

BULETINI I INSTITUTIT TE
SHENDETIT PUBLIK

**institute of public
health**

2 - 2006

Bordi i publikimit

Eduard KAKARRIQI
Silva BINO

Arben LUZATI

Besa BUDO
Alban YLLI
Gledjona Tola

grafika G.MUSA

Shefe e Dep te kontrollit semundjeve
infektive

Shef i Dep. te ekspertizes sanitare dhe
shendetit mjedisor

Shefe e Sekt. te botimeve

Shef i Dep. politikave te menaxhimit
Koordinator e buletinit

Adresa : Instituti i Shëndetit Publik
Rr. Aleksandër Moisiu Nr. 80
Tiranë ALBANIA
Tel / Fax. 00355 43 700 58
Email: iphealth @ sanx.net

Publikimi i Buletinit të I.SH.P.
u sponsorizua nga :
Instituti i Shëndetit Publik dhe Ministria e Shëndetësisë

PERMBAJKTJA

1- Nje veshtrim mbi cilesine dhe kontrollin e ujit te pijshem ne qytetet e vendit tone gjate vitit 2005

Ing. Zaira Poga, Prof.Ass. Dr. Luljeta Leno, Dr. Shk. Arben Luzati, Dr. Valbona Bara

2- Pervoja institucionale e Shqiperise ne vleresimin / menaxhimin e riskut.

Jolanda Hyska

3- Ndotja e cilesise se ajrit ne 7 rrethet e monitoruara gjate periudhes 2001-2004

MD.Elida MATA , Dr. Arben LUZATI ,MD. Agron DELIU, Pranvera ZACE – ISHP.

4- Vlerësimi i pikave kritike të kontrollit në fabrikën “Ajka” të përpunimit të qumështit

Dr.Lindita Molla, Nesib Bejleri ,Prof.As Zanina Haxhia, Gazmend Bejtja,MD Entela Quku ,Dr.Lindita Tafaj, Zaide Sulejmani

HETIMI EPIDEMIOLOGJIK I RASTEVE "SUSPEKT MENINGIT" TE SHFAQURA NE RRETHIN E VLORES

Silva Bino, Eugena Erindi, Majlinda Dhimolea

Çfare eshte Meningiti?

Eshte inflamacion i cipave te trurit qe shkaktohet nga nje numer i madh bakteresh, virusesh, funge, spiroketa apo parasite.ne te gjitha keto raste paraqitja klinike eshte e perbashket me shenja klinike te pergjithshme dhe shenja meningeale.

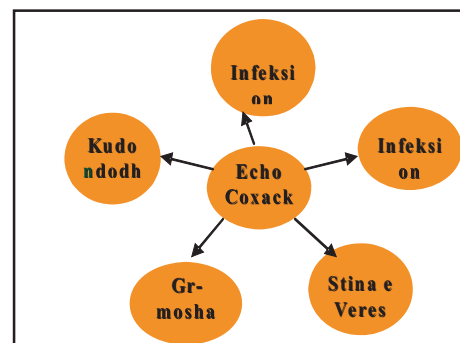
Meningitit Aseptik

Enteroviruset jane shaktare te meningiteve aseptike ne femije dhe ne adultet e rinj. Ne aspektin laboratorik jane meningite me likuor te qarte ose lehtesisht te turbullt me me pak se 500 ose 1000 qeliza per mm^3 .

- Viruset Echo dhe Coxackie bejne pjese ne llojin e enteroviruseve.

- 90% e rasteve me meningit aseptik shkaktohen prej tyre pervec shaktareve te tjere etiologjik
- Coxackie jane ne dy grupe :gr.A (26 serotipa), gr.B (6 serotipa)
- Viruset Echo kane 30-33 serotipe
- Echoviruset 4,6,7,9,11,16,18,19,30,33 dhe enterovirusi 70-71 shkakret me te shpeshte te meningitit aseptik.
- Coxackie A 2,4,7,9,10 dhe B 1-15 shkaktojne gjithashtu meningit aseptik.

Epidemiologjia :Viruset Echo dhe Coxackie jane te afte te shkaktojne infeksione gastro intestinale me prekje meningeale, deri ne meningite me klinike mirefillte,me shume ne grupmoshen pediatrike. Jane viruse te kudondodhur, qe zhvillojne forma sporadike por dhe epidemi kryesisht gjate stines se veres.



Burimi dhe transmetimi i infeksionit

- Burimi i vetem natyral i infeksionit eshte njeriu qe eliminon me feçe dhe sekrecione nazofaringeale viruset

-Transmetimi eshte fekalo-oral dhe nepermjet sperklave, rruge respiratore

Patogeneza

-Shumezim i virusit ne qelizat epiteliale dhe limfatike te faringut dhe zorres se holle.

-Pasohet nga viremia me replikim te njepasnjeshem ne organet e parapelqyera SNQ, muskuj, rruge te frymemarjes, lekuren, mukozat, aparatit tretes dhe zemren.

-Enteroviruset transmetohen nga nena te femija duke shkaktuar semundje te renda ne te porsalindurit.

Çfare klinike paraqesin meningitet?

- ▣ *Shenja te pergjithshme*
- ▣ Temperature e larte

- ▣ Te dridhura
- ▣ Dhimbje koke
- ▣ Dobesi trupore
- ▣ Dhimbje abdominale
- ▣ % e vogel me elemente ekzanteme apo hemoragjike ne lekure

Shenja meningeale

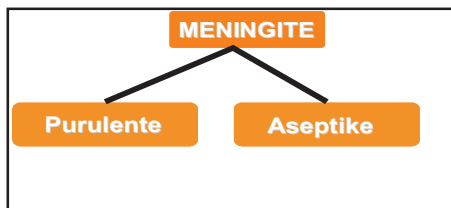
- ▣ Te vjella

nga rritja e presionit intrakranial

Ngrirja e muskujve te qafes
Shenja Kerning dhe Bruxinski
Konfuzion mendor
Konvulsione
Koma

inflamacion i meningjeve

Ne aspektin laboratorik Meningitet klasifikohen ne :



Parametrat e Likuorit Cerebro Spinal (LCS) ne norme dhe ndryshimet e tij sipas diagnozave

	<i>Qelizat</i>	<i>Glukoza/mg</i>	<i>Proteinat</i>	<i>Presioni</i>
Norma	0-5 limfocite	45-85	15-45	70-180 mm/H20
M. bakterial purulent	500-20.000 neutrofile	E ulur < 45	E rritur > 45	++++
Meningite virale	100-1000 shumica limfocite	Normal	Rritje e moderuar	Normal +
Reaksion meningeal	Rritje variable	Normal	Normal ose pak e rritur	
Meningizmi	Normal	Normal	Normal	Normal

Diagnoza Diferenciale

- ▣ Meningit post Parotit Epidemik
- ▣ Meningit tuberkular
- ▣ Meningit ne mononukleoze
- ▣ Koriomeningit limfocitar
- ▣ Meningit nga leptospirat
- ▣ Meningit nga herpes viruset

Diagnoza dhe mjekimi

- ▣ Diagnoze e lehte kur kuadri klinik zhvillohet i plote me te gjitha shenjat klinike
 - ▣ Diagnoze me e veshtire ne rastin e kundert, por *ne ndihme eshte Punksioni lumbar i cili sberben si per diagnoze dhe per te qetesuar kliniken si rrjedhoje e uljes se presionit intrakranial.*
 - ▣ Mjekimi eshte kryesisht simptomatik dhe perdorim i antibiotikoterapise ne raste te vecanta.

Hetimi epidemiologjik i rasteve

- ▣ Me dt. 17.05.2006 u dha informacion ne IShP (DKSI) nga sherbimi Epidemiologjise se Vlores, mbi shfaqjen e rasteve te para me diagnozen “Suspekt Meningit” ne spitalin pediatrik.
 - ▣ Fillesa e ketyre rasteve ne menyre sporadike ishte qe nga dt. 06.05.2006.
 - ▣ Me marrjen e denoncimit pregtitet ekipi i pare urgjentisht per te kryer hetimin epidemiologjik ne rrethin e Vlores.
 - ▣ Njekohesisht njoftohet sherbimi i Epidemiologjise i rrethit.
 - ▣ Ne ndjekje te situates se krijuar per rastet e suspektuara ne rrethin e Vlores, u derguan disa ekipeve ne intervale kohore per inspektimin ne vend.



Takimi në rrethin e Vlores

▣ Ne DShP e rrethit u be takimi me drejtorin DKSH, me epidemiologun e rrethit, me drejtoreshen e DSHP dhe me mjeket infeksioniste pediater.

▣ Ne pavionin e Semundjeve Infektive Pediatrike u krye shqyrtimi i dokumentacionit, intervistimi i rasteve si dhe u bisedua me ekipin e mjekeve te cilet trajtonin keto raste.

▣ U vezhguan me nga afer kushtet higjeno-sanitare te familjeve te disa prej femijeve te shtruar ne spitalin e Vlores, si dhe disa nga ambientet rreth godinave te banimit ku luanin femijet e semure.

▣ U pane dhe kushtet higjeno-sanitare ne kopshte dhe ne shkolla te ciklit 9-vjecar nga kishin prejardhjen dhe rastet me “suspekt meningit”

Diagnoza e pranimit (shtrimit)

▣ Ne spital rezultuan ne total te shtruar me diagnozen e pranimit Infeksion Viral “Suspekt Meningit” 25 raste.

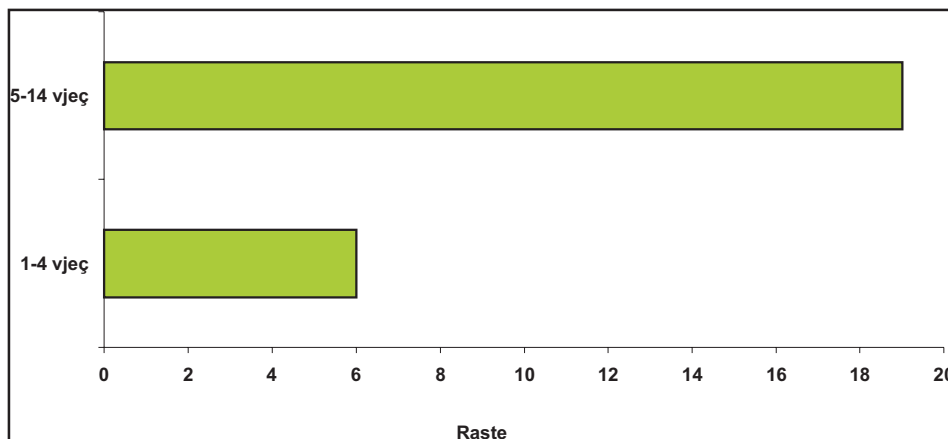
▣ Rasti i pare eshte hospitalizuar me date 06/05/2006.

▣ Rasti i fundit eshte hospitalizuar me date 02/06/2006

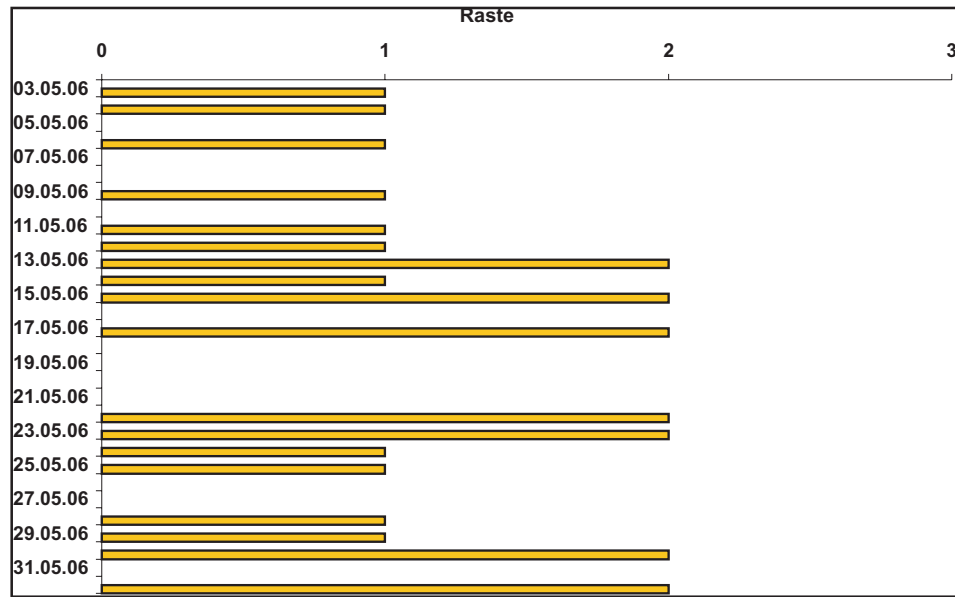
▣ Te gjithë pacienteve u eshte bere *punksion lumbar*.

▣ Te gjithë rastet jane nga rrethi i Vlores, me nje shperndarje gjeografike ne lagjet “24 Maji”,”28 Nentori”,”Lef Sallata” si dhe fshatrat Bashaj, Dukat Fushe .

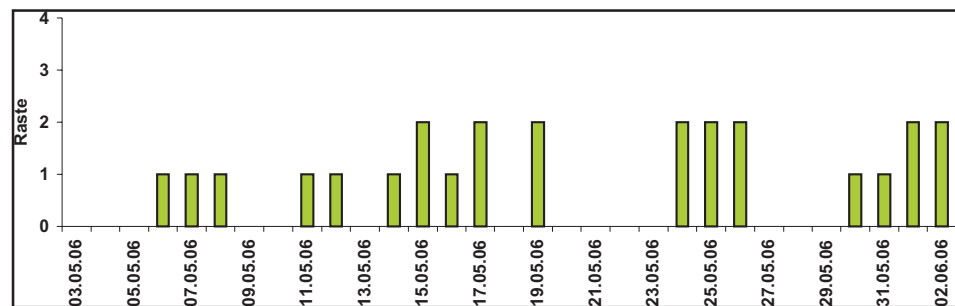
Shperndarja e rasteve sipas grup moshes pediatrike



Shperndarja e rasteve sipas kohes se shfaqjes se simptomave



Shperndarja e rasteve sipas dates se shtrimit ne spital.



Simptomatologjia dhe ecuria

klinike

- ▣ Rastet kishin pothuajse te njejten paraqitje klinike :
- ▣ temperature 38-38.5 grade
- ▣ te perziera te vjella
- ▣ dhimbje koke te forta
- ▣ dhimbje barku
- ▣ dhimbje muskulare

- ▣ rigiditet te qafes

▣ Te gjitha rastet paraqiten nje ecuri shume te mire dhe te shpejte permiresimi.

- ▣ Asnje rast ne gjendje te rende
- ▣ Situata tolerohej brenda 48-72 oreve

Ekzaminimet laboratorike

▣ Likuori cerebro spinal (LCS) ne te gjitha rastet karakterizohej : pak i turbullt, me presion normal, me predominim limfocitar.

▣ Celula 130-980 vetem 1 rast me 1300

▣ Analiza bakteriologjike e likuorit ne te gjitha rastet steril.

▣ Leukocitoze e moderuar

Masat e marra prej inspektimit

▣ Te gjithe pacienteve iu moren mostra feçe, serumi dhe likuor cerebro spinal.

▣ Te gjitha rastet te ishin nen observacion.

▣ Permiresim i kushteve higjeno-sanitare ne kopshtet dhe ne shkollat 9-vjecare te rrethit te Vlores.

▣ Monitorim i vashdueshem i situates, informacion i perditshem qe duhet te dergoje sherbimi i epidemiologjise se rrethit.

Ekzaminimi laboratorik i mostrave ne IShP

▣ Nga 25 rastet me diagnozen “suspekt meningit” ne laboratorin e virologjise ne IShP jane marre mostrat me :

konteniere steril
ruajtur +40 - +80C per 24 ore
transport ne termobokse me akull
▣ *Total* :19 mostra feçe16 mostra serumi ne fazen akute mostra serumi ne fazen konvaleshente 8 mostra LCS (likuor cerebro spinal)

Metodologjia dhe rezultatet

▣ U perdor metoda e izolimit te viruseve ne linjat qelizore RD dhe L20B
▣ Identifikimi u krye nepermjet metodes se neutralizimit.

▣ Nga 19 mostrat e feçeve u izoluan 9 shtame virale enterovirus ne linjen qelizore RD.

▣ U identifikuan 3 shtame me virusin ECHO 6

▣ Eshte zbuluar me metoden genetike RT-PCR ne LCS te nje pacienti, enterovirus. (Universiteti i Selanikut ; F.M ne laboratorin e mikrobiologjise). Tipizimi i enteroviruseve vazhdoi procesin e identifikimit.

Konkluzioni

Nga hetimi epidemiologjik si dhe nga ekzaminimet laboratorike te kryera u arrit ne konkluzionin se ishte nje epidemi e shkaktuar nga enteroviruset, dhe qe transmetimi i infeksionit ishte i kontaktit te drejteperdrejt, kryesisht fekalo- oral.

TË DREJTAT E NJERIUT DHE PËRDORUESIT E DROGAVE

ALTINA PESHKATARI

Të Drejtat e Njeriut dhe fenomeni i Përdorimit të Drogave janë dy perspektiva elementët e të cilave nga dita në ditë bashkërendohen gjithnjë e më shumë. Lidhja më e madhe e tyre vihet re dhe bëhet më e dukshme në kuadër të epidemisë së HIV/AIDS, që prej fillimit të saj në fillim të 1980 dhe lidhjeve që ajo ka me përdorimin e drogave dhe të drejtave të njeriut. Studimet mbi përdoruesit e drogave dhe të drejtave të njeriut në Shqipëri nuk egzistojnë fare - por mungesa të këtyre lloj studimeve vihen re edhe në Rajonin e Ballkanit apo atë të Evropës Lindore dhe Jug-Lindore, pas daljes në pah të këtij fenomeni sa mjeksor aq dhe ligjor e social. Fenomeni i abuzimit me drogat si dhe niveli i sjelljeve të

rezikshme që shoqërojnë përdorimin e tyre sa vjen e rritet dhe për arsye të ndryshme si, paqëndrueshmëritë politike, kuadër ligjor i paplotë dhe i papërshtatshëm, trazicionet shoqërore dhe ekonomike ky fenomen nuk është aspak nën kontroll apo i mirë studiuar. Të qënurit ilegale i bën drogat pashmangshmërisht të dëmshme pavarësisht nëse nga përdorimi i tyre shkaktohet ndonjë dëm apo jo. Ky material do të trajtojë të drejtat e njeriut të përdoruesve të drogave dhe ndikimin që ka respektimi, promovimi dhe realizimi i tyre në planin Individual dhe në atë të Shëndetit Publik. Nëse do të flasim për përdoruesit e drogave dhe të drejtat e njeriut do të ishte më mirë të sqaronim se çfarë janë këto dy koncepte në kuadër e përdorimit të drogave të paligjshme dhe cilat janë lidhjet midis tyre.

▣ Të Drejtat e përdoruesve të drogave dhunohen regullisht në gjithë Botën. Stigma dhe diskriminimi radhiten në shkaqet kryesore të abuzimit të të Drejtave të Njeriut për Përdoruesit e Drogave-fenomeni i cili ndihmon në rritjen dhe përhapjen e HIV/AIDS midis përdoruesve të drogave. Përdoruesit e drogave janë qytetarë me të drejta të plota dhe kushte shëndetësore specifike dhe jo kriminelë të papërgjegjshëm.

Të Promovosh, Mbrosh dhe të Realizosh të Drejtat e Njeriut do të thotë:

Të ndihmosh njerëzit të kalojnë **paragjykimet, paditurinë dhe frikën**, të cilat i udhëheqin ata drejt cënimit të të drejtave të të tjerëve, **nëpërmjet edukimit.**

Të mbështesësh dhe të mbrosh njerëzit të drejtat e të cilëve janë **kërcënuar** ose **shkelur** si dhe të bëhet kompensimi dhe shpërblimi në rastin e shkeljes së tyre.

Njëkohësisht të sigurosh dhe të krijosh kushte të përshtatshme për **realizimin** e të Drejtave Njerëzore sidomos për grupet më në nevojë edhe nëse ke burime të kufizuara - financiare, njerëzore apo të tjera.

Shpesh herë njerëzit janë skeptikë përse i përket promovimit dhe mbrojtjes së të drejtave të njeriut, sepse jo rrallë herë është abuzuar në emër të tyre, **por duhet të kemi parasysh se shumë nga shërbimet shëndetësore dhe sociale për përdoruesit e drogave janë përfituar dhe gëzohen në emër të tyre.**

Mjaft shtete dhe qeveri hartojnë politikat vendase për t'iu përgjigjur problemit të drogave nga mënyra se si ato e perceptojnë këtë problem. Dhunimet më të mëdha të të drejtave të njeriut për përdoruesit e drogave ndodhin si pasojë e **Ligjeve dhe Politikave diskriminuese dhe kriminalizuese** mbi drogat, të cilat "udhëhiqen" nga perceptimet që ka shoqëria mbi këtë problem. Perceptimi i opinionit publik shpesh është përdorur si një justifikim i shtetit për të kriminalizuar këtë fenomen mediko-social dhe për të legjitimuar përdorimin e forcës si të vetmen mënyrë për kontrollin dhe parandalimin e përdorimit të drogave. Shumë politikë bërës justifikojnë kriminalizimin e përdoruesve të drogave duke i futur ata në burg, se sa

t'i japin prioritet shërbimeve shëndetësore humane për këtë grup duke trajtuar përdorimin e drogave dhe varësinë ndaj tyre si një problem shëndetësor. Një tendencë e tillë shihet qartë në Shqipëri ku pjesa ligjore e cila parashikon mos ndalimin apo mos-dënimin e personit për përdorim personal shihet me shumë skepticizëm dhe se ka tendenca në kriminalizimin e kësaj praktike. Kjo do të ishte një hap mbrapa në përgjigjen që mund t'i jepej fenomenit të përdorimit të drogave. Asnjë shoqëri sado demokratike apo konservatore nuk ka mundur të ndalojë apo eliminojë përdorimin e drogave në gjithë historinë e njerëzimit deri tani. Drogat kanë qenë dhe janë të pranishme në shoqëritë ku jetojmë dhe se kriminalizimi apo përdorimi i forcës për eliminimin e tyre thjesht ka dështuar.

Për më tepër paketa ligjore në Shqipëri përse i përket përgjigjes së fenomenit të përdorimit të drogave nuk është fare e favorshme dhe aspak në përputhje me të rejtat e fundit shkencore përse i përket parashikimeve në ligj të trajtimit dhe shërbimeve të tjera për drogat, siç janë programet për terapitë zëvendësuese apo trajtimeve të tjera komunitare. Futja dhe aplikimi i terapisë zëvendësuese me metadon për vartësit e heroinës akoma shihet me skepticizëm nga politikë bërësit dhe profesionistët e tjerë, pavarësisht se rezultatet e trajtimit me këtë lloj terapie tregojnë përmirësim të ndjeshëm të gjendjes fiziko-psiko-sociale të personit dhe rrejtut të tij social në të gjitha fushat e jetës së përdoruesit. Kjo vjen si

pasojë e mungesës së njohurive përsa u përket këtyre shërbimeve dhe mënyrave të trajtimit nga **politikë-bërësit** si dhe nga ndarja në mënyrë jo proporcionale e burimeve financiare dhe të tjera, midis implementimit të politikave që lidhen me Reduktimin e Ofertës dhe Kërkesës në fushën e drogave. Edhe ato pak shërbime që ekzistojnë janë të ngritura dhe të mbështetura nga projekte pilote dhe fonde të huaja. Mos akordimi apo akordimi i pakët i fondeve për trajtimin dhe ngritjen e shërbimeve për përdoruesit e drogave tregon edhe një herë indiferencën dhe mospërmbushjen e përgjegjësive të Shtetit kundrejt këtij grupi. Edhe për atë pjesë të legjislacionit i cili është në fuqi shpesh ka pamundësi implementimi të këtyre politikave apo ligjeve. Si rezultat i këtyre politikave jo të përshtatshme dhe qëndrimeve paragjyquese dhe diskriminuese të punonjësve të policisë apo instanca të tjera që merren me kontrollin dhe parandalimin e drogave, shpesh herë përdoruesit e drogave bëhen **sbjekte të trajtimeve çnjerëzore dhe degraduese nëpërmjet:**

Shfrytëzimit të kushteve të brishta shëndetësore si rezultat i varësisë dhe krijimit të gjendjes së abstinencës e manifestuar me simptoma specifike për të marrë informacione të ndryshme nga ana e policisë në lidhje me trafikimin e drogave.

Dhunim i të drejtës mbi jetën, integritetin dhe dinjitetin e personit nëpërmjet mohimit të trajtimit të përshtatshëm nën kushtet e varësisë

sidomos në ambientet e paraburgimit, mohim ky që mund t'u kushtojë jetën përdoruesve të drogave.

Të qënurit subjekt i trajtimeve të detyrueshme detoksifikuese duke zgatur mbajtjen e përdoruesve në ambientet e paraburgimit apo burgimit pa zhvilluar seancat gjyqësore të nevojshme, si dhe mbajtjen në kushte degjeneruese të përdoruesve në këto ambiente.

Të drejtat e njeriut të përdoruesve të drogave kanë qenë shpesh subjekt i **“luftës kundër drogave”**. Mjaft qeveri pasi kanë humbur luftën kundër drogave dhe trafikimit të tyre, menduan të gjenin zgjidhjen duke filluar luftën kundër **“përdoruesve të drogave”**, si grupi më i pambrojtur dhe vulnerabël, kundrejt të cilit mund të arrinin “suksese” në luftën kundër drogave. Ligjet dhe politikat kombëtare dhe ato ndërkombëtare janë hartuar në mënyrë të tillë që kushtëzojnë në mënyrë të pashmangshme dhunimin e të drejtave të njeriut të përdoruesve të drogave. Kjo shtypje e përdoruesve, jo vetëm që paraqet praktika të këqia të implementimit të të drejtave të njeriut, por në kontekstin e HIV/AIDS ajo është një potencial vdekjeprurës, sepse i mban përdoruesit e drogave larg shërbimeve parandaluese dhe trajtuese të HIV/AIDS, duke i shtuar këtu edhe vulnerabilitetin që i karakterizon si pasojë e stigmës dhe diskriminimit. E gjithë kjo panoramë mbi varësinë ndaj drogave përbën më shumë një çështje ligjore-kriminale se sa një çështje

shëndetësore. Në këtë mënyrë mbrojtja e të drejtave të njeriut të përdoruesve të drogave përbën një subjekt dhe shqetësim për Shëndetin Publik dhe gjithashtu një çështje të rëndësishme për të drejtat e njeriut. Stigma dhe diskriminimi janë shkaqet kryesore që mbajnë përdoruesit e drogave larg shërbimeve parandaluese për HIV/AIDS dhe në këtë mënyrë ndihmojnë në përhapjen e infeksionit në këtë grup njerëzish.

Nga studimi i Vlerësimit të Shpejtë të Situatës dhe vlerësime të tjera duke marrë për bazë të dhënat nga Departamentet e Policisë apo burime të tjera Policore, mendohet se në Shqipëri janë rreth 30,000 - 40,000 përdorues të të gjitha llojeve të drogave, 10,000 prej të cilëve kanë nevojë për trajtim apo asistencë specifike. Nga *“Raporti i Studimit të Survejcës Biologjike dhe asaj të Sjelljes”* Maj 2006 – rezultoi se periudha mesatare e injektimit midis Përdoruesve Intravenozë të Drogave të marrë në këtë studim është rreth 2 vjet, dhe se rreth 92% e tyre kanë injektuar për 5 apo më pak vite. Rreth 45% e tyre raportojnë të kenë injektuar para moshës 20 vjeçare dhe se 82% raportojnë se injektojnë më shumë se një herë brenda ditës. Drogat më të injektueshme kanë qenë heroina, (91%) dhe diazepam (51%), dhe të tjera jo të injektueshme kanë qenë marijuana (47%) dhe kokaina (26%).

Gjithashtu, duke marrë parasysh se niveli i sjelljeve të rezikshme që shoqëron përdorimin e drogave, është një nga shkaqet kryesore për krijimin e vulnerabilitetit të këtij grupi kundrejt

infeksioneve të transmetueshme nga gjaku (HIV, HBV, HCV, IST, etj) në kushtet kur ka mungesë aksesi të shërbimeve të Reduktimit të Dëmit për parandalimin e infeksioneve të transmetueshme nga gjaku apo rrugëve seksuale, të qendrave të specializuara terapeutike për trajtimin e përdoruesve të drogave, mungesë e Qendrave të Këshillimit e Testimit Vullnetar për HIV/AIDS - specifikisht për përdoruesit e drogave, mungesa totale e këtyre shërbimeve në shkallë vendi dhe mos përmbushja e nevojave jetësore për këtë grup vulnerabël, atëherë pritet të kemi të pranishëm nivele të larta të këtyre infeksioneve në këtë popullatë. Nga *“Raporti i Studimit të Survejcës Biologjike dhe asaj të Sjelljes”*, Maj 2006 për Shqipërinë– rezultoi se asnjë nga 200 PD (përdorues droge) të intervistuar nuk rezultoi HIV+, por kjo nuk do të thotë se nuk mund të ketë persona HIV+ në këtë popullatë, mbase studimi nuk ka mundur të kapë këtë lloj grupi të infektuar. Nga vlerësimet bazuar në këtë studim rezulton se më tepër se ¼ e kësaj popullate, 26,7% është e infektuar me Hepatitin C, infeksion i cili transmetohet në të njëjtat rrugë sikundër dhe HIV. Rreth 12.4% e tyre rezultojnë HBV + dhe 1.3% me sifiliz. E thënë ndryshe, vlerësohet se një në katër PDI është i infektuar me Hepatitin C. Studime nga OBSH (Organizata Botërore e Shëndetësisë) tregojnë se nëse në mungesë të masave parandaluese brenda 1-2 vjetesh, shkalla e rritjes së HIV mund të shkojë në 40% me t'u prezantuar në një

komunitet. Më shumë se gjysma e PDI-ve (54%) kanë injektuar me një shiringë të përdorur këto 12 muajt e fundit, gjë që tregon se shkëmbimi i shiringave është praktikë e zakonshme-faktë të nxjerra nga “Raporti i Studimit të Survejançës Biologjike dhe asaj të Sjellies”. Në vazhdim raportohet se, 60% e përdoruesve shkëmbejnë shiringat me miqtë e tyre dhe 27% me partnerët seksualë, ndërkohë që 20% e tyre shkëmbejnë me një përdorues profesionist dhe 20% të tjerë me dikë në galeritë e injektimit. Një përqindje e vogël, por e rëndësishme, 6.3%, raportojnë se nuk kanë përdorur asnjë shiringë të pastër gjatë muajit të fundit, gjë e cila tregon se egzistojnë potenciale të mira për një transmetim të HIV në këtë popullatë. Nga të gjitha këto shifra dhe fakte mbi sjelliet e rezikshme të praktikuar brenda dhe jashtë këtij grupi vulnerabel, ndjehet në mënyrë imediatë ngritja dhe funksionimi i shërbimeve për parandalimin e infeksioneve të transmetueshme nga gjaku në këtë grup dhe në komunitetin e gjerë, si dhe nevojat e trajtimit profesional dhe efektiv për këtë grup target në Shqipëri.

□ Të flasësh për respektimin, promovimin dhe mbrojtjen e të drejtave të njeriut në grupin e përdoruesve të drogave do të thotë të marrësh parasysh dhe të kuptosh origjinën, natyrën dhe specifikat e **varësisë** si një gjendje apo **sëmundje kronike** që karakterizon këtë grup njerëzish. Termi varësi vjen nga folja Latine *addicere*, e cila i referohet procesit të të qënurit i lidhur apo i dhënë pas/

me diçka, pas diçkaje. Një nga definicionet më të përdorshme për varësinë është dhënë nga Komisioni i Ekspertëve mbi Krijimin e Varësisë nga Drogat, i Organizatës Botërore të Shëndetitësisë në Raportin e 14-të të vitit 1964, e cila e përshkruan varësinë apo abuzimin me drogat si të tillë:

*“Abuzimi me drogat është konsumimi apo përdorimi i një droge në sasi më të mëdha të panevojëshme apo jo për arsye mjekësore. Natyra dhe domethënia e tyre mund të kuptohen nga dy pikëpamje: pikëpamja e parë lidhet me bashkëveprimin e drogës dhe individit - bashkëveprimin e veprimeve farmako-dinamike të drogave dhe statusin fiziologjik dhe atë psikologjik të individit, dhe e dyta me marrëdhënien midis abuzimit me drogat dhe shoqërisë - bashkëveprimin e një sërë kushtesh, siç mund të jenë ato sociale, ekonomike dhe mjedisore dhe perceptimi i përdorimit apo abuzimit me drogat. Një individ mund të krijojë varësi nga më shumë se një drogë. “ **Varësia nga drogat është njohur nga OBSH si një formë çregullimi apo paaftësie.***

□ Duke i'u referuar këtyre definicioneve apo koncepteve bazë që i japin një formë fenomenit dhe kuptimit drejt të tyre, mund të hartojmë dhe përgjigje të përshtatshme kundrejt kësaj paaftësie, të pasqyruara në strukturat ligjore dhe politikat shtetërore shëndetësore dhe sociale, duke marrë për bazë të drejtat e njeriut, respektimin dhe përmbushjen e tyre dhe në këtë mënyrë duke trajtuar varësinë si një çregullim kronik që karakterizon këtë kategori njerëzish. Përderisa origjina e këtij fenomeni ka natyrë biologjike edhe përgjigja duhet

të jetë e tillë, pra mjekësore dhe jo kriminalizuese. Filozofia e Reduktimit të Dëmit është një nga përjasjet më të arrira dhe më të plota në respektimin, promovimin dhe realizimin e të drejtave të Njeriut për përdoruesit e drogave, për vetë veçoritë që e karakterizojnë këtë filozofi si dhe një nga praktikatat më efektive në fushën e Shëndetit Publik në kontrollin, hartimin e ndërhyrjeve dhe parandalimit të rreziqeve që vijnë si pasojë e përdorimit të drogave dhe sjelljeve të reziqshme që shoqërojnë ato.

▣ Disa aspekte të dhunimit të një prej të drejtave më kryesore dhe jetike për përdoruesit e drogave dhe kryesisht atyre intravenoze, mund të jenë: mohimi apo mungesa e aksesit, përshtatshmëria dhe cilësia e trajtimeve më efektive për përdoruesit e drogave siç janë terapitë mbajtëse me metadon, burprenorfinë apo zëvendësues të tjerë, si dhe mungesa e procedurave diagnostikuese dhe trajtuese, apo mungesa e aksesit, përshtatshmërisë dhe cilësisë të shërbimeve të Reduktimit të Dëmit, kryesisht të shiringave të pastra dhe mjete të tjera sterile për injektimin e drogave, krijojnë kushtë të përshtatshme për rritjen e vulnerabilitetit të këtij grupi kundrejt infeksioneve të transmetueshme nga gjaku, jo vetëm për individin përdorues, por edhe për rrjetin social të tij siç mund të jenë partneret/ët seksualë të regullt apo jo, bashkë-injektuesit, fëmijët, komuniteti ku ai jeton dhe gjithë shoqëria. Respektimi i të drejtës shëndetësore për përdoruesit e drogave është një nga sfidat e

Shëndetit Publik. Politikatat e mira Shëndetsore duhet të vendosin një balancë të pranueshme në respektimin e të drejtave individuale në krahasim me ato të grupit apo komunitetit dhe njëkohësisht të jenë eficientë për të dyja palët. Dhunimi i të drejtave të individit në emër të mirëqënies së grupit shpesh mund të jetë i shmangshëm. Përplasja vjen nga mungesa e dijeve dhe stigma dhe diskriminimi që rrethon përdoruesit e drogave si nga politikë - bërësit ashtu dhe nga profesionistët e shëndetësisë apo të fushave të tjera të lidhura me përdorimin e drogave.

Në këtë kuadër të drejtat më të dhunuara janë:

▣ **Privatësia**

Mungesa e konfidencialitetit apo deklarimi i statusit si

“Përdorues Droge” pa pëlqimin e personit nga stafi mjekësor, media e shkruar dhe ajo vizive, etj.

Trajtimi i detyrueshëm i përdoruesve pa pëlqimin e tyre apo futja me forcë për kryerjen e shërbimit ushtarak si mënyrë për të detyruar përdoruesin për t’u detoksifikuar.

Mungesë konfidencialiteti apo deklarim i rezultateve të testit mbi HIV pa pëlqimin e personit kundrejt autoriteteve shëndetësore si dhe subjekte të tjera për faktin e thjeshtë se ai është një përdorues droge që nuk meriton asgjë dhe se dinjiteti i tij mund të shkelet dhe merret nëpër këmbë nga kushdo.

▣ **Pavarësia, siguria dhe liria e lëvizjes**

Testimi i detyrueshëm për HIV dhe infeksione të tjera të transmetueshme nga gjaku.

Të qënurit objekt i kontrolleve të vazhdueshme nga ana e policisë, objekt i akuzave dhe ndjekjes penale për shkak të përdorimit vetiak të drogës, ndonëse ligji e ndalon një gjë të tillë.

Ndërprerja e TMM (Terapia Mbajtëse me Metadon) kur udhëtojnë drejt shteteve legjislacioni i të cilëve nuk e lejon përdorimin e TMM.

Ndërprerja e TMM kur ata janë subjektë të arrestimeve apo burgosjes, gjatë kohës që janë në dhomat e paraburgimit apo burgimit, për vepra të ndryshme penale apo civile që mbase nuk kanë të bëjnë fare me përdorimin e drogës, ndonëse ata janë pjesë e programeve të TMM.

Të futurit në karantinë, izolim apo veçim: psh futja në karantinë e përdoruesve të drogave HIV pozitiv dhe veçimi i të burgosurve HIV pozitiv në qeli të ndryshme.

▣ Subjekte të ligjeve diskriminuese
Mospërshtatja e kuadrit ligjor me nivelin e nevojave që ata paraqesin për realizimin e shërbimeve shëndetësore dhe psiko-sociale.

Mospërshtatja e strategjive, dokumentave politike dhe planeve të implementimit në përmbushjen e nevojave të tyre, kjo në varësi të prioritetëve të vendosura nga shteti.

Mungesa e kuadrit ligjor për një trajtim të posaçëm në drejtim të përfitimeve nga sigurimet shoqërore apo përfitime të tjera nga skemat e mbrojtjes sociale për shkak të natyrës kronike të sëmundjes së tyre, varësisë ndaj drogave.

Mos sigurimi i mundësive për këshilla apo shërbime ligjore.

▣ Përdoruesit e drogave përbëjnë një grup me problematikë komplekse shëndetësore dhe psiko-sociale. Përderisa problemi i tyre është shëndetësor përgjigja duhet të jetë e njejtë. Dhunimi i të drejtave të njeriut të përdoruesve të drogave gjithnjë e më tepër po bëhet një çështje e Shëndetit Publik dhe të Drejtave të Njeriut. Mohimi i shërbimeve respektive siç janë Reduktimi i Dëmit dhe praktikave të tij – si një nga përfaqesat kryesore të Shëndetit Publik, rrit vulnerabilitetin e këtij grupi kundrejt epidemisë më sfiduese me të cilën po përballlet njerëzimi - HIV/AIDS dhe infeksioneve të tjera të transmetueshme nga gjaku. Rreziku influencon jo vetëm përdoruesin por edhe rrjetin e tij social dhe gjithë shoqërinë.

▣ Praktikrat kriminalizuese nuk kanë funksionuar përderisa konsumimi i drogave është akoma prezent në shoqëri. Për t'iu përgjigjur problemit duhet të merren parasysh mënyra të tjera alternative dhe të vendoset një balancë në akordimin e burimeve të të gjitha llojeve midis Reduktimit të Ofertës dhe Reduktimit të Kërkesës. Kriminalizimi i drogave krijon një ambient më vulnerabel i cili favorizon dhunimin e mëtejshëm të të Drejtave të Njeriut në Përdoruesit e Drogave. Në këtë mënyrë ata bëhen lehtësisht subjekte të ligjeve kriminale, kufizimit të lirisë së tyre, subjekte të stigmës dhe diskriminimit dhe më tepër privohen nga e drejta për të jetuar një jetë

dinjtoze. Të drejtat e njeriut janë themeli i stabilitetit demokratik dhe garantimi i tyre tregon progres, vendosjen e principeve demokratike elementë që do e ngrejnë Shqipërinë në nivelin e një anëtare dinjitoze në Bashkimin Evropian.

(Footnotes)

¹ “

Albania Behavioral and Biological Surveillance Study Report”,
Family Health International May 2006

.

INTOKSIKACION ALIMENTAR NE LEZHE

David MALCI

shefi i higjenes

Ky intoxikacion ndodhi ne nje ceremoni martesore me dt.10/04/05ne fshatin Torovice te rrethit Lezhe.Ceremonia eshte organizuar ne shtepi dhe ne nje situate higjeno-sanitare jo nen kontroll.

Njoftimi

Njoftimi ne Qendren Sanitare Lezhe ka arritur me shume vonese dhe kjo beri shume te veshtire identifikimin e faktorit etiologjik te ketij intoksikacioni masiv. Ne u njoftuam me dt. 14-04-05 nga reparti i urgjences te spitalit klinik Lezhe, ne kete moment tek urgjenca ishin paraqitur te intoksikuarit e fundit te kesaj ceremonie.Vonesa ne informacion do te perbeje konkluzione dhe apel ne fund te ketij materiali.

Menaxhimi i Situates

Menjehere pas njoftimit u beme te vetedijshem se ndodheshim perballe nje situate epidemiologjike ne finish. Megjithate, ne te grupuar (M. Higjenist, M. epidemilog, M. Bakteriolog, M.Veterinar) nisem nga puna, fillimisht morem disa informacione paraprake tek te semuret e shtruar ne spital dhe brenda te njejtës dite shkuam ne vater.

Qellimi i hetimit

Identifikimi i shkakut te shperthimit te ketij intoksikacioni perbente qellimin tone kryesor.

Objekti i punes

Ekspertiza higjeno-sanitare dhe epidemiologjike e vates dhe e rrethaneve te tjera, qe shkatuan kete intoxikacion kolektiv.

Objektivi

Dalja ne konkluzione dhe opsione te qarta per te evituar ne te ardhmen te tilla incidente.

Per te arritur qellimin dhe objektivin tone , ne paralelisht filluam hetimet ne dy drejtime: epidemiologjike dhe higjeno-sanitare.

Hetimi epidemiologjik

Metodologjia: Rast-kontroll ne pjesemarresit e ceremonise (grupi target). Per kete u ndertua nje pyetesor, per te mbledhur te dhena ne lidhje me: 1. moshen 2. seksin 3. fillimi i simptomave 4. simptomat e shfaqura 5. ushqime te konsumuara 6. uji i pijshem 7. koha e gatimit 8. koha e

fillimit te drekes. Te dhenat u moren nga kartelat klinike e te semureve ne spital dhe nga njerezit e shtepise ne vater.

Qe nga hedhja e te dhenave te para ne pyetesor, u konstatua se pjesemarresit kishin konsumuar mishin 100 % dhe asortimentet e tjera ne menyre selektive.

Ky fakt perputhet me faktin se te gjitha pjesemarresit, duke përfshire edhe kuzhinierin, u intoxikuan. Tre persona te familjes (nena e dhendrrit, nusja, dhendri) te cilet kishin konsumuar ushqim te gatuar vecmas, nuk ishin intoxikuar.

Pra qe ne hapat e pare te hetimit, dyshimi per shkatarin e intoksikacionit, ka qene ushqimi i konsumuar. Sinjalin e intoksikacionit e kane dhene shenjat e para klinike, te shfaqura tek dy femije, rreth ores 19.00 te dites se ceremonise.

Simptomat e para kane qene: te perziera, dhimbje barku dhe me pas te vjella, keputje, ethe. Ne oret e vona po te kesaj nate simptomat e lartpermendura kane filluar edhe ne pjesemarresit e tjere prezent ndersa gjendja e dy femijeve eshte agravuar, me: diarre, dhimmbje koke, temperature te larte etj. Duke iu referuar informacioneve te marra nga i zoti i shtepise rezultonte qe edhe pjesemarresve te tjere u kishin filluar te njejtat simptoma dhe pothuajse ne te njejtin interval kohor. Sipas gravitetit te semundjes eshte kerkuar ndihma mjekesore nga vete te intoksikuarit prane sherbimeve te urgjencave ku ata banonin. Edhe ne spitalin klinik Lezhe, ardhja e te semureve ka vazhduar per

tre dite ne varesi te gjendjes se tyre. Shumica derrmuese e te semureve qe kane kerkuar ndihme mjekesore jane shtruar, madje edhe ata qe kane marre fillimisht mjekim ambulator ne shtepi jane rikthyer ne spital dhe jane shtruar. Keto fakte tregojne se intoksikimi i pjesemarresve ka qene i rende dhe masiv. Ne referimin e kartelave klinike te intoksikuarve, konstatohesh se kuadri klinik kishte qene i njejte per te gjitha te semuret dhe kesisoj diagnoza klinike e njejte: Susp.Toxiko-infeksion alimentar.Gjate ketij hetimi u anketuan rreth 30 persona si ne vater dhe ato ne spital. Vajtja jone me vonese nuk kishte ndonje lidhje te drejteperdrejte me numrin e te anketuarve, sepse pjesemarresit kane qene nga disa rrethe dhe jane larguar perpara fillimit te simptomave te intoksikacionit. Perseri numri i te anketuarve eshte ne nivel te kenaqshem ne raport me numrin e pergjithshem te dasmoreve, per te lejuar nxjerrjen e konkluzioneve te qarta.Te anketuarve iu moren fecet per analiza complete nga laborantet.

Ekspertiza higjeno-sanitare.

Metodika: Inspektim total te vatres dhe aksesoreve te saj, si dhe analizim total laboratorik. Qe ne fillim u intersuam per vendin dhe kohen e gatimit te ushqimit dhe konstatuam:

1. Ushqimi ishte gatuar ne ambiente te hapura jashte shtepise.
2. Vendi i gatimit ishte ne distance 10-13 metra nga wc.
3. Gatimi eshte bere rreth 5-6 ore para konsumimit.

4. Kushtet e ruajtjes gjithashtu ne ambient te jashtem.

Per enet e kuzhines nuk konstatuam ndonje gje qe nuk shkonte. Menjehere inspektuam pusin dhe morem te dhena edhe per konsumimin e ujit te tij me pare dhe efektet ne shendet.

Me kujdes konstatuam:

1. Pusi i ujit kishte nje thellesi rreth 10 metra.
2. Largesia nga shtepite ishte 10-15 metra.
3. Kishte mure rrethuese rreth, por nuk ishte i mbuluar.
4. Uji nxirrej me kove dhe ne vete konstatuam me sy te lire mbeturina ne uje.
5. Ujin nga pusi e kishin nxjerre 2-3 persona.
6. Edhe me pare familjaret ujin e ketij pusi kishin perdorur per pirje dhe gatim, por nuk u kishte dhene efekte te demshme ne shendet.

Mjeku veteriner mori te dhena mbi Anamnezen e kafshes qe ishte therur dhe per kafshe te tjera te kopese ku bente pjese kafsha e therur.

Nga ky hetim veterinar nuk u konstata asgje qe te kishte lidhje me nozologjine e semundjes.

U be listimi i ushqimeve qe perbenin menune e drekes dhe u moren kampionet per secilin ushqim. U inspektua lokali ku ishin marre ushqimet dhe vendi ku ishin mbajtur ne shtepi para gatimit, por nuk u konstatauan as ushqime te skaduara dhe as kushte te ruajtjes se tyre te papershtatshme.

Vajtja me vonese beri qe te mos gjejme ushqime te gatuar, por prezenca e ushqimeve te pagatuara dhe gjysem te gatuar e plotesonin menune e drekes. Kampionet e ushqimeve dhe te ujit pijshem i nisem per nje analizim me te kualifikuar dhe te plote drejt I.SH.P. Tirane. Pamundesia per te komunikuar me kuzhinierin influenco i sadopak ne mos- marrjen e nje tabloje sa me te plote te kushteve higjeno-sanitare para, gjate dhe pas gatuarjes.

Objekti i analizes se kesaj ngjarje.

Grupi target dhe gjendja higjeno-sanitare e konstatuar ne vater perbente objektin e analizes se ngjarjes ne kete studim. Sic thame me lart grupi target ishte I perbere prej 30-pjesemarrseve te ceremonise nga 120 persona qe ishin gjithesej. Keta te anketuar u mundesuan si ne vater ashtu edhe ne spitalin klinik Lezhe.

Nga te anketuarit 6 veta ose 20 % ishin femije dhe 24 ose 80 % te rritur.

60 % ose 18 persona nga te anketuarit jane shtruar ne spital dhe 100% e tyre kane marre ndihme mjekesore me perfuzione ne sherbimin e urgjences dhe 40% ose 12- veta kane marre mjekim ambulator nga mjek specialist te spitalit dhe jane kthyer ne shtepi.

Sic shihet, raporti i te shtruarve me ata me mjekim ambulator eshte me i madh dhe 100% te anketuarve kane marre trajtim ne urgjence, tregon qe intoksikacioni ka qene i fuqishem.

Nga paraqitja e meposhtme e grupit target, ne formen e nje table (tabela nr 1) te kompletuar, me: moshe, fillimin (kohen) e simptomave koha e paraqitjes ne urgjence dhe koha e shtrimit ne spital, evidentojne lidhjet ndermjet kohes se shfaqjes se semundjes dhe numrit te rasteve te semure.

Nr	Seksi	Moshë	Koha fillimit te simptomave		Vizita e pare data	Shtrimi ne spital data
			Dt. 10/04/05 Ora	Dt.11/04/05 Ora		
1	F	70	23.00		12/04/05	13/04/05
2	M	9	21.00		11/04/05	11/04/05
3	M	6,5	20.00		11/04/05	11/04/05
4	M	12	20.00		12/04/05	12/04/05
5	M	70	22.00		12/04/05	12/04/05
6	F	20		01.30	11/04/05	14/04/05
7	M	20		03.30	11/04/05	14/04/05
8	M	11	21.00		11/04/05	14/04/05
9	M	38		01.00	11/04/05	14/04/05
10	M	27		03.00	11/04/05	14/04/05
11	M	42		02.00	11/04/05	15/04/05
12	F	74	22.00		11/04/05	
13	M	19	24.00		11/04/05	
14	M	2	19.00		11/04/05	11/04/05
15	M	17	23.00		11/04/05	13/04/05
16	M	40		01.00	11/04/05	
17	M	20		01.00	11/04/05	
18	M	34		02.00	11/04/05	
19	M	40	24.00		12/04/05	12/04/05
20	M	17	24.00		11/04/05	
21	F	18	23.00		11/04/05	
22	F	10	20.00		11/04/05	11/04/05
23	F	54		02.00	11/04/05	
24	M	48		01.00	12/04/05	16/04/05
25	M	36	23.00		11/04/05	
26	M	21	22.00		11/04/05	
27	M	40		01.30	11/04/05	
28	M	40		02.00	11/04/05	11/04/05
29	M	32	24.00		11/04/05	15/04/05
30	M	68	23.30		11/04/05	

Sipas te dhenave te tabelës 1 koha e shfaqjes se semundjes ne 100% te te anketuarve ehste ne te njejtin interval kohor, keshtu qe periudha e inkubacionit eshte e shkurter, gje qe perkon me nje toksiko - infeksion .

Tabela nr. 2 do te na japë një korelacion ndërmjet gravitetit të sëmundjes dhe grupmoshave.

VO. Treguesit: (+) simptome e lehte

(++)simptome mesatare

(+++simptome e rende

Ne tabelen nr 2 vihet re një gravitet i shenjave klinike në grup moshat nga 2-20 vjeç dhe mbi 30 vjeç.

Megjithate ne pergjithesi konstatohet se shenjat klinike te nje toksiko-infeksioni alimentar jane 100% prezente ne grupin target dhe nuk mund te dallojme nje vije dhe demarkacioni ndermjet grupmohave ne lidhje me gravitetin e shenjave klinike.

Gjithashtu vihet re nje lidhje ndermjet tab nr 1 dhe tab nr 2 persa i takon pacienteve te shtruar dhe gravitetit te simptomave te tyre.

Ne tab nr 1 dallohet qarte se periudha e inkubacionit nuk luhatet shume ndermjet grupmohave te ndryshme.

Ne tabelat e mesiperme evidentohet qarte ajo qe eshte thelbesore per nje orientim te sakte drejt shkaktarit te ketij intoksikacioni dhe kjo eshte: shenjat klinike dhe periudha e inkubacionit karakteristike per nje toksiko-infeksion alimentar.

Per te evidentuar shkaktarin e ketij intoksikacioni nuk mjaftojne vetem te dhenat e mesiperme nga grupi target, por le te shohim aspektin higjeno-sanitar. Qe ne konstatimet e para ku i permendem me lart, ne lidhje me rrethanat higjeno-sanitare qe eshte zhvilluar dasma, ne krijuam idene se; ky intoksikacion e ka origjinen ne mosrespektimin e normave higjeno-sanitare ne procesin e gatimit.

Kete ide e konfirmoi edhe pergjigjja e analizes se kampioneve ushqimore te paragatimit, te marra ne shtepi dhe ne dyqan sipas listes se menuse se ceremonise.

Pra pergjigjja e analizes nuk evidentonte produkte ushqimore te

kontaminuara. Per sa i takon rezultatit te analizes se ujit te pijshem, ajo flet per nje kontaminim te tij ne vlerat M.P.N. me e madhe se 16 coliforme fekale =3; strept.fekal =3.

Por duke marre ne konsiderate periudhen e inkubacionit dhe predominimin e disa shenjave klinike karakteristike, nuk mund te dyshojme se shkaktar i intoksikacionit eshte uji i pishem, pavarsisht nga kontaminimi i tij ne vlerat e mesiperme.

Nga ana tjetere kete uje qe e kane perdorur per pije dhe ne procesin gatimit nuk mund ta perjashtojme nga lista e te ashtuquajtures: shkak-pasoje.

Pra ne krijimin e kesaj situate edhe uji e ka pjesen e "fajit".

Gjithsesi ne kete kronologji konstatimesh dhe analizimesh te rrethanave te ndryshme, besoj eshte momenti i ndertimit te nje skeme, qe ne vlera relative identifikon shkaktarin e kesaj situate epidemiologjike.

Ne skeme eshte perjashtuar mundesia e kontaminimit te produkteve ushqimore para gatimit dhe gjate gatimit, duke u nisur nga faktet e meposhme;

1. Vete procesi i zierjes dhe skuqjes shkaterron mikro-organizmat.

2. Produkte te tilla si salcicet dhe berxollat qe jane blere ne dyqan, jane ruajtur ne frigorifer dhe jane skuqur dy-tre ore para drekes.

Gjithashtu keta asortimente kane qene ne sasi te paket dhe s'kane qene ne garnituren e secilit pjesemarres.

3. Edhe produkte te tjera ushqimore, nuk kane qene prezente ne

te gjitha garniturat ushqimore te pjesmarresve dhe jane konsumuar ne menyre selektive. Edhe keta jane ruajtur ne frigorifer.

Gjithashtu ne skeme kemi perjashtuar edhe ujin e pijshem si shkaktare i drejtperdrejte, por nuk perjashtohet ndikimi i terthorte i tij ne kete toksiko-infeksion. Sipas te dhenave te marra ne vater faza me dyshuese eshte ajo pas gatimit dhe e konsumimit.

I vetmi asortiment i cili ka qene me i ekspozuar dhe per nje kohe te gjate, ndaj agjenteve fizik dhe biologjik, ka qene mishi.

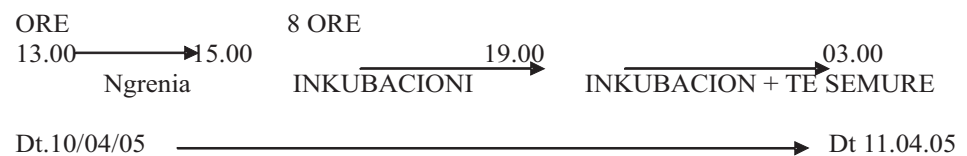
Kjo kuptohet ne fazen e ruajtjes pas gatimit. Mishi eshte i vetmi produkt qe eshte konsumuar nga te gjitha pjesemarresit.

Kesisoj mishi eshte nje terren i mire per zhvillimin e shume lloj

mikro-organizmave, ku disa prej tyre prodhojne entero-toxina. Per rrjedhoje edhe periudha e inkubacionit si edhe shenjat klinike te grupit target, ishin karakteristike te nje toksiko-infeksioni alimentar. Perfundimisht per ne shkakтари i ketij toksiko-infeksioni eshte mishi i kontaminuar pas gatimit dhe e theksojme edhe nje here, eshte i vetmi asortiment qe eshte konsumuar nga te gjitha dhe te gjitha jane intoksikuar.

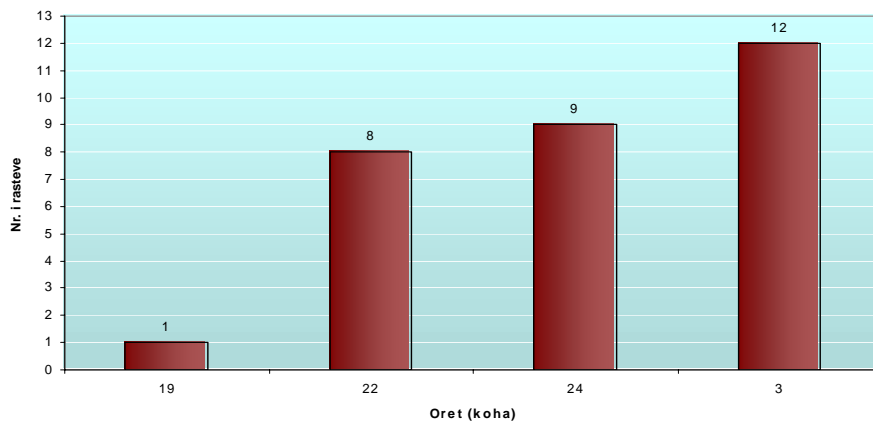
Per sa i takon rezultatit te analizave te feceve dhe mostrave ushqimore nuk u identifikua ndonje mikro-organizem qe te akuzohesh si faktor etio-pathologjik i ketij intoksikacioni kolektiv dhe gati me pasoja fatale.

Ne menyre skematike po paraqesim periudhen kohore nga fillimi i drekes deri ne shfaqjen e rastit te fundit [kuptohet ne G,Target].



Pra duket qe inkubacioni ndryshon si interval kohor ne individe te ndryshem dhe kjo ndoshta me shume ne varesi te gjendjes se organizmit te individit, doza me e madhe toxinave te merra sesa ne vartesi te grupmoshave. Ne funksion te varesise se numrit te rasteve te shfaqura ne njesi te kohes, kurba merr nje konfiguracion proporcional si per boshtin horizontal ashtu edhe ate vertikal (sipas grafikut te meposhtem

Shperndarja e numrit te rasteve te semura sipas oreve



Konkluzione:

- 1.Ardhja me vonese e njoftimit ne qendren sanitare [prane sh.epidemioll] evidenton faktin se mungon lidhja institucionit te klinikes me ate te profilaksise
- 2.Mungesa e informacioneve nga qendra shendetesore dhe komuna perkatese edhe njeherazi deshmojne papergjegjshmeri institucionale.
- 3.Ne rrethana te tilla social-ekonomike-institucionale ne mund te perballemi perseri me situata te tilla alarmante, me kosto te larte social-ekonomike.
- 4.Studimet per situata te tilla do te ngelnin ne leter pa asnje vlere n.q.s nuk do te rezultonim ne marrjen e nje varg masash legjislative dhe ekzekutive.

Opsione dhe apel

- 1.Eshte shume e rendesishme koordinimi i strukturave dhe institucioneve te ndryshme te shtetit.
- 2.Eshte shume e nevojshme nderhyrja ne ligjet e sektoreve te parandalimit te semundjeve, per permiresimin e tyre dhe berjen e tyre aktuale.
Kjo jo vetem per gjendjen e profilaksise tone ne pergjithesi e cila kontestohet, por edhe ne situata te tilla qe mund te shkojne deri ne tragjedi.
- 3.Promocioni i shendetit duhet te aktivizohet dhe te shtrihet ne çdo familje, e jo te vegjetoje duke marre imazhin e nje organike parazitare.

KANCEROGJENET NE AMBIENT NJE SHKAK MADHOR NE SHFAQJEN E KANCERIT

HAJDAR LUKA , ADELINA MANLLIU

Vazhdimisht paraqiten veshtiresi ne vleresimet e lidhjeve mes ekspozimeve ndaj kimikateve qe ndodhen ne ambient dhe ndikimit te tyre ne shfaqjen e kancereve ne popullate (cilet produkte shkaktojne cancer dhe cilet nuk shkaktojne cancer).

Nga nje studim i bere mbi kanceret dhe popullaten ka rezultuar, se 40% e njerezve mendojne, se ndotja urbane e ajrit eshte faktori kryesor per kancerin e mushkerive krahasuar me duhanpirjen.

Ndotja e ajrit mund te ndikojne ne shfaqjen e disa llojeve te kancerit te mushkerive. Tashme eshte ideja, se kimikatet ne ambient jane shkaku kryesor madhor ne vazhdimen e shkaktimit te kancerit.

Shume kerkues theksojne se ndotesit (kimikatet) ne ajer shkaktojne vdekje nga kanceri.

Nje pjese tjeter mendojne se kanceret shkaktohen edhe nga stili i jetes: (menyra e te ngrurit, mbipesha, duhanpirja, etj).

Ka nje konfuzion te madh se shume kimikate ne ambient shkaktojne cancer pasi jo te gjithe kimikatet jane studiuar ne aftesite e tyre per te shkaktuar cancer ne popullate.

Shume kancere zhvillohen pas disa vitesh ekspozimi, duke bere te veshtire percaktimin se cili kimikat apo grup kimikatesh dhe ne cilin ekspozim (kohe) ka filluar kanceri. Kanceret zakonisht zhvillohen pas 15-20 vitesh dhe fillimi i tij eshte shume me pare se kur ai evidentohet nga mjeku. Kanceret e gjakut dhe te limfes sikurse mund te permendim leucemia , limfomat zakonisht duan 10-15 vite qe te zhvillohen.

Ne vendin tone ka "1400 raste te reja me cancer qe shfaqen cdo vit, psh. ne Elbasan vazhdojne te vdesin afersisht 250 njerez ne vit nga kanceret"

Kimikatet qe gjenden ne ambient jane ne 2 grupe:

- Kimikate me origjine natyrale
- Kimikate me origjine te prodhuar nga njeriu.

Njerezit jane te ekspozuar jo ndaj nje kimikati por ndaj shume kimikateve te perziere, (sepse ne natyre ka shume kombinime kimikatesh).

Ne ndihme te fillimit dhe shfaqjes se kancerit ndikojne edhe faktoret

madhore si: historiku familjar, stili i jetes, etj.

Nuk eshte e pelqyeshme te flasesh per kancerin e shfaqur tek nje individ duke e lidhur me nje shkak ose nje faktor si: ekspozimi ndaj kancerogjeneve (kimikate, stilin e jetes, duhan pirja, historiku familjes, etj).

Eshte e drejte te thuhet se faktori gjenetik, stili jetes, kancerogjenet ne ambient veprojne se bashku ne fillimin dhe shfaqjen e kancerit.

Shembull, duke punuar ne mjedise pune me ajer te ndotur me produkte te asbestit (amjanti) dhe duke qene nje individ i ekspozuar duhanpires dhe i predispozuar gjenetiksht sigurisht qe kanceri i mushkerive do te jete nje kercenues per individin se sa per nje individ qe punon ne kete vend pune qe nuk pi duhan apo me tej, se sa nje individ qe punon ne kete vend pune qe nuk pi duhan dhe nuk ka nje predispozicion familjar apo te nje individ qe nuk punon ne keto mjedise pune, nuk ka predispozicion familjar dhe nuk pi duhan.

Shembull: kancerogjenet qe gjenden ne cigare dhe thithja e tyre gjate duhanpirjes ; thithja e pluhurave te asbestit ne vendet e punes, veprojne se bashku ne indin e mushkerive ne fillimin dhe shfaqjen e kancerit te mushkerive, (ky bashkeveprimi quhet sinergjizem).

Cilet jane ato evidenca te nevojshme qe percaktojne nese disa kimikate jane kancerogjene dhe cilet jo?

Per te vleresuar kimikatet shume shkencetare u mbeshteten ne vleresimet klinike ne disa popullata te ekspozuara

ndaj disa substancave kancerogjene dhe ne keto studime u perfshine:

Studime mbi observimet e ekspozimeve humane.

Ne keto studime u bene vleresime krahasuese ne mes grupeve te popullates qe ishin te ekspozuar ndaj lendeve kancerogjene dhe popullates se gjere (psh: popullates ne Porto Romano dhe popullates se rrethit Durres, ose popullates qe punuan ne vende pune me pluhur asbesti dhe viteve te ekspozimit (Vlore) te cilet prezantoheshin me nje perqindje me te larte te kancereve te rrugeve respiratore se sa popullata ne rajon).

Studime ne kafshe (kavje apo minj).

Keto studime kane treguar se si zhvillohet nje kancer ne ekspozimin ndaj nje kimikati apo nje perzierje kimikatesh.

Nga rekomandimet dhe informacionet e marra nga Agjencia Nderkombtare e Kerkimeve per Kancerin, (Departamenti i Toksikologjise), dhe WHO vazhdimisht vijne informacione te reja per zbulimin e kimikateve qe shkaktojne kancere.

Pra, numri i madh i kimikateve ne treg, ekspozimet per nje kohe te gjate ndaj tyre, mungesa e informacionit per aftesite e tyre per te shkaktuar kancer, bene qe te kemi nje numer te madhe rastesh me kancer ne popullate.

Ekzistojne koncepte jo te qarta per kancerogjenet ne ambient sepse kanceri eshte nje proces i komplikuar dhe eshte e veshtire te sqarohet ndryshimi midis nje kimikati dhe nje

perzjerje kimikatesh qe e shkaktojne ate (kancerin).

Shume kancerogjene nuk shkaktojne kancer nese doza e ekspozimit nuk eshte e mjaftueshme psh: radiacioni shkakton kancer, por ekspozimi ndaj rrezeve x –ray gjate procesit te ekzaminimeve te kockave (radiografi) nuk shoqerohet me shkaktimin e kancerit sepse periudha e ekspozimit eshte e shkurter dhe doza e ekspozimit eshte e vogel.

Te tjere kancerogjene kur hyjne ne organizem me doza te vogla, duan disa vite te veprojne ne trupin e njeriut qe te shkaktojne nje kancer (ekspozim kronik).

Lendet kimikate kancerogjene qe prodhohen nga njeriu jane me te demshme se sa ato natyrale. Duke punuar dhe jetuar ne ambjente te ndotura me kimikate kancerogjene shfaqja e kancerit eshte e pritshme.

Lendet kancerogjene hyjne ne organizem me rruge te ndryshme :

me rruge respiratore, psh. kadmiumi, azbesti qe gjenden ne ajer jane potenciale per shfaqjen e kancereve te mushkerive

me rruge gastrointestinale, psh kadmiumi, asbesti hyjne ne organizem edhe me ane te ushqimit ose ujit te pijshem.

edhe *nepermjet mukozave, lekures*, etj.

Kanceret jane te llojeve te ndryshem por edhe kimikatet kancerogjen ne natyre jane te shumte dhe pergjigjja e qelizave te organizmit eshte ne nivele te ndryshme ne organe te ndryshme.

Nuk ka informacion te mjaftueshem qe te bejne diferencime mes kimikateve kancerogjene ne ambjent te viteve, psh. 70-80 dhe viteve te fundit apo shtimit te numrit te kancereve ne krahasim me 30-40 vjet me pare.

Kontrollet

A-Ne mund te zgjedhim cdo dite dhe te mund te ulim faktoret ekspozues qe shkaktojne kancere.

Megjithese duke ngrene ushqim pa yndyrna, me shume fruta dhe diete vegetariane nuk garantohet qe nuk do te shfaqet kanceri, ai mund te reduktohet si rrisht. Menjanimi i pirjes se duhanit, reduktimi i konsumimit te alkoolit, reduktimi i ekspozimeve ne diell reduktojne rrishtet e disa kancereve.

B-Te njohurit e llojeve te lendeve kancerogjene ne vendet e punes eshte e drejta e njeriut. Cdo punetor duhet te informohet per kimikatet ndaj te cileve eshte i ekspozuar ne mjediset e punes. Cdo individ ne marredhenie pune duhet te konsultohet me mjekun e familjes ose me mjekun ne qendren e punes per kimikatet dhe menytrat per minimizimin e ekspozimeve ndaj tyre gjate kohes se punes.

C-Shume kancere mund te trajtohen mire nese ato zbulohen qysh ne stadet e para te zhvillimit, per mbrotjen nga kanceri mund t'ju ndihmoj cdo mjek i familjes me informacionin e duhur.

D-Duhet te jesh i qarte per kimikatet qe gjenden rreth shtepise ku banon dhe perdorimi i informacioneve dhe masave mbrojtese.

Duhet te konsultohesh me specialiste per menyrat e reduktimit apo eliminimit te ekspozimeve ndaj tyre.

E-Pirja e duhanit shoqerohet me futjen ne organizem bashke me nikotinen edhe mbi 100 elemente te tjere kimikatesh kancerogjen (psh.disa nga keto kimikate jane vdekjeprures per insektet dhe disa jane perdorur per balsamosje te vdekurish), pirja e duhanit pervec veprimt te varesise (mireqenie fallso) ka efekte si dhe eshte nje faktor rrishtu per semundjet e zemres, kancerin e mushkerive dhe demtime te organeve te tjera, psh: 3 punonjes qe kane punuar mbi 15 vjet ne fabriken e cimentos ne Vlore (ekspozime ndaj amjantit kane vdekur nga kanceri i mushkerive, por produktet e amjantit jane te shperndara ne gjithë vendin tone

Disa nga zonat me te ndotura nga kimikatet (me numer te larte te kancereve ne popullate) ne vendin tone jane:

Zona e Fierit ku perfshihen Azotiku, zona Patos- Marinez, qyteti.

Zona e Mallakastres ku perfshihet rafineria e naftes.

Zona e Vlores ku perfshihet ish PVC-ja, qyteti.

Zona e Duresit ku perfshihen Porto-Romano, qyteti.

Zona e Tiranes ku perfshihen Sharra, qyteti.

Zona e Lacit ku perfshihen ish Uzina Bakrit, ish Uzina e Superfosfatit.

Zona e Rubikut ku perfshihet ish Uzina Pasurimit te Kromit.

Zona e Elbasanit ku perfshihet Kombinat Metalurgjik, qyteti.

Biblografia

Hot-Spots and Albania EU
USA National Toxicology
Program, Department of Health and
Human Services,

International Agency for Research
on Cancer, World Health
Organization

‘Mayo Clinic.com Bookstore

‘Mayo Clinic Guide to Women’s
Cancer

1998-2006 Mayo Foundation for
Medical Education and Research

Mechanisms and Toxicity of
Chemicals Cancerogens and Mutation
Inhalation toxicology

Complex Mixtures and Cancer
Risks

Occupational Health in the
Chemical Industry.

Web Resources

[National Cancer Institute: Cancer
and the Environment \(PDF\)](#)

[National Library of Medicine:
Household Products Database](#)

Cancer

QËNDRAT E KESHILLIMIT DHE TESTIMI VULLNETAR/KONFIDENCIAL (VCCT).

Klodian Rjepaj & Redona Dudushi Msc/Mhr

Hulumtimet tregojne qarte, qe ne vendet me prevalence te ulët te infeksionit HIV, strategjitë më efektive nderhyrese kane te bejne me ndergjegjesimin për rrezikun e perhapjes se infeksionit HIV dhe komunikimin për ndryshimin e sjelljeve për popullatën e përgjithshme dhe programe më intensive ofrohen për grupet vulnerabel si: përdoruesit e drogave injektuese, punëtorët seksit, meshkujt që kanë marrdhënie seksuale me meshkuj, të burgosurit, popullaten ne levizje dhe fëmijët e rrugës. Programi i VCCT synon te arrije grupet e siperpermendura te popullates.

Transmetimi i HIV-it mund të reduktohet përmes promovimit të ndryshimit të sjelljeve me rrezik dhe ofrimit të përkrahjes psiko-sociale te njerëzve qe jetojne me HIV/AIDS. Studime të ndryshme të kryera deri me sot si dhe eksperiencia boterore, tregojne që programi i VCCT eshte:

Efektiv në promovimin e ndryshimit te sjelljes.

Kosto-efektiv.

I realizueshëm si një prej strategjive me efektive për parandalimin e infeksionit HIV në vendet me burime të kufizuara.

Në përgjithësi, pranohet që Keshillimi dhe Testimi Vullnetar:

Ofron çlirim nga ankthi, frika e shoqëruar nga paqartësia si dhe ndihmon individin të planifikoje të ardhmen.

I adresohet çështjes te të drejtave te njeriut, është “e drejtë e njerëzve që të kene informacion “;

- Identifikimi i hershëm i infeksionit HIV mund të çoj në ofrim të hershem te kujdesit mjeksor si dhe te përkrahjes psiko-sociale;

- Ofron këshillim dhe njohje të sero-statusit të infeksionit HIV, e cila rrit motivimin për të filluar reduktimin e rriskut ;

- Përmirëson reagimin ndaj mesazheve të edukimit shëndetësor për parandalimin e infeksionit HIV si:

- Abstenenca;

- Përdorimi i vazhdueshëm dhe korrekt i prezervativëve;

- Të qenit besnik ndaj partnerit të testuar, jo-të infektuar;

- Ballafaqimi me infeksionet seksualisht transmetueshme

- Shtyrja e moshës së fillimit të marrdhënieve seksuale.

- Shmangia e përdorimit të përbashkët të pajisjeve injektuese

- Parandalimi nga nëna tek fëmija (transmetimi vertikal) Cfare duhet te kuptojme me VCCT ?

Keshillimi - Te mesuarit dhe ndarja e informacioneve gjate seancave

Testimi-marrja e gjakut dhe analiza e ketij kampioni

Vullnetar -Jo detyrues ,eshte te kerkuarit e testimit pa detyrim.

Konfidencial - Diskutimi me keshilluesin është i mbrojtur sikurse dhe rezultatet e testimit.

Cfarë është VCCT-ja

VCCT nuk eshte vetem nje komponent kyc i parandalimit te HIV dhe i programeve te kujdesit por konsiderohet si “ Porta” e parandalimit dhe kujdesit.

Parandalim

Kujdes

Mbeshtetje

Pse lindi nevoja për hapjen e VCCT ne Shqipëri.

Mungesa e informacionit, ndërjegjesimi i ulët për testimin ndaj virusit HIV.

Mungesa e konfidencialitetit dhe qëndrimet negative të komunitetit (stigma social) ndaj kësaj sëmundjeje e bëjnë kërkesën për këtë testim të ulët. Ndryshimi i vecorive të sjelljes së popullatës, tregon për një tendencë në rritje të sjelljeve të rrishtueshme. Nevoja dhe mundësia për te vendosur nje bashkepunim dhe veprim aktiv ndërsektorial midis institucioneve të ndryshme shtetërore dhe OJQ- ve .

Krijimi dhe kualifikimi i kapaciteteve të nevojshme teknike dhe shkencore, jo vetem për planifikime strategjike por dhe për zbatimin e tyre.

Mungesa e fushatave promovuese për të bërë të sigurtë që publiku të kuptojë rëndësinë e kësaj ndërhyrje, të

dijë vendndodhjen e shërbimeve të VCCT- ve, t'a perceptojnë VCCT- ne si të arritshme, me kualitet të lartë, konfidencialitet dhe pranueshmëri.

Pse është e rëndësishme hapja e VCCT- ve ?

Për cdo person është e rëndësishme të dihet serostatusi i tij/saj. Njohja e serostatusit mund të shërbejë për personat me status pozitiv apo status negativ për të adaptuar praktika të sigurta seksuale, të cilat i ndihmojnë personat seropozitiv të parandalojnë transmetimin e virusit të partnerëve të tyre seksual dhe personat seronegativ të ruajnë statusin e tyre. Kjo ndërhyrje gjithashtu lehtëson hyrjen në shërbimet parandaluese për personat seronegativ dhe është pika kyc e kujdesit dhe e shërbimeve mbështetëse për personat që jetojnë me HIV. Nderhyrja për personat që jetojnë me HIV/AIDS (PLWHA), përdoruesit e drogave do të thotë që shërbimet e VCCT po promovohen gjerësisht dhe zhvillohen me hapa të shpejtë. Shumica e vendeve në zhvillim janë duke e institucionalizuar VCCT si pakete e shërbimeve përsosore. VCCT ka treguar që ka një kosto-efektive në ndërhyrjen për parandalimin e HIV/AIDS.

Funksioni që ka VCCT.

Parandalimi i përhapjes së virusit përmes ndryshimit të sjelljes, duke përdorur vlerësimin e riskut dhe planifikimin për zvogëlimin e tij. Kujdesi përmes përkrahjes psiko-sociale për të ndihmuar klientët të ballafaqohen dhe të planifikojnë të ardhmen e tyre.

Shërbimet e VCCT duhet të ofrojnë :

Testim anonim
Konfidencialitet
Besueshmeri
Lehtësi financiare
Profesionalizëm.

Qëllimi i hapjes të VCCT-së

Te rrisë përgjigjen ndaj HIV/ AIDS në shkallë kombëtare, te mbaje Shqipërinë në një vend me prevalencë të ulët dhe të parandaloje rrisjen e transmetimit në të ardhmen.

Kujt i afrohen shërbimet e VCCT?

Qëndrat e VCCT- ve afrojnë shërbim për popullatën e përgjithshme dhe veçanërisht për grupet vulnerabël. Përdoruesit e drogave, SW dhe femrat e trafikuar, MSM, romët Adoleshentët, personat që jetojnë HIV, emigrantët.

Qëndrat e VCCT afrojnë shërbim për popullatën e përgjithshme dhe veçanërisht për grupet vulnerabël.

Roli i pritur i keshilluesit të qendres së VCCT- ve .

Të sigurojnë që klientët të jenë të mirinformuar rreth testimit dhe kanë dhënë pëlqimin para kryerjes së testimit; Të ofrojnë shërbime këshilluese para-testimit, pas-testimit dhe këshillim psikologjik në qendrën e VCCT- se. Të respektojnë, të mbrojnë, dhe të përkrahin klientët nëpërmes zbatimit të kodit etik të keshilluesit; Të jetë i gatshëm të punojë jashtë orëve të rregullta të

punës, nëse paraqitet nevoja. Të zhvillojë, të regjistrojë dhe të mirëmbajë dosje dhe sisteme regjistruese adekuate dhe konfidenciale. Të referojë klientët e këshilluar tek shërbimet e pershtatshme mjeksore, shërbimet për kujdes, përkrahje sociale dhe shërbimet e mirëqenies.

Pse disa kliente kërkojnë shërbime VCCT?

Arsyet që njëzë të vijne kërkojnë shërbime janë varesi të nevojave të popullatës, ata vijne për të kërkuar informacione, këshilla për testimin për HIV/AIDS si dhe për:

Pyetjet, problemet termat ose ceshtjet

Mbeshtje personale në rrethanat e diagnozes për HIV/AIDS.

Ndihme në pershtatje me depresionin dhe panikun.

Për informacion rreth HIV.

Informacion për t'u kujdesur për miqte dhe partneret.

