlerësim dhe ekzaminohen lloje të ndryshme vlerësimesh të fokusuara në rezultatet, impaktin dhe procesin, sikurse edhe koncepti i kost-efektivitetit.

Përkufizimi i vlerësimit

Vlerësimi është një proces i komplikuar. Ai përdor burime të cilat mund të jenë përdorur ndryshe gjatë planifikimit dhe implementimit të programit. *Shpesh ndërhyrjet e lidhura me sjelljet* nuk na japin garanci se efekte të caktuara do të ndjekin inpute të caktuara.

Atëherë lind pyetja se pse është e rëndësishme të vlerësohen këto ndërhyrje? Procesi i vlerësimit nevojitet të vlerësojë rezultatet, të përcaktojë nëse janë arritur objektivat dhe të zbulojë nëse metoda e përdorur është e përshtatshme dhe efiçente. Pra vlerësimi në këto ndërhyrje identifikon vlerat dhe kriteret të cilat duhen përdorur për të arritur suksesin.

Në të gjithë vlerësimin, ka dy elementë themelorë (Peberdy 1997):

- Identifikimi dhe vendosja e kriterëve (vlerat dhe qëllimet);
- Mbledhja e informacionit që mund të bëjë të mundur vlerësimin e shtrirjes së tyre.

Ka kriterë të ndryshme të cilat mund të përdoren për të gjykuar vlerat e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet;

- efektiviteti- sa janë arritur qëllimet dhe objektivat;
- përshtatja- lidhja e ndërhyrjeve me nevojat;
- pranueshmëria- nëse është kryer në një mënyrë të ndjeshme;
- efiçenca- nëse koha, paratë dhe burimet janë shpenzuar mirë, kanë dhënë përfitime;
- barazia- oferta të barabarta për nevoja të barabarta

Sipas OBSH (1981), *vlerësimi i një ndërhyrjeje përfshin gjykimin e bazuar në një vlerësim të kujdesshëm dhe kritik të situatave të dhëna, i cili duhet të çojë në nxjerrje të konkluzioneve dhe në krijimin e propozimeve të dobishme për aktivitetet e ardhshme.*

Vetëm nëpërmjet vlerësimit të strategjive të ndryshme ekspertët mund të bëjnë zgjedhje të informuara lidhur me metodën që duhet të zgjedhin gjatë punës së tyre. Vlerësimi është një komponent i nevojshëm për të reflektuar mbi punën e bërë si dhe rrit kënaqësinë në punë.

Praktikat e bazuara në evidenca

Vlerësimi ndihmon në ndërtimin e një baze kërkimi dhe investigimi për të demonstruar se cila ndërhyrje ka pasur sukses në arritjen e objektivave. Për këtë arsye, vlerësimi identifikon praktikatat efektive në ndërhyrjet e lidhura me sjelljet të cilat të tjerët i adaptojnë. *Praktika e bazuar në evidencë* është një praktikë e hartuar në mjekësinë klinike, ku testet e randomizuara të kontrollit të protokolleve alternative të trajtimit janë përdorur për të përcaktuar se cila formë trajtimi është më shumë efektive për njerëzit. Në promocion shëndetësor është më e vështirë krijimi i praktikave të bazuara në evidencë. Shpesh testet e kontrollit të randomizuar nuk janë të përshtatshme për ndërhyrjet e bazuara në sjellje, ku është e pamundur të izolohehen efektet e ndërhyrjes dhe ku sukcesi përveç grupit target, në pjesën tjetër të popullatës, matet pjesërisht. Megjithatë kjo s'do të thotë se nuk ka evidenca ku të bazohet puna në ndërhyrjet e lidhura me sjelljet shëndetësore.

Vlerësimi i procesit, impaktit dhe rezultateve

Vlerësimi është gjithmonë jekomplet. Nuk është e mundur të vlerësohë çdo element të ndërhyrjes. Megjithatë, që në fillim përcaktohet se çfarë kriteri vlerësimi do të përdoret dhe se çfarë objektivash do të vlerësohen. Shpesh është bërë një dallim midis vlerësimit të procesit, të impaktit dhe të rezultateve.

Vlerësimi i procesit është i lidhur me vlerësimin e procesit të implementimit të programit. Ai adreson perceptimet dhe reagimin e pjesëmarrësve në ndërhyrjet e promocionit shëndetësor dhe identifikon faktorët të cilët i mbështesin ose i pengojnë këto aktivitete. Kështu që vlerësimi i procesit është një mënyrë e dobishme për të vlerësuar pranueshmërinë dhe, gjithashtu mund të vlerësojë edhe përshtatjen dhe barazinë e ndërhyrjeve.

Zakonisht vlerësimi i ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet kërkon të identifikojë efektet e tyre. Efektet e një ndërhyrjeje mund të vlerësohen sipas:

- Impaktit – d.m.th. efekteve të menjëhershme si p.sh rritja e njohurive ose ndryshime në sjellje.
- Rezultatit- efektet afat-gjata siç janë ndryshimet në stilin e jetesës.

Vlerësimi i impaktit tenton të jetë zgjedhja më popullore, pasi është më e lehtë të realizohet. Ai mund të përfshihet si një fazë e fundit e programit. P.sh. një program për ndryshimin e sjelljeve të rrezikshme për ciklin e lartë të shkollave 9-vjeçare mund të përfshijë si sesion të fundit të tij një rishikim të programit. Ftohen të gjithë nxënësit që të japin mendimin e tyre se si ata kanë ndryshuar që kur ka nisur programi dhe se si mund të ndikojë ky program në sjelljen e ardhshme të tyre.

Vlerësimi i rezultatit është më i vështirë sepse përfshin një vlerësim të efekteve afatgjata. Duke përdorur të njëjtin shembull, vlerësimi i rezultateve do të përdorej për të përcaktuar nëse ka ndikuar programi në sjelljen e nxënësve një vit më vonë. Një mënyrë për të përcaktuar këtë do të ishte krahasimi i sjelljes së nxënësve (p.sh. lidhur me duhapirjen, alkoolin dhe aktivitetin fizik) para dhe pas programit. Mënyra e dytë, do të ishte krahasimi i dy grupeve: një grup që ka marrë pjesë në program dhe grupi i dytë që nuk ka marrë pjesë.

Siç shihet vlerësimi i rezultatit është më kompleks dhe më i kushtueshëm se sa vlerësimi i impaktit. Pavarësisht këtyre problemeve, vlerësimi i rezultatit shpesh është metoda më e pëlqyer e vlerësimit, sepse ajo mat ndryshimet e qëndrueshme të cilat kanë kaluar provën e kohës. Rezultatet që përdorin të dhënat e impaktit apo rezultateve shpesh shprehen numerikisht, dhe kjo e rrit edhe më tepër besueshmërinë. Të dhënat kuantitative ose “të forta” shpesh shihen si më konkrete se sa të dhënat e përdorurura në vlerësimin e procesit.

Vlerësimi i metodologjive

Kost-efektiviteti

Pjesë e arsyes së vlerësimit është përcaktimi nëse rezultatet e dëshiruara u arritën në mënyrën më ekonomike dhe nëse alokimi i burimeve financiare është i justifikuar. *Kost-efektiviteti është një krahasim në terma monetare i përdorimit të metodave të ndryshme për të arritur të njëjtat rezultate.*

Analiza e kost-përfitimit është e komplikuar dhe mbështetet në koston e inputeve dhe të përfitimeve në një program që synon ndryshimin e sjelljeve. Një përpjekje është bërja e kalkulimeve për çdo përfitim. Të vendosësh një çmim në rezultatet shëndetësore ose përfitimet, është një ushtrim shumë i vështirë. Një mënyrë për të zgjidhur këtë problem është krahasimi i porcionit kosto-përfitim të një ndërhyrje shëndetësore me një porcion të ngjashëm të një ndërhyrjeje tjetër shëndetësore.

Vështirësitë për të realizuar vlerësimin në ndërhyrjet e lidhura me sjelljet

Për të realizuar vlerësimin në ndërhyrjet e lidhura me sjelljen ka një numër vështirësish. Ato janë si teorike dhe praktike. Para se fillojmë këtë proces, duhet të kemi një përgjigje për një sërë

dilemash që na dalin përpara, kuptimi i të cilave i ndihmon ekspertët të bëhen përdorues më kritik të të dhënave të publikuara si dhe më besues se puna e tyre është e mbështetur në baza të shëndosha.

Dilema 1: Të vendosim se çfarë duhet të matet

Të vendosësh të matësh se çfarë është efektive në ndërhyrjet e lidhura me sjelljet nuk është e lehtë. Rregulli i artë duhet të jetë matja e objektivave të vendosura gjatë planifikimit të procesit. Edhe pse duket e lehtë, në një numër të konsiderueshëm vlerësimesh, studimet e dhunojnë këtë parim. Thuhet që objektivat duhet të jenë të matshme, por kjo nuk ndodh gjithmonë. P.sh. objektiva të tillë si “ rritja e bashkëpunimit midis organizatave” ose “ rritja e përfshirjes së komunitetit” janë të vështira për t’u matur. Ndryshimet në qëndrimet ose besimet e njerëzve janë akoma më të vështira për t’u matur.

Një program mund të ketë objektiva të ndryshme, disa prej të cilave janë më të lehta për t’u matur. Atëherë bëhet joshëse ideja e matjes së objektivave më të lehta dhe nxjerrja e konkluzioneve vetëm nga këto gjetje (përgjithsimi i tyre). Por nëse maten lloje të ndryshme klasash ose rastesh, (p.sh. kombinime të objektivave të lidhur me sjelljen, mjedisin dhe qëndrimet), kjo nuk është legjitime që të bëhet.

Dilema 2: Si mund të besojmë se rezultatet e marra janë rrjedhojë e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet?

Meqë ndërhyrjet e lidhura me sjelljet janë një proces afat-gjatë, është e vështirë të përcaktohet që ndryshimet që ndodhin janë pasojë e këtyre ndërhyrjeve apo të faktorëve të tjerë. Njohuritë e lidhura me shëndetin, qëndrimet dhe sjellja janë vazhdimisht të ndryshueshme, pavarësisht programeve të ndryshimit të sjelljes. Nga ana tjetër, edhe shoqëritë dhe mjediset janë vazhdimisht në ndryshim për shkak të shumë faktorëve. Lind pyetja: si do të mund t’i izolojmë ndryshimet që vijnë si rrjedhojë e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet nga faktorët e tjerë? Ka dy përgjigje për këtë problem.

Metoda klasike e provës, eksperimenti, mbështetet në kontrollin e të gjithë faktorëve, pavarësisht nga ai që merret në studim. Kjo arrihet në mënyrë laboratorike. Por kjo është e pamundur dhe jo etike të arrihet kur bëhet fjalë për shëndetin e njerëzve. Për këtë arsye, në rastin tonë për të bërë vlerësimin, përdoret më shumë metoda e grupeve të kontrollit. Kështu, formohen dy grupe: njëri është grupi që ka përfituar nga programi i ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet dhe tjetri, grupi i kontrollit, është krejt i ngjashëm me grupin e parë, përveç se nuk ka përfituar nga programi. Faktorë të tillë si mosha, gjinia, dhe klasa sociale, njihen për ndikimin që kanë në shëndet, prandaj është mirë që grupi i kontrollit të ketë të njëjtat karakteristika si grupi eksperimental lidhur me këto faktorë. Ndryshimet që ndodhin në grupin eksperimental dhe që nuk shoqërojnë grupin e kontrollit i atribuohen programit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet, edhe pse nuk mund të jemi plotësisht të sigurtë, pasi mund të ketë edhe faktorë të tjerë që kanë influencuar.

Dilema 3: Kur të bëjmë vlerësimin?

Programet e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet shpesh kanë efekte të ndryshme të cilat bëhen të dukshme në periudha të ndryshme të ndërhyrjes. P.sh. një program parandalues për SKV mund të ketë efektet e mëposhtme:

1. Të përmirësojë njohuritë mbi faktorët e riskut për SKZ.
2. Të bindi më shumë njerëz për të kryer depistime klinike.
3. Të rrisë mbulimin mediatik për SKZ.
4. Të nxiti organizata të ndryshme për të adaptuar politika të shëndetshme, ku përfshihet edhe parandalimi i SKZ.
5. Të bindë restorantet dhe baret për të siguruar një ushqyerje më të shëndetshme.
6. Të reduktojë vdekjet e parakohshme nga SKZ.

Një vlerësim imediat i këtij programi do të përfshinte vetëm pikën e parë të këtyre efekteve. Një vlerësim pas 3 muajsh do të identifikonte efektin e dytë dhe të tretë. Efekti i katërt dhe i pestë mund të bëhen të dukshëm në një vlerësim më të vonshëm, (p.sh. pas 6 muajsh). 6 muaj pas programit, rritja e pjesëmarrjes në depistimet klinike mund të mos jetë më e dukshme dhe shifrat e pjesëmarrjes mund të kthehen në nivelet para-programit. Ulja e mortalitetit mund të mos jetë e dukshme për 5 ose më shumë vite, dhe në këtë kohë këto rezultate mund të mos i atribuohen më programeve të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet.

Pra vërehet se ka vështirësi në përcaktimin e kohës për të bërë vlerësimin. Nëse është e mundur vlerësimi, duhet të kryhet në periudha të ndryshme kohe gjatë programit, por shpesh kjo s'është e mundur.

Dilema 4: Të dish se çfarë përbën sukses

Suksesi në ndërhyrjet e lidhura me sjelljet është i komplikuar, sepse qëllimi nuk është thjesht të ndryshojë njohuritë ose sjelljen, por të ndryshojë determinantët social të shëndetit dhe kjo kërkon vlerësime kualitative dhe kuantitative. Shembuj të programeve të suksesshme të promocionit shëndetësor në botë tregojnë se nuk është e pamundur të realizosh me sukses ndërhyrje të tilla. P.sh në vendet e zhvilluara të Evropës dhe në SHBA ka një përmirësim të ndjeshëm të treguesve të mortalitetit të fëmijëve nga aksidentet rrugore. Ky përmirësim i dedikohet faktorëve të shumtë, ku një rol të rëndësishëm kanë luajtur edhe programet e promocionit shëndetësor mbi ndryshimin e sjelljeve, të cilat janë konsideruar si të suksesshme. Disa nga strategjitë që u dedikohet sukcesi po i paraqesim më poshtë:

- Fushatat lidhur me rritjen e përdorimit të helmetës së biçikletës.
- Ulja e shpejtësisë së makinave - nëpërmjet vendosjes së pengesave në rrugë dhe nëpërmjet legjislationit.
- Modifikimet mjedisore nëpërmjet skemave inxhinierike;
- Karriget e posaçme për fëmijë.

Si përfundim, vlerësimi i ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet kontribuon në zhvillimin e praktikave të bazuara në evidenca, prandaj është një aspekt i rëndësishëm i punës së ekspertëve që punojnë në këtë fushë.

Ai është një aktivitet praktik i cili ushqen debatin teorik mbi natyrën dhe qëllimin e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet. Ky debat nuk mund të kufizohet vetëm për profesionistët ose tek ata që kanë pushtet financiar apo menaxhues. Ai duhet të përfshijë mbarë publikun, ata që janë targeti i aktiviteteve të të tilla. Vlerësimi i ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet nuk është një aktivitet i thjeshtë dhe konsumon burime të cilat mund të shpenzoheshin ndryshe për të përfituar sjellje të shëndetshme. Prandaj vendimi *nëse, kur dhe si* të vlerësojmë është i rëndësishëm. Çështja e vlerësimit duhet të merret në konsideratë që në fillim të programit ndërhyrës. Nëse vendoset të kryhet, ai duhet të bëhet në mënyrën më të mirë të mundshme. Nëse kjo nuk është e realizueshme, është më mirë që të pranohet dhe të mos bëhen përpjekje për të vlerësuar. Në një rast të tillë, monitorimi i vazhdueshëm mund të jetë një nga më të mirat që mund të bëhet. Kjo është e pranueshme, por ka një dallim midis monitorimit rutinë të aktiviteteve përmes përdorimit të indikatorëve dhe një vlerësimi të plotë. Është e rëndësishme që të mos ngatërrohen këto të dyja dhe të bëhet e qartë se cili vlerësim po kryhet.

LITERATURË DHE BURIME SHITESË

Davies M & Kepford J (2006) Planning a health promotion intervention. In Davies M & Macdowall W (Eds.) Health promotion theory. Understanding Public Health Series. Maidenhead: OUP, McGrawHill: *A short summary of some key factors to take into account.*

Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). Health promotion: Planning & strategies (3rd ed.). Los Angeles: Sage. *Chapter 4 provides a readable and detailed discussion of systematic approaches to planning, and discusses various planning models.*

NICE produces guidance documents and effectiveness reviews on a variety of topics, including public health and health promotion issues such as obesity and nutrition, exercise and smoking cessation: www.nice.org.uk

BIBLIOGRAFIA

Berry J. 1986 Project health: a step-by-step planning guide for health promotion and preventive medicine programmes. Health Education Journal 45: 109-111

Ewles L, Simnett I. Promoting Health: a practical guide, 4th edn. Baillière Tindall, Edinburgh, 1999.

Green L W, Kreuter M W, Deeds S F G, Partridge K B. Health education planning: a diagnostic approach. Mayfield Publishing, Mountain View, California, 1980.

Green L, 1977. *Education and measurement: some dilemmas for health education.* American Journal of Public Health. 67: 155-162.

Macdonald G, Veen C, Tones K, 1996. *Evidence for success in health promotion: suggestion for improvement.* Health Education Research 11(3): 367-376.

Parlett M, Hamilton D. *Evaluation as illumination: a new approach to the study of innovating programmes.* In: Murphy R, Torrance H (eds). Evaluation Education: issues and methods. PCP Education series. London, 1987.

Pederby, A. 1997. *Evaluation design.* In Katz J, Pederby A (eds). *Promoting health: knowledge and practice.* Macmillan/Open University Press, Basingstone, ch. 17.

Naidoo J, Wills J. Health promotion: foundations for practice. Baillière Tindall, London, 2000

Sackett, D. L., Rosenberg, W.C., Muir Gray J. A., Haynes R. B., Richardson, W. S. 1996. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't.* British Medical journal. 312: 71-72.

Simett I. Managing health promotion: developing healthy organisations and community. Wiley, London, 1995.

Tones K. A systems approach to health education. *Community Health* 1974; 6: 34-39

World Health Organization. *Health programme evaluation: guiding principles*. WHO, Geneva, 1981.

Planifikimi i ndërhyrjeve dhe politikave sociale të lidhura me sjelljet



Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- Kuptojnë rëndësinë e planifikimit të kujdesshëm dhe të përgatitjeve për realizimin e ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet shëndetësore
- Identifikojnë qëllime dhe objektiva realiste për realizimin e ndërhyrjeve
- Të njohin modelet e ndryshme të planifikimit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljen



Objektivat (2)

- Të kuptojnë rëndësinë e vlerësimit të ndërhyrjeve të lidhura me sjelljet
- Të vlerësojnë në mënyrë kritike sfidat e vlerësimit të ndërhyrjeve komplekse
- Të diskutojnë se si vlerësimi mund të ndërtojë një bazë të dhënash për ndërhyrjet e lidhura me sjelljet





Përkufizime

- **Plan**- përshkrimi i punës nga fillimi deri në fund dhe i asaj që do të arrish.
- **Strategji**- një kuadër i gjerë për veprim i cili tregon qëllimet, metodat dhe parimet themelore.
- **Politikë**- udhëzime për praktikën që do të përdoret, e cila vendos qëllime të gjera dhe një sistem për veprim.



Përkufizime (2)

- **Program**- term obrellë për të gjitha aktivitetet
- **Prioritet**- kërkesa e parë për t'u marrë në konsideratë.
- **Qëllim ose synim**- një formulim i gjerë i asaj që do të arrihet.
- **Objektiv ose target**- qëllimi specifik për t'u arritur.



Pse është i rëndësishëm planifikimi i ndërhyrjeve?

- Jepni opinionet tuaja?
- Kush mendon se duhet të jetë pika e parë e planifikimit të një ndërhyrjeje apo programi? Pse?

Pse është i nevojshëm planifikimi

- Planifikimi i ndërhyrjeve është i rëndësishëm sepse ndihmon direkt shpërndarjen e burimeve atje ku impakti duket më i madh.

Planifikimi racional

- **Vendosjen e qëllimeve**-çfarë kemi ndërmend të arrijmë.
- **Vendosjen e objektivave**- rezultate precize. Objektivat duhet të jenë SMART: specifike, të matshme, të arritshme, reale dhe të kufizuara në kohë.
- Përcaktimin se cila metodë apo strategji do të arrijë objektivat tona.
- Vlerësimi i rezultateve në mënyrë që në të ardhmen të bëhen përmirësime.

Planifikimi strategjik

- **Identifikimi** i partnerëve të përshtatshëm.
- **Diagnostikimi**- identifikimi i asaj ku jemi tani dhe si do të donim që gjërat të ishin ndryshe. Cilët janë faktorët e mundshëm që ndikojnë aty ku ne duam të shkojmë?
- **Vizioni**-ku duam të shkojmë? Çfarë rezultatesh duam? Çfarë duan personat e tjerë?
- **Zhvillimi**- çfarë nevojitet për të ndryshuar në mënyrë që të mbërrijmë aty ku duam? Cilat janë programet që ekzistojnë aktualisht?
- **Plan-veprimi**- planifikim se çfarë do të bëjmë pastaj.

Ushtrim- Planifikim i një strategjie

- Ju jeni përfshirë në një grup pune për të ndërtuar një strategji për reduktimin e përdorimit të alkoolit:
- 1. Kë do të përfshini në planifikimin e projektit?
- 2. Çfarë do të ndikojë në vendosjen e prioritetëve?
- 3. Cili mund të jetë një aktivitet apo ndërhyrje e përshtatshme?

Ushtrim- Planifikim i një strategjie (2)

- 4. Cilët faktorë mund të afektojnë atë që ju doni të arrini?

Projekt-plani

- Projekt-plani është një aktivitet me shtrirje më të vogël dhe i referohet planifikimit të një plani specifik i cili është i kufizuar në kohë dhe synon të shkaktojë një ndryshim të qartë



Stadet e projekt-planit

- Fillimi
- Specifikimi
- Dizajnimi
- Zbatimi
- Vlerësimi, rishikimi dhe përfundimi final.



Modelet e planifikimit

- **Stadi 1:** Identifikimi i nevojave dhe prioriteteve
- Kjo mund të kërkojë kërkime dhe investigime lokale. Shpesh nevojat janë lehtësisht të identifikueshme në bazë të të dhënave epidemiologjike të raportuara për nivelin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë në shkallë kombëtare apo lokale.



Modelet e planifikimit (vijon)

- **Stadi 2: Vendosja e qëllimeve dhe objektivave**
- Qëllimet synojnë përmirësimin e shëndetit në fusha të veçanta. Objektivat duhet të jenë specifike dhe duhet të jenë formulime që të përcaktojnë qartë se çfarë duhet të kenë arritur pjesëmarrësit në përfundim të ndërhyrjeve. Prandaj, në një farë mënyre objektivat duhet të jenë të matshme.



Modelet e planifikimit (vijon)

Objektivat edukative mund të ndahen në tre kategori:

- Objektivat që kanë lidhje me njohuritë - lidhen me rritjen e nivelit të njohurive.
- Objektivat emocionale - që kanë lidhje me ndryshimet në zakone dhe sjellje.
- Objektivat që kanë lidhje me sjelljen apo aftësitë - që lidhen me fitimin e aftësive dhe kompetencave të reja.



Modelet e planifikimit (vijon)

■ Objektivat me karakter PSH përveç këtyre mund të përfshijë:

- *Ndryshimet në sjellje* - ku futen ndryshimet në stilin e jetesës, si p.sh. ulja e prevalencës së alkoolit gjatë dhënies së makinës.
- Objektivat që lidhen me *ndryshimet në një politikë të caktuar* - p.sh. implementimi i politikave pa alkool në vendin e punës.



Objektivat me karakter PSH (vijon)

- *Objektivat e procesit* - kanë lidhje me rritjen e pjesëmarrjes dhe punës së bashku, p.sh. rritja e pjesëmarrjes së komunitetit dhe bashkëpunimi intersektorial.
- *Objektivat mjedisore* - kanë lidhje me ndryshimet e mjedisit për ta bërë atë më të shëndetshëm, p.sh. frenimi i reklamimit dhe shitjes së alkoolit.

Stadi 3: Identifikimi i metodave të përshtatshme

- Tipi i metodës së zgjedhur duhet të reflektojë objektivat e vëna. Metoda të caktuara shkojnë me objektiva të caktuara, por mund të jenë plotësisht jo të përshtatshme për disa të tjera.

Stadi 4: Identifikimi i burimeve

- Burimet përfshijnë mjetet financiare, ekspertizën dhe aftësitë e njerëzve, materiale të tilla si fletëpalosjet dhe manualët e shkruara, politikat ekzistuese, planet, facilitetet dhe shërbimet.

Stadi 5: Metodat për vlerësimin e planit

- Vlerësimi duhet të lidhet me objektivat që janë vendosur, dhe mund të ndërmerret në mënyrë formale apo më pak formale. E rëndësishme është të pyeten pjesëmarrësit në fund të sesionit, apo të shpenzohet më shumë kohë duke mbajtur shënim perceptimet personale të vetë grupit të punës se çfarë shkoi mirë dhe çfarë mund të përmirësohet herës tjetër.

Stadi 6: Hartimi i planit të veprimit

- Ky është një plan i detajuar i shkruar në të cilin janë identifikuar detyrat, personat përgjegjës për çdo detyrë, burimet që do të përdoren, afatet kohore dhe një mënyrë vlerësimi. Gjithashtu, duhet të përfshihen edhe indikatorët që tregojnë progresin e arrirë, për të treguar nëse po vazhdohet sipas planifikimi apo jo

Stadi 7: Zbatimi i planit

- Shpesh është e dobishme mbajtja e një ditari ku shënohen të gjitha problemet e paparashikuara dhe se si përballohen ato. Ky informacion mund përdoret gjatë vlerësimit.

Modele planifikimi: PRECEDE-PROCEED

- është modeli më i njohur dhe më i përdorshëm për të hartuar një program që synon ndryshimin e sjelljeve.
- Ky model është i përbërë nga 9 faza.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 1)

- Faza 1, vlerësimi social, është identifikimi i shqetësimeve në popullatë dhe i problemeve që lidhen me cilësinë e jetës. Hapi i parë është perceptimi subjektiv i komunitetit, i cili mund të përcaktohet në mënyra të ndryshme.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 2)

- Faza 2, vlerësimi epidemiologjik, ka të bëjë me identifikimin dhe izolimin e problemeve shëndetësore nga problemet e tjera sociale, nëpërmjet përdorimit të të dhënave, të cilat mund të përfshijnë paaftësinë, sëmundshmërinë, vdekshmërinë, si dhe faktorët riskantë fiziologjik..

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 3)

- Faza 3, vlerësimi i sjelljes dhe mjedisit përfshin faktorët riskantë mjedisorë dhe të lidhur më sjelljen ose gjendjet riskante që mund të lidhen me probleme shëndetësore. Shkaqet e lidhura me sjelljen nevojiten të identifikohen dhe të radhiten, në mënyrë që të progresojnë drejt fazës 4.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 4)

- Faza 4, vlerësimi edukativ dhe ekologjik, identifikon dhe klasifikon të gjithë faktorët që kanë mundësinë e ndikimit në një sjellje të dhënë sipas tre kategorive: predispozues, fuqizues dhe lehtësues.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 4)

- Në faktorët predispozues përfshihen njohuritë dhe shumë karakteristika emocionale të një personi, të tilla si: qëndrimet, vlerat, besimet dhe perceptimet. Këto faktorë mund të lehtësojnë motivimin për të ndryshuar dhe përmes komunikimit direkt mund të ndryshojnë.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 4)

- Në faktorët predispozues përfshihen njohuritë dhe shumë karakteristika emocionale të një personi, të tilla si: qëndrimet, vlerat, besimet dhe perceptimet. Këto faktorë mund të lehtësojnë motivimin për të ndryshuar dhe përmes komunikimit direkt mund të ndryshojnë.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 4)

- Barrierat apo mjetet e krijuara kryesisht nga sistemet shoqërore formojnë faktorët lehtësues, të cilët përfshijnë aksesin për facilitete të kujdesit shëndetësor, vlefshmërinë e burimeve, referimet tek siguruesit e përshtatshëm, miratimin e rregullave ose ligjeve, dhe zhvillimin e aftësive.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 4)

- Faktorët përforcues përfshijnë tipa të ndryshme të feed-back-ut që individët në popullatën target marrin pas ndryshimit të sjelljes, të cilat mund të inkurajojnë, ose jo vazhdimin e këtyre ndryshimeve.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 5)

- Faza 5, vlerësimi i politikës dhe ai administrativ, vlerëson nëse kapacitetet dhe burimet janë të disponueshme për të implementuar programin.
- Midis fazes 5 dhe 6 përfundon komponenti PRECEDE (komponenti vlerësues i modelit) dhe fillon PROCEED (implementimi dhe vlerësimi).

Fazat e modelit

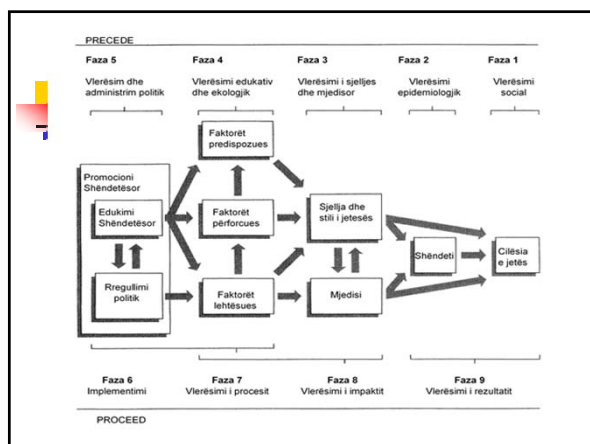
Precede-Proceed (faza 6)

- Faza 6, është faza e zhvillimit dhe implementimit të një ndërhyrjeje të përshtatshme edukative. Gjithashtu, në këtë fazë merret në konsideratë edhe menaxhimi dhe administrimi i ndërhyrjes.

Fazat e modelit

Precede-Proceed (faza 7,8,9)

- Fazat 7, 8, 9 fokusohen në vlerësimin, impaktin dhe rezultatet e programit.



Aplikimi i modelet PRECEDE-PROCEED

- PUNË NË GRUPE
- Merrni një shembull konkret dhe aplikoni modelin PRECEDE-PROCEED

Cilësia dhe auditi

- Ai ndihmon në përmirësimin e standardeve dhe identifikon aktivitetet kost-efektive.

Parimet bazë të cilësisë (1)

- Barazia - që përdoruesit kanë akses të barabartë ose përfitime të barabarta nga shërbimet.
- Efektiviteti - që shërbimet arrijnë objektivat e hartuara.
- Eficienca - që shërbimet arrijnë përfitime maksimale për shpenzime minimale.



Pariemet bazë të cilësisë (2)

- Aksesit - që një shërbim është lehtësisht i vlefshëm ndaj përdoruesve lidhur me kohën, largësinë dhe karakterin.
- Përshtatshmëria - që një shërbim është ai që kërkon përdoruesit.
- Pranueshmëria- që shërbimet kënaqin pritshmëritë e arsyeshme të përdoruesve.
- Përgjigjshmëria- që shërbimet përshtaten me nevojat e shprehura të përdoruesve.



Vlerësimi i ndërhyrjeve

- *Vlerësimi* është një proces i komplikuar. Ai përdor burime të cilat mund të jenë përdorur ndryshe gjatë planifikimit dhe implementimit të programit. *Shpesh ndërhyrjet e lidhura me sjelljet* nuk na japin garanci se efekte të caktuara do të ndjekin inpute të caktuara.



Pse është i rëndësishëm Vlerësimi i ndërhyrjeve?

- Procesi i vlerësimit nevojitet të vlerësojë rezultatet, të përcaktojë nëse janë arritur objektivat dhe të zbulojë nëse metoda e përdorur është e përshtatshme dhe efiçente. Pra vlerësimi në promocion shëndeti identifikon vlerat dhe kriteret të cilat duhen përdorur për të arritur suksesin.



Kriteret e vlerësimit

- efektiviteti- sa janë arritur qëllimet dhe objektivat;
- përshtatja- lidhja e ndërhyrjeve me nevojat;
- pranueshmëria- nëse është kryer në një mënyrë të ndjeshme;
- efienca- nëse koha, paratë dhe burimet janë shpenzuar mirë, kanë dhënë përfitime;
- barazia- oferta të barabarta për nevoja të barabarta



Kriteret e vlerësimit

- efektiviteti- sa janë arritur qëllimet dhe objektivat;
- përshtatja- lidhja e ndërhyrjeve me nevojat;
- pranueshmëria- nëse është kryer në një mënyrë të ndjeshme;
- efienca- nëse koha, paratë dhe burimet janë shpenzuar mirë, kanë dhënë përfitime;
- barazia- oferta të barabarta për nevoja të barabarta



Vështirësitë gjatë bërjes së vlerësimit

- **Dilema 1: Të vendosim se çfarë duhet të matet**
- Të vendosësh të matësh se çfarë është efektive në promocion shëndetësor nuk është e lehtë. Rregulli i artë duhet të jetë matja e objektivave të vendosura gjatë planifikimit të procesit.

Dilema 2: Si mund të besojmë se rezultatet e marra janë rrjedhojë e veprimtarive në PSH

- Për të bërë vlerësimin përdoret më shumë metoda e grupeve të kontrollit.

Dilema 3: Kur të bëjmë vlerësimin?

- Pra vërehet se ka vështirësi në përcaktimin e kohës për të bërë vlerësimin. Nëse është e mundur vlerësimi, duhet të kryhet në periudha të ndryshme kohe gjatë programit, por shpesh kjo s'është e mundur.

Dilema 4: Të dish se çfarë përbën sukses

- Shembuj të programeve të suksesshme të promocionit shëndetësor në botë tregojnë se nuk është e pamundur të realizosh me sukses ndërhyrje të tilla. P.sh në vendet e zhvilluara të Evropës dhe në SHBA ka një përmirësim të ndjeshëm të treguesve të mortalitetit të fëmijëve nga aksidentet rrugore.



*Ky publikim dhe programi i Masterit në Menaxhim Shëndetësor
janë mbështetur nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC)
nëpërmjet projektit të saj Shëndet për të Gjithë (HAP)*



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**

