

POZICIONI SHOQËROR DHE VETË-PERCEPRIMI I SHËNDETIT NË  
POPULLATËN ADULTE TË TIRANËS

JONIDA STEFA, GENC BURAZERI, BAJRAM HYSA\*

## Summary

SUBJECTIVE SOCIAL POSITION AND SELF-PERCEIVED HEALTH IN THE ADULT POPULATION  
OF TIRANA, ALBANIA

**Aim:** Our aim was to assess the association of subjective social position and self-perceived health in the adult population of Tirana, the Albanian capital.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted in Tirana in 2005-2007 including 880 subjects (437 men aged  $45.3 \pm 5.7$  years, and 443 women aged  $44.7 \pm 6.1$  years). A structured questionnaire was administered including information about subject social position (lower, middle, and higher) and self-perceived health status (very poor, poor, fair, good, and very good – in the analysis, it was dichotomized into very poor/poor vs. the rest).

**Results:** Of 880 subjects included in our study, 422 (48%) reported a poor and/or very poor health status (133 men and 289 women). Conversely, only 127 individuals (14%) reported a good and/or very good health status. Lower social position was associated with poor self-perceived health status in both sexes (age-adjusted  $OR=2.3$ ,  $95\%CI=1.6-3.4$  in men, and  $OR=2.8$ ,  $95\%CI=1.9-4.2$  in women). These findings persisted largely unaffected upon adjustment for educational level, employment status, lifestyle factors and self-reported hypertension and diabetes ( $OR=2.1$ ,  $95\%CI=1.4-3.1$  in men, and  $OR=2.6$ ,  $95\%CI=1.7-3.8$  in women).

**Conclusions:** Our findings indicate that lower social position is a strong “predictor” of poor self-perceived health status in the adult population of Tirana. The mechanisms of this association should be sought. Future studies in transitional Albania should estimate the putative deleterious effect of psychosocial factors on the population's health.

Pabarazitë në shëndet të lidhura me nivelin social-ekonomik, të dokumentuara që në fillimin e shekullit të IX-të, janë përgjithësisht të mëdha. Shumica e teorive që përpiqen të japin shpjegime për këto pabarazi përdorin tregues social-ekonomikë të tillë si niveli i të ardhurave ekonomike, niveli i edukimit, apo gjendja e punësimit. Megjithatë, disa hipoteza të reja fokusohen në shpërndarjen e të mirave materiale në shoqëri. Shumë studime ekologjike (korrelacionale)

mbështesin hipotezën sipas së cilës shpërndarja e pabarabartë e të mirave materiale në shoqëri sjell edhe pabarazi të theksuara të treguesve shëndetësorë. Këto rezultate kanë mundësuar formulimin e teorive të reja për vendet e industrializuara sipas të cilave treguesit shëndetësorë janë më shumë të lidhur me nivelin ekonomik *relativ* sesa me nivelin ekonomik *absolut*. Nga kjo pikëpamje, vetë-vlerësimi i pozicionit shoqëror është një tregues i rëndësishëm, i cili

\* Dërguar në Redaksi në Janar 2008, miratuar për botim Shkurt 2008.

Nga Fakulteti i Infermierisë, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Stefa J., Fakulteti i Infermierisë, Tiranë.

përcakton edhe pabarazitë në treguesit shëndetësorë në vendet e zhvilluara të botës. Në dekadën e fundit janë ndërmarrë shumë studime prospektive (kohort) për vlerësimin e impaktit të pozicionit shoqëror në gjendjen shëndetësore të popullatës.

Të dhënat nga vendet ish-komuniste, përfshi edhe Shqipërinë, janë të varfra. Prandaj, do të ishte me interes udhëheqja e studimeve që do të ndriçonin lidhjen e pozicionit shoqëror me treguesit shëndetësorë.

Pikërisht për këtë qëllim, ne ndërmorrëm një studim për vlerësimin e shoqërimit të pozicionit shoqëror me vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore në popullatën adulte të qytetit të Tiranës.

### Materiali dhe metoda

**Tipi i studimit:** Një studim transversal (kros-seksional) u ndërmor në Tiranë gjatë periudhës 2005-2007.

**Popullata në studim:** Në studim u përfshinë 880 individë të moshave 35-75 vjec. Nga këto, 437 individë ishin meshkuj (mosha mesatare:  $45.3 \pm 5.7$  vjec), kurse 443 individë ishin femra (mosha mesatare:  $44.7 \pm 6.1$  vjec).

**Mbledhja e të dhënave:** Një pyetësor i strukturuar i'u administrua të gjithë pjesëmarrësve në studim duke përfshirë të dhëna mbi pozicionin shoqëror (i ulët, mesatar, dhe i lartë) dhe vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore (shumë e keqe, e keqe, mesatare, e mirë, dhe shumë e mirë). Gjatë analizës statistikore, vetë-perceptimi i gjendjes shëndetësore u kategorizua në: gjendje shëndetësore shumë e keqe/e keqe vs. pjesës tjetër (d.m.th. mesatare/e mirë/shumë e mirë).

Pyetësori përfshiu gjithashtu të dhëna mbi nivelin e edukimit (i ulët, i mesëm, i lartë), gjendjen e punësimit (punësuar, papunë, pension), duhanpirjen (jo, po), konsumin e alkoolit (jo, po), si dhe vetë-deklarimin e hipertensionit arterial (jo, po) dhe diabetit (jo, po).

**Analiza statistikore:** Regresioni logjistik binar u përdor për vlerësimin e lidhjes së vetë-perceptimit të gjendjes shëndetësore me ndryshorët e pavarur (karakteristikat demografike, social-ekonomike, faktorët e lidhur me stilin e jetesës si dhe sëmundjet kronike të individëve të përfshirë në studim). Modelet e para vlerësuan lidhjet duke kontrolluar vetëm për

moshë. Regresioni logjistik shumë-ndryshorësh (*multivariat*) u përdor për vlerësimin e lidhjes së pavarur të pozicionit shoqëror me vetë-perceptimin e gjendjes shëndetësore. Për të gjitha modelet u llogaritën raportet e gjasve (*OR*), intervalet e besimit (*95%CI*) dhe vlerat e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore (*P-value*). Vlerat e  $P \leq 0.05$  u konsideruan si statistikisht sinjifikante. E gjithë analiza statistikore u krye nëpërmjet Paketës Statistikore për Shkencat Sociale (*SPSS, versioni 15.0*).

### Rezultatet

Tabela nr.1 paraqet lidhjen e vetë-perceptimit të gjendjes shoqërore me karakteristikat demografike, social-ekonomike, faktorët e lidhur me stilin e jetesës, si dhe vetë-deklarimin e sëmundjeve kronike.

Kishte evidencë të një lidhjeje të fortë mes nivelit të ulët të edukimit dhe vetë-perceptimit të keq të gjendjes shëndetësore. E njëjta tendencë ishte e dukshme për pozicionin shoqëror të ulët dhe vetë-perceptimin negativ të gjendjes shëndetësore ( $OR=2.59$ ,  $95\%CI=1.76-3.46$ ).

Pas kontrollit për karakteristikat demografike (moshë dhe gjini), social-ekonomike (niveli i edukimit dhe gjendja e punësimit), faktorët e lidhur me mënyrën e jetesës (duhanpirja dhe konsumi i alkoolit), si dhe vetë-deklarimin e hipertensionit arterial dhe diabetit, pozicioni i ulët shoqëror ishte i lidhur fuqimisht me vetë-perceptimin negativ të gjendjes shëndetësore ( $OR=2.1$ ,  $95\%CI=1.4-3.1$  në meshkuj, dhe  $OR=2.6$ ,  $95\%CI=1.7-3.8$  në femra – këto të dhëna nuk pasqyrohen në tabelën nr.1).

### Diskutimi

Rezultati themelor i studimit tonë ishte prania e një lidhjeje të fortë dhe statistikisht sinjifikante mes pozicionit shoqëror të ulët dhe vetë-perceptimit negativ të gjendjes shëndetësore. Kjo lidhje ishte e pranishme në modelet e regresionit logjistik shumë-ndryshorësh, në të cilat u studjua efekti i pavarur i pozicionit shoqëror.

Nga kjo pikëpamje, roli negativ i pozicionit të ulët shoqëror ishte i pavarur nga karakteristikat demografike (mosha dhe gjinia e individëve të përfshirë në studim), faktorët e tjerë social-ekonomikë (niveli i edukimit dhe gjendja e punësimit), faktorët e

lidhur me stilin e jetesës (duhanpirja dhe konsumi i alkoolit), apo vetë-deklarimi i hipertensionit arterial dhe diabetit.

Rezultatet e studimit tonë janë në përputhje me raportimet e literaturës së bollshme të vendeve në zhvillim, si dhe me ato pak publikime nga vendet ish-komuniste të Europës Lindore dhe Qendrore. Gjithsesi, duhen verifikuar dhe studjuar në detaje

mekanizmat nëpërmjet të cilave pozicioni i ulët shoqëror ndikon në vetë-perceptimin negativ të gjendjes shëndetësore në individët adultë të popullatës së Tiranës. Prandaj edhe nevojitet që të ndërmerren studime të tjera të tipit prospektiv për të përcaktuar impaktin real të faktorëve psiko-shoqërorë në treguesit shëndetësorë të popullatës Shqiptare.

#### BIBLIOGRAFIA

1. **Marmot M.:** *Social determinants of Health* (eds. M Marmot and RG Wilkinson). Oxford: Oxford University Press, pp.1-16.
2. **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.
3. **Marmot M., Bobak M.:** East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ* 1996; 312: 421-425.
4. **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.
5. **Leon D., Chenet L., Shkolnikov V.:** Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997; 350: 383-388.
6. **Mackenbach JP, Stronks K., Knust AE:** The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Soc Sci Med* 1989; 29: 369-376.
7. **Blane D., Bruner EJ, Wilkinson RG:** *Health and social organization*. Routledge, London, 1996.
8. **Nuri B., Healy J.:** *Health Care Systems in Transition: Albania*. Copenhagen: European Observatory on Health Care System, 1999.
9. **Gjonca A., Bobak M.:** Albanian paradox: another example of protective effect of Mediterranean lifestyle? *Lancet* 1997; 350: 1815-1817.
10. **Kaplan GA, Keil JE:** Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993; 88: 1973-1998.
11. **Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M.:** Socioeconomic 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.
12. **Bjorntorp P.:** Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? *J Int Med* 1991; 230: 195-201.
13. **Blane D., Brunner EJ, Wilkinson R.:** The evolution of public health policy: an anglocentric view of the last fifty years. In: *Health and social organization: towards a health policy for the 21<sup>st</sup> century* (ed. D Blane, E Brunner, RG Wilkinson), pp. 120. Routledge, London, 1996.

14. Brunner EJ.: Stress and biology of inequality. *BMJ* 1997; 314: 1472-1476.
15. Brunner EJ, Davey Smith G, Marmot M., Canner R., Beksinska M., O'Brien J: Childhood social circumstances and psychosocial and behavioral factors as determinants of plasma fibrinogen. *Lancet* 1996; 347: 1008-1013.
16. Brunner E., Marmot M.: Social organization, stress, and health. In: *Social determinants of Health* (eds. M Marmot and RG Wilkinson). Oxford: Oxford University Press, pp.17-43.
17. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E., Tuomilehto J., Salonen JT.: Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996; 58: 113-121.
18. Everson SA, Kauhanen J., Kaplan GA, Goldberg DE, Julkunen J., Tuomilehto J., Salonen JT: Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 142-152.
19. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Lakka TA, Sivenius J., Salonen JT: Anger expression and incident stroke: prospective evidence from the Kuopio ischemic heart disease study. *Stroke* 1999; 30: 523-528.
20. Sherbourne CD, Stewart AL.: The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-714.
21. Andersen G., Vestergaard K., Ingemann-Nielsen M., Lauritzen L.: Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 193-198.
22. Anderson D., Deshaies G., Jobin J.: Social support, social networks and coronary artery disease rehabilitation: a review. *Can J Cardiol* 1996; 12:739-744.
23. Berkman LF, Glass T.: Social integration, social networks and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, pp.137-173, 2000.
24. Wilkinson RG: Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare. In: *Social determinants of Health* (eds. M Marmot and RG Wilkinson). Oxford: Oxford University Press, pp. 256-274.
25. Theorell T., Karasek RA, Eneroth P.: Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men: a longitudinal study. *J Intern Med* 1990; 227: 321-36.
26. Alfredsson L., Theorell T.: Job characteristics of occupations and myocardial infarction risk: effects, of possible confounding factors. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1497-1503.
27. Coleman JS.: Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol* 1988; 94 Suppl: S95-120.

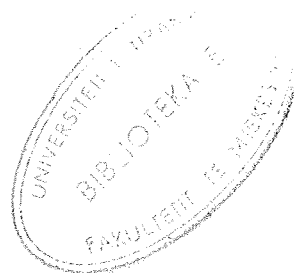


Tabela nr.1 Vetë-perceptimi i gjendjes shëndetësore sipas ndryshorëve të pavarur

Faktori	Gjendja shëndetësore		OR (95%CI)*	P
	Shumë e keqe/ e keqe (N=422)	Mesatare / e mirë /shumë e mirë (N=458)		
<b>Gjinia:</b>				
Mashkull	133 (31.5) <sup>§</sup>	304 (66.4)	1.00 (referencë)	-
Femër	289 (68.5)	154 (33.6)	2.07 (1.56-3.14)	<0.01
<b>Mosha:</b>				<0.01 (3) <sup>¶</sup>
35-45 vjeç	46 (10.9)	136 (29.7)	1.00 (referencë)	-
46-55 vjeç	67 (15.9)	123 (26.9)	1.78 (0.83-2.21)	0.09
56-65 vjeç	83 (19.7)	117 (25.5)	1.92 (1.17-2.67)	0.05
66-75 vjeç	226 (53.5)	82 (17.9)	3.26 (1.79-4.87)	<0.01
<b>Pozicioni shqëror:</b>				<0.01 (2)
I lartë	83 (19.6)	187 (40.8)	1.00 (referencë)	-
I mesëm	118 (28.0)	168 (36.7)	1.86 (1.13-2.86)	0.02
I ulët	221 (52.4)	103 (22.5)	2.59 (1.76-3.46)	<0.01
<b>Edukimi:</b>				0.01 (2)
I lartë	87 (20.6)	184 (40.2)	1.00 (referencë)	-
I mesëm	117 (27.7)	169 (36.9)	1.46 (1.09-2.70)	0.04
I ulët	218 (51.7)	105 (22.9)	2.69 (1.34-3.42)	<0.01
<b>Gjendja e punësimit:</b>				0.39 (2)
Punësuar	178 (42.2)	197 (43.0)	1.00 (referencë)	-
Papunë	131 (31.0)	154 (33.6)	1.12 (0.73-1.89)	0.27
Pension	113 (26.8)	107 (23.4)	1.07 (0.65-1.63)	0.34
<b>Duhanpirja:</b>				
Jo	174 (41.2)	267 (58.3)	1.00 (referencë)	-
Po	248 (58.8)	191 (41.7)	1.73 (1.09-2.78)	0.02
<b>Konsumi i alkoolit:</b>				
Jo	203 (48.1)	231 (50.4)	1.00 (referencë)	-
Po	219 (51.9)	227 (49.6)	1.02 (0.43-2.11)	0.37
<b>HTA:</b>				
Jo	166 (39.3)	273 (59.6)	1.00 (referencë)	-
Po	256 (60.7)	185 (40.4)	2.01 (1.32-3.13)	.01
<b>Diabet:</b>				
Jo	153 (36.3)	277 (60.5)	1.00 (referencë)	-
Po	269 (63.7)	181 (39.5)	2.24 (1.41-3.46)	<0.01

\* OR (gjendja shëndetësore shumë e keqe/e keqe vs. pjesës tjetër) e kontrolluar për moshë.

<sup>§</sup> Numri i individëve dhe përqindjet sipas kollonave (në kllapa).<sup>¶</sup> Vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore dhe shkallët e lirisë (në kllapa).