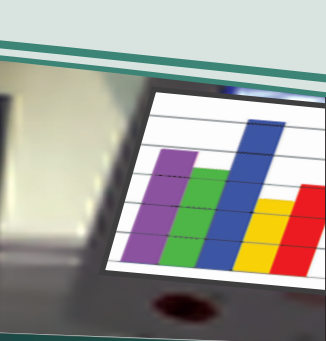
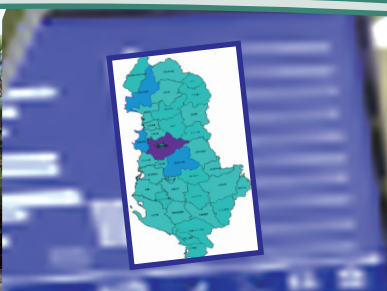


Buletini i Institutit të Shëndetit Publik



INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 2 - 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. 2-2015

KËRKIM SHKENCOR ORIGJINAL

- Artan Simaku, Majlinda Dhimolea-Kota, Alma Robo, Silva Bino**
Survejanca e gripit në Shqipëri në sezonin 2014-2015 4
- Astrit Beci, Albana Adhami, Arjan Bregu, Genc Burazeri**
Kostot financiare të insufiçencës kardiake në popullatën Shqiptare 11
- Kliti Hoti, Arjan Bregu, Ervin Toçi, Herion Muja, Genc Burazeri**
Incidenca dhe prevalenca e insufiçencës kardiake në Shqipëri 15
- Alba Merdani, Dorina Toçi (Çanaku)**
Vlerësimi i lindjeve dhe aborteve tek adoleshentet për rrethin e Tiranës,
gjatë periudhës 2009-2012 19

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

- Eugena Tomini, Zahide Sulej**
Parapërgatitja për emergjencën ndaj virusit të Ebolës 29
- Jonida Haxhiu, Aulona Zotaj, Andis Karagjozi, Gledjona Tola**
Shëndeti mendor te fëmijët 35
- Sonela Xinxo**
Shëndeti 2020–kuadri i politikave evropiane në mbështetje të masave të
qeverisë dhe shoqërisë për shëndetin dhe mirëqenien 39

Survejanca e gripit në Shqipëri në sezonin 2014-2015

Artan Simaku¹, Majlinda Dhimolea-Kota¹, Alma Robo¹, Silva Bino¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

Abstrakt

Survejanca e gripit ofron një instrument të fuqishëm për mbledhjen e informacionit në kohën e duhur, në mënyrë që të përballohet situata aktuale dhe të planifikohen masat në të ardhmen. Gjatë periudhës tetor 2014-prill 2015 u analizuan 487 kampione të marra nga persona që dyshoheshin të prekur nga gripit në të gjithë Shqipërinë. Rreth 38% e këtyre kampioneve rezultuan pozitiv për virusin e gripit. Midis rasteve pozitive, 86% ishin të prekura nga virusi i Gripit A dhe 14% nga virusi i Gripit B. Më të prekur rezultuan subjektet e moshës 15 vjeç e lart. Gjatë javëve të fundit të survejancës u vu re një rritje e rasteve me virusin B. Këto të dhëna sugjerojnë vazhdimin e monitorimit të situatës së gripit në vendin tonë dhe marrjen e masave për përballimin e situatës.

Hyrje

Survejanca e gripit kryhet në të gjitha vendet e rajonit evropian të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) për monitorimin e gripit dhe sigurimin e shëndetit të popullatës. Kjo survejancë është e standardizuar dhe siguron informacion në kohën e duhur mbi kohën, përhapjen, ndikimin dhe peshën e gripit sezonal, si dhe vepron si një sistem i paralajmërimit të hershëm për tipet e reja të viruset që mund të shfaqen, të tillë si virusi i pandemisë në vitin 2009 dhe viruset e gripit të shpendëve (Broberg, Snacken & Adlhock 2015; FluNews Europe). Gjithashtu, kjo survejancë lejon krahasimin e të

dhënave ndërmjet vendeve të ndryshme të kontinentit evropian (Meerhoff et al. 2015).

Survejanca e gripit ka dy komponentë kryesorë:

- Survejancën epidemiologjike
- Survejancën virologjike

Qëllimi kryesor i survejancës së gripit është të minimizojë ndikimin e sëmundjes, duke siguruar informacion të dobishëm për Autoritetin e Shëndetit Publik dhe Ministrinë e Shëndetësisë (MSH), në mënyrë që të planifikohen sa më mirë masa të përshtatshme të kontrollit dhe të ndërhyrjes, shpërndarjes së burimeve shëndetësore dhe dhënies së rekomandime për menaxhimin e rasteve (ECDC 2015).

Qëllimi specifik i survejancës së gripit është që të sigurojë të dhëna në kohë dhe me cilësi të lartë të izolateve virale në mënyrë që të kryhen funksionet e mëposhtme:

- Përshkrimi i sezonalitetit të gripit.
- Sinjalizimi i fillimit dhe fundit të sezonit të gripit.
- Identifikimi dhe monitorimi i grupeve në rrezik të lartë për Sëmundjet e Rënda Respiratore Akute (SRRA) dhe vdekshmërinë.
- Përcaktimi i niveleve bazë (baseline) të aktivitetit për gripin dhe SRRA-të, për të vlerësuar ndikimin dhe peshën e gripit në çdo sezon, si dhe sinjalizimin e aktivitetit epidemik.
- Përcaktimi i ngarkesës së sëmundjes së gripit për të ndihmuar vendimmarrësit në dhënien përparësi burimeve dhe planifikimit të ndërhyrjes në shëndetin publik.
- Identifikimi i qarkullimit lokal të tipit dhe nëntipit të viruseve të gripit, lidhjet e tyre me modelet e përhapjes rajonale dhe globale.
- Ndihma në kuptimin e marrëdhënies ndërmjet shtameve të virusit dhe ashpërsisë së sëmundjes.
- Monitorimi i ndjeshmërisë antivirale.
- Lehtësimi në përzgjedhjen dhe sigurimin e shtameve vaksinale.
- Karakterizimi antigjenik, përbërja gjenetike e viruseve që qarkullojnë dhe monitorimi i ndryshimeve të antigenicitetit të viruseve të gripit.
- Sigurimi i një platforme për vlerësimin e efektivitetit të ndërhyrjes.

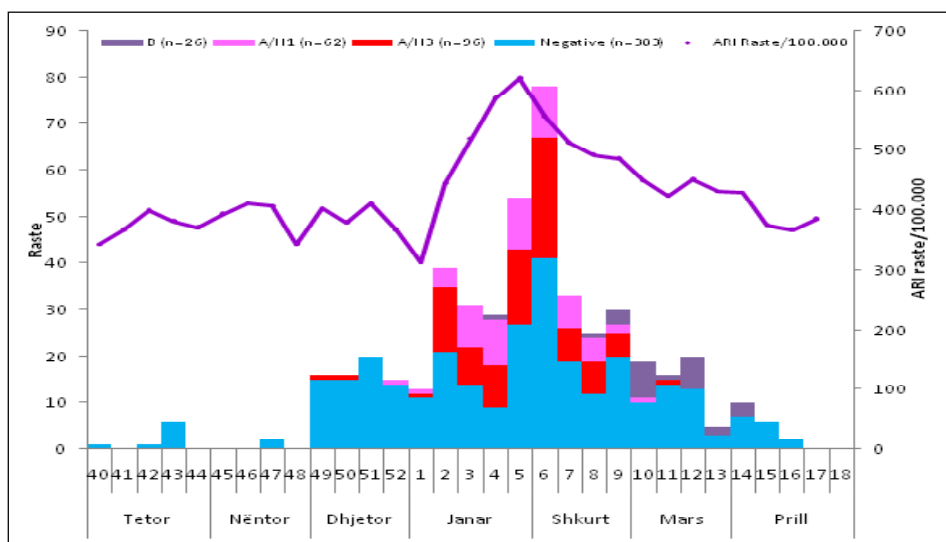
Materiali dhe Metodat

Për survejancën e gripit gjatë sezonit 2014-2015 janë përdorur të dhënat e infeksioneve respiratore të sipërme dhe të poshtme, të raportuara nëpërmjet sistemit ALERT që është një sistem i paralajmërimit të hershëm; survejanca sentinel e sëmundjes së ngjashme me gripin (ILI) në qytetin e Tiranës dhe survejanca sentinel e SRRA-së e cila kryhet në të disa spitale rajonale të vendit dhe në QSUT “Nënë Tereza”, si dhe në Spitalin Universitar të Sëmundjeve të Mëshkërive (SUSM). Të dhënat mbledhen gjatë gjithë vitit dhe gjatë sezonit të gripit, në javët 20-40 me një frekuencë javore të raportimit nga institucionet shëndetësore. Nga pacientët që plotësojnë përkufizimin e rastit merren mostrat respiratore të shoqëruara me skedën individuale të raportimit për ILI dhe SRRA. Skeda përmban të dhënat socio-demografike të pacientit, të dhënat epidemiologjike, shenjat dhe simptomat klinike, statusin e vaksinimit, sëmundjet shoqëruese dhe faktorët e rrezikut, përdorimin e terapisë antivirale dhe përfundimin e pacientit. Të gjitha mostrat e grumbulluara të rrugëve të frymëmarrjes testohen në laboratorin kombëtar të gripit në Institutin e Shëndetit Publik (Weekly epidemiological record 2015).

Rezultatet

Figura 1 në vijim paraqet numrin e mostrave të analizuar sipas javëve për subjektet që dyshohen se janë të prekur me grip në vend, sipas rezultateve të laboratorit (ILI).

Figura 1. Numri i mostrave të ardhura sipas javëve nga persona të dyshuar me grip dhe rezultati laboratorik (ILI)



Prej fillimit të muajit tetor 2014 deri në fund të muajit prill 2015 kanë ardhur në ISHP 487 mostra nga persona të dyshuar për grip, nga të cilat 184 (38%) kanë rezultuar pozitiv për viruset e gripit kurse pjesa tjetër prej 303 rastesh (ose 62%) rezultuan negativ në këto teste. Ndërkohë, 158 (86%) nga 184 mostrat pozitive kanë rezultuar me virusin A të gripit, nga të cilat:

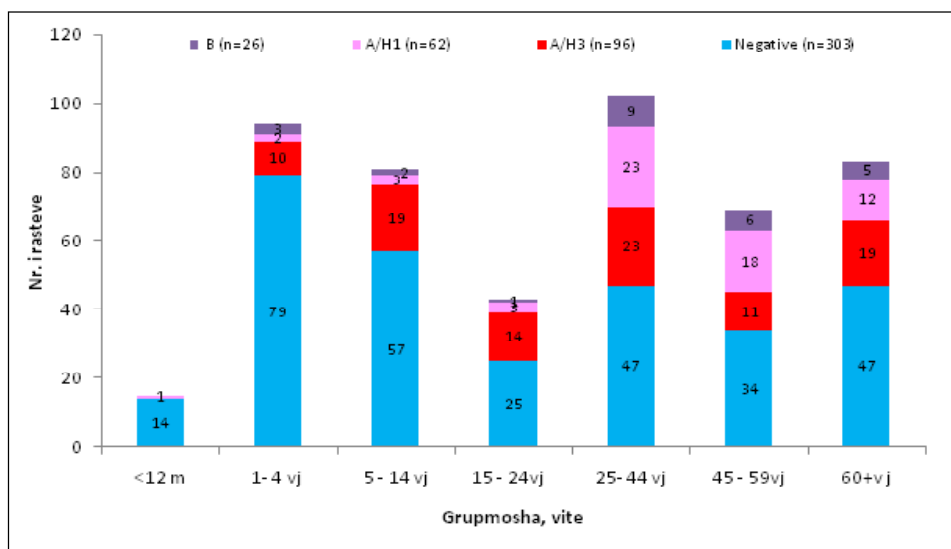
- 96 (61%) nga mostrat pozitive janë të nëntipit A/H3 (96/158).

- 62 (39%) mostra janë të nëntipit A/H1 (62/158).

- 26 (14%) mostra kanë rezultuar pozitive për virusin B të Gripit (26/184).

Ndërsa Figura 2 paraqet shpërndarjen e kampioneve të testuara në vend (n=487 subjekte/kampione) gjatë po të njëjtës periudhë (tetor 2014-prill 2015) sipas rezultatit të laboratorit dhe grupmoshës.

Figura 2. Shpërndarja e kampioneve të testuara sipas grupmoshës dhe rezultatit laboratorik



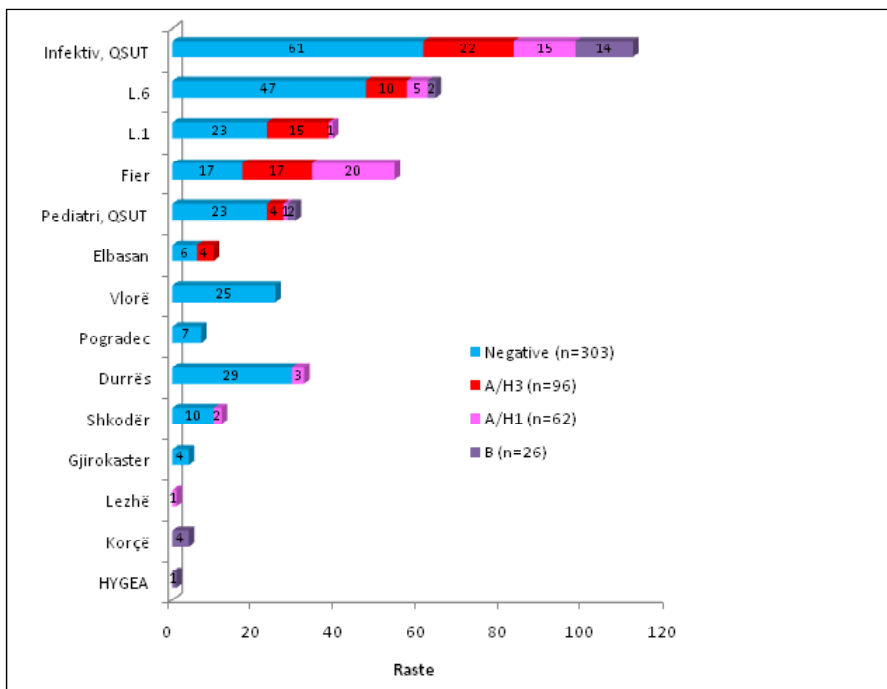
Rastet pozitive për viruset e gripit ndaj totalit të mostrave sipas grupmoshës:

- <12 m me 1 rast ose 7%.
- 1- 4 vjeç me 15 raste ose 16% (12 raste me virusin A dhe 3 raste me virusin B).
- 5-14 vjeç me 24 raste ose 30% (22 raste me virusin A dhe 2 raste me virusin B).
- 15-24 vjeç me 18 raste ose 42% (17 raste me virusin A dhe 1 rast me virusin B).
- 25-44 vjeç me 55 raste ose 54% (46 raste me virusin A dhe 9 raste me virusin B).

- 45-59 vjeç me 35 raste ose 51% (29 raste me virusin A dhe 6 raste me virusin B).
- 60+ vjeç me 36 raste ose 43% (31 raste me virusin A dhe 5 raste me virusin B).

Më të prekura nga gripi rezultojnë grupmoshat mbi 15 vjeç, duke qenë se në këto grupmosha përqindja e personave që rezultojnë pozitivë është më e lartë krahasuar me personat nën 5 vjeç. Figura 3 paraqet shpërndarjen e kampioneve të analizuar sipas vendit të marrjes së tyre

Figura 3. Numri total i mostrave të ardhura sipas vendit të marrjes së mostrës



Vërehet që shumica e mostrave kanë ardhur nga Spitali Infektiv QSUT me 112 (23%) mostra, SUSM me 92 (19%) mostra, dhe Qendra Shëndetësore Nr.6 me 64 (13%) mostra. Pozitive për virusin e gripit kanë rezultuar:

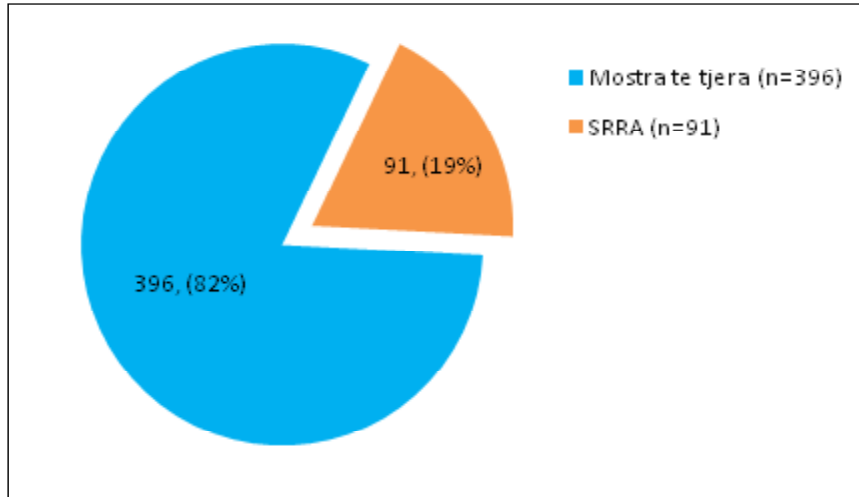
- 41 (45%) e mostrave të marra në SUSM.
- 51 (46%) e mostrave të marra në Spitalin Infektiv, QSUT.
- 17 (27%) e mostrave të mblledhura në Qendrën Shëndetësore Nr. 6.

- 16 (41%) e mostrave të mblledhura në Qendrën Shëndetësore Nr. 1.
- 37 (69%) e mostrave të marra në Fier.
- 7 (23%) e mostra vetë marra në Spitalin Pediatrik, QSUT.
- 4 (40%) e mostrave të marra në Elbasan.
- 3 (9%) e mostrave të marra në Durrës.
- 2 (17%) e mostrave të marra në Shkodër.
- 4 (100%) e mostrave të marra në Korçë.

- 1 mostër e marrë në Lezhë.
- 1 mostër e marrë në Spitalin Hygea.

Figura 4 në vijim paraqet shpërndarjen e kampioneve sipas pranisë së Sëmundjes së Rëndë Respiratore Akute (SRRA).

Figura 4. Sëmundje e Rëndë Respiratore Akute



91 (19%) prej pacientëve të dyshuar për grip kanë paraqitur komplikacione (SRRA). Në total, 21 (23%) e mostrave SRRA kanë rezultuar pozitive për viruset e gripit; 12 (57%) A/H3, 7 (33%) A/H1 dhe 2 (10%) me virusin B. Vërehet që 53 (58%) e rasteve me SRRA i përkasin grupmoshës pediatrike 0-14 vjeç. Mostrat pozitive për viruset e gripit kanë rezultuar në grupmoshat:

- <1 vjeç - 1 (10%)
- 1 - 4 vjeç - 3 (11%)
- 5 - 14 vjeç - 6 (38%)
- 25 - 44 vjeç - 3 (23%)
- 45 - 59 vjeç - 4 (57%)
- 60 vjeç+ - 4 (25%)

Vërehet që shumica e mostrave SRRA janë marrë në Spitalin Rajonal Durrës me 27 (30%) mostra, Spitalin Rajonal Vlorë me 25 (27%) mostra dhe SUSM me 24 (26%) mostra. Pozitive për viruset e gripit kanë rezultuar:

- 11 (46%) e mostrave të marra në SUSM.

- 3 (11%) e mostrave të marra nga Spitali Rajonal i Durrësit.
- 2 (29%) mostra të marra nga Spitali Infektiv QSUT.
- 3 (60%) mostra të marra nga Spitali Pediatrik QSUT
- 1 (100%) mostër e marrë nga Spitali Rajonal i Elbasanit dhe 1 (100%) mostër nga Lagjja 6.

Kështu vërehet që trendi i numrit të mostrave të marra ndjek trendin e infeksioneve respiratore. Në rajonin evropian aktiviteti i gripit paraqet trend në rënie në të gjitha vendet e Evropës. Ashtu si në vendin tonë edhe në rajonin evropian qarkullojnë të tre viruset: A(H3N2), A(H1N1) dhe B me mbizotërim të virusit A(H3N2).

Në Shqipëri vërehet se në javët e fundit kemi rritje të rasteve me virusin B duke imituar tencencat e vëna re në rajon, pasi edhe në në rajonin evropian në javët e fundit vërehet rritje e numrit të rasteve me virusin B.

Përmbledhje

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Viruset e gripit stinor qarkullojnë çdo vit, por survejanca e gripit duhet të jetë e vazhdueshme dhe e pandërprerë në kohë, si rrjedhojë e domosdoshmërisë, përditësimit të vaksinës me shtamet qarkulluese të viruseve të gripit për reduktimin e ngarkesës së sëmundjes.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Viruset e gripit A (H3N2, H1N1) dhe B janë të pranishme dhe në vendin tonë. Gjatë periudhës tetor 2014-prill 2015 vihet re një rritje e pranisë së virusit të Gripit B. Viruset e Gripit A dhe B prekin më tepër personat 15 vjeç e lart. Rreth 19% e personave të dyshuar për grip paraqitën komplikacione (Sëmundja e Rëndë Respiratore Akute-SRRA) dhe në 23% të këtyre rasteve u arrit të izolohej virusi i gripit.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Bazuar në të dhënat dhe tendencat lidhur me qarkullimin e viruseve të gripit në Shqipëri, është e domosdoshme të hartohen planet e përgatitjes për përballjen me gripin dhe të vazhdojë monitorimi i kujdesshëm i situatës.

Masat e ndërmarra

Gripi është një nga sëmundjet më të paparashikueshme, sepse viruset që e shkaktojnë atë janë në një proces konstant ndryshimesh antigjenike të quajtura “drift” dhe që ndikojnë në kohën e shfaqjes së gripit, si dhe në shkallën e ashpërsisë së sëmundjes (Takashita et al. 2015). Gripi shkakton një nivel të lartë sëmundshmërie dhe vdekshmërie, me një kosto të lartë ekonomike në lidhje me shpenzimet mjekësore dhe jetët e humbura (Lackenby et al. 2008, European monitoring of excess mortality for public health action 2015). Bazuar në survejancën e gripit dhe duke marrë në konsideratë potencialin e viruseve

të gripit për të shkaktuar epidemi dhe pandemi nga çdo vend, janë hartuar edhe planet e përgatitjes së përballjes me gripin (Martirosyan et al. 2012). Gjithashtu, aktiviteti i gripit monitorohet nëpërmjet indikatorëve të caktuar të cilët janë: pragu epidemik, trendi, përhapja gjeografike, intensiteti dhe impakti. Plani i përgatitjes dhe përballimit të gripit përmirësohet dhe përditësohet me elementet e reja të survejancës (Vega et al. 2013). Në sezonin 2014-2015 vërehet përmirësim i survejancës së gripit krahasuar me vitet e mëparshme përse i përket përqindjes së mostrave pozitive për viruset e gripit.

Bibliografia

Broberg, E., Snacken, R., Adlhoc, C., (2015) Start of the 2014/15 influenza season in Europe: drifted influenza A(H3N2) viruses circulate as dominant subtype. *Euro Surveill.* 20(4).

ECDC. Risk assessment: Seasonal influenza 2014–2015 in the EU/EEA countries. Available at http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/2015.

European monitoring of excess mortality for public health action. www.euromomo.org, accessed on 30 March 2015).

FluNews Europe: <http://www.flunewseurope.org/>

Lackenby, A., Hungnes, O., Dudman, S.G. et al. (2008) Emergence of resistance to oseltamivir among influenza A(H1N1) viruses in Europe. *Euro Surveill.*13(5).

Martirosyan, L., Paget, J. et al. (2012) The community impact of the 2009 influenza pandemic in the WHO European Region: a comparison with historical seasonal data from 28 countries. *BMC Infectious Diseases*, 12:368.

Meerhoff, T.J., Simaku, A., Ulqinaku, D., Torosyan, L., Gribkova, N., Shimanovich, V., Chakhunashvili, G., Karseladze, I., Yesmagambetova, A., Kuvatbayeva, A., Nurmatov, Z., Otorbaeva, D., Lupulescu, E., Popovici, O., Smorodintseva, E., Sominina, A., Holubka, O., Onyshchenko, O., Brown, C.S., Gross, D., (2015) Surveillance for severe acute respiratory infections (SARI) in hospitals in the WHO European region - an exploratory analysis of risk factors for a severe outcome in influenza-positive SARI cases. *BMC Infect Dis.* 2015 Jan 8;15(1):1.

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015-2016 northern hemisphere influenza season. *Wkly Epidemiol Rec* 2015;90(11):97-108.

Takashita, E., Meijer, A., Lackenby, A., Gubareva, L., Rebelo-de-Andrade, H., Besselaar, T., et al. (2015) Global update on the susceptibility of human influenza viruses to neuraminidase inhibitors. *Antiviral Res.* 117:27-38.

Vega, T., Lozano, J.E., Meerhoff, T., Snacken, R., Mott, J., Ortiz de Lejarazu, R., Nunes, B., (2013) Influenza surveillance in Europe: establishing epidemic thresholds by the moving epidemic method. *Influenza Other Respir Viruses.* 2013 Jul;7(4):546-58.

Kostot financiare të insufiçencës kardiake në popullatën Shqiptare

Astrit Beci¹, Albana Adhami¹, Arjan Bregu², Genc Burazeri²

¹Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme Shëndetësore Kombëtare, Tiranë

²Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Klinikisht insufiçenca kardiake është një sëmundje e vështirë për t'u trajtuar, e kushtueshme, invalidizuese, dhe vdekjeprurëse. Kjo sëmundje mbetetë tillë, pavarësisht efekteve të fuqishme që kanë sjellë medikamentet trajtuese të gjeneratave të reja. Përdorimi i teknikave më të mira të trajtimit dhe diagnostikimi i hershëm i insufiçencës kardiake, janë tepër të nevojshme për të përmirësuar situatën aktuale. Megjithatë, edhe këto ndërhyrje mund të mos jenë të mjaftueshme. Përkeqësimi dramatik i prognozës dhe i cilësisë së jetës, kur një pacient përparon nga disfunkcioni asimptomatik i ventrikulit të majtë të zemrës drejt insufiçencës kardiake, shtron hipotezën se vetëm një program i mirëorganizuar parandalimi do të reduktojë në mënyrë efektive barrën financiare që ka kjo sëmundje në shëndetin publik. Për më tepër, pasojat ekonomike të zhvillimit të insufiçencës kardiake sugjerojnë se përpjekje të tilla ka shumë mundësi që të jenë kosto-efektive.

Hyrje

Shqipëria renditet ndër vendet e rajonit me nivelin më të lartë të shpenzimeve mbi trajtimin e insufiçencës kardiake. Në Tabelën 1 jepen detaje mbi shpenzimet të cilat përfshijnë trajtimin e insufiçencës kardiake në spitalet rajonale në

Shqipëri për vitin 2014. Këto të dhëna janë vënë në dispozicion nga Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme Shëndetësore Kombëtare në Shqipëri {FSDKSH} (Albanian Health Insurance Fund).

Tabela 1. Barra financiare e insufiçencës kardiake në spitalet rajonale në Shqipëri për vitin 2014

RAJONI	Numri i pacientëve	Shpenzimet totale	Kosto mesatare (Lekë)
Berat	123	8,913,731	72469.36
Elbasan	34	1,980,434	58248.06
Korçë	37	2,564,625	69314.19
Dibër	nuk ka të dhëna	-	-
Vlorë	25	1,459,840	58393.6
Shkodër	99	7,265,492	73388.81
Durrës	238	16,044,862	67415.39
Kukës	4	159,587	39896.75
Gjirokastrë	11	666,211	60564.64
Lezhë	nuk ka të dhëna	-	-
Fier	46	1,966,333	42746.37

Ka evidencë të mjaftueshme mbi diferencat e konsiderueshme që janë prezent në trajtimin e insufiçencës kardiake në rajone të ndryshme të Shqipërisë. Kostoja mesatare për trajtimin e insufiçencës kardiake ishte më e lartë në rajonin e Shkodrës dhe më e ulët në rajonin e Kukësit. Këto diferenca rajonale, ndër të tjera, mund të jenë të lidhura me mungesën e protokolleve të repta dhe të udhëzimeve rigoroze për trajtimin

dhe menaxhimin e insufiçencës kardiake në Shqipëri. Nga ana tjetër, Tabela 2 paraqet shpenzimet të cilat përfshijnë trajtimin e insufiçencës kardiake në disa nga spitalet e rretheve në Shqipëri për vitin 2014. Këto të dhëna gjithashtu u vunë në dispozicion nga Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme Shëndetësore Kombëtare në Shqipëri (Albanian Health Insurance Fund).

Tabela 2. Barra financiare e insufiçencës kardiake në spitalet e rretheve në Shqipëri për vitin 2014

Rrethi	Numri i pacientëve	Shpenzimet totale	Kosto mesatare (Lekë)
Tropojë	15	848,690	56,579
Librazhd	7	291,686	41,669
Sarandë	21	1,335,269	63,584
Delvinë	2	216,518	108,259
Tepelenë	2	164,503	82,252
Laç	10	484,387	48,439
Mirditë	6	373,365	62,228
Kuçovë	10	293,502	29,350
Gramsh	20	857,712	42,886
Kavajë	13	778,227	59,864
Krujë	2	76,744	38,372

Në mënyrë të ngjashme me situatën e raportuar nga spitalet rajonale, ekziston një ndryshim thelbësor në trajtimin e insufiçencës kardiake në rrethe të ndryshme të Shqipërisë. Për këtë arsye mesatarisht, kostoja për trajtimin e insufiçencës kardiake ishte më e lartë në rrethin e Delvinës dhe më e ulët në rrethin e Kuçovës. Dallimi midis këtyre dy rretheve, është më shumë

se trefish, rezultat i cili vë në dukje ndryshueshmëri të konsiderueshme në trajtimin e insufiçencës kardiake. Siç u vu në dukje më parë, pavarësisht rolit të faktorëve të tjerë, këto ndryshime mund të jenë të lidhura me mungesën e protokolleve dhe udhëzimeve të rigorozë për trajtimin dhe menaxhimin e insufiçencës kardiake në Shqipëri.

Përmbledhje

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Insufiçenca kardiake është një nga sëmundjet më të vështira për tu trajtuar me sukses, është një sëmundje e kushtueshme, invalidizuese, dhe vdekjeprurëse, pavarësisht zhvillimeve të mëdha në fushën klinike dhe farmaceutike. Kjo sëmundje shkakton një barrë të konsiderueshme ekonomike në trajtimin e saj dhe të komplikacioneve që ajo shkakton.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ekziston një diferencë e konsiderueshme në trajtimin e insufiçencës kardiake në rajone dhe rrethe të ndryshme të Shqipërisë, e cila mund të jetë e lidhur me mungesën e protokolleve strikte dhe të udhëzimeve rigorozë të trajtimit. Barra ekonomike e insufiçencës kardiake në Shqipëri është më e lartë se në Mal të Zi dhe Maqedoni, por është më e ulët se në vendet e tjera të rajonit.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Bazuar në të dhënat dhe tendencat që kanë të bëjnë me kostot financiare gjithnjë në rritje të trajtimit të insufiçencës kardiake, shtrohet nevoja e organizimit të programeve parandaluese të cilat do të ndikojnë në reduktimin e nivelit të sëmundshmërisë dhe të barrës financiare.

Barra ekonomike e insufiçencës kardiake në popullatën shqiptare krahasuar me vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore

Në shkallë globale, kostoja e përgjithshme e trajtimit të insufiçencës kardiake në vitin 2012, u vlerësua në rreth 108 miliardë dollarë në vit (Cook et al. 2014). Duke u bazuar në moshimin e popullatës, zgjerimin dhe industrializimin e shpejtë të popullsinë në rang global, kjo vlerë do të vazhdojë të rritet akoma. Në termat e barrës

financiare të insufiçencës kardiake, Shqipëria ngjason me modelin e vendeve me të ardhura të ulëta. Për këtë arsye, vendet me të ardhura të larta ezaurojnë një pjesë të madhe të të adhurave me anë të shpenzimeve direkte, i cili është një model i kundërt me vendet me të ardhura mesatare dhe të ulëta, duke përfshirë edhe Shqipërinë. Duhet të theksohet se në vendet me të ardhura të ulëta, ku përfshihet edhe Shqipëria, persistenca e të ashtuquajturave sëmundje

“para-tranzicionale” të tilla si sëmundja reumatizmale e zemrës, fibroza endomiokardiale, sëmundja e perikarditit tuberkular dhe anemia, mbeten etiologji të rëndësishme të insuficiencës kardiake. Megjithatë, ky ndryshim në etiologjinë e insuficiencës kardiake i diferencuar sipas gjendjes ekonomike, ka të ngjarë që të ndryshojë. Ndërsa vendet më pak të zhvilluara ekonomikisht do të vazhdojnë të industrializohen, faktorët e

rrezikut “para-tranzicionalë” kanë të ngjarë që të rriten duke u ndikuar edhe nga faktorët tradicionalë të rrezikut kardio-vaskular, që mund të rezultojë në rritje të barrës së sëmundshmërisë në popullsitë e mëdha. Tabela 3 paraqet barrën financiare të insuficiencës kardiake në Shqipëri dhe në vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore (Institute for Health Metrics and Evaluation 2013).

Tabela 3. Barra financiare e insuficiencës kardiake në vendet e Evropës Juglindore

Shteti	Kosto direkte e IK (milion\$)	Kosto indirekte e IK (milion\$)	Kosto totale e IK (milion\$)	Raporti: kosto direkte vs. indirekte
Shqipëria	1	8	9	1:8
Bosnia dhe Hercegovina	2	10	12	1:5
Kroacia	63	34	97	1.9:1
Greqia	383	149	532	2.6:1
Maqedonia	1	6	7	1:6
Mali i Zi	0	3	3	-
Serbia	4	22	26	1:6
Sllovenia	58	27	85	2:1

Barra financiare e insuficiencës kardiake në Shqipëri është më e lartë se në Mal të Zi (që ka barrën më të ulët në rajon) dhe Maqedoni, por është më e ulët se në vendet e tjera të rajonit. Në veçanti, Greqia ka barrën më të lartë ekonomike të insuficiencës kardiake në rajon, kryesisht për shkak të koston direkte apo të drejtpërdrejtë. Përsa i përket raportit midis koston indirekte kundrejt koston direkte të insuficiencës kardiake, Shqipëria

tërheq vëmendjen me barrën më të lartë të koston indirekte në rajon, e ndjekur nga Maqedonia, Serbia dhe Bosnja dhe Hercegovina. Në anën tjetër, Kroacia, Sllovenia dhe Greqia kanë një kosto më të lartë të koston direkte të insuficiencës kardiake në krahasim me koston indirekte. Si fakt konkret që rezulton nga evidenca, në mënyrë të qartë barra më e lartë e koston direkte të insuficiencës kardiake në rajon është në Greqi.

Bibliografia

Albanian Health Insurance Fund. Website: <http://www.fsdksh.com.al/>.

Cook, C., Cole, G., Asaria, P., Jabbour, R., Francis, D.P., (2014) The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology*. 171 (3): 368–376.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Available from: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf (accessed: May 24, 2015).

Incidenca dhe prevalenca e insufiçencës kardiake në Shqipëri

Kliti Hoti¹, Arjan Bregu², Ervin Toçi², Herion Muja², Genc Burazeri²

¹Distributori farmaceutik “Novartis Pharma” – Shqipëri dhe Kosovë;

²Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Insufiçenca kardiake (IK) është një problem i madh për shëndetin publik, me një prevalencë prej mbi 23 milionë raste të sëmundjes në mbarë botën, e cila po vjen gjithnjë në rritje. Edhe pse evidencat duken premtuese dhe raportojnë se incidenca e axhustuar për moshë e insufiçencës kardiake mund të ketë pësuar rënie, IK ende mbart sëmundshmëri dhe vdekshmëri të konsiderueshme. Insufiçenca kardiake paraqet një barrë të rëndësishme për sistemin e kujdesit shëndetësor, dhe është përgjegjëse për shpenzime financiare të rëndësishme, dhe nivele të larta të hospitalizimeve, riakutizimeve, dhe vizitave ambulatorë. Insufiçenca kardiake nuk është një entitet i vetëm, por një sindrom i plotë klinik i cili mund të paraqesë karakteristika të ndryshme në varësi të faktorëve të tillë si mosha, gjinia, përkatësia etnike, fraksioni i ejeksionit ventrikular të majtë (FEVM), dhe etiologjisë së vetë insufiçencës kardiake.

Hyrje

Të dhënat e raportuara mbi prevalencën e insufiçencës kardiake në popullatën Shqiptare Sipas vlerësimeve më të besueshme, prevalenca e raportuar e insufiçencës kardiake në Shqipëri është 62.555 raste për një popullsi prej rreth tre milion banorë (Statistics by Country for Heart failure 2015). Ky numër i raportuar i rasteve me insufiçencë kardiake në Shqipëri është llogaritur bazuar në prevalencën e insufiçencës kardiake në bazë të statistikave në SHBA,

Britani të Madhe, Kanada, apo Australi. Këto statistika janë ekstrapoluar duke përdorur popullsinë e Shqipërisë (Statistics by Country for Heart failure 2015; Institute of Statistics 2012). Megjithatë duhet të theksohet, se një ekstrapolimi i tillë është kryer në mënyrë të automatizuar dhe nuk merr parasysh diferencat gjenetike, kulturore, mjedisore, sociale, racore apo edhe të dallimeve të tjera të mundshme në të gjithë shtetet. Për më tepër, ekstrapolimi nuk përdor

burime apo të dhëna të tjera statistikore në lidhje me Shqipërinë, përveç popullsisë së saj të përgjithshme (Institute of Statistics 2014).

Bazuar në këto konsiderata, të dhënat e raportuara për Shqipërinë mund të mos jenë shumë të sakta dhe mund të merren vetëm si një tregues i përgjithshëm (ose një tregues i përafërt) për prevalencën aktuale të Insufiçencës kardiake në Shqipëri.

Të dhënat e raportuara mbi incidencën e Insufiçencës kardiake në popullatën Shqiptare

Sipas të njëjtave vlerësimeve të përmendura më lart, incidenca e raportuar e insufiçencës kardiake në Shqipërië shtë 7167 raste të reja çdo vit në një popullsi prej rreth tre milion banorë (Statistics by Country for Heart failure 2015). Termi “incidencë” i insufiçencës kardiake do të thotë niveli vjetor i diagnostikimit me këtë sëmundje, apo numri i rasteve të reja të insufiçencës kardiake të diagnostikuara çdo vit

(dmth, individët e sapo diagnostikuar me insufiçencë kardiake p.sh. në Shqipëri). Nga ana tjetër, termi “prevalencë” e insufiçencës kardiake zakonisht do të kuptohet si popullata e individëve të cilët menaxhojnë sëmundjen në çdo kohë të dhënë (p.sh. individët me insufiçencë kardiake p.sh. në Shqipëri). Megjithatë, këto dy lloje statistikash mund të ndryshojnë: një sëmundje e shkurtër si gripi mund të ketë incidencë të lartë vjetore, por prevalencë të ulët, ndërsa një sëmundje gjatë gjithë jetës si diabeti ka një incidencë të ulët vjetore, por prevalencë të lartë.

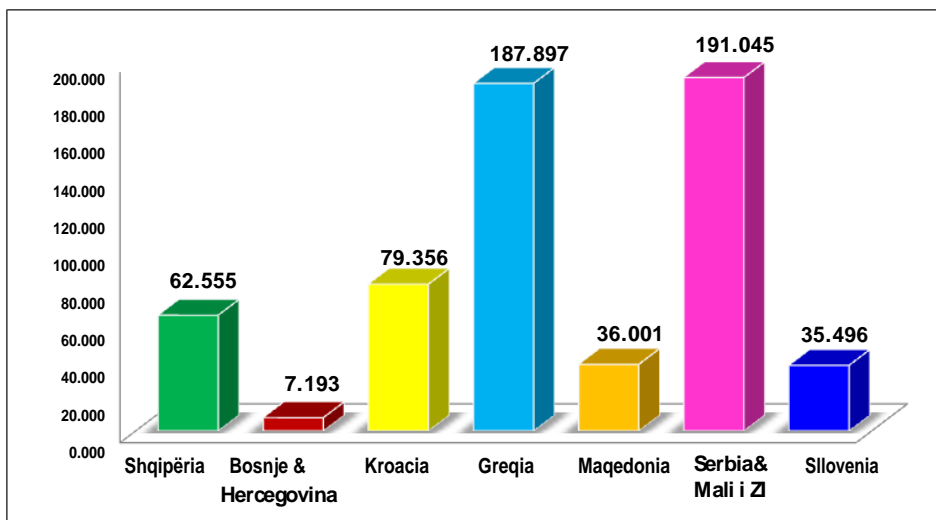
Prevalenca e insufiçencës kardiake në popullatën shqiptare krahasuar me vendet e tjera në rajonin e Evropës Juglindore.

Tabela 1 dhe Figura1 paraqesin prevalencën e insufiçencës kardiake në Shqipëri dhe në vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore (Institute for Health Metrics and Evaluation 2013; Institute for Health Metrics and Evaluation 2014):

Tabela 1. Prevalenca e insufiçencës kardiake në Shqipëri dhe në vendet e tjera të Evropës Juglindore

Shteti	Numri i individëve me insufiçencë kardiake
Shqipëria	62,555
Bosnia dhe Hercegovina	7,193
Kroacia	79,356
Greqia	187,897
Maqedonia	36,001
Serbia dhe Mali i Zi	191,045
Sllovenia	35,496

Figura 1. Numri total i rasteve të diagnostikuara me insufiçencë kardiake në vendet e Evropës Juglindore



Numri i raportuar i individëve me insufiçencë kardiake në Shqipëri është dukshëm më i lartë se në Bosnje dhe Hercegovinë (vendi me numrin

më të ulët në rajon), Slloveni dhe Maqedoni, por më i ulët sesa në Kroaci, Greqi, apo Serbi dhe Malin e Zi (me numrin më të lartë në rajon).

Përmbledhje

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Insufiçenca kardiake vazhdon të mbetet një problem i madh për shëndetin publik, me një prevalencë të lartë të sëmundjes në mbarë botën, e cila po vjen gjithnjë në rritje. Gjithashtu insufiçenca kardiake paraqet një barrë të konsiderueshme për sistemin e kujdesit shëndetësor, duke qenë përgjegjëse për shpenzime financiare të rëndësishme, në nivelin e trajtimit të vetë sëmundjes dhe pasojave të saj.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Numri i individëve me insufiçencë kardiakë në Shqipëri dhe incidenca e saj janë më të larta se në Bosnje dhe Hercegovinë, Slloveni dhe Maqedoni, por më i ulët sesa në Kroaci, Greqi, apo Serbi dhe Malin e Zi.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Numri i lartë i rasteve me insufiçencë kardiake dhe incidenca relativisht e lartë e kësaj sëmundjeje, duhet të shërbejë si këmbanë alarmi për sistemin shëndetësor në Shqipëri për të hetuar lidhur me shkaqet dhe zgjidhjet e mundshme të problemit.

Incidenca e insufiçencës kardiake në popullatën shqiptare krahasuar me vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore.

çencës kardiake në Shqipëri dhe në vendet e tjera të rajonit të Evropës Juglindore (Institute for Health Metrics and Evaluation 2014):

Tabela 2 paraqet rastet e raportuara të insu-

Tabela 2. Incidenca e insufiçencës kardiake në Shqipëri dhe në vendet e tjera të Evropës Juglindore

Shteti	Numri vjetor i rasteve të reja të insufiçencës kardiake
Shqipëria	7,167
Bosnia dhe Hercegovina	824
Kroacia	9,092
Greqia	21,529
Maqedonia	4,125
Serbia dhe Mali i Zi	21,890
Sllovenia	4,067

Në mënyrë të ngjashme me të dhënat e raportura mbi prevalencën e sëmundjes, numri vjetor i rasteve të reja me insufiçencë kardiake në Shqipëri është dukshëm më i lartë se në Bosnje dhe Hercegovinë (që ka edhe numrin

më të ulët në rajon), Slloveni dhe Maqedoni, por është më i ulët se në Kroaci, Greqi, apo Serbi dhe Malin e Zi (që ka numrin më të lartë në rajon) (Statistics by Country for Heart failure 2015).

Bibliografia

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The global burden of disease: Generating evidence, guiding policy. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Available from: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf (accessed: May 24, 2015).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2014). GBD Database. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Available from: <http://www.healthdata.org/search-gbd-data?s=albania> (accessed: May 24, 2015).

Institute of Statistics (INSTAT) (2012). Population and housing census, 2011. Tirana: INSTAT. Available from: http://www.instat.gov.al/media/178070/rezultatet_kryesore_t_censurit_t_popullsis_dhe_banesave_2011_n_shqip_ri.pdf (accessed: May 24, 2015).

Institute of Statistics (INSTAT) (2014). Women and men in Albania, 2014. Available from: http://www.instat.gov.al/media/257796/femra_e_meshkuj_2014.pdf (accessed: May 24, 2015).

Statistics by Country for Heart failure. Available from: http://www.rightdiagnosis.com/h/heart_failure/stats-country.htm#extrapwarning (accessed: May 24, 2015).

Vlerësimi i lindjeve dhe aborteve tek adoleshentet për rrethin e Tiranës, gjatë periudhës 2009-2012

Alba Merdani¹, Dorina Toçi (Çanaku)¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

Abstrakt

Shtatzënia në adoleshencë paraqet një problem të rëndësishëm mjekësor dhe të shëndetit publik, kryesisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Në Shqipëri informacioni lidhur me abortet në adoleshencë është i paplotë. Qëllimi ynë ishte të hidhnim dritë lidhur me abortin në adoleshencë në Shqipëri gjatë periudhës 2009-2012, bazuar në analizën e të dhënave të raportuara në Sistemin e Survejancës së Aborteve. Gjatë periudhës 2009-2012 rreth një në 20 aborte në vendin tonë kryhen tek adoleshentet 15-19 vjeç, kurse për Tiranën përqindja e aborteve tek adoleshentet kundrejt numrit total të aborteve ishte 3.4%, 3.7%, 3.3% dhe 1.8%, përkatësisht për vitin 2009, 2010, 2011 dhe 2012. Midis vajzave adoleshente që kanë kryer abort, rreth 2/3 e tyre jetojnë në zonat urbane. Nevojiten fushata edukuese, informuese dhe ndërgjegjësuese në mënyrë që të ulët numri i shtatzënive të padëshiruara në adoleshencë, aborteve dhe komplikacioneve të tyre në vendin tonë.

Hyrje

Rreth 16 milionë vajza adoleshente në botë lindin fëmijë çdo vit dhe pjesa më e madhe e tyre janë nga vendet me të ardhura ekonomike të ulëta dhe të mesme. Rreth 3 milionë vajza të moshës 15-19 vjeç i nënshtrohen aborteve të pasigurta çdo vit. Komplikacionet gjatë shtatzënisë dhe lindjes përbëjnë shkakun kryesor të vdekjeve të vajzave të moshës 15-19 vjeç, në vendet me të ardhura ekonomike të ulëta dhe të mesme. Vdekjet fetale dhe vdekjet e të porsalindurve janë 50% më të larta te foshnjat e nënave adoleshente sesa te foshnjat e grave të moshës

20-29 vjeç. Foshnjat e nënave adoleshente kanë më shumë gjasa të kenë peshë të ulët të lindjes. Në mbarë botën, 1 në 5 vajza të moshës deri në 18 vjeç lind fëmijë, dhe kjo shifër rritet me 1 deri në 3 vajza në rajonet më të varfëra të botës. Në çdo vend të botës, lindjet tek adoleshentet kanë më shumë gjasa të ndodhin në rajonet më të varfëra, me arsim të ulët dhe në zonat rurale (WHO 2012).

Faktorë të ndryshëm ndikojnë në lindjet tek adoleshentet. Në shoqëri të ndryshme vajzat mund të ndodhen nën presion që të martohen

dhe të lindin në moshë të hershme fëmijë, ose ato mund të kenë mundësi të kufizuara arsimimi dhe punësimi. Në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme ekonomike, mbi 30% e vajzave marrohen para moshës 18 vjeç dhe rreth 14% e vajzave para moshës 15 vjeç. Nivelet e lindjeve midis femrave adoleshente janë më të larta tek ato me arsim të ulët sesa tek ato me arsim të mesëm dhe të lartë. Disa vajza adoleshente nuk kanë dijeni sesi të shmangin një shtatzëni të padëshiruar, ose nuk janë të gatshme për të marrë dhe përdorur metoda kontraceptive. Sidoqoftë, edhe kur kontraktivët janë gjerësisht të disponueshëm, adoleshentet seksualisht aktive kanë më pak të ngjarë të përdorin kontraktivë sesa të rriturit. Në vendet e Amerikës Latine, në Evropë dhe në Azi përdorin kontraktivë vetëm 42-68% e adoleshenteve të martuara apo që janë në një lidhje, ndërsa në Afrikë ky nivel i përdorimit të kontraktivëve në këtë kategori individësh shkon në 3-49% (WHO 2012).

Vendet e Mesdheut, të tilla si Italia dhe Spanja paraqesin një nivel të ulët të shtatzënive tek adoleshentet; 6 lindje për 1000 gra të moshës 15-19 vjeç për vitin 2002 në të dy vendet (UNFPA 2007), nivel i cili mund t'i atribuohet vlerave tradicionale dhe stigmës shoqërore. Gjithashtu, të dy këto vende paraqesin nivele të ulëta të abortit për këtë grupmoshë. Ndërkohë Portugalia ka një përqindje të lartë të shtatzënive tek adoleshentet; 17 lindje për 1000 gra të moshës 15-19 vjeç për vitin 2002 (UNICEF 2001).

Në Evropën Lindore, Rumania dhe Bullgaria kanë nivelin më të lartë të lindshmërisë tek adoleshentet, përkatësisht me 39.3 dhe 46.7 lindje për 1000 gra adoleshente. Duhet të theksojmë se të dy vendet kanë një numër të madh të popullatës rome, popullatë tek e cila vihet re martesë dhe lindshmëria në moshë adoleshente (Jordan & Isaev 2010; Lee 2014).

Adoleshentet shtatzëna më tepër sesa gratë e tjera prirën për shumë arsye të ndërpresin shtatzëninë e tyre:

- Disa janë të shqetësuara se ardhja në jetë e fëmijës do të ndryshojë rrjedhën e jetës së tyre. Ato mendojnë se janë të papërgatitura dhe jo të afta për të marrë përgjegjësitë e rritjes së fëmijës.

- Mungesa e parave, mbështetja e familjes apo e partnerit janë gjithashtu arsye që i shtyjnë adoleshentet të kryejnë ndërprerje shtatzënie.

- Adoleshentet që vendosin të sjellin në jetë një fëmijë, në shumicën e rasteve detyrohen të braktisin shkollën dhe të kërkojnë asistencë nga shteti apo familja për rritjen e fëmijës (Welton 2013).

Si kudo në botë, edhe në Shqipëri shtatzënitë tek adoleshentet përbëjnë një problem shoqëror dhe shëndetësor, pasi shtatzënia në adoleshencë rrezikon jo vetëm shëndetin e nënës por edhe të fëmijës, duke përbërë në mënyrë të tërthortë edhe një problem për komunitetin. Në vendin tonë, sipas studimit më të fundit të kryer në vitin 2009 (Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro 2010), përdorimi aktual i ndonjë metode kontraceptive te femrat e moshës 15-19 vjeç është 6.7%, dhe përdorimi aktual i metodave moderne te femrat e po kësaj moshe është 1.8%. Kontracepsion nuk kanë përdorur kurrë 88.9% e femrave të grupmoshës 15-19 vjeç. Rreth 91% e femrave të grupmoshës 15-19 vjeç që jetojnë në zonat urbane nuk kanë përdorur kurrë kontracepsion dhe 87.7% e femrave të po kësaj moshe jetojnë në zonat rurale. 5.3% e femrave të grupmoshës 15-19 vjeç ishin të martuara dhe 2.2% bashkëjetonin. Rreth 0.3% e meshkujve të grupmoshës 15-19 vjeç ishin të martuar dhe 0.6% bashkëjetonin. 41.8% e femrave të martuara të grupmoshës 15-19 vjeç përdornin metodën tradicionale, dhe 12.8% e femrave të martuara të po kësaj

grupmoshe përdornin metodat moderne kontraceptive. 16.6% e femrave aktualisht të martuara të grupmoshës 15-19 vjeç kishin nevoja të paplotësuara për planifikim familjar. Lindshmëria sipas moshës mes femrave të moshës 15-19 vjeç ra nga 50 lindje për 1000 femra në periudhën 10-14 vjet përpara studimit (viti 2008-2009), deri në 20 lindje për 1000 femra në periudhën 0-4 vjet përpara studimit, pra një rënie prej 60%. Niveli total i lindshmërisë në zonat urbane ishte 10 për 1000 femra adoleshente, gati dy herë më i ulët se në zonat rurale (Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro 2010).

Metodologjia

Studimi ka për qëllim të identifikojë trendin e lindjeve dhe aborteve për periudhën 2009-2012 në rrethin e Tiranës (dy maternitetet) dhe evidentimin e karakteristikave socio-demografike të kësaj grupmoshe.

Meqenëse në vendin tonë ka mungesë të studimeve të mirëfillta të fokusuara te lindjet dhe abortet e adoleshenteve, ky studim do të japë të dhëna lidhur me vendbanimin (urban-rural), statusin martesor, si dhe të dhëna të tjera të lidhura me llojin aborteve të kryera tek adoleshentet.

Ky është një studim transversal i kryer në nivel kombëtar. Të dhënat për lindshmërinë në shkallë vendi janë marrë nga Ministria e Shëndetësisë, dhe të dhënat për lindshmërinë në Tiranë janë marrë nga zyrat e statistikës të të dy spitaleve universitare obstetrikogjinekologjike të Tiranës. Të dhënat për abortet janë nxjerrë nga Sistemi i Survejancës së Aborteve (Instituti i Shëndetit Publik) në vendin tonë, pranë departamentit të Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore në Institutin e Shëndetit Publik.

Sistemi i Survejancës së Aborteve përfshin të gjithë abortet spontane dhe me kërkesë, deri në javën e 22 të shtatzënisë të kryera në vendin tonë. Abortet raportohen sipas sistemit ICD9. Dokumenti zyrtar për raportimin e aborteve është skeda e abortit, e cila duhet të plotësohet detyrimisht nga mjeku

specialist që kryen abortin. Plotësimi i saktë dhe i të gjitha rubrikave që përmban skeda e abortit është jo vetëm kusht metodologjik për çdo maternitet apo klinikë private të licencuar për ndërprerje shtatzënie, por edhe një detyrim ligjor për të siguruar të dhëna dhe informacion të vlefshëm. Skeda e abortit nuk përmban identitetin (emrin) e gruas, për të ruajtur konfidencialitetin e saj (Instituti i Shëndetit Publik).

Në këtë studim të dhënat mbi abortet dhe lindjet janë analizuar për periudhën 2009-2012. Niveli i raportimit të aborteve ndryshon sipas rajoneve të vendit, dhe departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore vlerëson që kjourvejancë kap mbi 80% të të gjithë aborteve të kryera në vendin tonë (Instituti i Shëndetit Publik). Të dhënat janë analizuar duke përdorur paketën statistikore SPSS 15. Analiza e të dhënave është kryer si më poshtë: Për të gjithë variablet janë kryer frekuencat në mënyrë që të identifikoheshin të gjitha të dhënat e munguara dhe vlerat outlier. Të dhënat për abortet janë analizuar sipas karakteristikave të ndryshme socio-demografike të tilla si vendbanimi i nënës (urban-rural), moshë e nënës në kategori, statusi martesor dhe lloji i abortit (me kërkesë të gruas dhe spontan).

Rezultatet

Lindja e fëmijëve fillon relativisht vonë në Shqipëri. Sipas Studimit Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri realizuar në vitin 2008-2009, 3/4 e femrave të moshës 20-24 vjeç nuk kanë lindur asnjëherë. Vetëm 3% e adoleshenteve kanë lindur fëmijë, përfshirë 2% të cilat kanë qenë nëna në kohën e studimit. Proporcioni i grave që kanë fëmijë nën moshën 25 vjeç ka rënë me shpejtësi, ndërkohë që është rritur proporcioni te gratë e moshës mbi 35 vjeç.

Ndër faktorët që kanë ndikuar është shtimi i grave me arsim të lartë dhe rritja e pjesëmarrjes së tyre në punë, rritja e rëndësisë së karrierës profesionale, shtimi i kostos për rritjen e një fëmije, si dhe paqëndrueshmëria në lidhje.

Lindshmëria moshë-specificke të femrat e moshës 15-19 vjeç ka rënë nga 50 lindje për 1000 gra në periudhën 10-14 vjet para studimit, në 20 lindje për 1000 gra në periudhën 0-4 vjet para studimit, pra një rënie prej 60% (Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro 2010). Përqindja e femrave të reja që lindin fëmijë rritet shpejt me moshën, nga pothuaj asnjë te femrat e moshës 15 vjeç në 12% te femrat e moshës 19 vjeç. Adolehentet në zonat malore kanë më shumë gjasa për të filluar lindjen e fëmijës, ndërkohë që ato që banojnë në Tiranë qytet kanë më pak gjasa (përkatësisht 4% krahasuar me më

pak se 1% – të dhëna sipas Institutit të Statistikave, Institutit të Shëndetit Publik dhe ICF Macro 2010).

Studimi ynë është fokusuar në dy maternitetet e Tiranës në të cilat janë nxjerrë lindjet, abortet totale dhe ato me kërkesë të gruas për grupmoshën 14-24 vjeç gjatë periudhës 2009-2012, meqenëse këto maternitete kanë numrin më të lartë të lindjeve në shkallë vendi. Gjithashtu janë analizuar edhe abortet tek adolehentet (15-19 vjeç) sipas llojit të abortit, vendbanimit dhe statusit martesor të marra nga Sistemi i Survejancës së Abortit.

Tabela 1. Lindjet dhe abortet për periudhën kohore 2009-2012

	Viti 2009		Viti 2010		Viti 2011		Viti 2012	
Lindje në Shqipëri *	34 044		33 856		34 297		34 974	
Aborte në Shqipëri **	9 200		8 085		8 307		7 846	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Lindje total Tirana (Nr dhe % ndaj totalit të vendit) ***	10 559	31.0	11 031	32.6	11 181	32.6	11 456	32.8
Aborte total Tirana (sekt. publik dhe privat në nr dhe % ndaj totalit të vendit) **	3 895	42.3	3 629	44.9	3 807	45.8	3 642	46.4
Aborte totale tek adolehentet (15-19 vjeç) në Tiranë (Nr dhe % ndaj totalit të aborteve të Tiranës) **	133	3.4	134	3.7	125	3.3	66	1.8
Lindje për grupmoshën 14-24 vjeç në Tiranë (Nr dhe % ndaj totalit të Tiranës) ***	3793	36.9	4186	38.4	4631	41.5	4917	43.0
Aborte për grupmoshën 14-24 vjeç në Tiranë (Nr dhe % ndaj totalit të Tiranës) ***	987	31.3	801	27.7	762	26.3	644	22.6
Ndërprerje me kërkesë të gruas 14-24 vjeç në Tiranë (Nr dhe % ndaj totalit të grupmoshës 14-24 vjeç) ***	467	47.3	312	39.0	300	39.4	250	38.8

*Ministria e Shëndetësisë

**Sistemi i Survejancës së Abortit, ISHP

***Të dhëna nga dy maternitetet e Tiranës

Nga analiza e të dhënave vihet re një rritje e lehtë e numrit të përgjithshëm të lindjeve nga viti 2009 deri në vitin 2012, ndërkohë që numri i aborteve ka ardhur në rënie gjatë po kësaj periudhe kohore. Lindjet në rrethin e Tiranës, të cilat përbëjnë rreth 30% të numrit total të lindjeve në gjithë vendin, kanë pësuar një rritje të lehtë nga viti në vit, duke ndjekur trendin në rritje të lehtë të lindshmërisë në

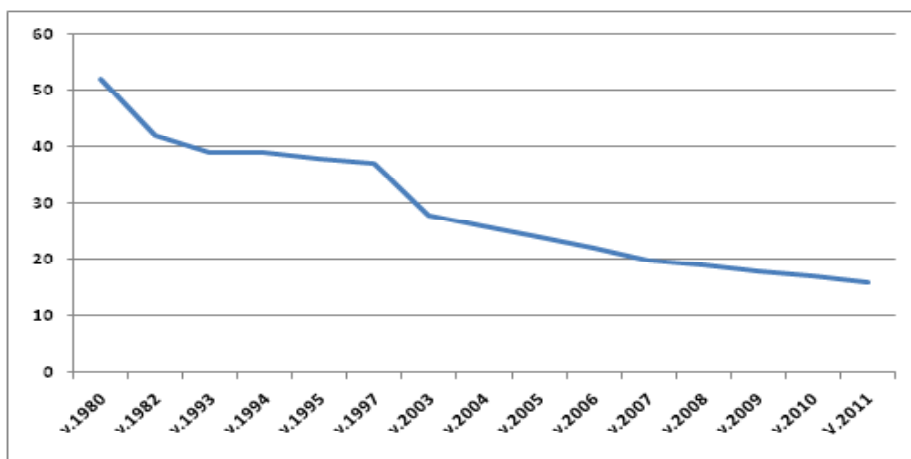
vendin tonë, si dhe për faktin që një pjesë e femrave zgjedhin kryeqytetin për të kryer lindjet e tyre, duke shpresuar në një ofrim kujdesi shëndetësor më të mirë gjatë lindjes.

Lindjet e femrave 14-24 vjeç në Tiranë kanë pësuar një rritje të lehtë duke përbërë rreth 43% të lindjeve totale të Tiranës për vitin 2012, ndërkohë që në vitin 2009 ato qëndronin në vlerën 36.9%.

Abortet tek adoleshentet e Tiranës (15-19 vjeç) përbëjnë rreth 3% të aborteve totale të Tiranës. Abortet e kryera në Tiranë nga femrat 14-24 vjeç kanë pësuar një trend në ulje për periudhën 2009-2012. Ato përbëjnë rreth 22.6% të aborteve totale të Tiranës për vitin 2012, ndërkohë që në vitin 2009 përbënin 31.3% të tyre.

Midis aborteve totale të kryera në Tiranë nga femrat 14-24 vjeç, 38.8% e tyre janë ndërprerje me kërkesë të gruas (viti 2012), kurse pjesa tjetër janë aborte spontane. Kjo shifër është më e ulët se ajo e vitit 2009, në të cilin abortet me kërkesë të femrave 14-24 vjeç përbënin 47.3% të aborteve totale të kryera nga femrat e po kësaj grupmoshe.

Figura 1. Niveli i lindshmërisë tek adoleshentet (15-19 vjeç) për periudhën 1980-2011

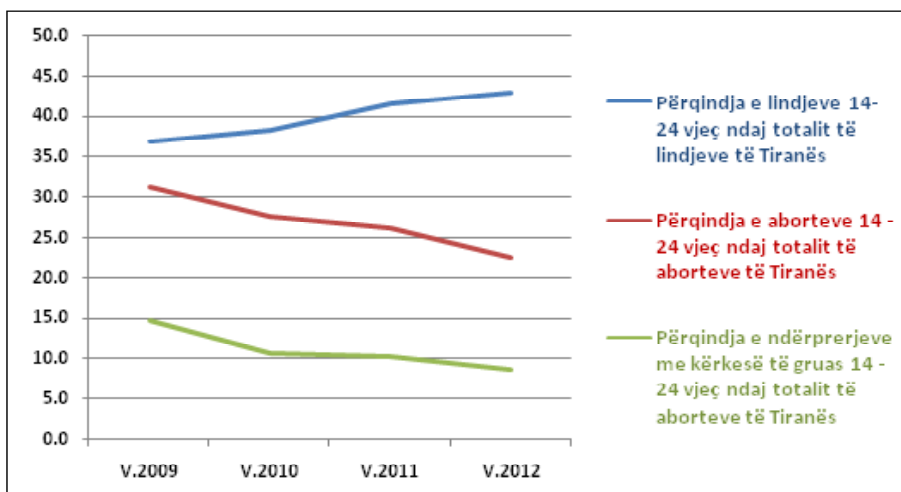


Burimi: Indikatorë të Bankës Botërore (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>).
Niveli i lindshmërisë tek adoleshentet = Lindje për 1000 gra të moshës 15-19 vjeç

Figura 1 pasqyron qartë trendin zbritës që ka pësuar lindshmëria te moshat adoleshente, nga 52 lindje për 1000 gra të moshës 15-19 vjeç në

vitin 1980 në 16 lindje për 1000 gra të po kësaj grupmoshe në vitin 2011, pra një rënie prej 70%.

Figura 2. Lindjet dhe abortet në rrethin e Tiranës për femrat e grupmoshës 14-24 vjeç, për periudhën 2009-2012



Në figurën 2 vihet re që lindjet te femrat e grupmoshës 14-24 vjeç në rrethin e Tiranës kanë pësuar një rritje rreth 6%, kurse abortet (spontane dhe ato me kërkesë të gruas) te femrat e po kësaj grupmoshe kanë pësuar një rënie prej rreth 9%, ulje e cila mund të shpjegohet me njohuritë dhe përdorimin më të lartë të metodave kontraktive të femrave të kësaj grupmoshe krahasuar me grupmoshat e tjera. Përqindja e ndërprerjeve me kërkesë të gruas 14-24 vjeç ndaj totalit të aborteve të Tiranës ka rënë me 6% nga viti 2009 deri në vitin 2012. Gjithashtu, trendi zbritës i aborteve në këtë grupmoshë është pasqyrim i trendit në ulje të aborteve në gjithë vendin.

Nëse në vitet menjëherë pas legalizimit të aborteve, abortet me kërkesë të gruas përbënin një përqindje më të lartë sesa abortet spontane, në vitet e fundit, dhe në veçanti për periudhën 2009-2012, vihet re një rritje e nivelit të aborteve spontane në krahasim me ato me kërkesë të gruas në të gjitha grupmoshat. Kjo rritje e aborteve spontane lë vend për hetim e studime të mëtejshme, nëse faktorët që kanë ndikuar janë

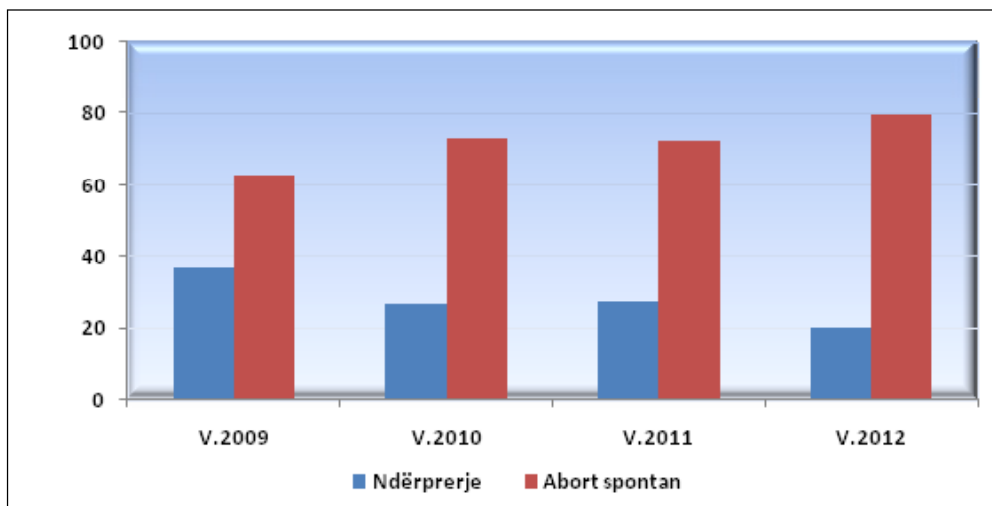
të lidhur me gjendjen shëndetësore të nënës dhe/ose të fetusit, apo i atribuohet mënyrës së raportimit të aborteve nga ana e mjekëve obstetër-gjinekologë.

Indikatorë lidhur me abortet tek adoleshentet (grupmosha 15-19 vjeç)

Bazuar në të dhënat e Sistemit të Survejancës së Abortit në vendin tonë, vihet re se abortet tek adoleshentet në rrethin e Tiranës kanë ardhur në ulje. Për vitin 2012 janë 66 aborte te grupmosha 15-19 vjeç, shifër e cila përbën gati gjysmën e numrit të aborteve që ka patur në vitin 2009 në këtë grupmoshë (përkatësisht 133 aborte). Ndoshta kjo shpjegohet me faktin e rritjes së sensibilizimit për përdorimin e metodave kontraktive në të rinjtë e kësaj grupmoshe.

Indikatorët në lidhje me abortet tek adoleshentet janë analizuar duke u bazuar në skedat e abortit, dokumenti i vetëm zyrtar për raportimin e aborteve nga gjithë maternitetet e vendit dhe klinikat private të licencuara për ndërprerje shtatzënie.

Figura 3. Abortet tek adoleshentet sipas llojit të abortit (spontane dhe me kërkesë,) për periudhën 2009-2010 në vendin tonë



Nga të dhënat e figurës 3 në vite, shohim një rritje të aborteve spontane kundrejt atyre me

kërkesë të adoleshenteve. Abortet me kërkesë për vitin 2012 zënë rreth 20.1% të aborteve të

kësaj grupmoshe, ndërkohë që në vitin 2009 ato përbënin rreth 37.2% të aborteve. Rritja e nivelit të aborteve spontane për periudhën 2009-2012

lë vend për kryerje të studimeve të mëtejshme për të hetuar shkaqet.

Tabela 2. Niveli i aborteve (në %) tek adoleshentet në Tiranë dhe në të gjithë vendin, për periudhën 2009-2012

Grup-mosha 14-19 vjeç	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Tirana	4.0	4.0	5.0	3.0
Gjithë vendi	4.8	5.1	5.1	4.1

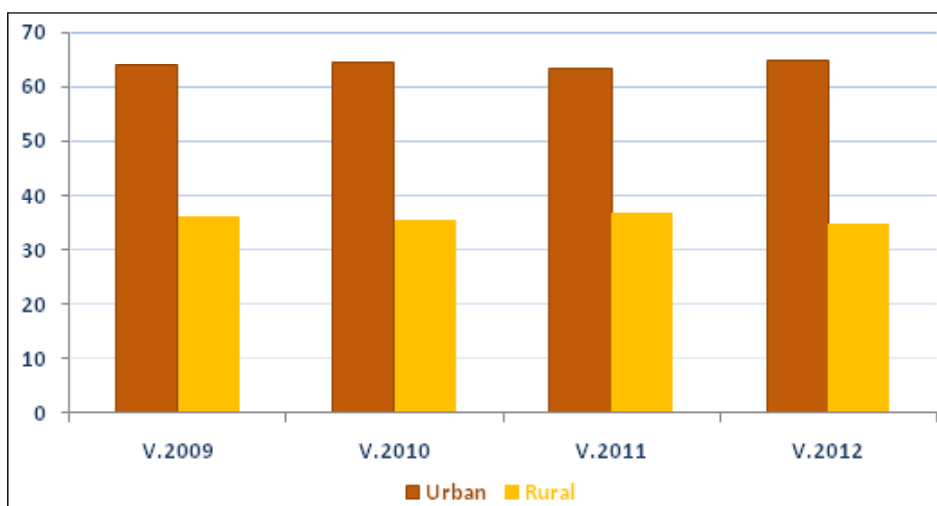
Në vendin tonë abortet e kryera tek adoleshentet zënë një përqindje të ulët, rreth 5% të aborteve totale, kurse për rrethin e Tiranës (përfshirë këtu edhe klinikat private të licencuara për ndërprerje shtatzënie) është rreth 4%, shifër kjo e shpjegueshme pasi në vendin tonë përqindjen më të lartë të aborteve e zë grupmosha 20-34 vjeç.

Përqindja që zënë abortet e kryera në Tiranë kundrejt aborteve në të gjithë vendin, është e shpjegueshme me faktin se dy maternitetet e Tiranës dhe klinikat private të licencuara për ndërprerje shtatzënie (të cilat janë të përqendruara në kryeqytet) kryejnë numrin më të lartë të aborteve.

Tabela 3. Përqindja e aborteve tek adoleshentet sipas vendbanimit, për periudhën 2009-2012 në të gjithë vendin

Vendbanimi	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Urban	64.0	64.6	63.2	65.1
Rural	36.0	35.4	36.8	34.9

Figura 4. Abortet tek adoleshentet (15-19 vjeç) sipas vendbanimit (urban-rural), për periudhën 2009-2012 në vendin tonë



Përqindja e aborteve tek adoleshentet që banojnë në zonat urbane është shumë më e lartë se tek ato që banojnë në zonat rurale, shpjeguar kjo

edhe me faktin se gjatë tranzicionit demografik të ndodhur në vendin tonë, shumica e popullsisë është përqendruar në zonat urbane. Raporti

urban-rural ka ndryshuar këto 10 vitet e fundit në favor të vendbanimit urban, meqenëse edhe popullata është zhvendosur nga zonat rurale në

ato urbane, për të siguruar punësim, arsimim dhe jetesë më të mirë.

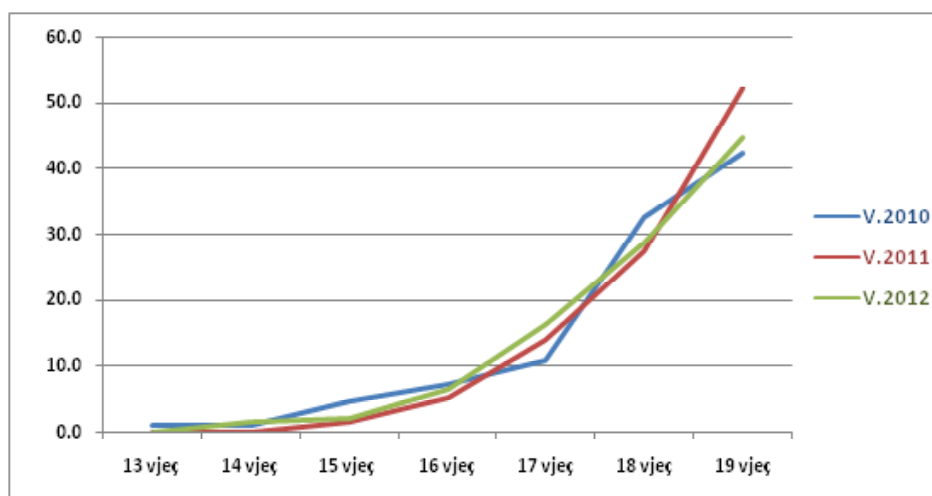
Tabela 4. Niveli i aborteve tek adoleshentët sipas gjendjes civile, për periudhën 2009-2012 në të gjithë vendin

Gjendja civile	Viti 2009	Viti 2010	Viti 2011	Viti 2012
Beqare	21.4	22.1	21.1	21.7
E martuar	74.7	73.7	75.7	76.7
E divorcuar	2.1	1.5	1.2	1.6
E ve	0.0	0.0	0.0	0.0
E padeklaruar	1.8	2.7	2.0	0.0

Vihet re qartë se midis adoleshenteve përqindjen më të lartë në kryerjen e aborteve e zënë femrat e martuara (76.7% për vitin 2012) krahasuar

me 21.7% që është përqindja e aborteve të kryera nga femrat beqare adoleshente.

Figura 5. Përqindja e aborteve tek adoleshentët sipas moshës specifike, për periudhën 2010-2012 në vendin tonë



Në vendin tonë, vajzat që janë në adoleshencë të hershme, para moshës 16 vjeç, kryejnë një numër shumë të vogël lindjesh dhe abortesh njëkohësisht. Përqindjen më të lartë midis aborteve të kryera nga adoleshentët, e zënë abortet që kryhen nga vajzat e moshave 18 dhe 19 vjeç, moshë në të cilat zakonisht fillon martesë dhe lindja e fëmijëve (figura e mësipërme tregon qartë rritjen e menjëhershme të aborteve pas moshës 17vjeç).

Në përfundim mund të theksojmë nevojën e studimeve të mëtejshme mbi lindjet tek adoleshentët, meqenëse nga mënyra e raportimit të materniteteve nuk kemi të dhëna specifike për grupmoshën 15-19 vjeç, por të dhënat përfshijnë edhe femrat e moshës 20-24 vjeç, moshë në të cilën shumica e femrave është e martuar dhe me fëmijë.

Për më tepër, nevojiten studime më të fokusuara te nevojat specifike të adoleshenteve lidhur me

shtatzënitë e padëshiruara dhe vendimet e tyre për të kryer abort. Dokumentimi i tyre dhe rekomandimet e propozuara do të jenë në ndihmë

të politikëbërësve për hartimin e politikave dhe shërbimeve shëndetësore për adoleshentet dhe të rinjtë.

Përmbledhje

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Shtatzënia në adoleshencë prek miliona vajza çdo vit, kryesisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Komplikacionet gjatë shtatzënisë përbëjnë shkakun kryesor të vdekjes në vajzat e moshës 15-19 vjeç në këto vende. Parandalimi i këtij fenomeni është esencial për shëndetin publik.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Në Shqipëri abortet midis adoleshenteve zënë rreth 5% të numrit total të aborteve. Përqindja e aborteve tek adoleshentet që banojnë në zonat urbane është shumë më e lartë se tek ato që banojnë në zonat rurale (përkatësisht 65.1% dhe 34.9% për vitin 2012). Abortet me kërkesë të femrat adoleshente kanë ardhur në ulje për periudhën 2009-2012 (përkatësisht 37.2% dhe 20.1%)

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Përpjekje më serioze për parandalimin e shtatzënieve tek adoleshentet, nëpërmjet informimit dhe edukimit në komunitet apo grupet në rrezik të lartë, promovimit të përdorimit të kontraktivëve dhe shmangies së sjelljeve të rrezikshme kanë potencialin për të reduktuar shtatzënitë e padëshiruara tek adoleshentet në Shqipëri.

Rekomandime

- Fokusimi në programe të efektshme për parandalimin e shtatzënieve tek adoleshentet.
- Angazhimi i komunitetit në parandalimin e shtatzënieve tek adoleshentet. Duhet punuar në drejtim të programeve informuese për prindërit, në mënyrë që komunikimi i tyre me fëmijët adoleshentë të jetë efektiv.
- Rritja e përdorimit të metodave kontraktive për adoleshentët seksualisht aktivë përmes ofrimit falas të kontraktivëve, dhe edukimi i tyre rreth përdorimit të metodave kontraktive, duke u fokusuar më tepër te grupet me rrezik më të lartë.
- Promovimi i strategjive që i ndihmon të rinjtë të mënjanonë situatat të cilat i çojnë ata në sjellje të rrezikshme.
- Rritja e mbështetjes së organizatave, misionet e të cilave përfshijnë parandalimin e shtatzënieve, IST-ve, kontrollin e lindjeve dhe abortet tek adoleshentet.
- Identifikimi i grupeve më të rrezikuara për shtatzëni/apo aborte (si p.sh komuniteti rom) dhe ofrimi i mbështetjes për to.
- Promovimi i martesave pas moshës 18 vjeç, përmes informimit dhe fuqizimit të rolit të vajzave, si dhe influencimit në normat kulturore që mbështesin martesat e hershme.

- Reduktimi i kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën efektin e dhunës, alkoolit dhe drogave, përmes programeve edukuese dhe angazhimit të meshkujve, që ata të vlerësojnë në mënyrë kritike diferencat gjinore.
- Ulja e numrit të aborteve tek adoleshentet nëpërmjet informimit të tyre mbi pasojat që sjellin ndërprerjet e shtatzënive, identifikimi i barrierave në ofrimin e abortit të sigurt, dhe informimi rreth qendrave shëndetësore që ofrojnë shërbimet e abortit.
- Domosdoshmëria për studime të mëtejshme të fokusuara te nevojat specifike të adoleshentëve lidhur me shtatzënitë e padëshiruara dhe abortet.

Bibliografia

Instituti i Shëndetit Publik. Sistemi i Survejancës së Abortit. Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore. www.ishp.gov.al.

Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik [Shqipëri] dhe ICF Macro. 2010. Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2008-2009. Tiranë, Shqipëri: Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik dhe ICF Macro, pp.53-70.

Jordan, M.J., Isaev, O., (2010) Silence Makes Babies. Adolescent mothers and bleak lives are the toll of one Bulgarian Romani community's taboo against sex education. Transitions Online 2010. Available at: <http://www.tol.org/client/article/21599-silence-makes-babies.html>.

Lee, Y.L. (2014) The Politics of Gender: A Survey. Routledge.

Ministria e Shëndetësisë. Drejtoria e Monitorimit dhe Vlerësimit. www.moh.gov.al.

UNFPA. Indicator: Births per 1000 women (15-19 ys) – 2002, State of World Population 2003, Retrieved Jan 22, 2007.

UNICEF (July 2001) A league table of teenage births in rich nations (PDF). Innocenti Report Card No.3. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.

Welton, R., (2013) Teen Abortion Facts. Online source. Available at: <http://www.livestrong.com/article/88415-teen-abortion/>.

WHO Fact sheet N°364 May 2012.

Parapërgatitja për emergjencën ndaj virusit të Ebolës

Eugena Tomini¹, Zahide Sulejmani¹

¹Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

Abstrakt

Shpërthimet dhe katastrofat e sëmundjeve infektive mund të ndikojnë sipas shpërndarjes gjeografike në çdo kohë, duke shkaktuar vuajtje të konsiderueshme njerëzore dhe vdekje, si dhe humbje ekonomike. Shpërthimet epidemike të virusit të ethes hemorragjike Ebola, përbëjnë një problem të madh për shëndetin publik për vendet sub-Sahariane të Afrikës dhe më gjerë. Mënyra e transmetimit dhe agresiviteti i përhapjes nuk u paraqit më si shumë vite më parë dhe për këtë arsye, agjencitë ndërkombëtare shëndetësore dhe autoritetet e shëndetit publik të të gjithë kombeve të prekura ose jo, aktivizuan planet e parapërgatitjes dhe planet e veprimit për përballimin e emergjencës. Ministria e Shëndetësisë, Instituti i Shëndetit Publik dhe Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive, sektori i kontrollit të infeksioneve të kujdesit shëndetësor gjatë vitit 2014, zbatuan planin e parapërgatitjes ndaj fatkeqësive për të cilin u bazuan në përcaktimin e kapaciteteve operative të gatshme për të bërë të mundur zbulimin në kohë, hetimin dhe raportimin e rasteve të mundshme të ethes hemorragjike Ebola në mënyrë efektive dhe të sigurt, për një përgjigje të shpejtë që do të parandalonte një shpërthim më të madh (Plani i Veprimit për Sëmundjen e Ebolës).

Hyrje

Shpërthimet epidemike të virusit të etheve hemorragjike Ebola (EVD), përbëjnë një problem të madh për shëndetin publik për vendet sub-Sahariane të Afrikës. Që në vitin 1976, kohë kur u zbulua dhe ethja nga virusi Ebola, sëmundja gjeografikisht ka përfshirë kryesisht Afrikën sub-Sahariane. Kështu, në Sudan (1976, 1979, 2004), Republikën Demokratike të Kongos (DRC) (1976, 1977, 1995, 2007, 2012), Gabon (1994, 1996, 2001, 2002), Ugandë (2000, 2007,

2012), Republikën e Kongos (2001, 2002, 2003, 2005), Guine (2013, 2014), Liberi (2014) dhe Sierra Leone (2014) janë raportuar epidemi të virusit të Ebolës.

Ebola është një sëmundje e rëndë e shkaktuar nga Filovirusi i Ebolës, një virus me infektueshmëri të lartë, fatal dhe me një shkallë vdekshmërie deri në 90%, por që është i parandalueshëm. Ebola mund të përhapet në sajë të kontaktit të drejtpërdrejtë me lëngjet trupore (gjaku, pështyma,

urina, sperma etj.) të një personi të infektuar, si dhe nga kontakti me sipërfaqet ose pajisjet e kontaminuara, përfshirë këtu garzat e ndotura nga lëngjet trupore të një individi të infektuar. Virusi i Ebolës mund të eliminohet me lehtësi me anë të nxehtësisë, produkteve të alkoolit, solucione hipoklorid natriumi (zbardhuesi), ose hipoklorid kalciumi (pudër zbardhuese) në përqendrime të duhura.

Vlerësimi i rrezikut, plani i parapërgatitjes dhe masat e kontrollit të infeksionit, janë hapat vendimtare për kufizimin e përhapjes së infeksionit në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar. Gjithashtu, nëse masat për parandalimin dhe kontrollin e infeksionit implementohen në mënyrë rigorozë, reduktohet ndjeshëm ose ndalohet përhapja e virusit, duke mbrojtur kështu personelin shëndetësor dhe personat e tjerë.

Metodat

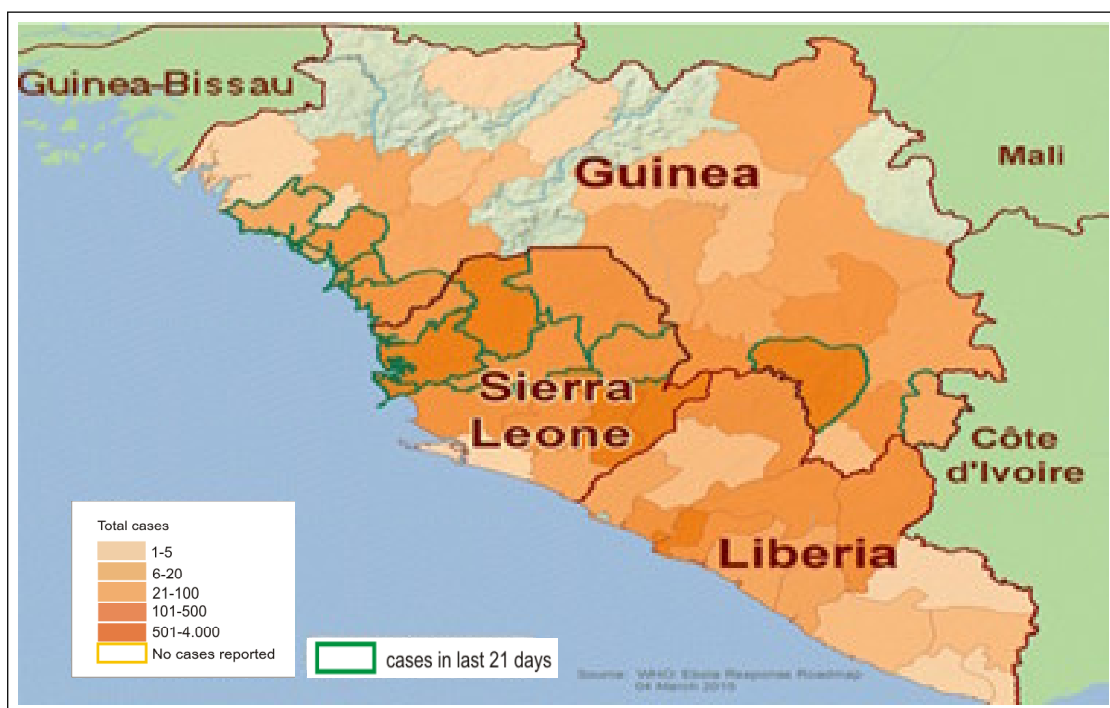
Për këtë ushtrim u aplikua vlerësimi dhe ndjekja e trendit të shpërthimit epidemik të Ebolës sipas burimeve zyrtare të Organizatës Botërore të

Shëndetësisë (OBSH) dhe Qendrës Evropiane të Kontrollit të Sëmundjeve Infektive (ECDC). Vlerësimi i planeve për parapërgatitje ndaj Ebolës për minimizimin në kohë të përhapjes, duke zbatuar masat e kontrollit dhe të parandalimit të sëmundjeve infektive sipas orientimeve të OBSH-së dhe ECDC-së. Përshtatja e protokollit të kontrollit dhe parandalimit të infeksionit ndaj kujdesit shëndetësor.

Arsyeja kryesore dhe të dhënat

Epidemia e sëmundjes të shkaktuar nga virusi i Ebolës (Ebola virus disease, EVD) në Afrikën Perëndimore mendohet se ka filluar që në dhjetor të vitit 2013, megjithëse rasti i parë u raportua në muajin mars të vitit 2014. Për muaj me radhë u vu re një transmetim i qëndrueshëm dhe i vazhdueshëm i saj në Guine, Liberi dhe Sierra Leone, si dhe hyrje të saj në Nigeri. Ky shpërthim epidemik, sipas OBSH-së, është shpërthimi më i madh i kësaj sëmundjeje që ka ndodhur ndonjëherë, ku përllongariten me mijëra raste dhe mijëra vdekje në këto vende (Figura 1).

Figura 1. Shpërndarja gjeografike e vendeve të prekura nga Ebola



Ky shpërthim, që u shfaq për herë të parë në këtë nivel të lartë në Afrikën Perëndimore, nuk ishte akoma nën kontroll në momentet e vlerësimit dhe parapërgatitjes ndaj epidemisë, dhe situata mbetej akoma e nderë me paraqitjen e rasteve të reja të raportuara çdo ditë, nga zona tashmë të njohura apo të reja të epidemisë në vendet e prekura apo zonat e reja tepër “të nxehta” si Nigeria.

Numri i rasteve dhe vdekjeve ndryshonte çdo ditë sipas riklasifikimit, hetimit retrospektiv dhe pranisë së rezultateve laboratorike, gjithnjë bazuar në informacionet zyrtare që merrte OBSH-ja nga Ministrinë e Shëndetësisë së vendeve të prekura. Në kuadrin e një emergjence ndërkombëtare, OBSH-ja u tërhoqi vëmendjen gjithë shteteve për parapërgatitjen ndaj saj për zbulimin, hetimin dhe menaxhimin e rasteve të konfirmuara dhe të dyshuara me virusin Ebola (EVD) në mënyrë që të parandalonte përhapjen e mëtejshme përmes udhëtimeve ndërkombëtare.

Paraqitja e planit të parapërgatitjes ndaj Ebolës në Shqipëri

Një nivel i tillë rreziku i përhapjes së Ebolës në botë, bëri që dhe Shqipëria të përfshihej në një sërë masash për përballimin e emergjencës ndaj virusit të Ebolës me përfshirjen e shumë institucioneve.

Ky rrezik ishte i ulët, pasi shumica e infeksioneve humane vijnë prej kontaktit të drejtpërdrejtë me lëngjet trupore ose sekrecionet e pacientëve të prekur sidomos në spitale (transmetim nozokomial) dhe si pasojë e procedurave jo të sigurta, e përdorimit të pajisjeve shëndetësore të ndotura (përfshi këtu aget dhe shiringat) dhe ekspozimit të pambrojtur ndaj lëngjeve trupore të kontaminuara.

Pati një rritje të nivelit të përgjigjes në Shqipëri duke u përpjekur për të siguruar një koordinim të mirë midis strukturave të ndryshme qeveritare. Janë përgatitur marrëveshje dhe udhëzime të ndryshme, ku mund të përmendim:

- Marrëveshjen shumë-institucionale midis strukturave të Ministrisë së Shëndetësisë, Institutit të Shëndetit Publik, Inspektoratit Shtetëror Shëndetësor, Policisë Kufitare, Aviacionit Civil dhe Aeroportit “Nënë Tereza”.

- Udhëzimet për Policinë Kufitare dhe Inspektoratin Shtetëror Shëndetësor.

Në mënyrë paralele u krye vlerësimi i rrezikut për Shqipërinë, u rimblodh grupi i kontrollit të shpërthimeve epidemike, si dhe u hartua një plan i detajuar veprimi për përgjigje ndaj epidemisë. Gjithashtu, u hartua protokoll i menaxhimit fillestar duke përcaktuar kategoritë e rrezikut nga niveli më i ulët në nivelin më të lartë duke u mbështetur sipas përkufizimit të rastit. Disa nga aktivitetet e kryera në këtë kuadër janë përmbledhur në vijim:

- U vlerësuan mangësitë dhe ekzistenca e elementëve kyç për përballimin e rrezikut ndaj virusit të Ebolës në nivel spitalor qendror dhe rajonal, në nivel kufitar portual dhe tokësor, si mjediset e izolimit apo karantinës, logjistikës për transportin e rastit të dyshuar, si dhe trajnimet e personelit shëndetësor dhe kufitar në drejtim të njohurive të parandalimit të infeksioneve të kujdesit shëndetësor dhe mungesa e zbatimit të masave të kontrollit të infeksioneve.

- U vlerësuan mangësitë në laboratorin e virologjisë në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) në lidhje me diagnozën e Ebolës. Duke qenë se Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive-ISHP bën pjesë në rrjetin evropian të diagnozës dhe sëmundjeve të rrezikshme, u përpoq të ndërtojë kapacitetet diagnostike për Ebola apo viruset e ngjashme me të. Në këtë kuadër duhet theksuar se diagnoza e Ebolës sigurohej në laboratorët e Hamburgut apo Marburgut në Gjermani dhe Porton Down, PHE në Mbretërinë e Bashkuar (UK).

- U rivlerësua protokoll i hetimit epidemiologjik dhe gjurmimit të kontakteve, edhe pse është një praktikë rutinë tashmë e konsoliduar në drejtim të etheve hemorragjike në Shqipëri. Nga 2855 rastet e para të regjistruara të epidemive

të fundit të ethes Ebola dhe Marburg në Afrikën Perëndimore gjatë vitit 2014, 9% ishin punonjës shëndetësorë. Për të siguruar punonjësit shëndetësorë në zonat apo pikat e cilësuara me rrezik të lartë, me një mjet që do t'i mundësojë ata të luftojnë në mënyrë efektive kundër epidemive të ethes nga virusi hemorragjik Ebola, Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive duke u mbështetur në rekomandimet e ECDC-së dhe OBSH-së, përgatiti dhe përshtati dokumentin “Protokolli për përmirësimin e kujdesit shëndetësor për pacientët e dyshuar ose të konfirmuar me ethe hemorragjike Filovirus, me fokus në Ebola” (Figura 2).

Ky protokoll mundëson një përmbledhje të masave për kontrollin dhe parandalimin e infeksionit të personat që kujdesen në mënyrë direkte ose indirekte për pacientët e dyshuar ose të konfirmuar me ethe hemorragjike, përfshirë këtu Ebolën, ethe hemorragjike Marburg, në qendrat e kujdesit shëndetësor (WHO 2014a). Këtu përfshihen gjithashtu disa instruksione dhe direktiva për individët të cilët implementojnë dhe menaxhojnë masat për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve. Masa të cilat nuk aplikohen vetëm

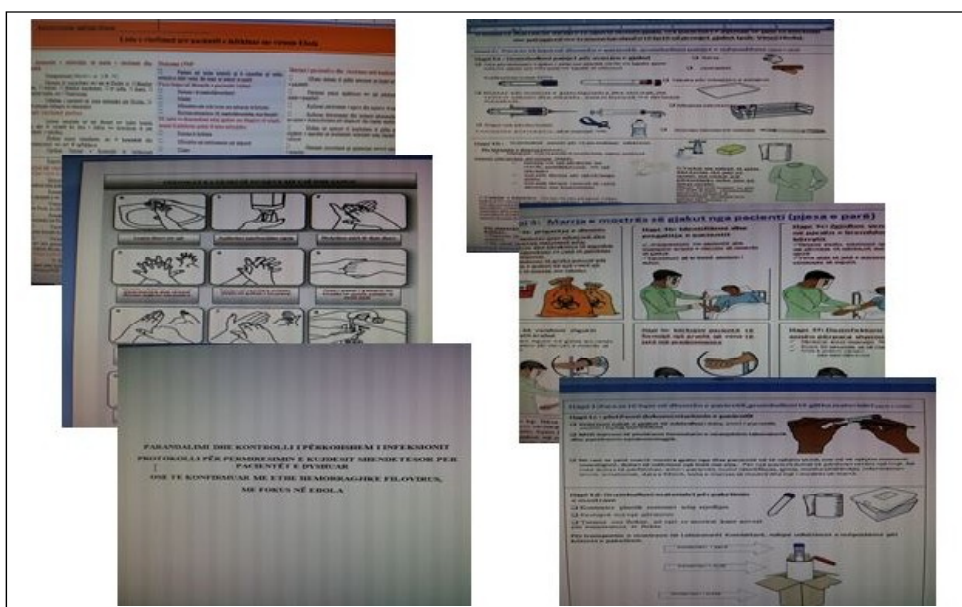
te personeli shëndetësor, por te çdo person që është në kontakt të drejtpërdrejtë me këta pacientë (p.sh. vizitorë, pjesëtarë të familjes, vullnetarë), si dhe te të gjithë personat që nuk janë në kontakt me pacientët, por që mund të jenë të ekspozuar ndaj virusit nëpërmjet kontaktit në mjedis (p.sh. sanitarët, pastruesit e shtëpive, rojet).

Këto procedura standarde janë të paracaktuara kryesisht për stafin shëndetësor (mjekët dhe infermierët), si dhe stafin shëndetësor të niveleve të ndërmjetme dhe qendrore përgjegjëse për kontrollin e epidemive, duke përfshirë grupet e përballimit të emergjencës së emëruar në bazë të Rregullores Ndërkombëtare të Shëndetit (IHR). Janë përshtatur gjithashtu materiale (Figura 2) si:

- Check-list e vlerësimit për pacientët e infektuar me virusin Ebola.
- Fletëpalosje mbi teknikën e larjes së duarve.

Fletëpalosje mbi teknikën e marrjes në mënyrë të sigurt të mostrës së gjakut të pacientët e dyshuar që janë të infektuar me patogjenë me transmetueshmëri të lartë nëpërmjet gjakut

Figura 2. Pjesë nga materialet e realizuara në fazën e parapërgatitjes ndaj emergjencës së virusit Ebola



Nëse një rast me EVD dhe me shenja klinike paraqitet në Shqipëri, atëherë transmetimi sekondar tek ata që do të kujdeseshin për të, si në familje dhe/apo në qendrat e kujdesit shëndetësor, nuk mund të përjashtohet (Briand et al. 2014). Në rast se dyshohet për një rast me EVD, atëherë punonjësit e shëndetit publik dhe ata të kujdesit shëndetësor duhet të merrnin masa të ndalonin transmetimin apo ta reduktonin atë drejt minimizimit. Për këtë arsye, në ecurinë e masave për parapërgatitje të emergjencës ndaj Ebolës, Ministria e Shëndetësisë dhe Instituti i Shëndetit Publik në bazë të një fondi të veçantë në kuadër të kësaj emergjence, siguruan setet e plota të mjeteve mbrojtëse personale në drejtim të kontrollit dhe parandalimit të infeksioneve të kujdesit shëndetësor.

- U vlerësuan mangësitë në shërbimet epidemiologjike të rretheve për mjetet e mbrojtëse personale të cilat mungonin edhe në nivel kufitar, portual dhe tokësor, mangësi të cilat u rikuperuan nga plani i menaxhimit të mjeteve mbrojtëse personale në nivel qendror dhe lokal.

- U vlerësuan mangësitë për mjetet e mbrojtjes personale të cilat mungonin në ISHP, dhe në këtë kuadër të parapërgatitjes për emergjencën ndaj Ebolës u sigurua një sasi tjetër stoku i tyre.

- U forcuan kapacitetet shëndetësore në drejtim të EVD-së, masave të kontrollit dhe parandalimit të infeksionit si në shërbimin e kujdesit shëndetësor dhe shëndet publik, në nivel qendror dhe lokal, duke u kryer cikli i trajnimeve nga ISHP-ja dhe i telekonferencave nga OBSH-ja.

- U ndërmorën një seri masash në drejtim të përditësimit të informacionit, si dhe një

komunikim/informim korrekt mediatik i publikut për parapërgatitje ndaj virusit të Ebolës.

Komente

Pra, mund të themi se shpërthimi i virusit të Ebolës në Afrikën Perëndimore ishte si një thirrje për “zgjim” për agjencitë ndërkombëtare shëndetësore dhe autoritetet e shëndetit publik të kombeve të prekura dhe jo vetëm, por të mbarë strukturave të shëndetit publik në botë (Frieden et al. 2014).

Ky shpërthim na tregoi se, edhe një sëmundje e cila është pothuajse dyzet vjet e vjetër, ende mund të bëjë “kërdinë” në një masë të tillë, që ajo përfundimisht kishte për të shpallur një emergjencë për shëndetin publik ndërkombëtar (CDC 2014a; Briand et al. 2014). Prandaj, ekzistenca e një sistemi efektiv të ofrimit të kujdesit shëndetësor publik është një domosdoshmëri për t’iu kundërvënë me sukses shpërthimit të epidemisë, dhe është jashtëzakonisht e vështirë për të zhvilluar sisteme të tilla funksionale, pasi kriza të ketë ndodhur dhe mungesa mund të lejojë që edhe një sëmundje më pak infektive (dmth të gjithë faktorët të cilët nuk favorizojnë transmetimin e shpejtë), të rritet me një normë eksponenciale të njëjtë (CDC 2014b; WHO 2014b).

Pra, duke u mbështetur në një kornizë sistematike për të luftuar qoftë dhe një rast të vetëm, në thelb mbështetemi në strategjitë për parapërgatitje dhe përgjigje të shpejtë ndaj emergjencës për mobilizimin e burimeve njerëzore, për të zbatuar masat e reagimit ndaj Ebolës në lidhje me koordinimin dhe menaxhimin e krizës në nivele të ndryshme.

Bibliografia

Briand, S., Bertherat, E., Cox, P., Formenty, P., Kieny, M.P., Myhre, J.K., et al. (2014) The international Ebola emergency. *N Engl J Med.* 371: 1180-3. doi: 10.1056/nejmp1409858.

CDC. Ebola (Ebola virus disease): signs and symptoms. US Department of Health and Human Services, CDC, 2014b. Available at <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/symptoms/index.html>.

Centers for Disease Control and Prevention. Outbreaks chronology: Ebola virus disease [internet]. Atlanta: CDC; 2014a. [Cited 2014 Oct 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/vhf/Ebola/outbreaks/history/chronology.html>.

Frieden, T.R., Damon, I., Bell, B.P., Kenyon, T., Nichol, S., (2014) Ebola-new challenges, new global response and responsibility. *N Engl J Med.* 371: 1177-80. doi: 10.1056/nejmp1409903.

World Health Organization (WHO). Ebola in West Africa: heading for catastrophe? [internet]. 2014b. [Cited 2014 Oct 10]. Available from: <http://www.who.int/csr/disease/Ebola/Ebola-6-months/west-africa/en/>.

World Health Organization (WHO). WHO declares end of Ebola outbreak in Nigeria [internet]. 2014a. [Cited 2014 Oct 26]. Available from: <http://who.int/mediacentre/news/statements/2014/nigeria-ends-ebola/en/>.

Shëndeti mendor te fëmijët

Jonida Haxhiu¹, Aulona Zotaj¹, Andis Karagjozi¹, Gledjona Tola²

¹Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor;

²Departamenti i Informacionit Shëndetësor, Teknologjisë dhe Komunikimit

Abstrakt

Shëndeti mendor është një komponent i rëndësishëm i shëndetit të fëmijëve që ndikon në pothuajse çdo aspekt të jetës së tyre. Një në pesë fëmijë në botë përjeton shkallë të ndryshme të çrregullimeve të shëndetit mendor, dhe barra e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga këto shkaqe është në rritje. Për këto arsye, gjendja e shëndetit mendor të fëmijëve përbën një shqetësim serioz për shëndetin publik dhe sistemin shëndetësor në përgjithësi. Megjithëse të dhënat janë të paplota, mendohet që çrregullimet e shëndetit mendor të prekin një numër të konsiderueshëm fëmijësh edhe në vendin tonë. Mbështetja për shëndetin mendor është thelbësore për adresimin e fenomenit dhe pasojave të lidhura me të, duke përfshirë komunikimin e përshtatshëm prindëror, promovimin e shëndetit mendor, si dhe ndihmën e specializuar mjekësore.

Hyrje

Shëndeti mendor është një pjesë e rëndësishme e shëndetit të përgjithshëm të fëmijës. Në fakt ai ka një ndikim të konsiderueshëm në shëndetin fizik, si dhe në mundësinë e fëmijëve për të qenë të suksesshëm në shkollë, punë dhe shoqëri (Kessler et al. 2007). Shëndeti mendor sikurse ai fizik ndikon në mënyrën sesi individë mendon, ndjen dhe vepron (Emerson & Hatton 2007). Specialistët kanë përcaktuar se në shkallë botërore, një në pesë fëmijë vuan nga probleme të shëndetit mendor. Për fat të keq, mendohet që kjo shifër do të rritet. Organizata Botërore e Shëndetësisë vlerëson se në vitin 2020, problemet e shëndetit mendor te fëmijët do të

jenë 50% më tepër krahasuar me të gjitha problemet e lidhura me shëndetin. Kështu problemet e shëndetit mendor do të jenë një nga pesë arsyet kryesore që shkaktojnë sëmundje, paaftësi dhe vdekje (WHO 2013).

E ndërsa nuk është ende krejtësisht e qartë se përse ky numër po rritet kaq shpejt, shumë ekspertë mendojnë se kjo është e lidhur me stresin te fëmijët dhe familjet, si dhe me një diagnostikim më të mirë të këtyre problemeve. Kjo bën që fëmija të ketë probleme në mundësinë për të përmbushur potencialin e tij/saj, duke përfshirë dhe pasojat në shëndet, edukim, punë apo sistemin e drejtësisë.

Gjithsesi, pavarësisht pasigurive lidhur me të dhënat shkak-pasojë, mund të pohohet se problemet e shëndetit mendor mund të shkaktojnë probleme të tilla si: abuzim me substanca, probleme në shkollë, përfshirje në aktivitete kriminale dhe vetëvrasje. Po kështu, më pak se gjysma e rasteve të evidentuara marrin trajtim, por vetëm 20% e tyre marrin trajtimin e duhur për këtë problem. Të gjithë fëmijët kanë të drejtën për të qenë të lumtur, dhe meritojnë akses në kujdesin efektiv për parandalimin apo trajtimin e problemeve të shëndetit mendor që ata mund të kenë. Sot në botë, ka shumë fëmijë që jetojnë në varfëri apo në vende të pazhvilluara të cilat nuk i plotësojnë dot këto nevoja.

Specialistët po punojnë për të ndryshuar këtë situatë. Kështu, gjithmonë e më tepër po u kushtohet rëndësi problemeve të shëndetit mendor të fëmijëve, si dhe kapaciteteve të sistemit shëndetësor në përgjithësi për të trajtuar këtë “epidemi”. Këtu është shumë e rëndësishme të ketë plane veprimi për të përcaktuar shkaktarët e kësaj epidemie, por dhe që fëmijët të marrin shërbimet e duhura. Për shembull, një djalë mbipeshë i cili paragjykohet për shkak të peshës së tij mund të tërhiqet nga shoqëria dhe mund të zhvillojë simptoma depresive, ose mund të ketë ndroje të luajë me fëmijët e tjerë, gjë që kontribuon akoma më shumë në problemet e shëndetit të tij fizik e si rezultat edhe në shëndetin e tij mendor.

Llojet e problemeve të shëndetit mendor te fëmijët dhe faktorët e rrezikut

Ka disa forma të problemeve të shëndetit mendor të cilat zakonisht prekin fëmijët:

- *Çrregullimet e humorit e sidomos depresioni* – po prek gjithmonë e më shumë fëmijët, krahasuar me kohë më parë. Në moshën e adoleshencës vihen re më shumë raste me depresion sesa në fëmijëri. Specialistët e shpjegojnë këtë edhe me krizën e identitetit, gjë që mund të sjellë mungesë shprese, motivimi, të ndërjet i pakuptuar etj.

- *Vetëdëmtimi* – është një problem i zakonshëm i shëndetit mendor te fëmijët. Disa persona e kanë të vështirë të menaxhojnë emocionet intensive dhe mund të arrijnë të dëmtojnë veten. Kjo dëshmon më së shumti për refuzim të marrjes së përgjegjësisë (Mental Health Foundation and Camelot Foundation 2006).

- *Çrregullimet e ankthit* – shumë fëmijë të cilët mund të ndryshojnë aspekte të caktuara të jetës si shkolla, shoqëria etj, mund të shfaqin elemente të këtij çrregullimi (British Medical Association 2007).

- *Çrregullimi i stresit postraumatik* – më shpesh te fëmijët mund të shfaqet si pasojë e përfshirjes në një aksident, ngjarje të rëndë, abuzim seksual apo fizik etj.

- *Çrregullimi i hiperaktivitetit* – është një çrregullim i cili te fëmijët që e kanë shfaqet nëpërmjet sjelljeve impulsive, vështirësive për të përqendruar vëmendjen etj.

- *Çrregullimet e të ngrënit* – zakonisht fillojnë në fëmijërinë e vonë apo në prag të adoleshencës. Ato shkaktohen më shpesh nga problemet me peshën, por edhe nga një shtrembërim i imazhit të vetes.

Ndërkohë ka disa faktorë rreziku që rrisin gjasat që fëmijët të përjetojnë probleme të shëndetit mendor (NICE 2011). Disa prej këtyre faktorëve përfshijnë:

- Të paturit e një sëmundjeje për një kohë të gjatë.

- Të paturit e një prindi apo familjari me probleme të shëndetit mendor, probleme me alkoolin apo me ligjin.

- Përjetimi i humbjes së një personi të afërt.

- Të paturit e prindërve të ndarë apo të divorcuar.

- Të qenët viktimë e bullizmit apo e abuzimit fizik ose seksual.

- Të jetuarit në varfëri dhe mungesa e një shtëpie.

- Përjetimi i diskriminimit, ndoshta për shkak të racës, orientimit seksual apo fesë.
- Kujdesi për një të afërm apo marrja e përgjegjësive si i rritur.
- Të paturit e vështirësive të vazhdueshme në arsimim.

Si mund të ndihmojnë prindërit

Nëse fëmijët kanë një marrëdhënie të ngrohtë, të hapur me prindërit, ka më tepër shanse që të diskutojnë me ta lidhur me problemet e tyre. Një nga mënyrat më efektive me të cilën prindërit mund të ndihmojnë fëmijët e tyre është nëpërmjet të dëgjuarit dhe të marrjes seriozisht të ndjenjave të tyre. Fëmijët mund të kenë nevojë për një përqaftim, mund të kenë nevojë për mbështetje për të bërë diçka apo mund të duan një ndihmë praktike.

Zakonisht ndjenjat negative të fëmijëve kalojnë. Prindërit duhet të kuptojnë se është e nevojshme të ndërhyhet nëse fëmija vazhdon të jetë i stresuar për një kohë të gjatë, nëse ndjenjat negative vazhdojnë duke i penguar ata të jetojnë jetën e tyre, nëse këto ndjenja negative po dëmtojnë jetën e tyre familjare, apo nëse fëmija po sillet në një mënyrë të papërshtatshme për moshën.

Ku mund të drejtohem për një psikolog të specializuar për fëmijë?

Një psikolog që punon me fëmijët mund të gjendet në:

- Shkolla
- Qendra komunitare të shëndetit mendor
- Në spitale ku bashkëpunojnë me pediatrët dhe psikiatrët
- Në klinika private

Promovimi i shëndetit mendor te fëmijët

Psikologët që punojnë me fëmijët dhe të rinjtë janë të trajnuar gjithashtu për të marrë në konsideratë edhe aspektet e zhvillimit emocional,

të identitetit social, kognitiv dhe biologjik (Gulliver, Griffiths & Christensen 2010). Kultura, prejardhja etnike dhe gjuha gjithashtu kanë një ndikim të konsiderueshëm në sjelljen e fëmijëve, duke ndikuar kështu edhe në metodat e parandalimit dhe trajtimit të çrregullimeve të shëndetit mendor. Psikologët kanë zhvilluar disa mjete për vlerësimin e faktorëve mbrojtës dhe atyre të rrezikut për shëndetin mendor te fëmijët, në mënyrë që ata të testohen për probleme emocionale, si dhe për monitorimin e vazhdueshëm të progresit të trajtimit. Një fëmijë ka gjasa të ketë shëndet të mirë mendor kur (Pappas & Frize 2010):

- Ndjen se të tjerët e duan, i besojnë dhe e vlerësojnë.
- Është i/e interesuar në aspekte të ndryshme të jetës dhe ka shpresë dhe optimizëm.
- Është në gjendje të mësojë e të marrë përgjegjësi.
- Ka ndjesinë e përkatësisë në familje dhe shoqëri.
- E pranon veten, si dhe aspektet pozitive të vetes.
- Ndjen se ka kontroll në jetën e vet.
- Ka forcën për të përballuar aspekte negative të jetës, si dhe aftësinë për të zgjidhur probleme.

Aspekte të cilat do të ndihmonin fëmijët për të pasur një shëndet mendor të mirë, përfshijnë (Green et al. 2005):

- Shëndet fizik të mirë, ngrënie në mënyrë të balancuar, përfshirje në aktivitet të rregullt fizik.
- Të paturit kohë dhe liri për të luajtur në ambiente të brendshme dhe të jashtme.
- Të qenët pjesë e një familjeje ku pjesëtarët kanë një komunikim efektiv ndërmjet tyre.
- Të qenët në një shkollë e cila kujdeset për mirëqenien e nxënësve.
- Pjesëmarrja në aktivitete të ndryshme të përshtatura me moshën.

Kërkimet në psikologji kanë kontribuar në zhvillimin e një trajtimi dhe parandalimi më efektiv të çrregullimeve të shëndetit mendor te fëmijët, të rinjtë dhe familjet e tyre. Këtu përfshihen programe të cilat synojnë fëmijët në kontekste shkollore, në tranzicion, në moshën e rritur, nënat e ardhshme etj., (National Association of Special Schools 2013). Janë hartuar programe të cilat përfshijnë në mënyrë efektive familjet, shkollat dhe komunitetin, i cili përbën një mbështetje sociale shumë të rëndësishme për mirëqenien afatgjatë të fëmijëve. Synohet që këto programe të jenë në nivel:

- Individual – terapi të këshillimit për ata që janë me çrregullime të shëndetit mendor.
- Bashkëmoshatar – programe të mbështetura të cilat synojnë përmirësimin e aftësive sociale, të komunikimit etj.
- Familjeje – edukimi prindëror bazuar në nevojat emocionale të fëmijëve në secilin stad të zhvillimit.

- Komuniteti – programet e parandalimit të dhunës të ofruara në qendra të ndryshme komunitare.

- Sistemesh referimi – koordinimi i shërbimeve shëndetësore në sistemet e mbrojtjes së fëmijës, të edukimit, të drejtësisë etj.

Për shembull, hartimi i një programi të suksesshëm të përqendruar te familja i cili synon reduktimin e përdorimit të alkoolit te para-adoleshentët, duke përfshirë prindërit dhe kujdestarët, duke i trajnuar ata për aftësitë e prindërimit, vendosjen e kufizimeve të nevojshme, shprehja e qartë e pritshmërive lidhur me abuzimin me substanca, komunikimi për vendosjen e disiplinës etj. Në të njëjtën kohë mund të realizohet trajnimi i të rinjve lidhur me zhvillimin e aftësive rezistuese, si dhe zhvillimin e qëndrimeve negative kundrejt alkoolit (McManus et al. 2009).

Bibliografia

British Medical Association (2007) Fetal Alcohol Spectrum Disorders : A Guide for Healthcare Professionals. BMA, London.

Emerson, E., Hatton, C., (2007) The Mental Health of Children and Adolescents with Learning Disabilities in Britain. Institute for Health Research, Lancaster University.

Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R., (2005) Mental health of children and young people in Great Britain.

Gulliver A., Griffiths K.M. & Christensen H., (2010) Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review, BMC Psychiatry; 10:113.

Kessler, R., Amminger, G., Aguilar Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustun, T., (2007) Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry, 20(4): 359-364.

McManus, S. et al. (2009) Adult psychiatric morbidity in England. Results of a household survey. The Health and Social Care Information Centre, Social Care Statistics.

Mental Health Foundation and Camelot Foundation (2006) Truth Hurts: Report of the National Inquiry into self-harm among Young People.

National Association of Special Schools (2013) Making Sense of Mental Health. Marrë në Janar 2015.

NICE guidelines (2011) Common mental health disorders: Identification and pathways to care. Clinical Guideline CG123.

Pappas, R. & Frize, M. (2010) Intellectual Disability: Mental Health First Aid Manual. Mental Health First Aid.

World Health Organisation (2013) http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/ marrë në Nëntor 2013.

Shëndeti 2020 – kuadri i politikave evropiane në mbështetje të masave të qeverisë dhe shoqërisë për shëndetin dhe mirëqenien

Sonela Xinxo¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

Abstrakt

“Shëndeti 2020” është korniza e re e politikave shëndetësore evropiane, hartuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) për arritjen e standardit shëndetësor më të lartë të mundshëm për çdo qenie njerëzore, si dhe për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së popullatave, reduktimin e pabarazive në shëndet dhe forcimin e shëndetit publik, duke pasuar në këtë mënyrë iniciativën “Shëndet për të Gjithë”. “Shëndet 2020” siguron një platformë bashkëpunimi rajonal, duke hapur mundësi për shkëmbimin e eksperiencave në drejtim të përmirësimit të eficiencës së sistemeve shëndetësore lokale. Njohja me këtë strategji i vjen në ndihmë profesionistëve shëndetësore, politikëbërësve dhe vendimmarrësve, në mënyrë që vendimet e tyre të orientohen në përputhje me këto objektiva.

Hyrje

“Shëndeti 2020” shtjellon vizionin e shëndetit si një rrjet dinamik i grupeve të interesit të të gjitha niveleve të shoqërisë, dhe synon të mbështetë qëllimin e përbashkët në mbarë rajonin. “Shëndeti 2020” bazohet në vlerat e sanksionuara në Kushtetutën e OBSH-së: “Arritja e standardit shëndetësor më të lartë të mundshëm është një ndër të drejtat themelore të çdo qenie njerëzore” (Health 2020).

Në kuadrin e “Shëndetit 2020”, shëndeti cilësohet si një burim dhe pasuri e madhe

shoqërore. Shëndeti i mirë ndikon në mënyrë thelbësore në zhvillimin ekonomik të një vendi. Ai kontribuon për rritjen e produktivitetit, për një forcë pune më efikase, plakje më të shëndetshme dhe më pak shpenzime për sëmundje dhe përfitime sociale, e në këtë mënyrë më pak humbje nga taksat (Health 2020).

“Shëndeti 2020” shërben si një burim unik rajonal që na ndihmon të gjithëve të mësojmë nga përvojat e përfituara në praktikë, të ripërcaktojmë përparësitë dhe të identifikojmë

mënyrat më të mira për të koordinuar veprimet ndërmjet grupeve të interesit në të gjithë sektorët, që të përmirësohet shëndeti dhe mirëqenia e individit dhe popullsisë (Health 2020).

Synimi kryesor i “Shëndetit 2020” nuk është krijimi i sistemeve shëndetësore uniforme në nivel kombëtar dhe vendor, por përmirësimi i tyre në mënyrë uniforme. Në përmbushjen e këtij synimi, “Shëndeti 2020” vlerëson larminë e madhe të sistemeve shëndetësore dhe bazohet në këtë diversitet për përmirësimin uniform.

Miratimi i “Shëndetit 2020” nga të gjitha vendet anëtare përcakton dy objektiva të përbashkëta:

- Përmirësimin e shëndetit për të gjithë dhe reduktimin e pabarazive në gjendjen shëndetësore.

- Përmirësimin e udhëheqjes dhe qeverisjes pjesëmarrëse për shëndetin (Health 2020). Caktimi i synimeve për reduktimin e pabarazisë në shëndetësi mund të ndihmojë për nxitjen e veprimeve, dhe është konsideruar si një nga mënyrat kryesore për vlerësimin e zhvillimit shëndetësor në të gjitha nivelet. Trajtimi i pabarazive sociale kontribuon shumë në shëndet dhe në mirëqenie. Ndërmarrja e veprimeve për determinantët socialë dhe të mjedisit mund të ndikojë në mënyrë efektive në trajtimin e shumë pabarazive. Për shembull, të dhënat tregojnë se programet që i adresohen mirëqenies së fëmijëve, prodhojnë rezultate më të mira dhe më të drejta në shëndet dhe në arsim (Health 2020). Ministrinë e Shëndetësisë dhe institucionet e shëndetit publik po angazhohen gjithnjë dhe më shumë në ndërmarrjen e qasjeve ndërsektoriale dhe veprimit, si ndërmjetës dhe avokatë të shëndetit. Fuqizimi i njerëzve, qytetarëve, konsumatorëve dhe pacientëve është shumë i rëndësishëm për përmirësimin e rezultateve të shëndetit, performancën e sistemit shëndetësor dhe kënaqësinë e pacientit.

Katër janë fushat politike ku është bazuar “Shëndeti 2020”:

- Investimi në shëndet përgjatë gjithë jetës dhe fuqizimi i njerëzve. Mbështetja e shëndetit të mirë gjatë gjithë jetës çon në shtimin e viteve të jetës së shëndetshme dhe rritjen e jetëgjatësisë, të cilat mund të prodhojnë përfitime të rëndësishme ekonomike, sociale dhe individuale (Health 2020).

- Trajtimi i sfidave madhore shëndetësore lidhur me sëmundjet e transmetueshme dhe jo të transmetueshme në rajonin evropian. Për këtë kërkohet një kombinim i ndërhyrjeve për trajtimin me sukses të barrës së madhe të sëmundjeve kontrollin dhe parandalimin e sëmundjeve jainfektive, por dhe promovimin e shëndetit. “Shëndeti 2020” mbështet përpjekjet e vazhdueshme dhe të fuqishme për të luftuar sëmundjet infektive me anë të ndërtimit të informacionit dhe kapacitetit mbikqyrës, si dhe trajtimin e kërcënimeve serioze virale dhe bakterore (Health 2020);

- Forcimi i sistemeve shëndetësore të përqendruara te njerëzit, kapaciteti i shëndetit publik, si dhe përgatitja, mbikqyrja dhe përgjigjja ndaj emergjencave. “Shëndeti 2020” rikonfirmon angazhimin e OBSH-së dhe shteteve anëtare për mbulimin universal. Kujdesi shëndetësor parësor është gur themeli i sistemeve shëndetësore në shekullin XXI. Për këtë funksion, sistemet shëndetësore duhet të jenë financiarisht funksionuese, të përshtatshme për synimin, të përqendruara te njerëzit dhe të informuara mbi të dhënat. Arritja e rezultateve më të mira në shëndet kërkon forcimin e funksioneve dhe kapaciteve të shëndetit publik, që mund të arrihet vetëm në reformimin e arsimit dhe trajnimit të profesionistëve të shëndetit publik (Health 2020).

- Krijimi i komuniteteve ripërtëritëse dhe mjedisve mbështetëse. Ripërtëritja është konsideruar si një faktor kyç për mbrojtjen dhe

promovimin e shëndetit dhe mirëqenies në nivele individuale dhe komunitare. Krijimi i mjediseve sociale dhe fizike mbështetëse mund të arrihet vetëm nëpërmjet bashkëpunimit midis sektorëve mjedisorë dhe të shëndetit. Bashkëpunimi ndërdisiplinor dhe ndërsektorial midis shëndetit njerëzor, shëndetit mjedisor dhe shëndetit të kafshëve, nxit efektivitetin e shëndetit publik (Health 2020).

Këto fusha politike janë vendosur nga shtetet anëtare në nivel global, dhe janë përshtatur për të trajtuar kërkesat e veçanta dhe përvojat e

rajonit evropian. Fushat politike janë të ndërlidhura, të pavaruara, dhe në të njëjtën kohë mbështetëse me njëra-tjetrën.

Suksesi për arritjen e synimit të “Shëndetit 2020” kërkon synime të përbashkëta dhe përpjekje të gjera bashkëpunuese nga njerëzit dhe organizatat e shoqërisë së çdo vendi: qeveritë, organizatat joqeveritare, sektori privat, shkenca dhe bota akademike, profesionistët e shëndetit dhe çdo individ. Kombinimi i përpjekjeve individuale dhe kolektive do të ndihmojë në arritjen e synimit të “Shëndetit 2020”.

Bibliografia

Health 2020. A policy framework and strategy for 21st century. WHO Regional office for Europe 2013. (http://issuu.com/who-europe/docs/health2020_policyframework_strategy/3 accessed 20 February 2015).

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