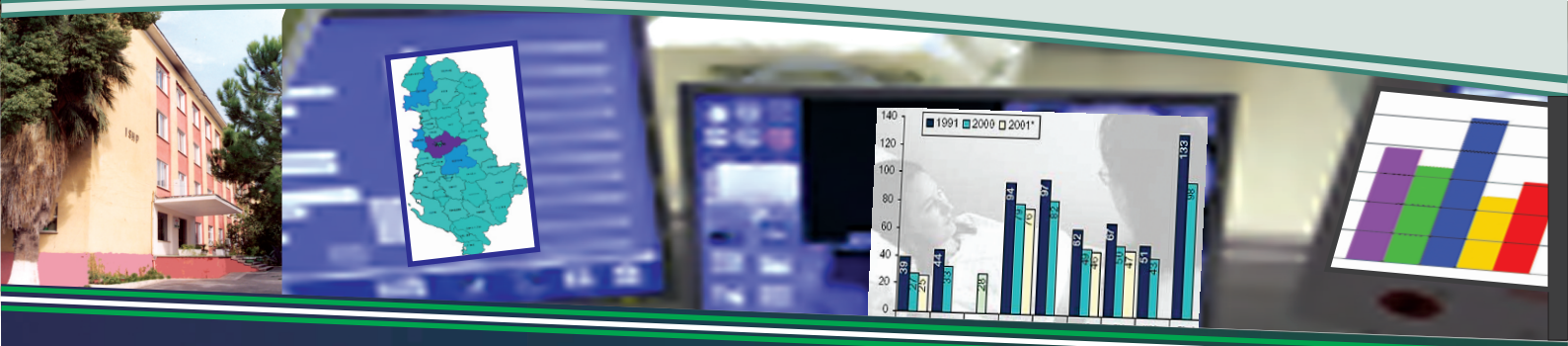


Buletini i Institutit të Shëndetit Publik



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 1 - 2015

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

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

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktorë letrarë:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout Genc Musa

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr.1-2015

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Aurela Saliaj

Matja e zhvillimit psikomotor në fëmijërinë e hershme 4

RAPORTIM SHPËRTHIMI EPIDEMIK

Elona Kureta, Artan Simaku, Adela Vasili, Eugena Erindi,

Luljeta Alla

Hetimi i shpërthimeve epidemike në vitin 2013 12

Valbona Bara, Arben Luzati, Zaira Poga, Anilda Kokali, Oltiana Petri,

Edjona Bici

Vlerësimi i situatës së furnizimit me ujë dhe saniteti në zonat e përmytura në
Bashkinë Kamëz, Tiranë 22

Rovena Daja, Agron Bashllari, Arben Xhuveli, Artan Bego,

Silvia Bino

Raport epidemiologjik i shpërthimit epidemik të dizenterisë në rrethin e Vlorës 31

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Lumturi Mërkuri

Karta e OTTAWA-s për Promocionin Shëndetësor – një guidë aktuale 38

LAJMËRIME PËR LEXUESIT

Alba Merdani, Dorina Çanaku, Eduard Kakarriqi

Abortet për tremujorin e fundit të vitit 2014. Një përditësim i aktiviteteve dhe
procesit në vijim (Të dhëna të bazuara në Sistemin e Survejancës së Abortit) 46

Matja e zhvillimit psikomotor në fëmijërinë e hershme

Aurela Saliaj¹

¹Departamenti i Kujdesit për Nënë dhe Fëmijën, Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

Hyrje

Zhvillimi psikomotor është një prej komponentëve më të rëndësishëm në përcaktimin e mirëritjes dhe mirëzhvillimit të një fëmije, por për fat të keq, në vendin tonë nga ana e prindërve dhe edukatorëve, madje edhe nga ana e personelit mjekësor, ende vlerësohet primare vetëm ndjekja në vazhdimësi e zhvillimit fizik, ndërsa vlerësimi i zhvillimit psikomotor të fëmijëve parashkollorë është sporadik dhe intuitiv.

Nëpërmjet këtij punimi synohet të prezantohet metoda depistuese më e rekomanduar nga studiuesit bashkëkohorë të fushës: Pyetësorët sipas Moshës dhe Stadit të zhvillimit, edicioni 3 (Age&Stage Questionnaires-3). Përdorimi i kësaj metode depistuese zgjidh dy probleme kryesore të vlerësimit të deritanishëm të zhvillimit psikomotor të fëmijëve: së pari redukton intuicionin dhe subjektivizmin e vëzhgimit klinik nëpërmjet vlerësimit të pikëzuar të gjithë sektorëve psikometrikë, dhe së dyti ofron monitorim të kuantifikuar të zhvillimit të fëmijës nëpërmjet grafikëve të monitorimit psikomotor që gjenden në broshurën e testit ASQ-3.

Metodat e monitorimit të zhvillimit psikomotor

Gjithmonë e më tepër, depistimi i zhvillimit psikomotor po njihet si një komponent kyç i cilësisë së lartë të kujdesit për fëmijën, përderisa identifikimi i hershëm i vonësive të zhvillimit është thelbësor për një ndërhyrje të hershme optimale (Linda dhe bp. 2009). Fakti i mospërdorimit të një metode shkencore dhe të standardizuar të matjes psikometrike të zhvillimit psikomotor, e bën vlerësimin e tij të fëmijët akoma më të vagullt e të pasaktë. Kjo bën që të mos arrihet të diagnostikohet një përqindje e madhe zhvillimesh atipike, të cilat bëhen të dukshme e të matshme shumë vonë, kur fëmija ka hyrë tashmë në arsimin fillor.

Ka një konsensus të gjerë mbi atë që, personeli shëndetësor i shërbimit parësor ka një pozicionin unik për të depistuar diagnoza zhvillimi dhe përmirësuar gjendjen e fëmijëve me vonesa zhvillimi (King & Tandon 2010). Në një studim të Julie McCrae (2011) u raportua një shkallë tri herë më e

lartë e problematikave të zhvillimit kur depistimi kryhej nga mjekë dhe edukatorë të specializuar, sesa kur kryhej nga stafi i punonjësve të kopshteve (McCrae dhe bp. 2011).

Megjithëse profesionistët e shëndetit bien dakord mbi rëndësinë e monitorimit të zhvillimit të fëmijës, ka ende debate mbi metodën me të cilën ajo duhet të realizohet.

Janë sugjeruar një numër modelesh e idesh mbi këtë pikë:

- Depistimi i zhvillimit – ky proces sistematik kontrollon zhvillimin e fëmijëve në dukje normale (duke përdorur teste, klasifikime, ekzaminime apo procedura të tjera) për të identifikuar ata fëmijë që janë në rrezik për probleme zhvillimi.
- Monitorimi i zhvillimit – kjo seri veprimesh përfshin promovimin e zhvillimit normal dhe detektimin e problemeve të zhvillimit, si pjesë e kujdesit shëndetësor parësor në vazhdimësi.

Në varësi të qëllimit, secila nga këto procedura zgjidhet në varësi të tipit të studimit të zhvillimit të fëmijës. P.sh. nëse zhvillojmë një survejancë popullore, në të cilin objektivi mund të jetë identifikimi i fëmijëve me më tepër apo më pak rrezik për probleme zhvillimi, zgjedhja më e mirë do të ishte depistimi. Nga ana tjetër, nëse na intereson ndjekja individuale e fëmijëve, pa dyshim që metoda më e parapëlqyer do të ishte monitorimi i zhvillimit (Pan American Health Organization 2012).

Studimet në fushën e zhvillimit psikomotor të parashkollorëve në vendin tonë

Në vitin 1992, nga Dr. Anastas Suli, është zhvilluar një studim mbi depistimin e zhvillimit psikomotor të fëmijëve me anë të testit DDST (Suli 1992). Testi DDST (Denver Development Standart Test) ka qenë metoda më e rekomanduar e matjeve psikometrike të kohës, dhe kishte filluar të përdorej që prej vitit 1974. Gjatë dy viteve të fundit, në dispozicion të profesionistëve të shërbimit parësor janë vënë dy dokumente të rëndësishme për ndjekjen e standardeve të zhvillimit në fëmijërinë e hershme: “Raporti për Rishikimin e Standardeve Parashkollorë në Shqipëri” Tetor 2013 dhe Udhërrëfyeni i praktikës klinike “Mirërritja dhe Zhvillimi i fëmijës 0-6 vjeç në Kujdesin Shëndetësor Parësor” mbështetur nga UNICEF Shqipëri. Por asnjëri prej tyre nuk rekomandon një metodë sasiore të matjes së zhvillimit psikomotor të fëmijëve.

Sot, në kryeqytet dhe në të gjithë vendin funksionojnë një numër i madh qendrash zhvillimi shtetërore dhe private. Synimi kryesor i punës së tyre është trajtimi multidisiplinor i fëmijëve me probleme zhvillimi, dhe pjesë e shërbimeve të tyre (sipas reklamimeve në website) është edhe matja e zhvillimit psikomotor të fëmijëve. Por, me gjithë numrin e madh të qendrave funksionale të zhvillimit të fëmijëve, autorja e këtij studimi dështoi në gjetjen e publikimeve mbi studimet depistuese të zhvillimit psikomotor të parashkollorëve.

Në një studim të kryer nga Shoqata HOPE AND HOMES me mbështetjen financiare të BE-së në vitin 2012, konstatohet se sistemi parashkollor shqiptar ka aftësi të kufizuara për të identifikuar dhe trajtuar fëmijët me probleme në komunikim, një problem ky që vlerësohet se prek 4% të fëmijëve në qarkun e Elbasanit (Erebare 2012). Nga vërtetimi dhe nga intervistat në terren, vërehet se Shqipëria nuk disponon ndonjë sistem të besueshëm për matjen e zhvillimit psikomotor të fëmijëve të moshës 3-6 vjeç. Studimi zbulon se shumica e edukatorëve kanë vullnetin për t’i kushtuar vëmendjen e nevojshme këtyre fëmijëve, por njohuritë e tyre mbi mënyrën e identifikimit dhe trajtimit të këtij problemi nuk janë të përshtatshme. Vetë mjekët raportojnë se e kishin më të lehtë të diagnostikonin një fëmijë autik sesa një vonesë psikomotorë. Ky është një fenomen i njohur edhe në përvojën botërore; sa më i rëndë të jetë çrregullimi i zhvillimit, aq më lehtë e shpejt identifikohet ai nga profesionistët e shëndetit.

Po sipas këtij studimi, në rastin e Shqipërisë ende nuk ka studime të mirëfillta nga shkencat shoqërore apo mjekësia mbi përmasat e vështirësive dhe problemeve komunikuese, si mes fëmijëve ashtu edhe mes të rriturve. Shqetësues mbetet fakti që edukatorët, mësuesit, mjekët dhe familjet janë shpesh të pavetëdijshëm për ekzistencën e këtyre problemeve, si dhe për mundësinë e trajtimit të tyre, si nga pikëpamja edukative ashtu edhe mjekësore.

Përvoja amerikane – modeli që po standardizohet në mbarë botën

Në vitin 2001 ka qenë hera e parë kur Akademia Pediatrike Amerikane, duke njohur rëndësinë e identifikimit të hershëm të fëmijëve me probleme zhvillimi, si dhe nevojën për një vlerësim më metodik, vendosi që të gjithë fëmijët t'i nënshtroheshin depistimit psikometrik, si pjesë e kujdesit për fëmijët normalë. Testi ASQ-3 rekomandohet nga Akademia Pediatrike Amerikane që të jetë pjesë e kontrollit rutinë të fëmijës 0-3 vjeç për çdo grupmoshë të personalizuar në test (Brooks 2010). Megjithëse në mbarë globin ka disa teste depistuese psikometrike (tabela 1), gjithmonë e më tepër studiuesit e kësaj fushe po bien dakord që ASQ-3 është testi më i përshtatshëm për detektimin e vonësive të zhvillimit psikomotor (McKnight 2014).

Instrumentet depistuese më të përdorshme nga ana e pediaterve amerikanë ishin ASQ-3 dhe PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status). Shkalla e dështimit në diagnostikimin e vonësive të zhvillimit ndryshon nga 22% të PEDS në 11% tek ASQ-3. Shkalla e depistimit përmirësohet nga diagnostikimi i 68% të pacientëve me probleme zhvillimi përpara trajnimit të stafit, në diagnostikimin e 85% të tyre pas trajnimit. Gjatë një studimi pothuaj eksperimental, një grup specializantësh në pediatri u trajnuan në përdorimin e tre testeve psikometrike depistuese: Denver II, ASQ-3 dhe PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status), për t'i përdorur ato në mënyrë të pavarur për depistimin e pacientëve të tyre. 70% e tyre parapëlqyen të përdornin ASQ-3 (Schonhaut 2013). Besueshmëria dhe vlefshmëria e pyetësorit ASQ, të nxjerra nga studime vlerësuese në vende të tilla si Danimarka, Norvegjia, Kili, Australia dhe Korea, janë hapat e parë në konfirmimin e përdorueshmërisë së ASQ-së për vendet e industrializuara në përgjithësi.

Nga studime të shumta është demonstruar që ASQ-3 është një mjet matës i përshtatshëm për të identifikuar si fëmijët në rrezik për çrregullime, ashtu dhe fëmijët me zhvillim normal. Studimi i Piek i udhëhequr në vitin 2008, mbështet idenë se ASQ-3 është i përshtatshëm edhe për qëllime prediktive, si p.sh. detektimin e informacionit mbi zhvillimin motor që mund të parashikojë rezultatet shkollore të zhvillimit konjitiv (Veldhuizen dhe bp. 2014).

Vëzhgimi vs. Depistimit

Sipas studimeve të realizuara në SHBA, gjysma e fëmijëve me vonesa zhvillimi nuk identifikohen derisa futen në arsimin parashkollor, ku u nënshtrohen testeve depistuese. Një nga arsytet e shkallës së ulët të identifikimit është varësia nga vëzhgimi klinik, si metoda e vetme e cila ka sensitivitet të dobët. Raportimet kanë treguar se gjykimi klinik i vetëm është i pamjaftueshëm dhe i pasaktë. Në një studim të ndërmarrë nga Aylward, u konstatua se duke përdorur vetëm gjykimin klinik nuk u kuptuan rreth 45% e fëmijëve që kishin nevojë për ndërhyrje të hershme. Për arsye se zhvillimi i fëmijëve është dinamik në natyrë, depistime të rregullta dhe të përsëritura, kombinuar edhe me vëzhgime klinike, janë të nevojshme për identifikimin e vonësive të zhvillimit.

Pengesat në përdorimin e testeve depistuese

Vonesat e zhvillimit janë plotësisht të identifikueshme me anë të përdorimit të kujdesshëm të testeve depistuese, por ende në SHBA vetëm 23% e mjekëve në shërbimin parësor raportojnë për përdorimin e testeve depistuese të standardizuara. Ka shumë pengesa për përdorimin në masë të këtyre testeve, përfshirë: kërkesat klinike të kufizuara dhe konkurruese, koston financiare, stafin e duhur, mungesën e konsensusit për testin më të përshtatshëm depistues, mungesën e vetëbesimit të mjekëve për shkak të trajnimit dhe ekspertizës së pamjaftueshme, si dhe kufizimin kohor për t'u marrë gjatë me çdo fëmijë, si pengesa më predominuese.

Testet për depistimin e zhvillimit psikomotor

Testet depistuese universale kosto-efektive dhe kohë-eficente, të vlefshme për fëmijët parashkollorë janë të kufizuara. Edhe ato ekzistuese, përveç pikave të forta, kanë edhe mjaft pika të dobëta. Literatura nuk identifikon një kriter standard në vlerësimin e zhvillimit. Kriteri standard është përkufizuar si një test ideal që:

- mbulon të gjithë sektorët e zhvillimit
- aplikohet njësoj për të gjitha moshat
- ka vlefshmëri konstruktive
- ka sensitivitet dhe specificitet afër 100%

Funksioni i testit depistues është identifikimi i sektorëve në të cilët zhvillimi i fëmijës ndryshon nga normat e përcaktuara të moshës. Megjithatë qëllimi i tij është të diferencojë ata që mund të kenë vonesa nga ata që duket se nuk kanë, testi i përzgjedhur duhet të jetë një instrument cilësor që i shmang në maksimum mosidentifikimet apo mbireferimet.

Psikometria që arrin të matet me anë të testeve depistuese

Sensitiviteti, specificiteti dhe vlefshmëria janë elementë që reflektojnë cilësinë dhe përdorimin potencial të një testi të caktuar. Tabela 1 e paraqitur më poshtë krahason vlerat psikometrike të testeve për depistimin e vonesave psikomotorë.

Sensitiviteti i pranuar në këtë fushë është 70-80%. Standardi i pranuar për specificitetin është afërsisht 80%. Një test i mirë depistimi duhet të jetë i standardizuar në një mostër të madhe fëmijësh me karakteristika përfaqësuese të gjithë popullatës.

Tabela 1. Krahasimi midis testeve më të zakonshme depistuese të zhvillimit psikomotor

<i>Testi psikometrik</i>	<i>Sensitiviteti</i>	<i>Specificiteti</i>	<i>Vlefsh mëria?</i>	<i>Testimi në popullatë</i>
Ages and Stages Questionnaire, edicioni 3	85 %	86 %	+	12,695 fëmijë nga profile të ndryshme etnike dhe socio-ekonomike.
Parents' Evaluation of Developmental Status	74-80 %	70-80 %	+	771 fëmijë nga profile të ndryshme etnike dhe socio-ekonomike.
Child Development Inventory	80-100 %	70 %	+	568 fëmijë të bardhë nga familje punëtorësh në Minnesota
Infant Development Inventory	75-85 %	70-77 %	-	86 foshnje në rrezik të lartë nga një mostër kohort në një klinikë perinatale
Bayley Infant Neurodevelopmental Screener	75-86 %	75-86 %	+	600 fëmijë “normalë” nga popullata e përgjithshme, dhe 303 fëmijë me rrezik të lartë nga një kohort klinik.
Denver Developmental Screening Test II (DDST II)	56-83 %	43-80 %	-	2,096 fëmijë në Kolorado, të ndryshëm për sa i përket etnisë, banimit, kulturës dhe arsimit matern.

Age & Stage Questionnaires (ASQ-3)

Një nga testet më të vlerësuara në grupin e testeve që plotësohen nga prindërit është *Pyetësori sipas Moshës dhe Stadit (të zhvillimit) - varianti 3* (Ages and Stages Questionnaire - ASQ-3). ASQ-3 është një mjet depistues, i hartuar për fëmijët 1-66 muajsh, që mund të kenë nevojë për ndërhyrje të hershme apo shërbimin e edukimit special në fëmijërinë e hershme. Me fjalë të tjera, ASQ-3 përdoret për të depistuar fëmijët dhe për të vlerësuar nëse ata kanë apo jo zhvillim tipik për grupmoshën e tyre. ASQ-3 konsiston në disa pyetësorë që mund të plotësohen edhe nga prindërit apo nga kujdestarët e fëmijëve (që i njohin mirë ata). Sistemi depistues ASQ-3 është zhvilluar nga “Qendra për Zhvillim Human” e Universitetit të Oregonit gjatë viteve 1980-1990, si përgjigje e nevojës në rritje për identifikimin e hershëm dhe të kujdesshëm të fëmijëve që kanë vonesa apo çrregullime zhvillimi.

Ky test ka 21 seksione pyetjesh sipas grupmoshës së fëmijës, duke filluar nga mosha 1 muajsh deri në 5 vjeç e gjysmë. Në këtë test aftësitë psikomotorë ndahen në 5 sektorë: komunikimi, motorika globale, motorika fine, zgjidhja e problemeve/sjellja adaptive, performanca personale-sociale me nga gjashtë pyetje për aftësitë në çdo sektor. Ka një pikëzim *kalon/dështon* për çdo sektor, ashtu si dhe një pikëzim *kalon/dështon* në tërësi për zhvillimin e fëmijës. Së bashku me matjet psikometrike, seksionet përmbajnë edhe 10 pyetje për të vlerësuar shqetësimin e përgjithshëm të prindërve.

Formulimi i kërkesave të detyrës është i nivelit të klasës së 4 deri në të 6-të të arsimit 9-vjeçar. Në përgjithësi prindit i duhet 10-15 minuta për ta plotësuar. Nëse testi plotësohet nëpërmjet intervistës së prindit dhe fëmijës nga ana e mjekut, që e vë fëmijën t’i demonstron një pjesë të detyrave psikomotorë, mund të kërkojë 20-30 minuta apo edhe më shumë në varësi të shkallës së bashkëpunimit të fëmijës (*Ilogaritja është bërë nga autorja e këtij studimi*).

Përparësitë e përdorimit të ASQ-3:

- I lehtë në përdorim.
- Shumë i rekomanduar nga institucione dinjitoze. Jep rezultate të besueshme.
- Mjet që përfshin raportimin e prindërve.
- Është i vetmi testim që u referohet stadeve të zhvillimit.
- Përfshin udhëzuesin e veprimtarive për fëmijët me pikëzim afër dhe nën minimum.
- E bën efektiv monitorimin në vazhdimësi të zhvillimit të fëmijës.

Sektorët psikometrikë të ASQ-3:

Çdo pyetësor ASQ-3 konsiston në 30 elementë zhvillimi, të shpërndara në 5 sektorë:

- Komunikimi: vokalizimi, dëgjimi dhe të kuptuarit e gjërave që i kërkohen.
- Motorika globale: lëvizjet madhore të krahëve, trupit dhe këmbëve.
- Motorika fine: lëvizjet e duarve dhe gishtave.
- Zgjidhja e problemeve: të mësuarit dhe të luajturit me lodra.
- Personal-social: loja sociale individuale dhe loja me fëmijët e tjerë.

Në seksionin e fundit të çdo pyetësori u kërkohet prindërve të reflektojnë për çfarëdo shqetësim të përgjithshëm që ata mund të kenë mbi zhvillimin e fëmijës.

Formati i ASQ-3

Gjithsecili prej 21 pyetësorëve është etiketuar për të treguar qartë cila është mosha e fëmijëve për të cilët mund të përdoret (p.sh. pyetësorët 36 muajsh mund të përdoren për fëmijët nga 34 muajsh e 16 ditë deri te fëmijët 38 muajsh e 30 ditë). Të gjitha detyrat psikomotore janë grupuar sipas sektorëve dhe janë renditur duke filluar nga detyra më e thjeshtë. Për çdo detyrë u kërkohet prindërve të reflektojnë mbi sjelljet specifike të fëmijëve të tyre, dhe të raportojnë nëse ata i kryejnë këto aktivitete rregullisht (koduara si “PO”, “NDONJËHERË” dhe “JO AKOMA”).

Llogaritja e pikëve të ASQ-3

Kur llogariten pikët, detyrat e koduara me “PO” marrin 10 pikë, detyrat e koduara me “NDONJËHERË” marrin 5 pikë, dhe detyrat e koduara me “JO AKOMA” marrin 0 pikë. Kështu çdo sektor mund të marrë maksimalisht 60 pikë dhe gjithë zhvillimi psikomotor i fëmijës në total mund të vlerësohet me 300 pikë.

Interpretimi i pikëve të ASQ-3

Në përgjithësi fëmijët ndahen në tri kategori:

- Fëmijë me pikë totale mbi minimum (cut-off) – zona e normalitetit.
- Fëmijë me pikë totale afër minimumit (cut-off) – zona e monitorimit.
- Fëmijë me pikë totale nën minimum (cut-off) – zona e trajtimit.

• Nëse pikët e fëmijës në një apo më shumë sektorë bien në zonën afër minimumit (-1DS deri në -2DS) rekomandohet që fëmija të monitorohet: testimi të ripërsëritet shpesh dhe prindërit të përfshihen në aktivitetet e edukimit shëndetësor mbi nevojat e zhvillimit psikomotor të fëmijës dhe mënyrat e stimulimit të tij.

- Nëse pikët e fëmijës në një apo më shumë sektorë bien nën minimum (nën -2DS) rekomandohet që fëmija të referohet për vlerësim të mëtejshëm.
- Gjithashtu, edhe nëse pikët e fëmijët bien afër minimumit në të gjitha zonat dhe prindi ka raportuar një problem në zhvillimin e përgjithshëm të fëmijës, sërisht fëmija duhet referuar për ndjekje shëndetësore më të specifikuar, në varësi nga gjykimi i mjekut të fëmijës.
- Fëmijët nën dhe afër minimumit duhet të merren në konsideratë për t'iu nënshtruar vlerësimeve diagnostikuese (jodepistuese si me ASQ-3). Sidoqoftë, edhe fëmijët me pikë mbi minimum duhet të vazhdojnë të ndiqen për të siguruar që po vazhdojnë progresin.

Kush mund ta bëjë depistimin?

Një nga avantazhet e testit depistues “Age and Stages” është që shumë profesionistë dhe para profesionistë të trajnuar mund ta trajtojnë testin me efektivitet. Praktika më e mirë e rekomanduar është që personi që do të administrojë testin depistues të komunikojë me kujdestarin e fëmijës (prind, edukator) dhe të aftësohet për të vjelur informacionin nga kujdestari gjatë procesit të depistimit. Disa shtete në SHBA, për aplikimin e këtij testi përdorin infermierët e shëndetit publik, punonjësit socialë që merren me fëmijët, etj. Gjithashtu, praktikë shumë e mirë është përfshirja e kujdestarëve në këtë depistim, pasi atyre u është mundësuar udhëzimi paraprak mbi procesin e depistimit, rritjes e zhvillimit normal të fëmijës.

Vlefshmëria e testit Age & Stage Questionnaires-3

Specificiteti i përgjithshëm i ASQ-3 është 86%, me një sensitivitet mesatar prej 85%. Vlefshmëria e tij është matur duke e krahasuar me Inventarin e Zhvillimit Battelle. Besueshmëria test-ritest dhe e brendshme është e fortë ($r = 0.94$). Studimet mbi zbatueshmërinë e ASQ-3 në Qendrat Shëndetësore Parësore demonstruan që ai ishte praktik, me pak kosto dhe nuk e pengonte aktivitetin normal të Qendrës.

Besueshmëria e testit ASQ-3

Besueshmëria mat qëndrueshmërinë dhe stabilitetin e matjeve. Në përgjithësi besueshmëria mbi 90% konsiderohet e shkëlqyer, 70-90% konsiderohet e lartë, 50-70% e mesme dhe nën 50% besueshmëri e ulët. Rezultatet e besueshmërisë së ASQ-3, të matura me metoda të ndryshme janë:

- Besueshmëria test-ritest = 92%
- Besueshmëria midis studiuesve (prindër-profesionistë) = 93%
- Konsistenca e brendshme = e mesme deri në e lartë.

Vlefshmëria

Vlefshmëria ka të bëjë me faktin sesa instrumenti matës mat pikërisht atë që ka për qëllim të masë.

- Vlefshmëria e kriterit (si “standard i artë” është përdorur testi i standardizuar Battelle Developmental Inventory) = 82.6-88.9%
- Sensitiviteti = 82.5-89.2%
- Specificiteti = 77.9-92.1%

Konkluzionet

Si përfundim mund të themi se, përdorimi i kësaj metode depistuese zgjidh dy probleme kryesore të vlerësimit të deritanishëm të zhvillimit psikomotor të fëmijëve: së pari zhduk intuicionin dhe subjektivizmin e vëzhgimit klinik nëpërmjet vlerësimit të pikëzuar të gjithë sektorëve psikometrikë, dhe së dyti ofron monitorim të kuantifikuar të zhvillimit të fëmijës nëpërmjet grafikëve të monitorimit psikomotor që gjenden në broshurën e testit ASQ-3. Ky testim lehtëson komunikimin e strukturuar midis prindërve dhe profesionistëve të shëndetit, përmirëson ndjekjen e zhvillimit të fëmijës si nga prindërit ashtu dhe profesionistët, si dhe rrit ndërgjegjësimin e prindërve mbi zhvillimin e fëmijëve të vet. Ai është aktualisht testi depistues psikomotor më i standardizuar, i cili po vazhdon të standartizohet në mbarë globin.

Gjetjet e këtij punimi rekomandojnë përdorimin sistematik të ASQ-3 në shërbimin parësor në Shqipëri, si pjesë integrale e vlerësimit të zhvillimit të fëmijëve 0-6 vjeç, si dhe krijimin e database-ve me grafikët e monitorimit të zhvillimit psikomotor të fëmijëve, me qëllim vlerësimin e testit dhe standardizimin e tij në popullatën shqiptare.

Bibliografia

Brooks, S & the Northern California Training Academy 2010, Implementing Ages and Stages screening tools in Child Welfare Services: A tool kit. University of California, Davis.

Erebare, Gj 2012, Heshtja para probleme në komunikim. Gazeta KOHA. 03/01/2012. <http://www.koha.mk/opinion/10387.html>.

King, TM, Tandon, SD, Marcias, MM, Healy, JA, Duncan, PM, Swigonski, NL, et al. (2010, February). Implementing developmental screening and referrals: lessons learned from a national project. *Pediatrics*, 125, 350-360 (Epub 2010 Jan 25).

Linda, R, Nina, SL, Karen, GO'C, Sanford, Sh& Lynn, MO 2009, Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood.

McCrae, JS, Cahalane, H & Fusco, RA 2011, Directions for developmental screening in child welfare based on the ages and stages questionnaires. University of Pittsburgh, School of Social Work, Child Welfare Education and Research Programs. *Children and Youth Services Review* 33 (2011) 1412-1418.

McKnight, S 2014, Implementing the Ages and Stages questionnaire in health visiting practice. *Community Pract.* 2014 Nov;87(11):28-32. PMID:25612412.

Pan American Health Organization. Monitoring Child Development (0-6 years) In the IMCI context (2nd edition) Washington, D.C.: PAHO © 2012. (PAHO/FCH/HL/11.4.I). ISBN: 978-92-75-11660-9. Fq. 2-5, 40-41.

Schonhaut, L 2013, Validity of the Ages and Stages Questionnaires in Term and Preterm Infants. 2013; DOI: 10.1542/peds.2012-3313.

Suli, A 1992, Standardizimi i zhvillimit psikomotor të fëmijëve të vegjël dhe parashkollor të qytetit të Tiranës.

Veldhuizen, S, Clinton, J, Rodriguez, C, Wade, TJ, Cairney, J 2014, AcadPediatr. Concurrent Validity of the Ages and Stages Questionnaires and Bayley Developmental Scales in a General Population Sample. Sep 12. pii: S1876-2859(14)00279-4. doi: 10.1016/j.acap.2014.08.002. PMID:25224137.

Hetimi i shpërthimeve epidemike në vitin 2013

Elona Kureta¹, Artan Simaku¹, Adela Vasili¹, Eugena Erindi¹,
Luljeta Alla¹

¹Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

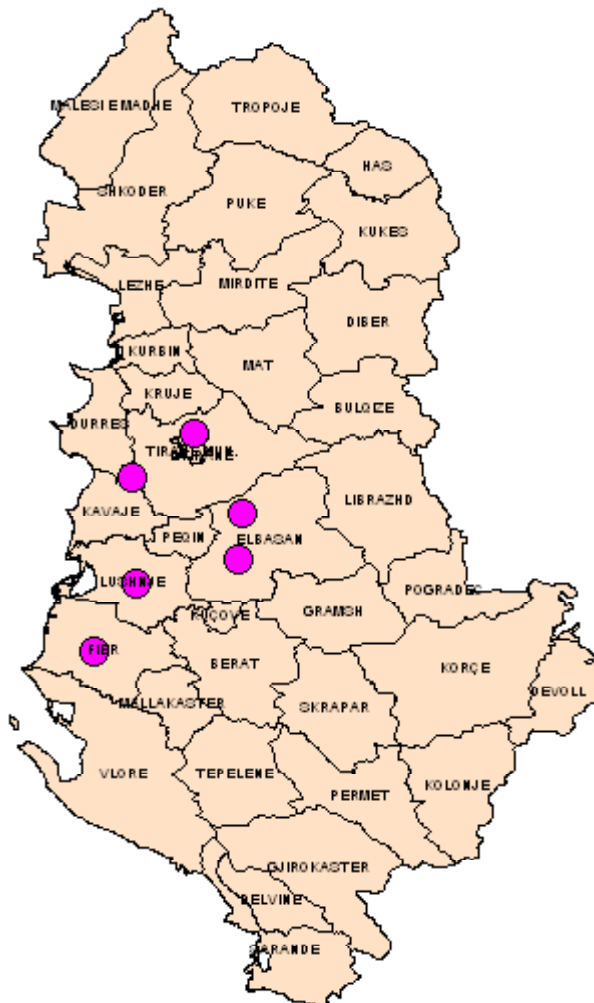
Hyrje

Sëmundjet me natyrë ushqimore përfshijnë intoksikacionet dhe infeksionet që vijnë si pasojë e konsumit të ushqimeve të ndotura (World Health Organization, 2008). Shpesh ato njihen edhe si “helmime ushqimore”. Një nga shkaktarët kryesorë të këtyre sëmundjeve është *Salmonella* së cilës i njihen shumë nëntipe (Tibayrenc 2007).

Salmonella enteritidis është një nga serotipet më të përhapura të bakterit *Salmonella* në të gjithë botën (Cohen 2003). Vezët janë një nga burimet kryesore të lidhura me infeksionet nga *Salmonella enteritidis*. Nëse vezët e kontaminuara konsumohen të pagatuara mirë, bakteri mund të shkaktojë sëmundjen. Megjithatë, vezët intakte (me lëvozhgë të paprekur) mundet gjithashtu të jenë të infektuara nga *Salmonella*, pasi ky bakter mund ta infektojë vezën që në embrion, domethënë përpara krijimit të lëvozhgës (Heymann 2008). Prandaj, nuk ka asnjë mënyrë për të përcaktuar nëse një vezë është ose jo e infektuar thjesht duke u nisur nga paraqitja e jashtme e saj (ngjyra, madhësia, forma, shija apo burimi i vezës). Ushqimet më të prekura nga ky bakter, përveç vezëve, janë: mishi i pulës, qumështi jo i pasterizuar, mishi i derrit, i vçit, etj. (Talley dhe bp. 2007).

Në vendin tonë gjatë vitit 2013 në departamentin e Kontrollit të Sëmundjeve Infektive janë raportuar 6 shpërthime epidemike me natyrë ushqimore, të cilat në aspektin gjeografik paraqiten nëpërmjet hartës në vijim.

Figura 1. Rrethet ku kanë ndodhur shpërthime epidemike me origjinë ushqimore



Në përgjithësi, objektivat e hetimit epidemiologjik të shpërthimeve epidemike përmbledhen si vijon:

- Identifikimi i burimit të shpërthimit.
- Vlerësimi i përhapjes.
- Marrja e masave të nevojshme të kontrollit dhe parandalimit të shpërthimeve të ngjashme në të ardhmen.

Mbledhja e të dhënave realizohet kryesisht në mënyrë retrospektive. Mbledhja e të dhënave ka për qëllim identifikimin e ushqimeve dhe rrethanave të mundshme shkaktarë të shpërthimeve përkatëse. Është e domosdoshme të përkufizohet saktë “rasti”, dmth. shenjat dhe simptomat që duhet të jenë të pranishme te një individ i prekur, në mënyrë që ai/ajo të jetë një subjekt i prekur nga shpërthimi epidemik me natyrë ushqimore për të cilin bëhet fjalë. Natyrisht, përcaktimi i rastit varion në varësi të shkaktarit (mikroorganizmit shkaktar të shpërthimit), si dhe të një sërë karakteristikash të tjera të individëve të prekur, kohës dhe vendit ku ka ndodhur shpërthimi.

Në vijim po përshkruajmë shpërthimet epidemike me natyrë ushqimore në Shqipëri për vitin 2013, në të cilat është përfshirë *Salmonella*.

Shpërthim 1: Intoksikacion alimentar**Vendi:** Komuna Rremas, rrethi Lushnje**Periudha kohore:** 14-16 Korrik 2013

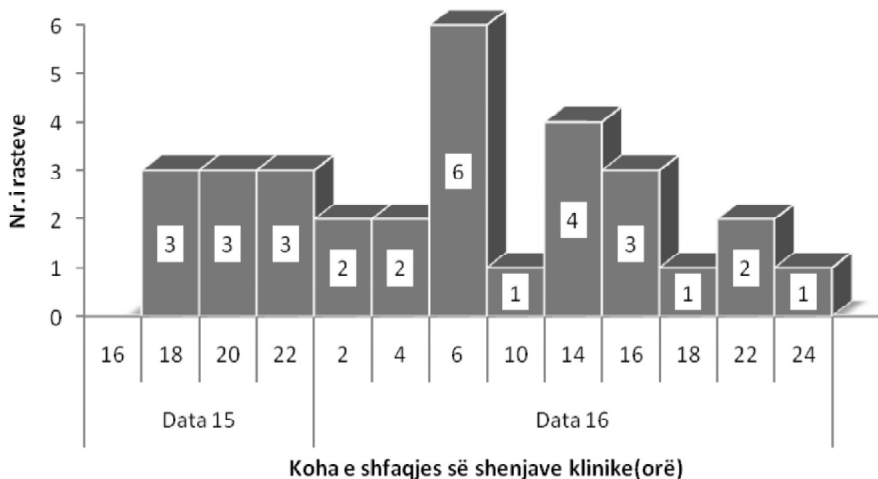
Epidemiologu i rrethit të Lushnjes njofton më datë 14.07.2013 për 6 raste (fëmijë) nga fshati Kamenicë, komuna Rremas e rrethit të Lushnjes, të cilët kanë konsumuar shalqinj të gjithë së bashku. Pas dy orësh fëmijëve u kanë filluar shenja klinike të tilla si dhimbje koke, temperaturë e moderuar, të vjella dhe diarre. Fëmijët u paraqitën në spitalin e rrethit për mjekim, kryesisht perfuzione. Në vatrën e shpërthimit u krye hetimi epidemiologjik dhe u morën mostra (feçe) nga pacientët për ekzaminim bakteriologjik në Institutin e Shëndetit Publik, të cilat rezultuan pozitive për *Salmonella enteritidis*.

Shpërthim 2: Toksiko-infeksion alimentargjatë një dreke në një restorant**Vendi:** Qyteti i Elbasanit**Periudha kohore:** 15-17 Korrik 2013

Një studim kohort retrospektiv u zhvillua me qëllim identifikimin e ushqimeve dhe rrethanave të mundshme shkaktarë të këtij shpërthimi. Përcaktimi i rastit ishte çdo individ që zhvilloi diarre të shoqëruar me një nga këto shenja klinike: temperaturë, dhimbje barku dhe të vjella, brenda tri ditëve nga konsumi i ushqimeve gjatë drekës në restorantin në fjalë. U kryen analizat bakteriologjike për të gjitha mostrat e marra nga pjesëtarët në drekë për identifikimin e shkaktarëve të këtij toksiko-infeksioni alimentar. Për çdo pjesëmarrës në drekë u plotësua një pyetësor i standardizuar, që përfshinte të dhëna demografike, klinike, si dhe ato të lidhura me konsumin e ushqimeve të ndryshme. Të dhënat u analizuan në programin EPI-Info.

Në total, personat që morën pjesë në drekë ishin 41, ku 4 prej të cilëve ishin stafi i restorantit dhe 37 pjesëmarrës të ftuar në drekë. Nga këta, 31 (75.6%) persona paraqitën shenja klinike, 29 (93.5%) e të cilëve u shtruan në spital, kurse 2 (6.5%) persona u mjekuan në mënyrë ambulatorë.

Nga personat pjesëmarrës në drekë shumica ishin femra 36 (87.8%) dhe vetëm 5 (12,2%) ishin meshkuj. Moshë e tyre varioje nga 12 deri në 62 vjeç (mosha mediane 59 vjeç). Moshë mesatare ishte 46.8 ± 14 . Figura 2 paraqet kurbën epidemike të këtij shpërthimi. Ajo që vihet re është se, shenjat e para fillojnë rreth 4 orë pas konsumit të ushqimit në pacientët që u paraqitën në Urgjencën e Spitalit Rajonal të Elbasanit. Periudha mesatare e inkubacionit ishte 16.9 ± 9.2 orë. Të gjithë pjesëmarrësit në drekë u shfaqën në klinikë brenda 48 orëve nga konsumi i ushqimit.

Figura 2. Kurba epidemike, Elbasan, Korrik 2013

Shenjat klinike që dominuan te të sëmurët ishin diarre në 30 (96.7%) raste, të vjella në 24 (77.4%) raste, temperaturë në 19 (61.3%) raste dhe dhimbje barku në 17 (54.8%) raste.

Ushqimet e konsumuara

Nga hetimi epidemiologjik dhe analiza statistikore e të dhënave në lidhje me 14 llojet e ushqimeve dhe pijeve të konsumuara në drekë, tre prej tyre kishin lidhje statistikisht domethënëse me sëmundjen. Kështu, personat që kishin konsumuar tiramisu (ëmbëlsirë e përgatitur në restorant) kishin 5.8 herë rrezik më të lartë për të zhvilluar sëmundjen sesa personat që nuk kishin konsumuar tiramisu, (RR=5.8, 95% CI=1.63-20.5, $p<0.01$), e ndjekur nga konsumi i picës kapriçoza me (RR=1.6, 95% CI=1.12-2.02, $p<0.01$) dhe pica 4 stinët (RR=1.5, 95% CI=1.11-1.96).

Rezultate laboratorike

Në total u mblodhën 32 mostra feçe nga pjesëtarët në drekë, nga të cilat 23 (71.8 %) dolën pozitiv me *Salmonella enteritidis*. Të gjithë personat që dolën pozitiv me *Salmonella enteritidis* kishin konsumuar ëmbëlsirën tiramisu.

Shpërthim 3: Intoksikacion alimentar

Vendi: Komuna Pezë, rrethi Tiranë

Periudha kohore: 19-20 Gusht 2013

Më datë 20.08.2013 u informuam për disa raste intoksikimi alimentar nga rrethi i Tiranës. Pas informacionit të marrë dhe evidentimit të rasteve në Spitalin Infektiv të Tiranës, rezultoi se ishin shtruar 4 persona të grupmohës së rritur që vinin nga fshati Pezë e Vogël, pjesë e Komunës Pezë. Rastet paraqisnin klinikë me dhimbje barku, temperaturë, diarre profuze dhe të vjella. Nga hetimi epidemiologjik rezultoi se kishin kërkuar ndihmë mjekësore në Qendrën Shëndetësore të Pezës edhe dy raste të tjera, por nuk ishin hospitalizuar, ndërsa 9 raste ishin trajtuar në Spitalin Infektiv mbrëmjen e datës 19.08.2013, dhe më pas kishin dalë nga spitali.

Rastet kishin shpërndarje gjeografike në Vaqarr, Pezë-Helmes dhe një rast në Baldushk. Rastet i përkisnin anëtarëve të dy familjeve.

Nga pyetësi i kryer në rastet e hospitalizuara rezultoi se, të dyja familjet kishin konsumuar pasta dhe tortë të blera nga secila familje, njëra familje në Vaqarr dhe tjetra në Pezë-Helmes. Nga gjurmimi i mëtejshëm në terren rezultoi se të dyja ëmbëlsirat ishin shitur nga e njëjta pastičeri me qendër në Vaqarr.

Për totalin e 15 rasteve, gjatë këtij intoksikacioni u morën mostra feçesh për ekzaminimin e koprokulturës, si dhe u krye njëkohësisht gjurmimi në vatër (pastičeri) dhe në Qendrën Shëndetësore të Vaqarrit, nga ku morëm mostra të tjera, si ushqimore ashtu dhe mostra feçesh të personelit për ekzaminimin e koprokulturave.

Shpërthim 4: *Rastet me gastroenterit akut të paraqitura në Spitalin Infektiv, QSUT*

Vendi: Parku kombëtar i Dajtit, rrethi Tiranë

Periudha kohore: 23-24 Gusht 2013

Pasi u njoftuam nga Spitali Infektiv për disa raste me gastroenterit akut të paraqitura në këtë spital, ekipi i ISHP-së shkoi atje për kryerjen e hetimit epidemiologjik. Nga të dhënat e mbledhura nga regjistri i vizitave, kartelat mjekësore dhe kontakti me mjekët rezultoi se dy persona ishin të shtruar, ndërsa gjashtë persona që ishin paraqitur për vizitë, rezultuan se kishin gjendje të mirë shëndetësore pas terapisë.

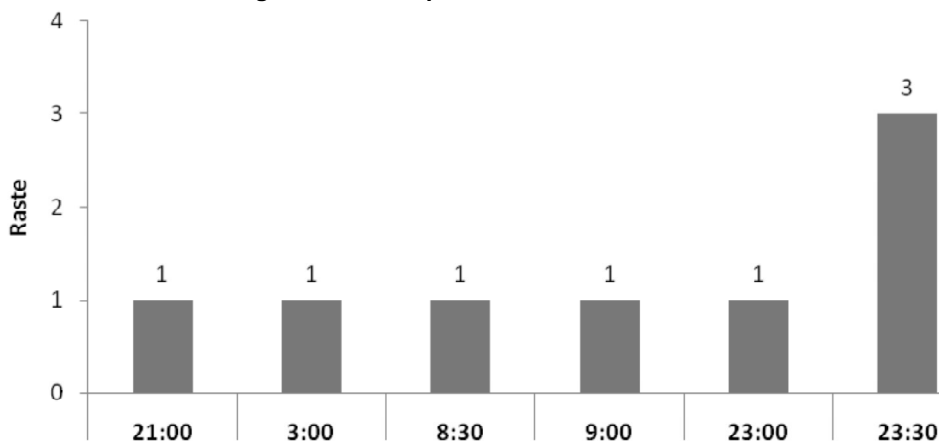
Historia e rasteve

Më datë 24.08.2013, një grup prej rreth 25 personash të afërm midis tyre nga Shkoza, Tiranë, organizuan një piknik në natyrë në Dajt nga ora 15⁰⁰- 19⁰⁰. Gjatë piknikut janë konsumuar ushqime të marra me vete nga shtëpia dhe të përgatitura në çast gjatë piknikut. Ushqimet e konsumuara listohen në vijim:

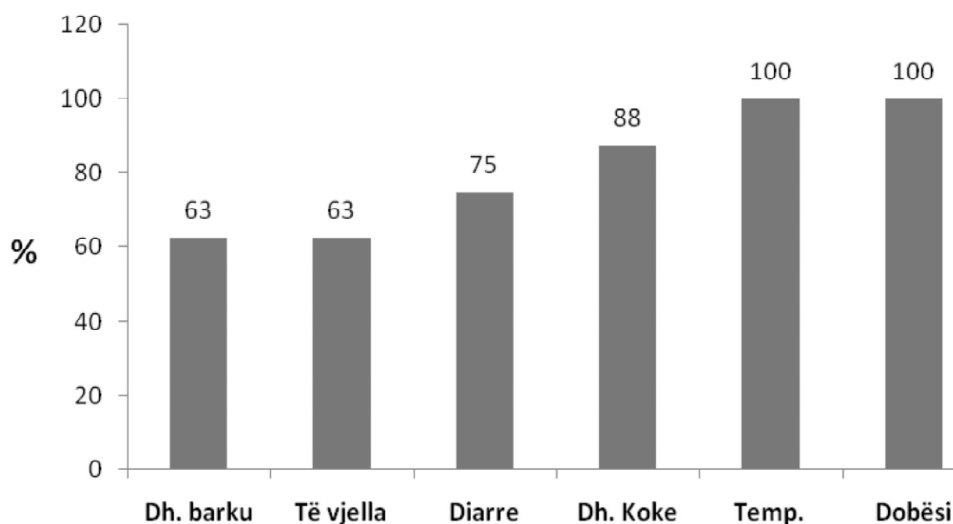
- mish keci në hell, sallatë domate, sallatë jeshile, djath i bardhë, djath kaçkavall, patate të pjekura në prush, perime zgare (patëllxhanë, spec, kungull), ujë i blerë, verë, birra Tirana, raki, fanta, kola, sprite, rrush, shalqi, pjepër dhe ëmbëlsirë (pastashu).

Mosha mesatare e pacientëve është 39.1±18.1 vjeç (spektri 18-58 vjeç). Shpërndarja e 8 rasteve sipas grupmoshës ishte: një rast (12%) ≤20 vjeç; 3 raste (38%) 21-30 vjeç dhe 4 raste (50%) 51-60 vjeç.

Figura 3 paraqet kurbën epidemike të këtij shpërthimi (kohën e fillimit të shenjave dhe simptomave). Periudha mesatare e inkubacionit është 42.7±10.8 orë (spektri 26-53 orë).

Figura 3. Kurba epidemike, Tiranë, Gusht 2013

Ndërkohë, figura 3 në vijim paraqet shpërndarjen e shenjave klinike dhe simptomave midis rasteve të prekura nga ky shpërthim. Dhimbje barku dhe të vjella ishin shfaqur në 5 (63%) raste, diarreja ishte e pranishme në 6 (75%) raste, dhimbja e kokës në 7 (88%) raste, kurse dobësia dhe temperatura ishte e pranishme në 100% të rasteve.

Figura 4. Frekuenca e shenjave klinike dhe simptomave midis rasteve, Tiranë

Të gjithë pjesëmarrësit në piknik kishin konsumuar ushqimet e sipërpërmendura, përveç ëmbëlsirës (pastashu) të blerë në lokalit afër zonës së “Freskut” (pacientët nuk e tregonin emrin e lokalit për shkak se ishte i afërm i tyre).

Tabela 1. Lidhja midis konsumit të ëmbëlsirës dhe shenjave klinike të gastroenteritit

		Shenja klinike		
		Po	Jo	Total
Konsum i ëmbëlsirës	Po	6	2	8
	Jo	2	15	17
Total		8	17	25

Rreziku Relativ (RR) u vlerësua në 6.3, me një interval besimi 95% CI: 1.6 - 24.8 ($p < 0.01$). është e qartë se, faktori shkaktar i këtij shpërthimi gastroenteritit ishte konsumi i ëmbëlsirës në fjalë, e cila duhet të ketë qenë e kontaminuar. Nga pacientët e shtruar dhe të kthyer u morën 3 mostra (tamponë rektale) për ekzaminim në ISHP. U njoftua Shërbimi i Epidemiologjisë së DShP-së Tiranë për rastet dhe kryerjen e hetimit në dyqanin e ëmbëlsirave.

Shpërthim 5: Gastroenterit akut në një dasëm

Vendi: Komuna Cakran, rrethi Fier

Periudha kohore: 26-28 Gusht 2013

Pas njoftimit nga Drejtoria e Shëndetit Publik (DSHP) Fier për disa raste me gastroenterit akut të paraqitura në Spitalin Rajonal të këtij rrethi, ekipi i ISHP-së shkoi për kryerjen e hetimit epidemiologjik.

Në dasmën e zhvilluar në një lokal në fshatin Gorishovë të Komunës së Cakranit në rrethin e Fierit, ku morën pjesë 320 persona të ardhur nga fshatrat përreth, ceremonia zgjati rreth 5 orë duke filluar nga ora 12⁰⁰ e drekës. Menuja e ofruar përmbante 12 lloje ushqimesh të gatuar në restorant, si dhe 4 lloje pijesh të konsumuara gjatë drekës.

Midis 320 personave të pranishëm në këtë ceremoni martesë, 165 prej tyre kërkuan ndihmën mjekësore. Moshë mesatare e pacientëve ishte 31.9 ± 19.6 vjeç (spektri 1-80 vjeç), nga të cilët 85 (51.5%) ishin femra dhe 80 (48.5%) meshkuj. Shpërndarja e rasteve të prekura nga ky shpërthim sipas grupmoshës së tyre paraqitet në Tabelën 2. Vërehet mbizotërim i rasteve në grupmoshat 11-20 vjeç dhe 41-50 vjeç (24.1% dhe 18.4% të numrit total të rasteve, përkatësisht).

Tabela 2. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Grupmosha	N	%
≤10	24	13.8
11-20	42	24.1
21-30	27	15.5
31-40	21	12.1
41-50	32	18.4
51-60	12	6.9
>60	16	9.2
Total	165	100.0

Në total janë hospitalizuar 52 pacientë ose rreth 30% e totalit të tyre (Figura 5). Nga totali i 52 pacientëve të hospitalizuar, në Repartin e Pediatriisë Infektive janë shtruar gjithsej 27 (52%) pacientë (24 në rrethin e Fierit dhe 3 në rrethin e Vlorës). Në Repartin e Infektivit janë shtruar gjithsej 25 (48%) pacientë (22 në rrethin e Fierit dhe 3 në rrethin e Vlorës). Pacientët e shtruar në Pediatri përbëjnë 77% të totalit të pacientëve të moshës pediatrike 1-14 vjeç (27/35), kurse pacientët e shtruar në Infektiv përbëjnë 18% të totalit të pacientëve të moshës ≥ 15 vjeç (25/139).

Figura 5. Numri i pacientëve të shtruar në repartin e Pediatriisë dhe Infektivit

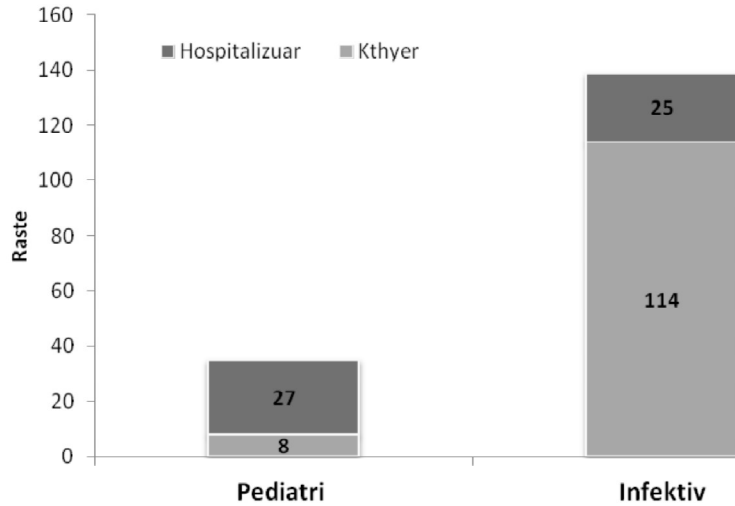
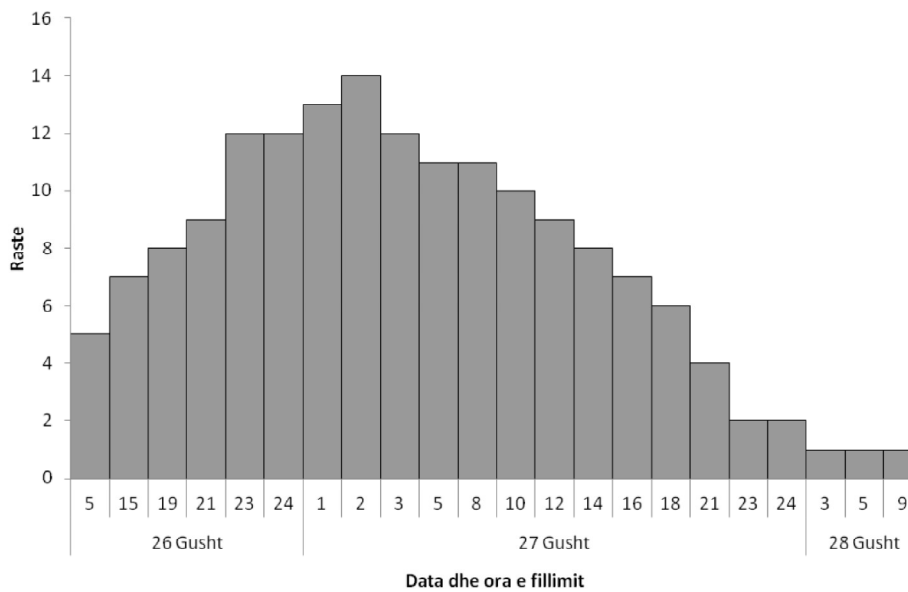


Figura 6 paraqet kurbën epidemike të këtij shpërthimi. Kurba epidemike është tipike e ekspozimit me burim pikësor. Koha mesatare e inkubacionit është 39.5 ± 13.9 orë.

Figura 6. Kurba epidemike, Komuna Cakran, Fier, Gusht 2013



Personat e paraqitur në spital shfaqën shenja klinike, ku më e shpeshta ishte temperaturë në 156 (94.5%) raste, dobësi kanë shfaqur 149 (90.3%) raste, dhimbje barku 138 (83.6%) raste, dhimbje koke 121 (73.3%) raste, të vjella 54 (32.7%) raste dhe diarre 50 (30.3%) raste (Figura 7).

Figura 7. Frekuenca e shenjave klinike dhe simptomave midis rasteve, Cakran, Fier

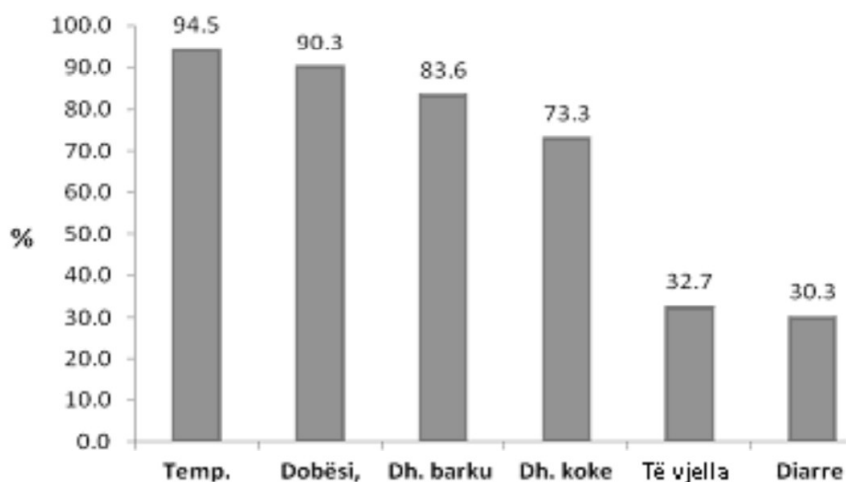
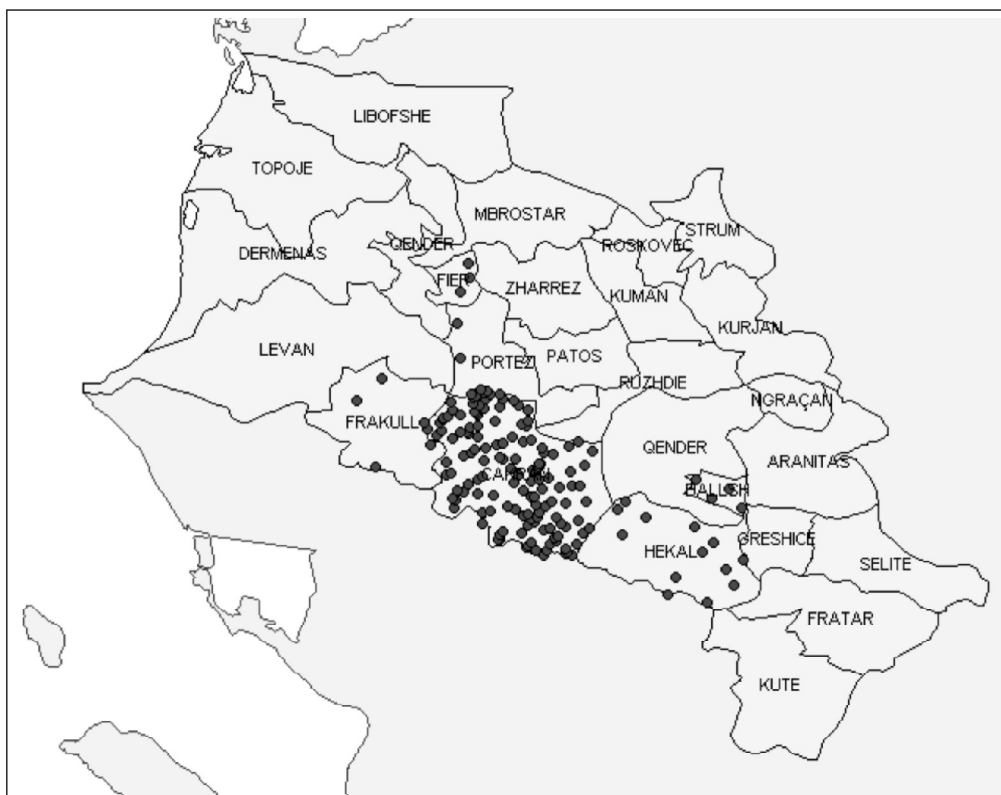


Figura 8 paraqet shpërndarjen gjeografike të rasteve të këtij shpërthimi.

Figura 8. Shpërndarja e rasteve të prekura nga shpërthimi në Cakran, Fier, sipas vendbanimit të tyre



Ekzaminimet Laboratorike

Nga 16 mostrat e analizuar, 9 (56.2%) prej tyre dolën pozitiv për *Salmonella enteritidis*.

Përfundime

Nga hetimet epidemiologjike të këtyre shpërthimeve mund të themi se shkaktari ishte *Salmonella enteritidis*, e lidhur kjo me konsumin e ushqimeve të përgatitura dhe të ruajtura në restorante në kushte të papërshtatshme. Nga specialistët e seksionit të ushqimit pranë ISHP-së nuk u arritën të merreshin mostra ushqimesh si rezultat i mosgjetjes së tyre në momentin e inspektimit.

Masat që u morën ishin:

- Mbyllja e restoranteve përkatëse në të dy rrethet ku u shfaqën raste të shpërthimit.
- Monitorimi i rasteve pozitive deri në negativizim të tyre.
- Monitorimi i situatës në vazhdimësi.

Shpërthim 6: Intoksikacion alimentar

Vendi: Cërrik, rrethi Elbasan

Periudha kohore: 9-10 Tetor 2013

Në datë 10.10.2013 njoftohemi nga DSHP-ja e rrethit të Elbasanit për disa pacientë të shtruar në Spitalin Infektiv me diagnozën “gastroenterit” të cilët janë frekuentues të llixhave në Cërrik. Me marrjen e njoftimit nisët në vatër për hetimin epidemiologjik grupi i punës i ISHP-së i përbërë nga epidemiologë dhe laborantë. Hetimi u krye në bashkëpunim me epidemiologun dhe higjienistin e rrethit.

Historia e rasteve

Pacientët e shtruar në spital kishin shkuar me pushime në fshatin Tregan pranë llixhave, ku banonin në një shtëpi dykatëshe. Gjithsej ishin 22 persona pushues që qëndronin në këtë shtëpi. Pushuesit banonin në 5 dhoma dhe gatuanin po aty. Çdo dhomë ishte e ndarë në mënyrë të veçantë nga dhomat e tjera dhe personat, që përkohësisht jetonin aty, nuk shkëmbejnë ushqimin e gatuar ndërmjet tyre.

Në datën 8 tetor 2013, në darkë rreth orës 21:00, pronari i banesës u ofron ëmbëlsirë trileçe të gjithë pushuesve (gjithsej 22 persona), pasi e kishte konsumuar ëmbëlsirën me familjarët e tij më parë, gjithsej 7 persona. Të nesërmen në datën 9 tetor 2013, 11 prej pushuesve paraqitën shqetësime gastrointestinale me temperaturë, të përziara, të vjella dhe diarre, dhe u paraqitën në Spitalin Rajonal të rrethit të Elbasanit për trajtim mjekësor të specializuar. Shqetësimet kishin filluar rreth orës 9 të mëngjesit duke u ashpërsuar në orët e pasdites, kur u paraqitën në Repartin e Urgjencës së Spitalit në Elbasan. Midis personave të paraqitur në këtë spital, 7 prej tyre shtrohen në spital, ndërsa katër të tjerët kthehen pas terapisë ditore. Nga familjarët e shtëpisë asnjë nuk kishte shenja gastrointestinale.

Nga kontrolli i ushtruar në Qendrën Shëndetësore të qytetit Cërrik u konstatua se nuk kishte shtim të numrit të rasteve të vizitave me çrregullime gastrointestinale, dhe asnjë rast që nuk kishte lidhje me konsumin e ëmbëlsirave të kësaj punishteje.

Ekipi shkoi në Cërrik tek ëmbëltorja ku ishte marrë ëmbëlsira dhe konstatoi që ëmbëlsira ishte përgatitur në orën 12:00 të datës 8 tetor 2013, dhe në orën 12:30 ka mbërritur në llixha (në shtëpinë e banimit). Ëmbëlsira ishte e ndarë në tri kuti të veçanta. Sipas pronarit të shtëpisë së banimit, trileçja ka qëndruar në frigorifer nga momenti i marrjes deri në darkë kur është konsumuar.

Në punishten e ëmbëlsirave u morën për ekzaminim përbërësit e ëmbëlsirave. U kontrolluan librezat shëndetësore të dy punonjësve që janë dhe pronarët e lokalit, u morën mostra nga duart dhe tampone rektale për ekzaminim bakteriologjik, si dhe mostra nga ambienti dhe mjetet e punës. U mbajt proces-verbali i Inspektoratit Sanitar Shtetëror dhe u mbyll lokali deri në përfundimin e ekzaminimeve. Pasticierëve dhe shitësve të dyqanit iu kërkua rifreskimi i librezave shëndetësore. Gjithashtu u morën mostra nga pacientët e shtruar në spital, nga pushuesit e tjerë dhe familjarët e shtëpisë së banimit, si dhe mostra nga uji i pijshëm i shtëpisë së banimit.

Nga ekzaminimi bakteriologjik i mostrave (tampon rektal) të marra pranë Spitalit Infektiv Elbasan dhe llixhave në Elbasan, në pacientë të hospitalizuar pranë këtij spitali, frekuentues të llixhave, si dhe në dy punonjës të lokalit, me datë 10.10.2013 rezultoi që një prej punonjësve të lokalit dhe 6 prej pacientëve ishin të infektuar nga *Salmonella enteritidis*.

Nga ana e DSHP-së së rrethit u krye dezinfektimi i shtëpisë ku qëndronin pushuesit. U vendos, që vatra të jetë në observim dhe të ndiqet në dinamikë nga specialistët e DSHP-së.

Ndërkohë, disa nga pacientët e paraqitur në Spitalin Rajonal të Elbasanit dhe të prekur nga ky shpërthim epidemik ishin nga rrethi i Fierit dhe i Lushnjës. U njoftuan epidemiologët e rretheve përkatëse për ndjekjen e mëtejshme të rasteve dhe monitorimin e situatës në vazhdim.

Bibliografia

Cohen, J 2003, Infectious Disease, 2nd edition.

Tibayrenc, M 2007, Encyclopedia of Infectious Diseases.

Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and Control. World Health Organization 2008.

Heymann, DL 2008, Control of Communicable Disease Manual.

Talley, N, Locke, GR, Saito, Y2007, GI Epidemiology.

Vlerësimi i situatës së furnizimit me ujë dhe saniteti në zonat e përmbytura në Bashkinë Kamëz, Tiranë

Valbona Bara¹, Arben Luzati¹, Zaira Poga¹, Anilda Kokali¹,
Oltiana Petri¹, Edjona Bici¹

¹Departamenti i Shëndetit dhe Mjedisit

Hyrje

Në zbatim të Urdhrit të Ministrit të Shëndetësisë, Nr. 550 Prot., datë 17.10.2013, “Për marrjen e masave në ndihmë të popullatës së përmbytur në disa zona të banuara të periferisë së Tiranës”, seksioni i Ujit dhe Sanitetit në departamentin Shëndeti dhe Mjedisit, në datat 29-30 tetor 2013 u angazhua në monitorimin e cilësisë së ujit të pijshëm, ujit të puseve familjare, sanitetin e ujërave të përdorura dhe mbeturinave të ngurta urbane në disa nga zonat e përmbytura të Bashkisë Kamëz, më konkretisht në zonën e Valiasit të Ri, Valiasit të Vjetër, Zonën e Frutikulturës dhe Bathores, sidomos në Lagjen Nr. 7, aty ku numri i banesave të përmbytura ka qenë më i madh.

Për vlerësimin e furnizimit me ujë të pijshëm të popullatës së prekur nga fenomeni i përmbytjes, puna jonë u fokusua në këto drejtime (World Health Organization 2003):

1. Vlerësimi higjieno-sanitar i veprave të ujësjellësive në zonat e prekura nga përmbytja dhe marrja e mostrave të ujit të pijshëm nga burimet ujore – pika fundore, në këto zona (World Health Organization 2000):

- Valiasi i Vjetër.
- Valiasi i Ri (zona e minierës Valias).
- Zona e Frutikulturës (banesat mbi kanalin që mbledh ujërat e zeza dhe të shiut, si dhe ujësjellësin).
- Bathore (Lagja Nr. 1 dhe Nr. 3, si dhe Lagja Nr.7 e cila pjesërisht furnizohet nga ujësjellësi i Bovillës dhe pjesërisht furnizohet me puse. Në këtë lagje kanë qenë problemet më të mëdha nga përmbytjet).

2. Vlerësimi i cilësisë së ujit të puseve familjare në zonat e prekura nga përmbytja (marrja e mostrave dhe vlerësimi higjieno-sanitar i puseve).

3. Vlerësimi higjierno-sanitar i sistemit të ujërave të përdorura në zonat e prekura nga përmytja (Hutton 2001).

Grupi i punës në bashkëpunim me Drejtorinë e Ujësjellës-Kanalizimeve në Bashkinë Kamëz, kreu inspektimin në stacionin e pompimit në Valias, ku ndodhen 4 stacione pompimi. Në momentin e inspektimit vetëm 2 prej tyre ishin në gjendje pune. Stacionet e pompimit ishin të rrethuara me breza mbrojtës. Nga këto stacione pompimi furnizohen me ujë zona e Kamzës dhe një pjesë e Frutikuturës dhe Valiasit (zona e prekur nga përmytja nuk furnizohet me ujë të pijshëm nga ujësjellësi).

Në stacionin e pompimit në Valias u morën mostra uji pas klorinimit edhe në puset familjare në zonat që më parë ishin të përmytura, konkretisht në zonën e Valiasit të Vjetër, Valiasit të Ri, Frutikuturës dhe Bathores, për analizë bakteriologjike dhe fiziko-kimike.

Tabela 1. Vendet e marrjes së mostrave të ujit të puseve në ish-zonat e përmytura

Nr.	Vendi i marrjes së mostrave	Mostër uji marrë nga:	Thellësia e pusit (m)
1	Stacioni i pompimit Valias	Ujë rrjeti	
2	Kamëz	Ujë rrjeti	
3	Valias i Vjetër	Ujë pusi	30- 33 m
4	Valias i Ri	Ujë pusi	30- 33 m
5	Frutikuturë	Ujë pusi	30- 33 m
6	Bathore (Lagjet Nr. 1,3 dhe 7)	Ujë pusi	7- 10 m

Figura 1. Vendet e marrjes së mostrave të ujit të puseve në ish zonat e përmytura (Valias-Frutikuturë-Bathore)



Në bazë të informacioneve që u morën nga banorët e zonave, aktualisht uji i puseve përdoret për të pastruar mjedisin përreth shtëpisë së tyre dhe për larjen e rrobave, ndërsa për pirje furnizohen nga autobotë të cilët kanë furnizuar në vazhdimësi popullatën. Nga informacioni i marrë nga banorët, u informuam se shumë pak familje kryejnë dezinfektimin e puseve.

Në zonën e Bathores furnizimi me ujë bëhet nga ujësjellësi i Bovillës, ku uji në rrjet është i pranishëm për një kohë shumë të kufizuar, rreth 20 minuta në mëngjes. Furnizimi me ujë të pijshëm i banorëve bëhet nga Ujësjellësi i Bovillës, nga autobotet dhe ujërat e ambalazuara. Uji i puseve familjare përdoret për përdorim komunal.

Sistemi i largimit të ujërave të përdorura dhe mbeturinave

Aktualisht, sistemi i kanalizimeve të Kamzës përbëhet nga rreth 35 km linjë kanalizimesh. Në zonat e inspektuara mbetet ende problem higjieno-sanitar sistemi i kanalizimeve, pasi jo e gjithë zona funksionon me sistem kanalizimesh (Valias, Frutikulturë).

Në figurat 2 dhe 3 jepen pamje nga kolektori kryesor buzë rrugës kryesore të Valiasit, i cili në momentin e inspektimit ishte i pastruar nga mbetjet urbane. Në këtë kolektor derdhen shkarkimet urbane edhe të zonës së Bathores.

Figura 2 dhe 3. Pamje nga kolektori i derdhjeve të shkarkimeve të lëngëta, Valias



Në zonën e Valiasit të Vjetër, Valiasit të Ri dhe Frutikulturës, shkarkimet e ujërave të zeza bëheshin në gropa septike dhe pastrimi i tyre bëhej 1-2 herë në muaj.

Në figurën 4 dhe 5 paraqiten pamje nga zona e Frutikulturës, në të cilën ndodhet kanali i shkarkimeve të ujërave të zeza. Informacioni mbi problematikën mjedisore, me impakt negativ në shëndet publik, i dy kanaleve kryesore të shkarkimeve urbane të Valiasit dhe Frutikulturës është paraqitur në informacionet e mëparshme.

Figurat 4 dhe 5. Kanali i madh i shkarkimeve urbane në zonën e Frutikulturës, Bashkia Kamëz

Edhe në inspektimin e datës 29-30.10.2013, në zonën e Frutikulturës, kanali kullues, siç shihet edhe nga fotot, ishte i mbushur me mbetje urbane.

Duke qenë se shumica e shtëpive janë afër njëra-tjetrës, problem higjieno-sanitar mbetet afërsia e gropave septike me pusët e ujit të hapura nga familjet e këtyre zonave. Gjithashtu, problem higjieno-sanitar në këtë zonë mbetet menaxhimi i mbetjeve të ngurta urbane (mungon grumbullimi dhe largimi i organizuar i mbetjeve nga ana e pushtetit vendor Kamëz).

Në tabelat 2-5 në vijim paraqiten rezultatet analitiko-bakteriologjike të mostrave të ujit në zonën e Valiasit dhe Frutikulturës (Tabela 2), analizat fiziko-kimike të mostrave të ujit në zonën e Valiasit dhe Frutikulturës (Tabela 3), analizat bakteriologjike dhe fiziko-kimike të puseve familjare në zonën e Bathores dhe në Kamëz (Tabela 4), dhe analizat fiziko-kimike të mostrave të ujit të marra në sistemin ujësjellës në zonën e Bathores dhe në Kamëz, si dhe në zonat e përmbytura (Tabela 5).

Tabela 2. Rezultatet e analizave bakteriologjike të marra në zonën e Valiasit dhe Frutikulturës

Nr.	Vendi i marrjes së mostrës (Valias, Frutikulturë).	Coliforme Totale	E. Coli	Str. Fekal
1	Stacioni i pompimit, pas klorinimit (Valias) ujë, pus-shpimi	0	0	0
2	Familja Lek Mhilli (Valias i Vjetër) ujë, pus-shpimi	Pa numërim	Pa numërim	Pa numërim
3	Familja Edmir Mahmutaj (Valias i Vjetër) ujë, pus-shpimi	15	5	11
4	Familja Rasim Xheçuka (Valias i vjetër) ujë, pus-shpimi	76	16	14
5	Familja Ali Aziraj (Valias i Ri) ujë, pus-shpimi	1	0	0
6	Familja Ismail Jahelezi (Frutikulturë) ujë, pus-shpimi	18	10	34

Tabela 3. Rezultatet e analizave fiziko-kimike të mostrave të marra në Valias dhe Frutikulturë

Nr.	Treguesit kimikë	Stacioni i pompimit, Valias	Familja Lek Mhilli	Familja Edmir Mahmutaj	Familja Rasim Xheçuka	Familja Ali Aziraj	Familja Ismail Jahelezi
1	Shija dhe era (numër hollimi)	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale
2	Ngjyra dhe pamja (mg/l shkalla Pt/Co)	Normale	I turbullt	Normale	Normale	Normale	Normale
3	pH (njësi pH)	7.43	7.44	7.52	7.42	7.5	7.48
4	Konduktiviteti elektrik ($\mu\text{S}/\text{cm}$)	860	880	880	800	860	1080
5	Lëndët pezull (mg/l)	0	49	0	0	0	0
6	Turbullira (njësi FTU)	0	24	0	0	0	0
7	Alkaliniteti Total (mg ekv/l)	6.1	8.2	8.1	8.2	8.3	9.1
8	Karbonate (mg/l)	0	0	0	0	0	0
9	Bikarbonate (si HCO_3^-)	366	486	492	486	498	546
10	Amoniaku (mg/l)	0.25	0.64	0.12	0.12	0.12	0
11	Nitrite (mg/l)	0	0.03	0	0	0	0.013
12	Nitrate (mg/l)	gjurmë	1.3	gjurmë	gjurmë	gjurmë	gjurmë
13	Fortësia Totale ($^{\circ}$ gjermane)	29.5	17.6	28.1	28	30.94	32.34
14	Fosfate (mg/l)	0.72	0.6	0.63	0.73	0.96	0.8
15	Lënda organike (mg/l)	0.64	0.96	0.48	0.48	0.32	0.4
16	Kloruret (mg/l)	53.1	46.09	42.5	49.6	53.1	120.5
17	Sulfate (mg/l)	100	100	100	95	100	110

Tabela 4. Rezultati i analizave bakteriologjike dhe fiziko-kimike të ujit të marra në datën 30.10.2013, gjatë inspektimeve higjieno-sanitare në zonën e Bathores dhe në Kamëz

Nr.	Vendi i marrjes së mostrës (Bathore, Kamëz)	Coliforme Totale	E. Coli	Str. Fekal
1	Ujë pus-shpimi, Familja Mustafa (Bathore)	540	360	310
2	Ujë pus-shpimi, Familja Selimi (Bathore)	23	7	18
3	Ujë pus-shpimi, Familja Murati (Bathore)	102	2	98
4	Ujë pus-shpimi, Familja Prençi (Bathore)	7	2	4
5	Ujë rrjeti ujësjellës, Lokali i Z.Terbo (Kamëz)	16	1	13

Tabela 5. Rezultatet e analizave fiziko-kimike të mostrave të marra në zonën e Bathores dhe në Kamëz

Nr.	Treguesit kimikë	Familja Mustafa (Bathore)	Familja Selimi (Bathore)	Familja Murati (Bathore)	Familja Prençi (Bathore)	Lokali i z.Terbo (Kamëz)
1	pH (njësi pH)	7.4	7.23	7.45	7.51	7.5
2	Konduktiviteti elektrik ($\mu\text{S}/\text{cm}$)	1130	910	1140	1100	900
3	Lëndët pezull (mg/l)	3	0	0	Gjurmë	2
4	Turbullira (njësi FTU)	1	0	0	24	1
5	Alkaliniteti Total (mg ekv/l)	-	-	-	-	8.8
6	Karbonate (mg/l)	-	-	-	-	0
7	Bikarbonate (si HCO_3^-)	-	-	-	-	528
8	Amoniaku (mg/l)	0.25	0.051	0.064	0.05	0.06
9	Nitrite (mg/l)	0.01	0.006	0.0038	0.0025	0.28
10	Nitrate (mg/l)	Gjurmë	Gjurmë	Gjurmë	Gjurmë	Gjurmë
11	Fosfate (mg/l)	0.79	0.83	0.8	0.83	0.84

Konkluzione analitike

- Nga analiza e mostrave të ujit të puseve të marra në zonën e Valiasit, Frutikulturës dhe në Bathore rezulton se, uji i puseve familjare bakteriologjikisht është i ndotur me praninë e Koliformëve fekalë dhe Streptokokut fekal. Gjithashtu, në aspektin fiziko-kimik, në mostrat e ujit vërehet prania e amoniakut.
- Nga analiza mikrobiologjike e mostrave të ujit të marra në ujësjellësin e Valiasit, mostra e ujit te stacioni i pompimit (pas klorinimit) rezulton e pastër bakteriologjikisht, ndërsa mostra e ujit e marrë në rrjetin ujësjellës në Kamëz rezulton me ndotje bakterore.

Konkluzione dhe Rekomandime

- Sistemi aktual i klorinimit të ujit të pijshëm, me injektim direkt në tubacionin kryesor të ujësjellësit, në stacionin e pompimit në Valias nuk garanton një dezinfektim të sigurt të ujit.
- Uji i puseve familjare rezulton me ndotje bakterore (me përjashtim të mostrës së ujit të marrë në familjen e A. Azirajt). Nga ana e tyre uji nuk duhet të përdoret për pirje, por vetëm për konsum komunal.
- Distanca e afërt e gropave septike me puset e ujit, më pak se 30 metër, nuk përbën garanci për ujë higjienikisht të pastër.
- Situata higjiëno-sanitare e largimit të ujërave urbane dhe mbeturinave të ngurta në zonat e përmytura, përbën një faktor rreziku të madh për shëndetin publik të këtyre zonave.
- Prandaj për Bashkinë Kamëz, e cila ka në njësinë administrative të saj zonat e cituara më sipër të prekura nga përmytja, del detyrë imediate marrja e masave për sistemimin e ujërave urbane në sistem kanalizimesh të rregullta dhe funksionale, me qëllim shmangien e përmytjeve nga ujërat e zeza dhe ujërat e tjera sipërfaqësore, si dhe krijimin e kushteve të përshtatshme higjiëno-sanitare për popullatën, në mbrojtje të shëndetit publik nga sëmundjet infektive ngjitëse.
- Siç e kemi përmendur edhe në informacionet e mëparshme, nga Bashkia Kamëz të merren masa për krijimin e kushteve të përshtatshme për një dezinfektim të sigurt të ujit të pijshëm, me qëllim furnizimin e popullatës me ujë të pijshëm të sigurt dhe higjienikisht të pastër.
- Duhet të bëhet inspektimi i rrjetit ujësjellës në zonën e Kamzës për të gjetur dëmtimet e mundshme të tij, të bëhet eliminimi i defekteve në rrjet, me qëllim eliminimin e ndotjeve bakterore në ujë dhe furnizimin me ujë të pijshëm higjienikisht të sigurt.
- Gjithashtu, nga autoritetet e Bashkisë Kamëz duhen të merren masa për vendosjen e kontenjerëve për grumbullimin e mbetjeve urbane dhe largimin e tyre të sigurt nga qendrat e banuara.
- Duhet të monitorohet cilësia e ujit të pijshëm të autoboteve të cilët operojnë në zonën e Bashkisë Kamëz.

Bibliografia

Hutton, G 2001, Economic evaluation and priority setting in water and sanitation interventions, in Water Quality: Guidelines, Standards and Health.

Risk assessment and management for water-related infectious disease, L. Fewtrell and Bartram, J., Editors 2001.

World Health Organization, World Health Report. 2003, Geneva.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, and Water Supply and Sanitation Collaborative Council, Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report. 2000.

Raport epidemiologjik i shpërthimit epidemik të dizenterisë në rrethin e Vlorës

Rovena Daja¹, Agron Bashllari², Arben Xhuveli², Artan Bego¹,
Silvia Bino¹

¹Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive;

²Drejtoria e Shëndetit Publik, Vlorë.

Hyrje

Shigeloza ose Dizenteria Bacilare është një sëmundje infektive që shkaktohet nga bakteret gram-negative të familjes *Enterobacteriaceae* të gjinisë *Shigella* (World Health Organization 2008). Njihen katër lloje të kësaj gjinie, *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii* dhe *Shigella sonnei*, të cilat janë patogjenë për njerëzit. Infektimi bëhet me rrugë gastrointestinale nga personi i sëmurë ose nga mbartësit e shëndoshë (Cohen 2003). Simptomat e infeksionit të shkaktuar nga shigella përfshijnë diarre (shpesh me gjak), ethe dhe dhimbje barku, duke filluar një ose dy ditë pas ekspozimit ndaj baktereve. Periudha e inkubacionit zgjat 5 deri 7 ditë (Haley dhe bp. 2010).

Rruga hidrike ka qenë dhe vazhdon të jetë rruga kryesore e transmetimit të sëmundjeve diarreike në vendin tonë (Tibayrenc 2007). Arsyeja qëndron në rradhë të parë në rrjetin e vjetër dhe të amortizuar të ujit të pijshëm në pothuaj të gjitha zonat urbane, si dhe në intersektime të shumta të tij me sistemin e ujërave të zeza (CDC, 2012). Arsye tjetër është edhe ekzistenca e puseve familjare dhe gropave septike të ndërtuara jo sipas parametrave të duhura, e cila çon në intersektimin e ujërave të bardha me të zeza, dhe për rrjedhojë në shfaqjen e mjaft episodeve diarreike (Von Seidlein dhe bp. 2006). Një rast i tillë u raportua në shtator në qytetin e Vlorës.

Shpërthim epidemik: *Shpërthim dizenterie*

Vendi: Fshatrat Bishan, Fitore, Novoselë dhe Poro, rrethi Vlorë

Periudha kohore: 24.09.2014 deri 06.10.2014

Në Vlorë, në Qendrën Shëndetësore (QSH) Bishan, në datën 24.09.2014 u raportua rasti i parë me probleme gastrointestinale të karakterizuara me diarre dhe temperaturë të lartë. Rasti i parë u

pasua nga raste të reja që shtoheshin çdo ditë. Gjatë periudhës 30.09.2014 deri 05.10.2014 kemi pasur raste të reja në Bishan, Fitore dhe Novoselë. Rastet filluan të shtohen dhe në datën 6.10.2014, gjatë natës, në Spitalin Pedriatik të Vlorës shtrohen 5 fëmijë nga Novosela me gastroenterit, një rast me infeksion viral dhe një fëmijë me sindromë meningeale, i cili u hospitalizua.

Nga ekzaminimet e shtameve të izoluara nga Drejtoria e Shëndetit Publik (DSHP) të Vlorës dhe mostrat e marra në vatër rezultoi se, personat e sëmurë janë infektuar nga *Shigella sonnei*. Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) u informua për situatën, dhe një grup ekspertësh u nis në qytetin e Vlorës për të bërë një gjurmim më të specializuar për situatën e krijuar në këtë rreth. Nga ekzaminimi i shtameve që janë sjellë në Institutin e Shëndetit Publik mostrat ishin me *Shigella sonnei*.

Nga ana e shërbimit epidemiologjik të qytetit Vlorë dhe Institutit të Shëndetit Publik, gjurmimi në komunën Novoselë u realizua në datat 06 dhe 07.10.2014. Kontakti i parë u realizua në Qendrën Shëndetësore Bishan, ku u mor informacion mbi sëmundshmërinë nga Qendra Shëndetësore Novoselë dhe u anketuan klasë më klasë fëmijët e shkollës. Pjesë e kësaj shkolle ishin edhe fëmijët e sëmurë.

Shkolla e bashkuar Novoselë ka gjithsej rreth 500 nxënës. Gjurmimi u zhvillua edhe në shkollën 9-vjeçare dhe në kopshtin e fshatit Fitore, ku janë rreth 150 nxënës, dhe në shkollën dhe kopshtin e fshatit Bishan, ku janë rreth 250 nxënës. Arsyeja e shfaqjes së dizenterisë është intersektimi i ujërave të bardha me ujërat e zeza në këto fshatra të Vlorës.

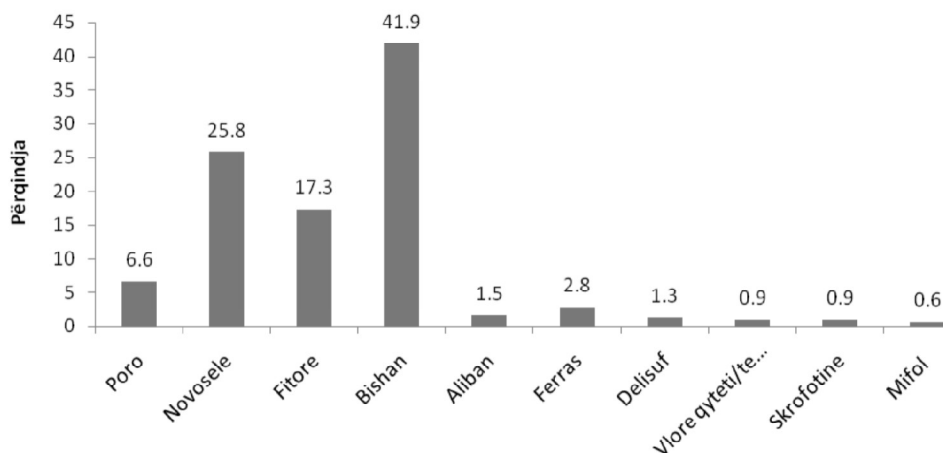
Nga analiza deskriptive, person-vend-kohë, shpërndarja moshore e rasteve me klinikë të evidentuara deri në ato momente paraqitet në tabelën 1:

Tabela 1. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës, Vlorë 2014

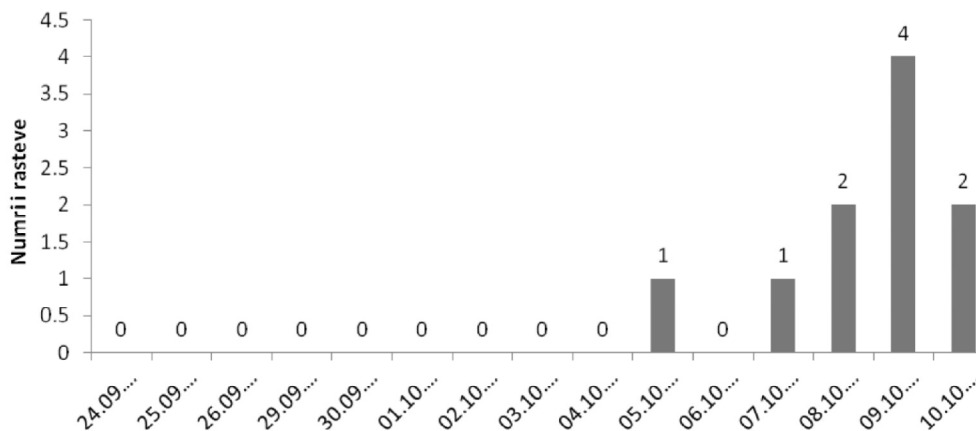
Grupmosha	1-4 vjeç	5-14 vjeç	15-44 vjeç	45-60 vjeç	>60 vjeç	Gjithsej
Nr. i rasteve	9	82	31	3	2	127

Mosha shkollore (deri 18 vjeç) u përfaqësua me 113 raste ose 89% të të gjithë personave të prekur nga ky shpërthim (të dhënat nuk tregohen në këtë nivel detajesh në tabelën 1). Më shumë raste kemi në Bishan, Novoselë dhe Fitore. Këto janë fshatrat më të prekura pasi defekti i kanalizimeve të ujërave të bardha dhe të zeza (intersektime jo të përshtatshme dhe jo të sigurta midis tyre) është pikërisht në këto fshatra.

Klinika e rasteve paraqitet me temperaturë të lartë, të përziëra, të vjella, dhimbje barku dhe diarre. Disa pacientë referojnë për diarre me gjak. Mostrat për ekzaminime laboratorike u morën kryesisht nga pacientët e hospitalizuar, dhe 4-5 mostra gjatë gjurmimit në Novoselë nga pacientë që u paraqitën për vizitë në këtë Qendër Shëndetësore. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit paraqitet në figurën 1.

Figura 1. Shpërndarja e rasteve sipas vendbanimit, Vlorë 2014

Fshatrat më të prekura janë Novoselë, Fitore, Bishan dhe Poro. Më poshtë kemi shpërndarjen e rasteve në secilin prej fshatrave të treguara grafikisht (figurat 2, 3, 4, 5).

Figura 2. Shpërndarja e rasteve në kohë në fshatin Novoselë, Vlorë 2014

Novosela është një nga fshatrat që u prek dhe ku u evidentuan shumë raste. Nga marrja e anamnezës rezultoi që të sëmurët raportonin për diarje, dhimbje barku dhe temperaturë të lartë. Mjeku i Qendrës Shëndetësore na informoi se rastet po vinin në rënie, pasi edhe banorët ishin të informuar rreth situatës dhe kishin filluar të mjekoheshin vetë, madje disa i drejtoheshin farmacisë për të marrë mjekim. Këshilloheshin familjet që kishin një familjar të sëmurë, të pastronin tualetet shumë herë në ditë dhe të mos e përdornin ujin për të pirë.

Figura 3 paraqet shpërndarjen e rasteve në kohë në fshatin Fitore. Nga hetimi epidemiologjik i rasteve të anketuara, rezultoi se nuk kemi ngjarje familjare apo shkollore për konsum ushqimor të përbashkët. Në përgjithësi familjet konsumojnë prodhime blegtorale dhe prodhime bujqësore nga kopshtet dhe pronat e tyre. Në një dyqan afër Shkollës Fitore nuk u gjet asnjë produkt i paketuar jashtë afatit të skadencës. Një pjesë e rasteve të hospitalizuara (nga Fitore) deklaruan se uji i rrjetit vinte erë dhe ishte i turbullt.

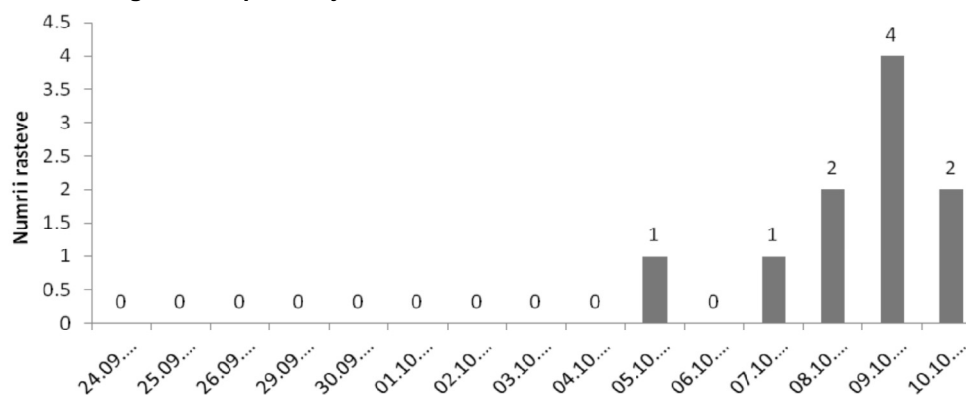
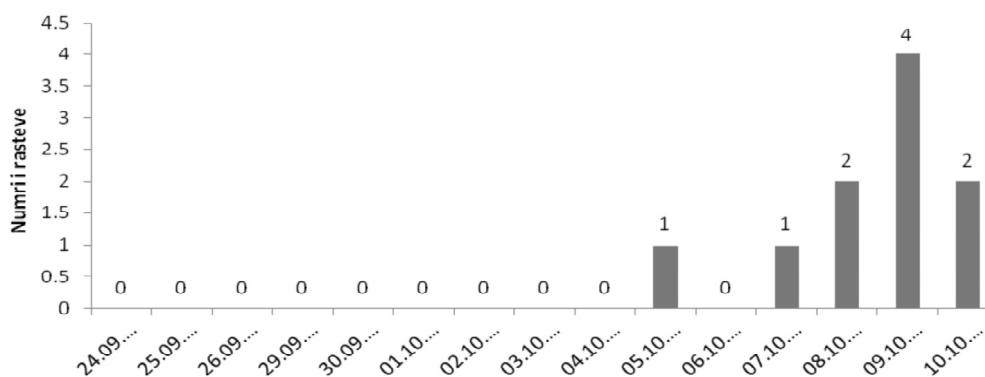
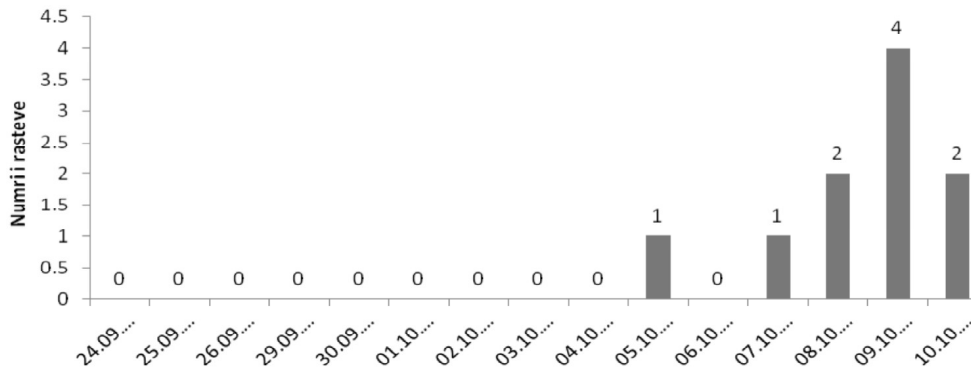
Figura 3. Shpërndarja e rasteve në kohë në fshatin Fitore, Vlorë 2014

Figura 4 paraqet shpërndarjen e rasteve të prekura nga ky shpërthim dizenterie në fshatin Bishan, sipas kohës së shfaqjes së tyre. Në këtë fshat është raportuar edhe rasti i parë. Rrjeti i ujit të pijshëm të fshatit Bishan është dëmtuar për shkak të rregullimit të rrugës.

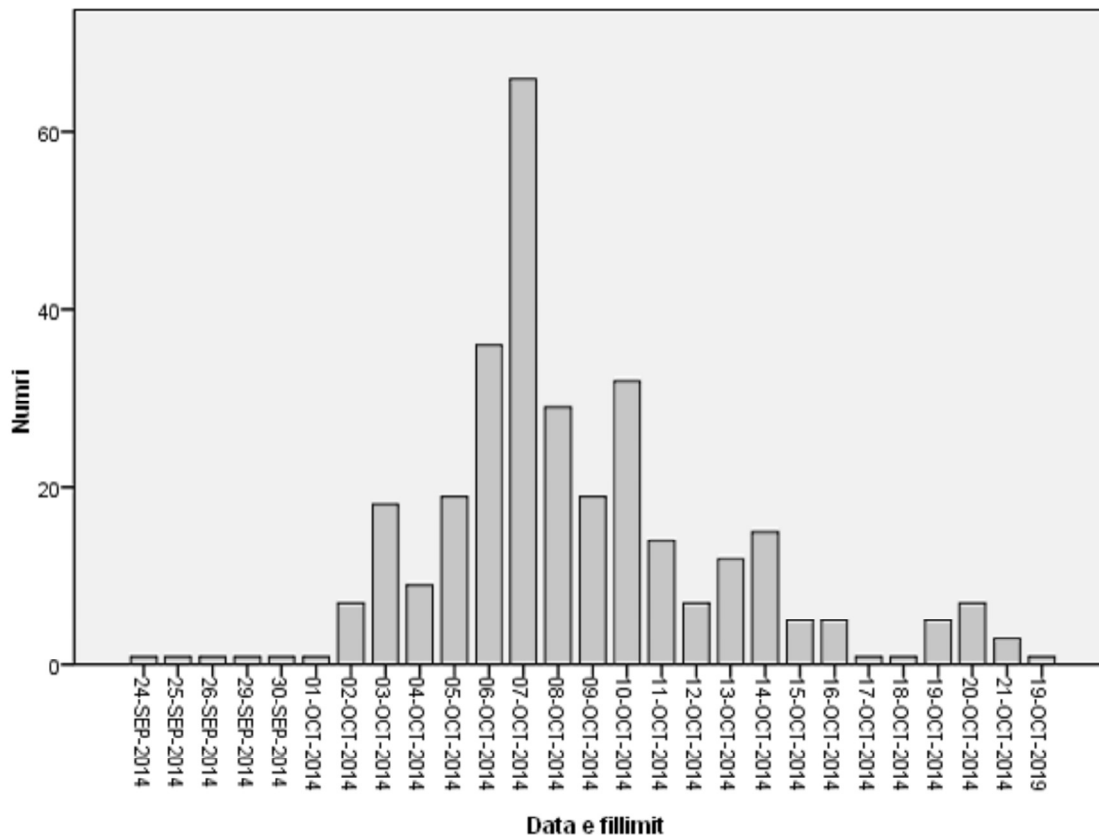
Figura 4. Shpërndarja e rasteve në kohë në fshatin Bishan, Vlorë 2014

Kurse figura 5 paraqet shpërndarjen e rasteve të prekura nga ky shpërthim dizenterie në fshatin Poro, sipas kohës së shfaqjes së tyre.

Figura 5. Shpërndarja e rasteve në kohë në fshatin Poro, Vlorë 2014

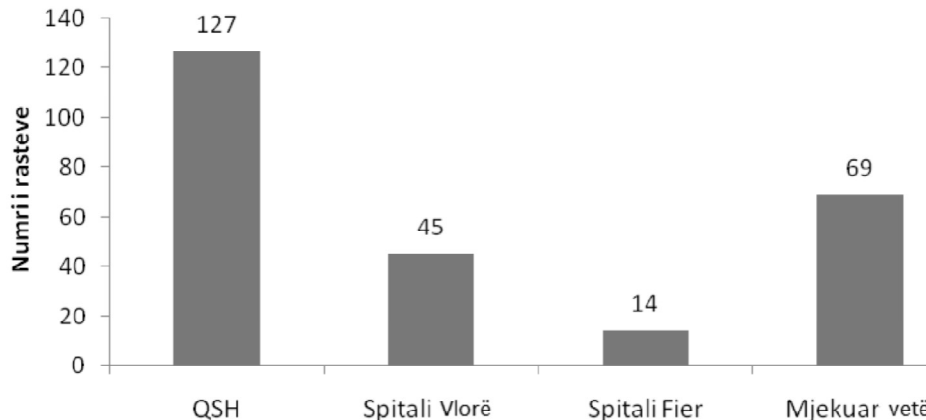
Sipas informacioneve të marra në mënyrë të vazhdueshme nga epidemiologu i Vlorës, në fund rezultoi se patëm gjithsej 317 raste me probleme gastrointestinale. Më poshtë jepet kurba e shpërndarjes epidemiologjike të rasteve, e cila e kishte pikun e saj në 7 tetor (figura 6).

Figura 6. Kurba epidemike e shpërthimit të dizenterisë, Vlorë 2014



Rastet e reja shtoheshin çdo ditë, një pjesë u hospitalizuan dhe një pjesë iu drejtuan Qendrës Shëndetësore. Shumë raste i drejtohen farmacisë për të marrë vetë mjekim. Më poshtë, në figurën 7, jepet grafikisht shpërndarja e rasteve të prekura sipas institucionit në të cilin kanë kërkuar ndihmë dhe u është dhënë mjekimi për probleme gastrointestinale. Shumica e tyre janë vizituar dhe kanë marrë mjekim në Qendrat Shëndetësore të fshatrave ku jetojnë. Një pjesë e tyre janë shtruar për një mjekim më të specializuar në Spitalin Rajonal Vlorë dhe në Spitalin e Fierit. Rreth 27% e personave me simptoma nuk kanë kërkuar kujdes shëndetësor. Ata janë kapur rastësisht si raste nga infermierët dhe mjekët e zonave gjatë depistimit në familjet me rrezik. Nga të dhënat rezultojnë se analiza për feçe bakterologjike dhe virologjike është marrë kryesisht vetëm për rastet e hospitalizuara.

Figura 7. Shpërndarja e rasteve sipas institucionit ku është ofruar kujdesi shëndetësor, Vlorë 2014



Rrjeti i ujit të pijshëm u rregullua dhe për pasojë, numri i rasteve u ul. Situata e krijuar arriti të menaxhohet shumë mirë nga ana e shërbimit të epidemiologjisë. Raste të tilla të shpërthimeve me origjinë hidrike, tregojnë se rrjeti është i amortizuar dhe ka mjaft probleme.

Nga hetimi epidemiologjik dhe analizimi i të dhënave të përftuara rezulton se, shpërthimi epidemik i infeksionit/sëmundjes diarreike në Vlorë në vitin 2014 u shkaktua nga *Shigella sonnei* e transmetuar me rrugë hidrike. Arsyeja ishte intersektimi i ujërave të bardha me ujërat e zeza në këto fshatra të Vlorës. Rastet më të shumta u shfaqën në fshatin Bishan, Novoselë dhe Fitore, pasi defekti i kanalazimeve të ujërave të bardha dhe të zeza është pikërisht në këto fshatra. U morën masat e nevojshme antiepidemike duke realizuar:

- Ndërhyrjet e nevojshme në rrjetin hidrik.
- Dezinfektimin e vatrave të identifikuar.
- Mbylljen e shkollave dhe çerdheve të zonave të përfshira në këtë situatë.
- Sensibilizimin dhe udhëzimin e popullatës së përgjithshme për situatën e krijuar dhe masat e nevojshme që duhet të marrin, të tilla si:
 - rritja e nivelit të higjienës personale, familjare dhe të punës (larja e duarve sipas udhëzimeve përkatëse, sistemimi i mbetjeve humane dhe kafshëve shtëpiake);
 - zierja e ujit të pijshëm deri në stabilizimin e situatës së rrjetit hidrik;
 - kërkimi i ndihmës mjekësore të specializuar të mjekët përkatës dhe jo në farmaci.

Si rezultat i masave dhe udhëzimeve të lëna, situata e krijuar u menaxhua dhe u stabilizua duke u kthyer në normalitet në ditët në vazhdim.

Bibliografia

CDC. National *Shigella* surveillance system [annual summaries]. Atlanta: CDC; 2012 [cited 2012 Sep 21]. Available from: http://www.cdc.gov/nationalsurveillance/shigella_surveillance.html.

Cohen, J 2003, Infectious Disease, 2nd edition.

Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and Control. World Health Organization 2008.

Haley, CC, Ong, KL, Hedberg, K, Cieslak, PR, Scallan, E, Marcus, R et al. Risk factors for sporadic shigellosis, Food Net 2005. Foodborne Pathog Dis. 2010 Jul;7(7):741–7.

Tibayrenc, M 2007, Encyclopedia of Infectious Diseases.

Von Seidlein, L, Kim, DR, Ali, M, Lee, H, Wang, X, Thiem, VD et al. A multicentre study of *Shigella* diarrhoea in six Asian countries: disease burden, clinical manifestations, and microbiology. PLoS Med. 2006 Sep;3(9):e353.

Karta e OTTAWA-s për Promocionin Shëndetësor – një guidë aktuale

Lumturi Mërkuri¹

¹Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor

Angazhimi i parë në nivel global për Promocionin Shëndetësor është bërë në Konferencën e Parë Ndërkombëtare të Promocionit Shëndetësor të mbajtur në OTTAWA, Kanada, më 17-21 Nëntor 1986 (World Health Organization, Ottawa 1986).

Konferenca e Ottawa-s u parapri nga konferenca e Alma Atta-s e Kujdesit Shëndetësor Parësor e vitit 1978, dhe është pasuar nga disa konferenca të tjera globale të Promocionit Shëndetësor që janë momente historike të Promocionit Shëndetësor si:

- Konferenca e 1-rë Globale e Promocionit Shëndetësor-Ottawa, Kanada, 17-21 Nëntor 1986.
- Konferenca e 2-të Globale e Promocionit Shëndetësor-Adelaide, Australi, 5-9 Prill 1988.
- Konferenca e 3-të Globale e Promocionit Shëndetësor-Sundsvall, Suedi, 9-15 Qershor 1991.
- Konferenca e 4-t Globale e Promocionit Shëndetësor-Jakarta, Indonezi, 21-25 Korrik 1997.
- Konferenca e 5-të Globale e Promocionit Shëndetësor-Mexiko, 5-9 Qershor 2000.
- Konferenca e 6-të Globale e Promocionit Shëndetësor-Bangkok, Tailand, 7-11 Gusht 2005.
- Konferenca e 7-të Globale e Promocionit Shëndetësor-Nairobi, Kenia, 26-30 Tetor 2009.
- Konferenca e 8-të Globale e Promocionit Shëndetësor Helsinki, Finland, 10-14 Qershor 2013.

Secila nga këto konferenca është fokusuar në një strategji kyçe të Promocionit Shëndetësor.

Konferenca e Ottawa-s ishte në thelb një përgjigje për rritjen e pritjeve për një lëvizje të re të shëndetit publik në mbarë botën. Diskutimet u fokusuan në nevojat e vendeve të industrializuara, por mbajtën parasysh edhe nevoja të ngjashme të vendeve të tjera të rajonit (Canadian Medical Association 2008).

Konferenca mori si pikënisje progresin e bërë në sajë të Deklaratës së Alma Atta-s të Kujdesit Shëndetësor Parësor, dokumentin e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) “Shëndet për të gjithë”, si dhe debatin e kohëve të fundit të Asamblesë Botërore të Shëndetit për veprimet ndërsektoriale për shëndetin (Greenberg dhe bp. 2003).

Në këtë Konferencë u lançua Karta e OTTAWA-s për Promocionin Shëndetësor, si dhe simboli i Promocionit Shëndetësor, që sot njihet si logo e Promocionit Shëndetësor.

Karta e OTTAWA-s

Promocioni i Shëndetit

Promocioni shëndetësor është procesi që i lejon individët të rrisin kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe ta përmirësojnë atë. Për të patur një mirëqenie të plotë fizike, mendore dhe sociale, një individ ose grup duhet të jetë në gjendje të identifikojë e të realizojë aspiratat e tij, të plotësojë nevojat dhe të ndryshojë ose të përballojë kushtet e mjedisit. Shëndeti është një koncept pozitiv që përforcon burimet e shoqërisë dhe të individit, si dhe kapacitetet fizike. Për këtë arsye, Promocioni i Shëndetit nuk është thjesht përgjegjësi e sektorit të shëndetësisë, por shkon përtej mënyrave të shëndetshme të jetesës dhe mirëqenies.

Kushtet paraprake/Parakushtet për shëndetin

Kushtet dhe burimet bazë për shëndetin janë:

- paqja
- strehimi
- arsimimi
- ushqimi
- të ardhurat
- një ekosistem i stabilizuar
- burime të qëndrueshme
- drejtësi sociale
- barazi

Përmirësimi në shëndet duhet të bazohet në këto parakushte thelbësore. Karta e Ottawa-s identifikoi tri strategji bazë; mbështetja/përkrahja, mundësimi dhe ndërmjetësimi.

1. Mbështetja/ Përkrahja

Shëndeti i mirë është burim kryesor për zhvillimin social, ekonomik e personal, si dhe një tregues i rëndësishëm i cilësisë së jetës. Faktorët politikë, ekonomikë, socialë, kulturorë, mjedisorë të sjelljes dhe ata biologjikë, mund të favorizojnë shëndetin ose ta dëmtojnë atë. Veprimet e Promocionit Shëndetësor synojnë t’i kthejnë këta faktorë në favor të shëndetit nëpërmjet përkrahjes së shëndetit.

2. Mundësimi

Promocioni Shëndetësor fokusohet në arritjen e barazisë në shëndet. Veprimet për Promocionin Shëndetësor synojnë të reduktojnë diferencat në gjendjen aktuale të shëndetit dhe të sigurojnë mundësi dhe burime të barabarta, për t'i aftësuar të gjithë njerëzit të arrijnë potencialin më të plotë shëndetësor të mundshëm. Kjo përfshin bazimin te një mjedis mbështetës, akses ndaj informacionit, aftësi për jetën dhe mundësi për të bërë zgjedhjet e shëndetshme. Njerëzit nuk mund të arrijnë potencialin e tyre të plotë shëndetësor, nëse ata nuk janë në gjendje të kontrollojnë ata faktorë që përcaktojnë shëndetin e tyre. Kjo vlen njëjloj, si për burrat ashtu dhe për gratë.

3. Ndërmjetësimi

Parakushtet dhe ajo çfarë pritet në lidhje me shëndetin nuk mund të sigurohen vetëm nga sektori i shëndetësisë. Për më tepër, Promocioni Shëndetësor kërkon një veprim të koordinuar nga të gjithë sektorët e interesuar: nga qeveritë, shëndetësia dhe sektorët e tjerë socialë dhe ekonomikë, nga organizatat joqeveritare dhe vullnetare, nga autoritetet lokale, industria dhe media. Njerëzit janë të përfshirë në çdo aspekt të jetës së tyre si individ, familje dhe si komunitet. Grupet profesionale dhe sociale, si dhe personeli shëndetësor, kanë një përgjegjësi të madhe për të ndërmjetësuar midis të interesuarve të ndryshëm të shoqërisë për të arritur shëndetin.

Strategjitë dhe programet për promovimin e shëndetit duhet t'i përshtaten nevojave lokale dhe mundësive të vendeve dhe rajoneve të veçanta, duke marrë në konsideratë sistemet e ndryshme sociale, kulturore dhe ekonomike.

Veprimi për Promocionin Shëndetësor do të thotë:

1. Krijimi i politikave të shëndetshme publike

Promocioni Shëndetësor shkon përtej kujdesit shëndetësor. Ai e vendos shëndetin në axhendat e politikëbërësve të të gjithë sektorëve në të gjitha nivelet, duke i kërkuar atyre të jenë të ndërgjegjshëm për pasojat shëndetësore të veprimeve që marrin dhe të pranojnë përgjegjësitë e tyre për shëndetin.

Politika e Promocionit Shëndetësor kombinon këndvështrime të ndryshme, por që plotësojnë njeri-tjetrin, përfshirë masa legjislative, fiskale, taksa dhe ndryshime organizative. Ky është një veprim i koordinuar që çon drejt politikave sociale të të ardhurave dhe shëndetit, të cilat nxisin paanshmëri më të madhe. Veprimet e përbashkëta kontribuojnë për sigurimin e mallrave më të sigurta dhe më të shëndetshme, shërbimeve publike më të shëndetshme, si dhe drejt një mjedisi më të pastër e më të këndshëm.

Politika e Promocionit Shëndetësor kërkon identifikimin e pengesave për adaptimin e politikave të shëndetshme publike në sektorët joshëndetësorë dhe mënyrat për t'i shmangur ato. Qëllimi duhet të jetë gjetja e zgjidhjeve më të shëndetshme dhe më të lehta për politikëbërësit.

2. Krijimi i një mjedisi mbështetës

Shoqëritë tona janë komplekse dhe të ndërlydhura. Shëndeti nuk mund të ndahet nga qëllimet e tjera. Lidhjet e shumëllojshme midis njerëzve dhe mjedisit përbëjnë bazën për një trajtim socio-

ekologjik. Parimi i përgjithshëm udhëheqës si për gjithë botën, ashtu edhe për vende, rajone dhe komunitete të veçanta, është nevoja për inkurajimin e mirëmbajtjes reciproke, kujdesin për njëri-tjetrin, për komunitetet dhe mjedisin tonë natyror. Ruajtja e burimeve natyrore në të gjithë botën duhet të theksohet si përgjegjësi globale.

Mënyrat në ndryshimin e jetesës, punës e argëtimit kanë një ndikim të madh mbi shëndetin. Puna dhe argëtimi duhet të jenë një burim shëndeti për të gjithë. Mënyra e organizimit të punës nga shoqëria duhet të ndihmojë për të patur një shoqëri të shëndetshme. Promocioni Shëndetësor krijon kushte të sigurta stimuluese e të kënaqshme pune e jetese.

Vlerësimi sistematik i impaktit mbi shëndet i ndryshimeve të shpejta të mjedisit, sidomos në fushën e teknologjisë, prodhimit të energjisë dhe urbanizimit, është esenciale dhe duhet të pasohet nga veprime që sigurojnë përfitime pozitive për shëndetin. Mbrojtja e mjediseve natyrore dhe të krijuara, si dhe konservimi i burimeve natyrore, duhet të merren parasysh në çdo strategji të Promocionit Shëndetësor.

3. Fuqizimi i veprimit të komunitetit

Promocioni Shëndetësor funksionon nëpërmjet veprimeve konkrete efektive të komunitetit në përcaktimin e prioriteteve, marrjen e vendimeve, planifikimin e strategjive dhe zbatimin e tyre për arritjen e një shëndeti më të mirë. Në qendër të këtij procesi është fuqizimi i komuniteteve, i pronësisë dhe kontrollit të tyre mbi përpjekjet dhe fatet e veta.

Zhvillimi i komunitetit tërheq vëmendjen drejt burimeve ekzistuese njerëzore dhe materiale, për nxitjen e vetëndihmesës dhe mbështetjes sociale, si dhe zhvillimin e sistemeve fleksibël për forcimin e pjesëmarrjes dhe drejtimit të problemeve shëndetësore nga ana e publikut. Kjo kërkon një akses të plotë dhe të vazhdueshëm për informacion, mundësi për të mësuar rreth shëndetit, si dhe mbështetje financiare.

4. Zhvillimi i aftësive personale

Promocioni Shëndetësor mbështet zhvillimin personal dhe shoqëror nëpërmjet ofrimit të informacionit, edukimit për shëndetin dhe forcimit të aftësive për jetën. Duke vepruar në këtë mënyrë, ai rrit mundësinë e njerëzve për të patur më tepër kontroll në shëndetin e mjedisin e tyre, si dhe për të bërë zgjidhje të shëndetshme.

Esenciale është se Promocioni Shëndetësor u mundëson njerëzve të mësojnë gjatë gjithë jetës, për të qenë të përgatitur për gjithë etapat e saj, si dhe për të përballuar sëmundjet kronike dhe dëmtimet. Realizimi i kësaj duhet të bëhet në shkollë, shtëpi, punë dhe komunitet. Kjo veprimtari mund të realizohet nga organizma arsimore, profesionale, komerciale dhe vullnetare, si dhe brenda vetë institucioneve.

5. Riorientimi i shërbimeve shëndetësore

Përgjegjësia për Promocion Shëndetësor në shërbimet shëndetësore ndahet midis individëve, grupeve komunitare, personelit mjekësor, institucioneve të shërbimit shëndetësor dhe qeverive. Këto duhet të punojnë sëbashku drejt një sistemi të kujdesit shëndetësor që kontribuon për shëndetin.

Roli i sektorit të shëndetësisë duhet të lëvizë ndjeshëm në drejtim të Promocionit Shëndetësor, përveç përgjegjësisë së tij për ofrimin e shërbimeve klinike dhe trajtuese. Shërbimet shëndetësore kanë nevojë të pranojnë një shtrirje të mandatit të tyre, i cili duhet të jetë i ndjeshëm dhe të respektojë nevojat kulturore.

Ky mandat duhet të mbështesë nevojat e individëve dhe komuniteteve për një jetë më të shëndetshme, dhe të krijojë kanale komunikimi midis sektorit të shëndetësisë dhe komponentëve përbërës të mjedisit social, politik, ekonomik dhe fizik.

Riorientimi i shërbimeve shëndetësore kërkon gjithashtu një vëmendje të madhe për kërkimet mjekësore, si dhe ndryshime në arsimimin profesional dhe trajnim. Kjo duhet të çojë drejt ndryshimit të qëndrimit dhe mënyrës së organizimit të shërbimeve shëndetësore, të cilat duhet të rifokusohen te nevojat e përgjithshme të individit në tërësi.

6. Duke lëvizur drejt së ardhmes

Shëndeti krijohet dhe jetohet prej individëve brenda mjedisëve të jetës së tyre të përditshme, aty ku ata mësojnë, punojnë, luajnë dhe dashurojnë. Shëndeti është krijuar për t'u kujdesur për veten dhe për të tjerët, duke qenë në gjendje për të marrë vendime dhe patur kontroll mbi rrethanat e jetës së dikujt tjetër, si dhe duke u siguruar që shoqëria ku jetojmë të krijojë kushtet që marrin parasysh arritjen e shëndetit për të gjithë anëtarët e saj.

Përkujdesja, drejtësia dhe ruajtja e ekologjisë janë probleme thelbësore për zhvillimin e strategjive për Promocionin Shëndetësor. Për këtë arsye, personat e përfshirë në to duhet të kenë si parim bazë që në çdo fazë të planifikimit, zbatimit dhe vlerësimit të veprimtarive për Promocionin Shëndetësor, gratë dhe burrat duhet të jenë partnerë të barabartë.

Angazhimi për promocionin e shëndetit

Pjesëmarrësit në këtë konferencë premtojnë:

- Të hyjnë në arenën e politikave të shëndetshme publike dhe të promovojnë një angazhim të qartë politik për shëndetin dhe barazinë në të gjithë sektorët.
- T'i kundërvihen presioneve drejt produkteve të dëmshme, dëmtimeve të burimeve, kushteve jo të shëndetshme të jetesës dhe mjedisit, të ushqyerjes së keqe, si dhe të fokusojnë vëmendjen mbi problemet e shëndetit publik si ndotja, dëmtimet profesionale, strehimi dhe mjediset e banimit.
- T'i përgjigjen diferencave në shëndet si brenda vetë shoqërisë, ashtu dhe midis shoqërive të ndryshme, dhe të trajtojnë pabarazinë në shëndet nëpërmjet rregullave dhe praktikave të vetë shoqërive.
- Të vlerësojnë njerëzit si burimin kryesor të shëndetit, t'i mbështesin dhe t'u mundësojnë atyre të mbajnë shëndetshëm veten, familjet dhe shoqëritë nëpërmjet mjeteve financiare dhe mjeteve të tjera, si dhe ta pranojnë komunitetin si një zë thelbësor në çështjet që kanë të bëjnë me shëndetin, kushtet e jetesës dhe mirëqenien e tij.

- Të riorientojnë shërbimet shëndetësore dhe burimet e tyre drejt Promocionit të Shëndetit, të ndajnë përgjegjësitë me sektorë të tjerë, disiplina të tjera dhe, çfarë është më e rëndësishmja, me vetveten.
- Të konsiderojnë shëndetin dhe mbrojtjen e tij si një investim të madh social dhe si një sfidë, si dhe të trajtojnë çështjet e përgjithshme ekologjike të mënyrave tona të jetesës.

Konferenca kërkon me ngulm nga të gjithë personat e përfshirë në këto probleme, që të bashkohen me ta në angazhimin për një aleancë të fuqishme të shëndetit publik.

Thirrje për veprim ndërkombëtar

Konferenca i bën thirrje Organizatës Botërore të Shëndetësisë dhe organizmave të tjera ndërkombëtare, të propagandojnë Promocionin Shëndetësor në të gjitha forumet e duhura, dhe të mbështesin vendet për hartimin e strategjive dhe programeve të Promocionit Shëndetësor.

Konferenca është thellësisht e bindur se, nëse njerëzit në të gjithë etapat e jetës, organizatat joqeveritare dhe ato vullnetare, qeveritë, Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe të gjithë organizmat e tjera të interesuara, do të bashkojnë forcat për hartimin e strategjive për Promocionin Shëndetësor, paralelisht me vlerat morale dhe sociale që formojnë bazën e kësaj KARTE, “Shëndet për të gjithë” do të bëhet një realitet.

Logoja/Emblema e Promocionit Shëndetësor

Në Konferencën e parë Ndërkombëtare të Promocionit Shëndetësor, së bashku me Kartën e OTTAWA-s, u lançua dhe simboli i Promocionit Shëndetësor, të cilin që atëherë Organizata Botërore e Shëndetësisë/WHO e mbajti si logon apo emblemën e vet për Promocionin Shëndetësor.

Logoja e Promocionit Shëndetësor



Kjo logo prezanton një rreth me tre krahë. Ajo përfshin pesë fusha veprimi kyç në Promocionin Shëndetësor:

1. Ndërtimi i politikave të shëndetshme publike.
2. Krijimi i mjediseve mbështetëse për shëndetin.
3. Fuqizimi i veprimeve të komunitetit.
4. Zhvillimi i aftësive personale dhe riorientimi i shërbimeve shëndetësore.
5. Tri strategji bazë të Promocionit Shëndetësor (mundësi, ndërmjetësim, përkrahje).

Elementet grafike kryesorë të logos janë:

- Një rreth i jashtëm.
 - Një njollë/pikë e rumbullakët pa rreth.
 - Tre krahë që fillojnë nga kjo pikë e brendshme, njëra prej të cilave del jashtë rrethit.
- A. Rrethi i jashtëm me ngjyrë të kuqe origjinale prezanton qëllimin e “ndërtimit të politikave të shëndetshme publike”, dhe simbolizon nevojën për “mbajtjen e gjërave së bashku”. Ky rreth qarkon tre krahët duke simbolizuar nevojën për të adresuar pesë fushat kyçe të veprimit të Promocionit Shëndetësor të identifikuar në Kartën e OTTAVA-s, në një mënyrë të integruar dhe plotësuese.
 - B. Njolla e rumbullakët pa rreth mbështet tri strategjitë bazë të Promocionit Shëndetësor, “mundësi, ndërmjetësim, mbështetje”, të cilat janë të nevojshme dhe aplikohen për të gjitha fushat e veprimit të Promocionit Shëndetësor.
 - C. Tre krahët (dhe fjalët që ato përmbajnë) prezantojnë pesë fushat kyçe të veprimit të Promocionit Shëndetësor, të cilat janë identifikuar në Kartën e OTTAVA-s dhe janë konfirmuar në Deklaratën e Jakartës.

Në mënyrë më specifike:

- Krahu i sipërm i cili del nga rrethi tregon se veprimi është i nevojshëm me “forcimin e veprimit të komunitetit” dhe “zhvillimin e aftësive personale”. Ky krah shpion rrethin për të simbolizuar ndryshimin e vazhdueshëm të shoqërisë, komunitetit dhe individit, ku sfera politike do të reagojë në mënyrë të vazhdueshme për të reflektuar këtë ndryshim; një “Politikë e shëndetshme publike” është e nevojshme.
- Krahu i mesëm në anën e djathtë tregon se veprimi ka nevojë për “krijimin e mjediseve mbështetëse për shëndetin”.
- Krahu i poshtëm tregon se veprimi ka nevojë për “riorientimin e shërbimeve shëndetësore” drejt parandalimit të sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit.

Mbi të gjitha, logoja nënvizon idenë se Promocioni Shëndetësor është një arritje gjithëpërfshirëse dhe multistrategjike.

Promocioni Shëndetësor aplikon strategji dhe metoda të ndryshme. Në mënyrë të integruar, një nga parakushtet është që “Promocioni Shëndetësor të jetë efektiv”. Promocioni Shëndetësor adreson fushat kyçe të veprimit të identifikuar në Kartën e OTTAVA-s në një mënyrë të integruar dhe koherente.

Termi Promocion Shëndetësor është përdorur (dhe ndonjëherë akoma edhe sot) gabimisht si ekuivalent i Edukimit Shëndetësor, por Edukimi Shëndetësor është një nga komponentët kyç të Promocionit Shëndetësor, siç është ilustruar në logon e Promocionit Shëndetësor (shih fushën kyçe të veprimit “zhvillimi i aftësive personale = Edukim Shëndetësor”).

Bibliografia

Canadian Medical Association.(2008). 8th Annual National Report Card on Health Care.Ottawa: CMA.

Greenberg, MT,Weissberg, RP, O'Brien, MU,Zins, JE, Fredericks, L,Resnik, H et al. 2003. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466–474. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Abortet për tremujorin e fundit të vitit 2014 Një përditësim i aktiviteteve dhe procesit në vijim (Të dhëna të bazuara në Sistemin e Survejancës së Abortit)

Alba Merdani¹, Dorina Çanaku¹, Eduard Kakarriqi¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

Në kuadër të Sistemit të Survejancës së Abortit, gjatë tremujorit të fundit të vitit 2014 është bërë hedhja në sistem e skedave të ardhura me postë nga rrethet e vendit, dhe po punohet për bashkimin e të dhënave për të bërë të mundur analizimin e tyre në SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Gjatë vitit 2014, në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) janë regjistruar në total 3426 skeda të abortit, 2575 të të cilave janë gjatë gjashtëmujorit të parë të vitit. Mbeten për t'u hedhur edhe të dhënat nga dy maternitetet e Tiranës, të cilat kryejnë edhe numrin më të lartë të aborteve në vend.

Monitorimi i punës lidhur me survejancën e abortit mbështetet kryesisht në raportimin nga gjithë maternitetet e vendit. Çdo tremujor, në zyrën e statistikës së materniteteve bëhet mbledhja e skedave të abortit dhe rakordimi i numrit të tyre me numrin e aborteve në regjister. Për sa i përket klinikave private, për të cilat ne kemi patur informacion në vijim me heqjen e licencës së tyre dhe dhënien përparësi vetëm të spitaleve me shtretër për kryerjen e ndërprerjeve të shtatzënisë, për këtë vit akoma nuk kemi patur raportim nga ana e tyre.

Raportimi është bërë nëpërmjet softit elektronik të abortit, si dhe me anë të postës së thjeshtë. Rreth 13 rrethe të vendit raportojnë në rrugë elektronike, ndërkohë që rrethet e tjera raportojnë me postë. Përqindja e raportimit me skedën e abortit për të gjithë vendin është 80,4%.

Të gjitha të dhënat e skedave janë hedhur në sistem dhe vijon puna për bashkimin dhe analizën e tyre. Numri më i lartë i aborteve është kryer në Tiranë, ndërkohë që raportimi i skedave për këtë rreth vijon që të jetë rreth 45%, pasi në mjaft raste nuk plotësohet skeda e abortit. Për sa i përket rretheve, përqindja e raportimit me skedë nga ana e tyre është më e lartë duke arritur deri në 100%.

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