

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik


INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 2 - 2014

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

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

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout **Genc Musa**

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 2-2014

Artan Simaku, Iris Hatibi, Alma Robo, Jonilda Sulo, Eugena Erindi, Silva Bino Gripi në Shqipëri në periudhën 2013 - 2014	4
Luljeta Alla, Silva Bino Bruceloza, frekuenca e hasjes, numri i rasteve të raportuara dhe incidenca (raste për 100.000 banorë) për periudhën 2010 - 2013	12
Arta Ago, Agim Shehi, Keli Mustafaraj Raport teknik i ekspertizave të nivelit të zhurmave për periudhën Janar - Mars 2014	16
Elida Mataj, Agim Shehi, Genci Dervishi, Agron Deliu, Ilir Dume Ndotja e ajrit në qytetin e Tiranës (Monitorimi i ajrit gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2013)	20
Sonela Xinxo, Alban Ylli, Jeta Lakrori Parimet e udhëzuesit mbi parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare në shërbimin shëndetësor parësor	23
Alba Merdani, Dorina Çanaku, Eduard Kakarriqi Abortet për vitin 2013 sipas sistemit të survejancës së abortit	26
Dorina Çanaku, Alba Merdani, Ervin Toçi, Eduard Kakarriqi Epidemiologjia e sindromës Down në Shqipëri për periudhën 2011 - 2013	30
Miranda Hajdini, Eduard Kakarriqi Analizë e të dhënave të sistemit LMIS për vitin 2013	34

Jeta Lakrori, Engjëll Mihali, Genta Qirjako

Trajnim për kurrikulat lidhur me edukimin shëndetësor për personelin
shëndetësor në shkolla39

Rustem Paci

Përgatitja dhe zbatimi i politikave dhe strategjisë kombëtare për trajtimin e mbetjeve
radioaktive në Republikën e Shqipërisë44

Alban Ylli, Elida Cangonji, Jonida Haxhiu, Eduard Kakarriqi

Vlerësim i stresit, pasioneve dhe sjelljeve tek të rinjtë e shkollave të mesme
të qytetit të Tiranës46

Gripi në Shqipëri në periudhën 2013 - 2014

**Artan Simaku, Iris Hatibi, Alma Robo, Jonilda Sulo, Eugena Erindi,
Silva Bino**

Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive.

Gripi është një sëmundje infektive virale akute, e cila përhapet nëpërmjet rrugës ajrore kryesisht nga spërklat (kollitje ose teshtitje), si dhe kontaktit me sipërfaqet e ndotura me sekrecionet respiratore. Simptomat e gripit zakonisht përfshijnë temperaturë të lartë, rrjedhje të sekrecioneve nazale, dhimbje të fytit, kollë të thatë, dhimbje koke, mialgji dhe dobësi të përgjithshme. Simptomat më të rënda tipike zgjasin vetëm pak ditë, por dhimbja e fytit dhe rinorrea mund të zgjasin më gjatë. Disa njerëz mund të jenë të infektuar me virusin e gripit, por nuk kanë asnjë simptomë ose vetëm simptoma të lehta. Zakonisht gripi e rëndon gjendjen shëndetësore të të prekurve, dhe duhet një javë apo më shumë për t'u shëruar plotësisht. Koha e inkubacionit për gripin luhetet nga 1 në 5 ditë, por mesatarja është 2 ditë. Viruset e gripit janë të ndara në tre tipe: A, B dhe C, nga të cilat dy tipet e para janë më shqetësuese (veçanërisht virusi i tipit A), pasi shkaktojnë sëmundje më të rënda. Në disa raste sëmundja bëhet më e rëndë për shkak të mbivendosjes së infeksioneve bakterore të mushkërive si pneumonia, të cilat mund të jenë fatale. Gripi sezonal është një sëmundje që prek çdo vit Evropën dhe pjesën tjetër të hemisferës veriore gjatë sezonit të dimrit, me shpërthime epidemike të mëdha apo të vogla. Paraqitja klinike e sëmundjes mund të luhetet nga shumë e lehtë në shumë të rëndë. Çdo vit në Evropë ndodhin raste vdekjesh nga gripi. Edhe pse zakonisht më të riskuar janë fëmijët e vegjël, të moshuarit dhe ata me sëmundje të tjera kronike të tilla si: sëmundje të zemrës, sëmundje kronike të mushkërive, diabet, obezitet, personat me kompromentim të imunitetit, gratë shtatzëna. Sëmundje të rënda dhe vdekje ndodhin çdo vit në të rritur të shëndetshëm dhe të rinj të moshës së mesme. Për këtë arsye rekomandohet vaksinimi i popullatës, i grupeve në risk dhe i personelit shëndetësor që në fillim të stinës së vjeshtës. Për shkak se viruset e gripit që qarkullojnë çdo vit janë zakonisht të ngjashme me vitin paraardhës, është e mundur prodhimi i vaksinës për sezonin e ardhshëm të gripit me gjasa të larta mbrojtjeje.

Nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) është përcaktuar, që sezoni i gripit stinor fillon në muajin tetor dhe përfundon nga fundi i muajit maj të vitit pasardhës, në javët 40 - 20.

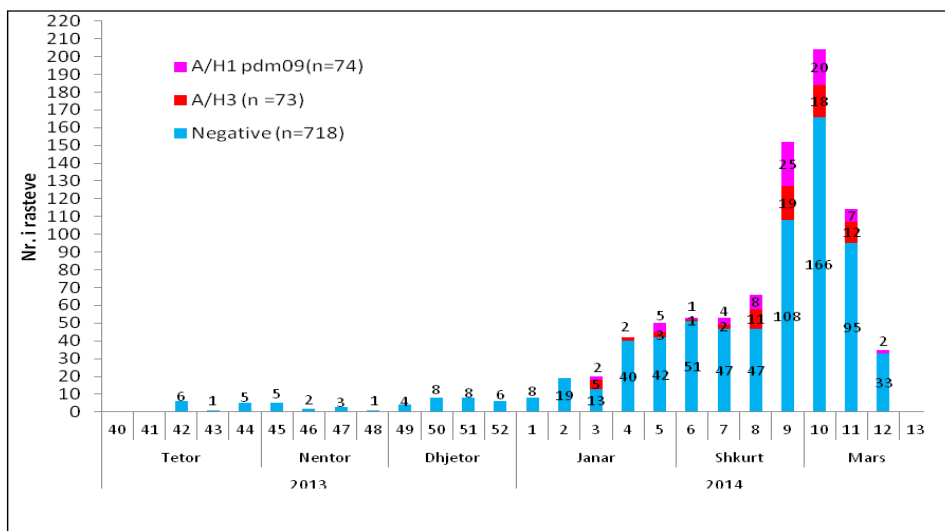
Ashtu si gjithë sëmundjet e tjera infektive, raportimi dhe survejanca e gripit në Shqipëri është e detyruar me ligj. Gjithashtu, Instituti Shëndetit Publik raporton çdo javë mbi situatën e infeksioneve

respiratore dhe gripit pranë Qendrës Evropiane të Gripit në OBSH, ku Shqipëria është pjesëmarrëse e rrjetit Evropian të Survejancës dhe Monitorimit të gripit. Çdo javë botohet buletini Evropian “EuroFlu”, mbi aktivitetin e gripit në kontinentin Evropian.

Në Shqipëri ekzistojnë tre sisteme kombëtare të survejancës së gripit të cilat janë: survejanca universale e infeksioneve respiratore të sipërme dhe të poshtme (ARI) të cilat raportohen në survejancën sindromike “ALERT” në të gjithë vendin; survejanca sentinel e sëmundjes së ngjashme me gripin (ILI) në qytetin e Tiranës; dhe survejanca sentinel e sëmundjes së rëndë respiratore akute (SRRA) e cila kryhet në të gjithë spitalet rajonale të vendit, në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” (QSU) dhe Spitalin Universitar të Sëmundjeve të Mushkërive (SUSM) Tiranë. Të dhënat mbledhen gjatë gjithë vitit dhe gjatë sezonit të gripit, në javët 40 - 20 me një frekuencë javore të raportimit nga institucionet shëndetësore.

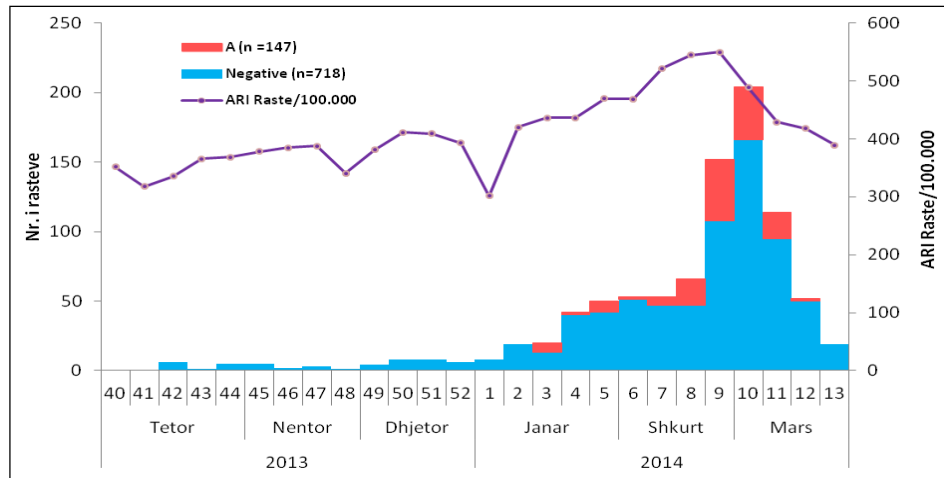
Mostrat respiratore mbledhen nga pacientët që plotësojnë përkufizimin e rastit, të shoqëruara me skedën individuale të raportimit për ILI dhe SRRA. Skeda përmban të dhënat social - demografike të pacientit, të dhënat epidemiologjike, shenjat dhe simptomat klinike, statusin e vaksinimit, sëmundjet shoqëruese dhe faktorët e riskut, përdorimin e terapisë antivirale. Të gjitha mostrat e grumbulluara të rrugëve të frymëmarrjes testohen në laboratorin kombëtar të gripit në Institutin e Shëndetit Publik, me anë të metodës RT - PCR - Taqman - protokoll CDC. Çdo javë sektori i epidemiologjisë në ISHP nxjerr buletinin javor “Alert” dhe informacionin mbi situatën epidemiologjike të gripit në shkallë vendi.

Figura 1. Numri i mostrave të ardhura sipas javëve dhe rezultati laboratorik



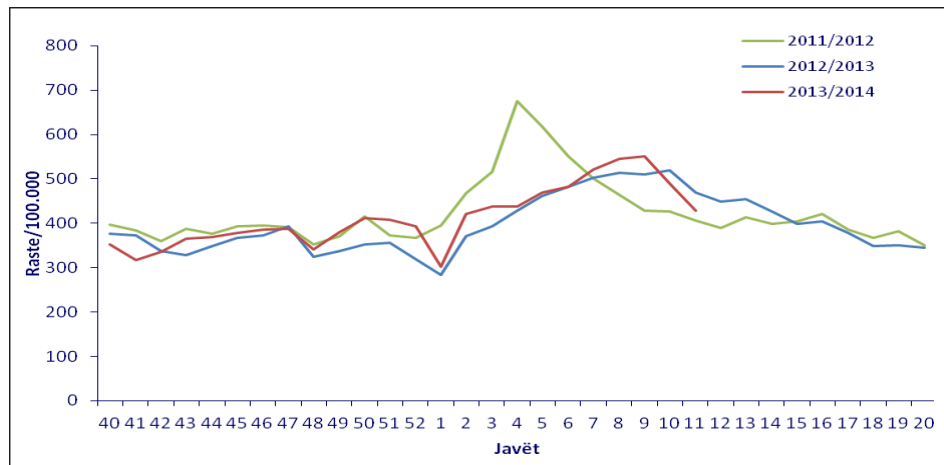
Prej javës së tretë të muajit tetor 2013 deri më datën 24 mars 2014, në ISHP kanë ardhur 865 mostra nga persona të dyshuar për grip. Numri i mostrave ka ardhur në rritje në muajin shkurt, 324 (37.5%) e totalit të tyre, dhe po kështu edhe pozitiviteti i tyre.

Figura 2. Kurba epidemike dhe infeksionet respiratore sipas javëve (ARI raste/100.000) deri në javën 13 (30 mars 2014)

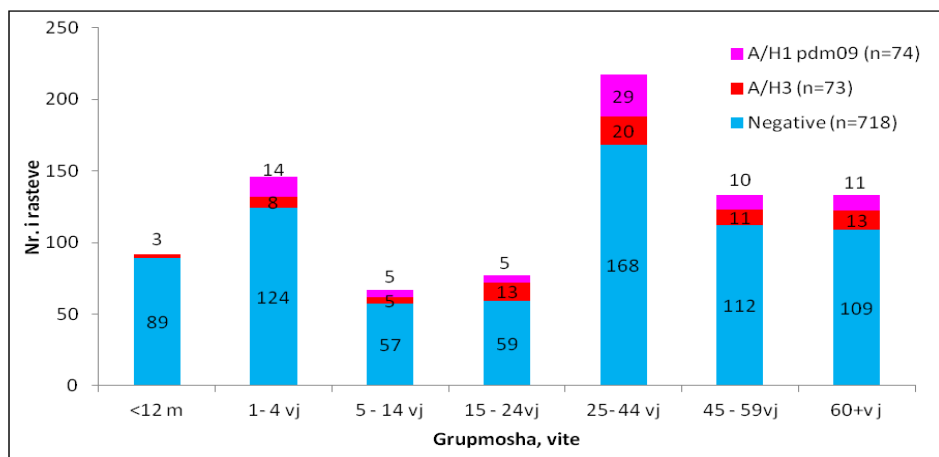


Siç shihet, kurba e infeksioneve akute respiratore ndjek rritjen e numrit të rasteve të dyshuara apo konfirmuara për grip.

Figura 3. Krahasimi i aktivitetit të “Infeksioneve Respiratore të Sipërme dhe të Poshtme” sipas sezoneve (javët 40 - 20) dhe Pragu Epidemik. Raste / 100.000

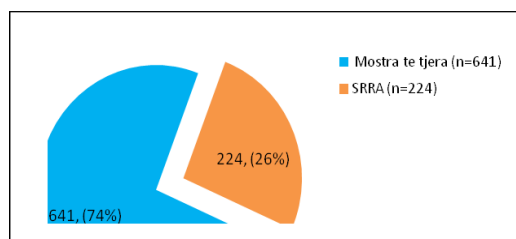


Numri i infeksioneve respiratore (të sipërme dhe të poshtme) është në nivelin e aktivitetit sezonal normal.

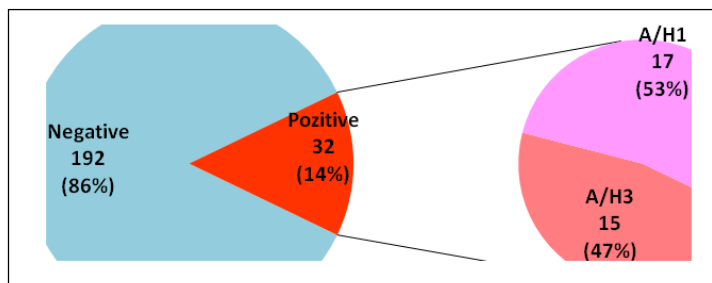
Figura 4. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Vërehet që numri më i madh i mostrave të marra është në grupmoshën 1 - 4 vjeç me 146 (17%), dhe në grupmoshën 25 - 44 vjeç me 217 (25%) mostra.

Grupmoshat më të prekura janë 15 - 24 vjeç me 18 (23%) mostra positive, 25 - 44 vjeç me 49 (23%) mostra positive, dhe grupmosha 60 + vjeç me 24 (18%) mostra pozitive ndaj totalit të grupmoshave respektive.

Figura 5. Sëmundje e Rëndë Respiratore Akute SRRA

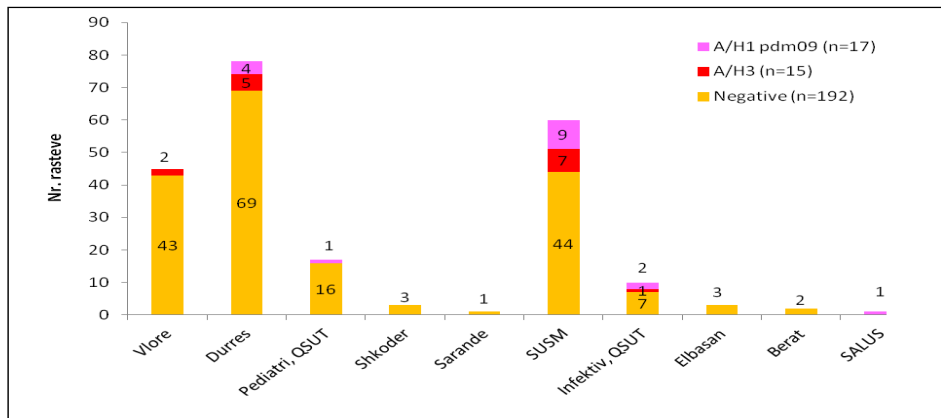
224 (26%) prej pacientëve të dyshuar për grip kanë paraqitur komplikacione (SRRA).

Figura 6. Rezultati laboratorik i mostrave SRRA

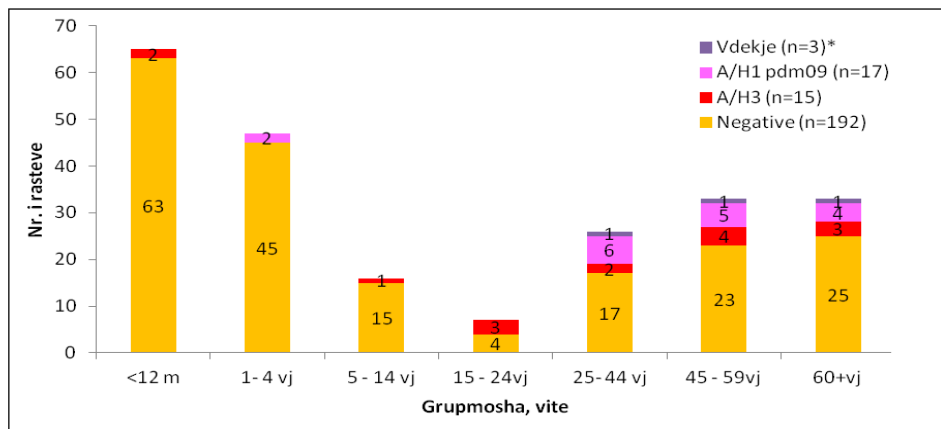
Nga 224 mostra SRRA, 32 (14%) prej tyre kanë rezultuar pozitive për viruset e gripit.

15 (47%) prej mostrave pozitive kanë rezultuar me virusin A / H3 dhe

17 (53%) mostrave pozitive me virusin A / H1 pdm09

Figura 7. Vendi i marrjes së mostrave prej pacientëve me SRRA

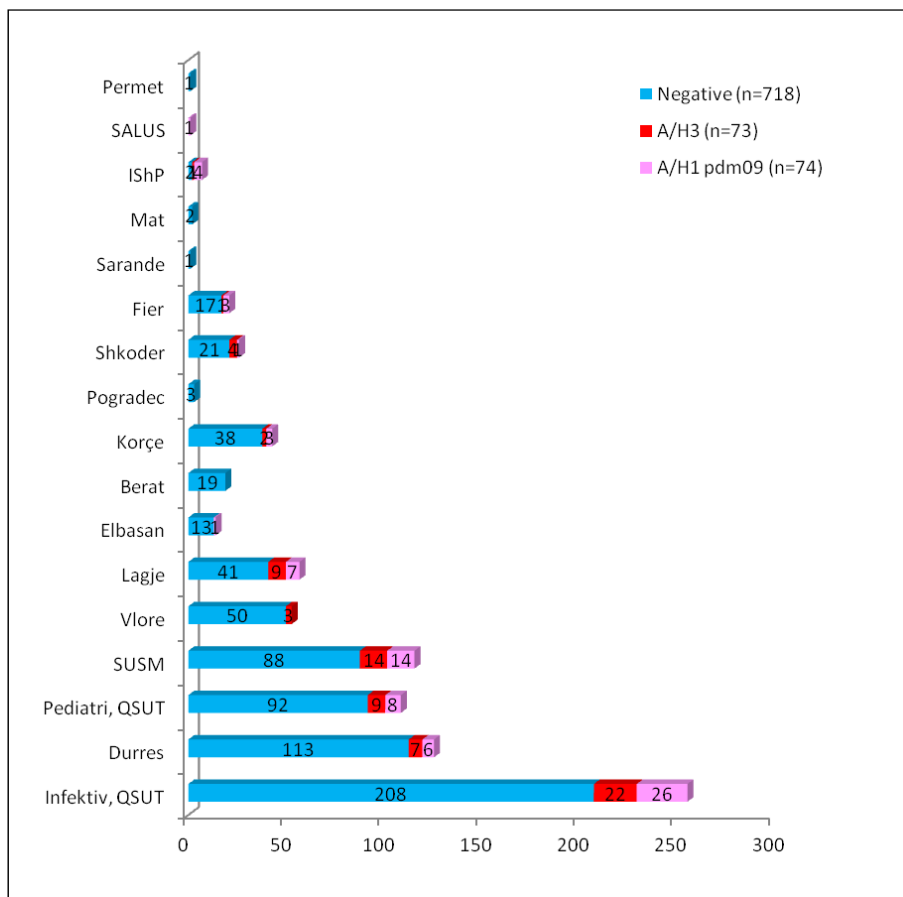
Vërehet që shumica e mostrave SRRA janë marrë në spitalin rajonal Durrës me 78 (35%), SUSM me 60 (27%) mostra, dhe nga spitali rajonal Vlorë me 45 (20%) mostra

Figura 8. Shpërndarja e rasteve me SRRA sipas grupmoshës

Vërehet që 128 (57%) e rasteve SRRA i përkasin grupmoshës pediatrike 0 - 14 vjeç, me mbizotërim të tyre në grupmoshën <12m me 65 mostra ose 29%, ndjekur nga grupmosha 1 - 4 vjeç me 47 mostra, ose 21% të totalit të mostrave SRRA.

- 2 (3%) prej mostrave të marra në grupmoshën <12m
- 2 (4%) mostër në grupmoshën 1 - 4 vjeç
- 1 (6%) mostër në grupmoshën 5 - 14 vjeç
- 3 (43%) mostra në grupmoshën 15 - 24 vjeç
- 8 (32%) mostra në grupmoshën 25 - 44 vjeç
- 9 (28%) mostra në grupmoshën 45 - 59 vjeç
- 7 (22%) mostra në grupmoshën 60 + vjeç kanë rezultuar pozitive për virusin A të gripit

Figura 9. Numri total i mostrave të ardhura dhe rezultati laboratorik sipas vendit të marrjes së mostrës.



Vërehet që shumica e mostrave, 256 (30%), kanë ardhur nga spitali Infektiv QSUT, ndjekur nga spitali Rajonal i rrethit Durrës me 126 (15%) mostra, spitali Pediatrik QSUT me 109 (12.6%) mostra, dhe SUSM me 116 (13%) mostra.

Kanë rezultuar pozitive për virusin A të Gripit:

- 48 (19%) prej mostrave të marra në spitalin Infektiv QSUT
- 17 (16%) prej mostrave të marra në Pediatrik QSUT
- 13 (10%) prej mostrave të marra në spitalin rajonal Durrës
- 28 (24%) prej mostrave të marra në SUSM
- 16 (28%) prej mostrave të marra në poliklinikat e lagjeve të Tiranës
- 4 (19%) prej mostrave të marra në spitalin rajonal Fier
- 5 (19%) prej mostrave të marra në spitalin rajonal Shkodër
- 5 (12%) prej mostrave të marra në spitalin rajonal Korçë

Në shumë vende të Evropës ndodhin epidemi të rregullta të gripit gjatë stinës së dimrit duke tejkaluar aktivitetin stinor normal. Edhe në vendin tonë intensiteti dhe aktiviteti i gripit ndryshon nga viti në vit. Edhe pse për shumicën e njerëzve sëmundja e gripit është vetëm një përvojë e pakëndshme, sëmundja ka ndikim tjetër të rëndësishëm në shëndetin publik duke shkaktuar edhe vdekje. Nga Qendra Evropiane e Kontrollit të Sëmundjeve (ECDC) është vlerësuar që deri në 40.000 njerëz vdesin çdo vit nga gripin në Bashkimin Evropian. Së dyti, ka kosto të rëndësishme për shërbimet shëndetësore të Evropës në kujdesin për të sëmurët nga gripin, dhe së treti ka ndikim të rëndësishëm ekonomik nga numri i madh i pacientëve me sëmundje të lehtë dhe të moderuar, të cilët mungojnë në punë me humbjet pasuese të prodhimit. Masa kryesore për parandalimin e sëmundjes është vaksinimi, siç u përmend edhe më sipër. Gjithashtu, personat e sëmurë, duhet të paraqiten tek mjeku, të qëndrojnë në shtëpi dhe të mos shkojnë në punë apo në shkollë, si dhe të evitohen mjediset me grumbullim të njerëzve, ose i ashtuquajturit distancim social. Një ndikim shumë të rëndësishëm kanë edhe masat e higjienës personale dhe kolektive. Në vendin tonë, të gjitha spitalet dhe poliklinikat në të gjithë rrethet e vendit janë të pajisura me medikamentin Oseltamivir (tamiflu), që është medikamenti kryesor për trajtimin e të sëmurëve me grip.

Bruceloza, frekuenca e hasjes, numri i rasteve të raportuara dhe incidenca (raste për 100.000 banorë) për periudhën 2010 - 2013

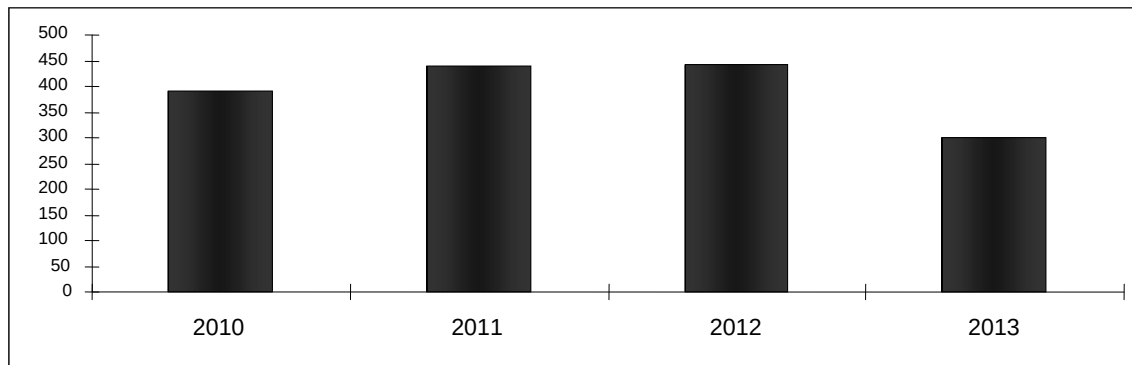
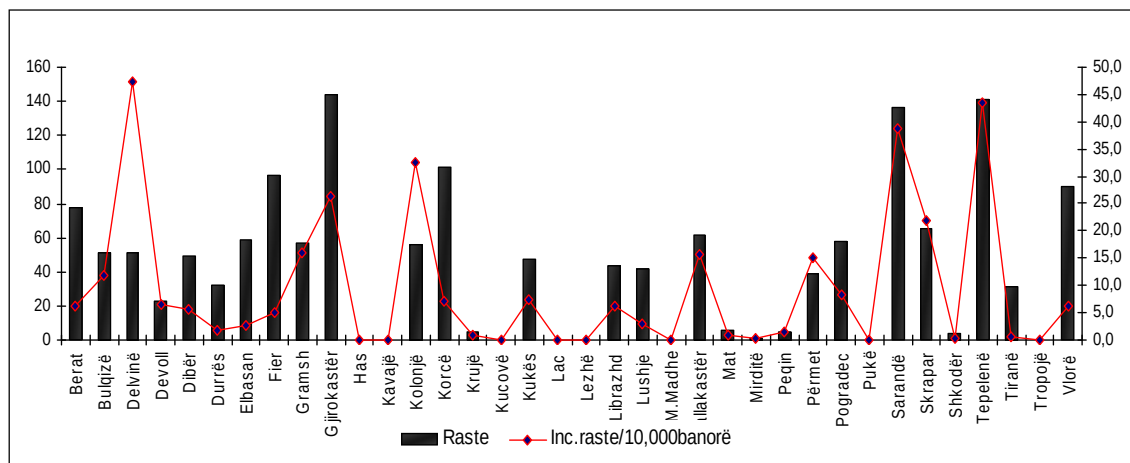
Luljeta Alla, Silva Bino

Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive.

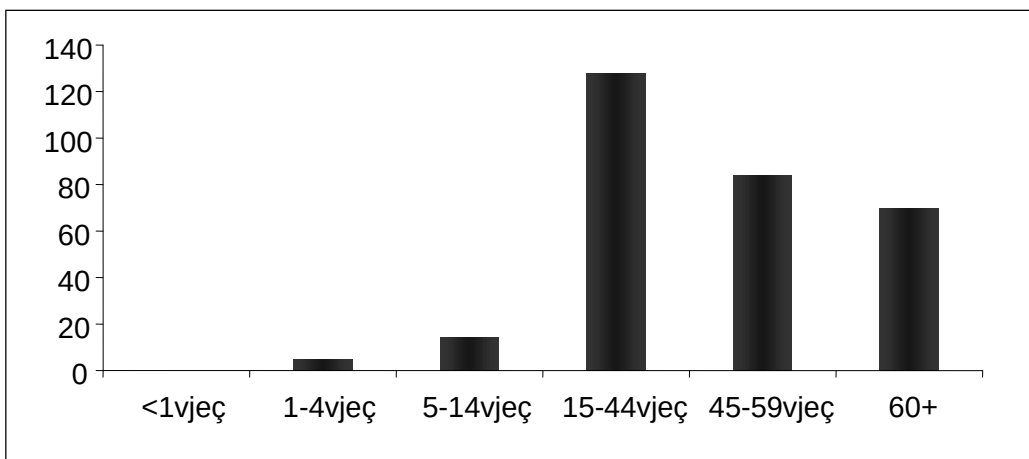
Bruceloza është një sëmundje endemike dhe një ndër zoonozat më të përhapura dhe problematike në vendin tonë, për sa i përket impaktit në shëndetin publik dhe dëmit ekonomik të shkaktuar në kafshët e prekura. Ajo zë rreth 87.7% të totalit të zoonozave të raportuara gjatë dekadës së fundit. Lëvizja e lirë e njerëzve dhe lëvizjet e pakontrolluara të kafshëve kanë sjellë ndryshime të shpeshta në situatën epidemiologjike të sëmundjeve zoonotike në përgjithësi, dhe në veçanti të brucelozës. *Brucella melitensis* është përgjegjëse për sëmundjen e brucelozës në kafshët ripërtypëse dhe në njerëz. Survejanca e brucelozës bazohet në SMBS (Sistemi Madhor Bazuar në Sëmundje) Të dhënat analizohen në programin statistikor Epi Info. Për periudhën kohore 2010 - 2013 janë raportuar në total 1573 raste bruceloze në njerëz. Incidenca vjetore në vendin tonë paraqitet në vlerat 12.7 (raste/100.000 banorë) në vitin 2010, kundrejt 9.9 (raste/100.000 banorë në vitin 2013). Viti 2013 tregon një ulje të lehtë të frekuencës së hasjes së brucelozës në vendin tonë.

Tabela 1. Numri total i rasteve me brucelozë, incidenca raste / 100.000 banorë sipas viteve 2010 - 2013

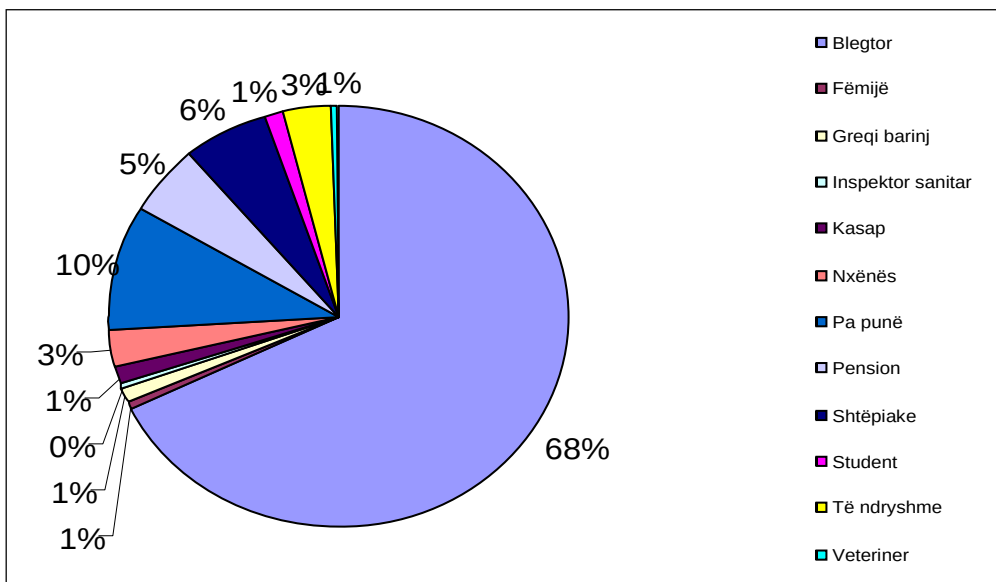
Vitet	Raste	Incidenca raste / 100.000 banorë
2010	390	12,7
2011	440	14,3
2012	442	14,5
2013	301	9,9

Grafiku 1. Paraqitja e brucelozës sipas viteve 2010 - 2013 (numër total rastesh).**Grafiku 2. Shpërndarja gjeografike e brucelozës sipas rretheve për periudhën 2010 - 2013 (numër total rastesh)**

Zonat tradicionalisht më të prekura ndër vite me brucelozë rezultojnë zonat e jugut, ku numri i rasteve dhe incidenca zënë përqindjen më të lartë të rasteve, krahasuar me zona të tjera të vendit përkatësisht rrethet si Korçë, Sarandë, Vlorë, Tepelenë e Gjirokastrë. Vlen të theksohet se vitet e fundit vërehet një shtim i numrit të rasteve me brucelozë në rrethe si Bulqizë, Mallakastër, Berat, Përmet, e Fier, ku më parë pesha specifike e rasteve të raportuara ndër vite rezultonte relativisht e ulët krahasuar me rrethet e tjera të vendit. Zonat rurale rezultojnë më të prekura krahasuar me ato urbane.

Grafiku 3. Shpërndarja e rasteve me brucelozë sipas grupmoshës në vitin 2013

Frekuenca e hasjes së brucelozës sipas grupmoshave rezulton më e lartë në grupmoshat 15 - 44 vjeç, e ndjekur nga 45 - 59 vjeç me (26.7% te rasteve). Pikërisht moshat aktive për punë zënë peshën specifike më të lartë. Ajo ç'ka paraqet shqetësim për shëndetin publik është fakti i shtimit të rasteve me brucelozë në moshat pediatrike 6 - 14 vjeç. Rastet e konfirmuara me laborator zënë rreth 65% të rasteve të raportuara. Me skeda individuale janë raportuar 89.7% e rasteve.

Grafiku 4. Shpërndarja e brucelozës sipas profesionit e shprehur në (%)

Blegtorët, përpunuesit e mishit, veterinerët dhe personat të cilët manipulojnë me kafshët e sëmura dhe produktet e tyre, janë kategoritë më të riskuara për t'u prekur nga bruceloza. Nga përpunimi dhe analiza e të dhënave të raportuara me skeda individuale rezulton se, rreth 68% e rasteve me brucelozë i përkasin kategorisë së blegtorëve, e lidhur kjo me natyrën profesionale të sëmundjes në njerëz.

Praktikat e përpunimit të qumështit dhe nënprodukteve të tij (djathë, gjalpë, gjizë) dhe kontakti direkt me kafshët e infektuara, përbëjnë rrugën kryesore të marrjes së infeksionit në njerëz. Sipas stinëve, muajt më të prekur rezultojnë prill - gusht, por pavarësisht karakterit sezonal bruceloza paraqitet si një infeksion gjithëvjeter.

Masat e parandalimit në kafshë

- Parandalimi parësor (vaksinimi)
- Parandalimi dytësor (brucelinizimi)
- Eleminimi në kohë i krerëve që rezultojnë pozitiv me brucelozë

Parandalimi në njerëz

- Mbrojtja individuale, përdorimi i mjeteve mbrojtëse (doreza) nga personat të cilët manipulojnë me kafshët e sëmura.
- Ndërgjegjësimi i popullatës në tërësi, dhe në veçanti i personave të cilët manipulojnë me kafshët e infektuara, lidhur me higjienën e përpunimit të qumështit dhe nënprodukteve të tij.
- Forcimi i survejancës lidhur me raportimin në kohë të rastit për një trajtim sa më efikas.
- Të rëndësishme mbeten masat e parandalimit në kafshë me qëllim reduktimin e rasteve në njerëz.

Raport teknik i ekspertizave të nivelit të zhurmave për periudhën janar - mars 2014

Arta Ago, Agim Shehi, Keli Mustafaraj

Departamenti i Shëndetit dhe Mjedisit.

Zhurma në mjediset e jashtme dhe të brendshme tashmë përfaqëson një prej treguesve kryesorë të fushës së shëndetit dhe mjedisit, e cila është e pranishme në skenarët e sotëm të mjediseve urbane në vendin tonë.

Burimet kryesore të zhurmës së jashtme përfshijnë: trafikun ajror, trafikun rrugor, trafikun hekurudhor, industrinë, ndërtimin dhe punët publike. Burimet kryesore të zhurmës së brendshme janë sistemet e ventilimit, aparaturat (makinat e zyrave), aparatet shtëpiake etj.

Çdo njeri gjatë aktivitetit të tij jetësor në punë apo pushim mund të ekspozohet në nivele të ndryshme zhurmash, të cilat sipas vlerave mund të jenë shqetësuese, apo më tej, dëmtuese të shëndetit. Në këto kushte Instituti i Shëndetit Publik, nisur nga cilësia e shërbimit si qendër reference (Ligji nr. 9774, datë 12/07/2007), si dhe me një eksperiencë 40 vjeçare, ka kryer ekspertiza të vlerësimit të nivelit të zhurmave në ekspozimet profesionale apo ekspozimet e publikut.

Qëllimi i matjes së zhurmave është njohja e niveleve të ndotjes zanore në mjediset e brendshme dhe të jashtme të subjektit dhe të banorit, për të dhënë mundësinë që të gjykojmë mbi masën e ekspozimit ndaj zhurmave të punonjësve të këtij subjekti dhe banorëve që jetojnë pranë tij.

Aparati që përdoret në matjen e nivelit të zhurmave është i tipit: Sound Level Meter EXTECH 407764 RS-232 / Datalogger me një korrigjim ± 1.5 dB (A).

Matjet u bënë në mungesë të ndryshimeve të reshjeve, mjegullës dhe/ose dëborës, shpejtësisë së erës e cila nuk duhet të jetë më e lartë se 5 m/s, si dhe mikrofoni i cili duhet të jetë i mbrojtur me kufje kundër erës. Zinxhiri i matjeve ishte në përputhje me kushtet meteorologjike të periudhës në të cilën u bënë matjet, me normat e BE (Bashkimit Evropian) 29 - 10 dhe ZhM (Zhurmat Mjedisore) 60804 / 1994.

Ekspertizat për matjen e nivelit të zhurmave në subjektet e argëtimit janë kryer gjatë natës (pas orës 23⁰⁰), ndërsa për subjektet industriale matjet janë kryer gjatë paradites (gjatë turnit të punës). Matjet janë integrale dhe diferenciale çdo 1 sekondë / një nivel zhurme, gjatë regjimeve të ndryshme

të aktiviteteve, në ambientet e jashtme e të brendshme të tyre, si dhe në banesat më të afërta, mbi subjekt dhe pranë tij.

Gjatë procedurave të matjeve janë mbajtur në punë të pandërprerë të gjitha makineritë zhurmëprodhuese, duke pasur si qëllim influencën e tyre në mjediset e jashtme të subjekteve industriale.

Pas kryerjes së ekspertizës dhe përfutimit të të dhënave bëhet krahasimi i nivelit të zhurmës me nivelin standard, krahasuar me Tabelën e Normave Sanitare Shtetërore.

Gjatë periudhës Janar - Mars 2014 u kryen 17 ekspertiza zhurmash në subjekte argëtimi (SA) dhe 5 ekspertiza në subjekte industriale (SI).

Tabela 1. Ekspertizat e kryera në subjekte argëtimi gjatë periudhës Janar - Mars 2014

Subjekti i argëtimit	Vendndodhja	Data	Ora e ekspertimit	Foni* dB(A)	LA _{eq} ** dB(A)
SA-1	Tiranë	06/01/2014	22 ⁰⁰ -24 ⁰⁰	67.7	64
SA-2	Tiranë	07/01/2014	23 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	51.5	50
SA-3	Tiranë	08/01/2014	22 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	54.9	53.5
SA-4	Tiranë	10/01/2014	22 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	50	49.8
SA-5	Tiranë	11/01/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	64.6	56.5
SA-6	Tiranë	13/01/2014	23 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	59	59
SA-7	Tiranë	15/01/2014	22 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	62.2	60
SA-8	Tiranë	17/02/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	58.8	58
SA-9	Tiranë	27/02/2014	23 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	55.7	53
SA-10	Tiranë	02/03/2014	22 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	46.2	44
SA-11	Tiranë	03/03/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	56.1	54
SA-12	Tiranë	04/03/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	54.3	54
SA-13	Tiranë	05/03/2014	22 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	62.3	60
SA-14	Tiranë	16/03/2014	22 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	44.4	41
SA-15	Tiranë	11/03/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	61.7	56.6
SA-16	Tiranë	13/03/2014	23 ⁰⁰ -02 ⁰⁰	55.1	54
SA-17	Tiranë	26/03/2014	23 ⁰⁰ -01 ⁰⁰	65.8	62

*Foni është niveli i zhurmës së ambientit të jashtëm (aktiviteti urban-njerëzor etj), pa praninë e zhurmës së shkaktuar nga aktiviteti i subjektit.

**LA_{eq} “niveli i vazhduar ekuivalent i presionit akustik të ponderuar A⁰, të prodhuar nga të gjithë burimet e zhurmave që ekzistojnë në një vend të caktuar dhe gjatë një kohe të caktuar”.

Nga tabela 1 vërejmë se në mungesë të aktivitetit muzikor, foni i aktivitetit urban pranë subjekteve është më i lartë se nivelet e zhurmave të prodhuara nga aktiviteti muzikor i subjekteve. Pra këto aktivitete muzikore me këto nivele zhurme, nuk ndikojnë në rritjen e fonit të zhurmës pranë banesave më të afërta me subjektet. Për rrjedhojë, nuk do të përbënin shqetësim për banorët për rreth tyre në çdo orë të natës.

Ndërsa në subjektet SA-4, SA-6, SA-8 dhe SA-12 foni i aktivitetit urban është pothuajse i njëjtë me nivelin e zhurmave të prodhuara nga aktiviteti muzikor i subjektit. Këto aktivitete duhet të kenë shumë kujdes në respektimin e nivelit muzikor të matur brenda subjektit, në mënyrë që të mos ndikojnë negativisht në shëndetin e banorëve që jetojnë pranë tyre.

**Tabela 2. Ekspertizat e kryera në subjekte industriale gjatë periudhës
Janar - Mars 2014**

Subjekti industrial	Vendndodhja	Data	LA _{eq} /brenda dB(A)	LA _{eq} / jashtë dB(A)
SI-1	Vaqarr	09/01/2014	91	46.5
SI-2	Kavajë	14/01/2014	66	62.5
SI-3	Elbasan	17/01/2014	91.4	62.2
SI-4	Durrës	18/03/2014	75	59.7
SI-5	Tiranë	23/03/2014	64.6	64.4

Nivelet e zhurmës nga aktivitetet industriale të paraqitura në tabelën 2, nuk kanë asnjë ndikim në mjediset jashtë subjekteve. Pra niveli i zhurmave të emetura prej tyre në ambientet e jashtme është brenda standardit LA_{eq} 70 dB (A).

Nivelet e zhurmës brenda subjekteve SI-1 dhe SI-3 i tejkalojnë normat e lejuara sanitare shtetërore prej 85 dB (A) për zhurmat industriale, të cilat dëmtojnë shëndetin e punëtorëve që punojnë në këto subjekte.

Referuar kuadrit ligjor për zhurmat (Ligjit Nr. 9774 datë 12.07.2007 dhe Udhëzimit Nr.8, datë 27.11.2007 “ Për Nivelet Kufi të Zhurmave në Mjedisë të Caktuara “ aneksi 1 - tabela 3), dhe në varësi të përcaktimit të mjedisit (zonës), bëhet krahasimi i nivelit të zhurmës.

Tabela 3. Nivelet kufi të zhurmës për mjedisë të caktuara

Mjedis	Efekti kritik në shëndet	LA _{eq} (dBA)	Koha bazë (orë)	L _{Amax}
Jashtë banese	Shqetësim serioz gjatë ditës dhe mbrëmjes.	55	16	-
	Shqetësim i moderuar gjatë ditës dhe mbrëmjes	50	16	-
Në brendësi të banesave	Kuptueshmëri e bisedës dhe shqetësim i moderuar gjatë ditës dhe mbrëmjes	35	16	-
Në brendësi të dhomës së fjetjes	Prishja e gjumit natën	30	8	-
Jashtë dhomës së fjetjes	Prishje e gjumit, dritare e hapur (vlera nga jashtë)	45	8	-
Zona me aktivitet social - ekonomik				
Zona industriale, tregtare, qarkullim trafiku (mjedis i jashtëm dhe i brendshëm)	Dëmtim dëgjimi	70	24	110

Si përfundim duhet të theksojmë se:

- Subjektet e argëtimit të cilat nuk përbëjnë shqetësim për banorët pranë tyre, duhet të respektojnë nivelin muzikor brenda subjektit; të mos ndryshojnë fuqinë e bokseve; të mos ndërhyjnë në strukturën e izolimit akustik dhe të respektojnë mbylljen e derve gjatë punës.
- Subjektet e argëtimit të cilat përbëjnë shqetësim për banorët pranë tyre, duhet të marrin masa të menjëhershme për një izolim akustik me materiale zhurmëshuese, të përdoren limitatorë në fuqinë e bokseve, si dhe të punojnë me dyer të mbyllura.
- Për subjektet industriale, ku nivelet e zhurmave tejkalojnë normat e lejuara sanitare shtetërore për ekspozimin profesional, zgjidhjet më të efektshme janë ato teknike (izolimi i burimit të zhurmës). Në pamundësi të tyre vëmë theksin në mbrojtjen vetjake (përdorimi i detyrueshëm i kufjeve gjatë gjithë orarit të punës), si dhe në masat e karakterit organizativ (deri në ndryshimin e regjimit të punës) për të parandaluar shfaqjen e dëmeve në shëndetin e punëtorëve.
- Për punonjësit me ekspozim kundrejt zhurmave mbi kufirin e lejuar, rekomandojmë **ekzaminimet audiometrike**, në kuadrin e vizitave periodike mjekësore sipas një skeme të përcaktuar më parë.

Ndotja e ajrit në qytetin e Tiranës (Monitorimi i ajrit gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2013)

Elida Mataj, Agim Shehi, Genci Dervishi, Agron Deliu, Ilir Dume

Departamenti i Shëndetit dhe Mjedisit.

Ajri është një përzierje gazesh që përbëjnë atmosferën e tokës apo shtresën mbështjellëse të saj. Përbërja e përafërt e tij në nivelin e detit është azot 78%, oksigjen 21%, argon 0.9% dhe bioksid karboni 0.03%.

Përbërja e sotme natyrore e atmosferës së tokës ka ndryshuar disa herë gjatë evolucionit miliona vjeçar të jetës në planetin tonë. Evolucionin e jetës ka shkaktuar ndryshimin e përbërjes kimike të atmosferës si rezultat i ciklit të karbonit dhe azotit, nëpërmjet të cilave atmosfera rinovohet dhe vazhdon ekzistencën e saj. Atmosfera përmban normalisht avujë ujë, pluhur ose polen. Grimcat e vogla të pluhurit me dimensione 2.5 dhe 10 nanometër deri në disa mikrometër, të quajtura aerosole, janë bërthamat e proceseve të kondensimit të avujve të ujit të cilët shkaktojnë shiun. Këta përbërës normal përmbahen në atmosferë në përqendrime të ndryshme, që variojnë nga një zonë në tjetrën ose nga stina në stinë.

Përgjithësisht pranohet që ndotja e ajrit lidhet me rritjen ose zvogëlimin e një përbërësi të atmosferës krahasuar me vlerën e përmbajtjes së tij, po të mos ekzistonte aktiviteti njerëzor.

Ndotja e ajrit është prania në atmosferë e substancave të krijuara prej aktivitetit njerëzor ose proceseve natyrore, të cilat i shkaktojnë efekte të dëmshme njeriut dhe mjedisit.

Gjatë dekadës së fundit në vendin tonë, si rezultat i lëvizjes së lirë të popullatës, progresit dhe rritjes së aktiviteteve industriale, rritjes së numrit të automjeteve etj, është e natyrshme dhe rritja e ndotjes së cilësisë së ajrit, e cila ka ndikuar në rritjen e sëmundshmërisë respiratore dhe kardiovaskulare (kjo referuar nga raportimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë - OBSH).

Të dhënat e cilësisë së ajrit janë mundësuar nga dy stacione automatike të cilat janë instaluar në dy vende, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) dhe Poliklinika Qendrore, të vetmet stacione në pronësi të ISHP-së.

Monitorimi në këto dy stacione është i vazhdueshëm (24 orësh). Koha e monitorimit dhe marrjes së të dhënave ka filluar nga data 01/01/2013 – 13/12/2013. Të dhënat të cilat i kemi përfituar janë për treguesit e mëposhtëm: mesatarja e pluhurit të respirueshëm me dimensione të grimcave më të

vogla se 2.5 mikrometër (PM 2.5), mesatarja e pluhurit të respirueshëm me dimensione të grimcave më të vogla se 10 mikrometër (PM 10) dhe mesataret e gazeve dyoksid azoti NO₂ dhe ozon O₃.

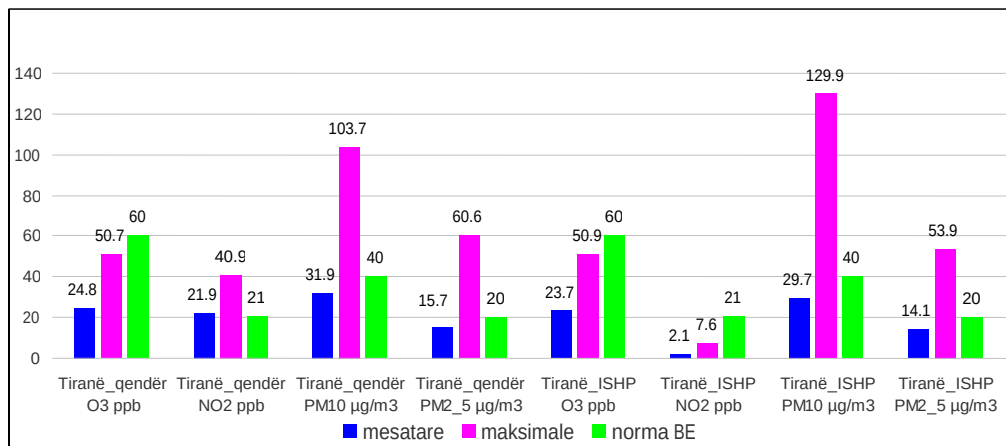
Tabela 1. Vlerat e monitoruara në qytetin e Tiranës

Vlerat	Tirana Qender O3 ppb	Tirana Qender NO2 ppb	Tirana Qender PM10 µg/m3	Tirana Qender PM2 5 µg/m3	Tirana ISHP O3 ppb	Tirana ISHP NO2 ppb	Tirana ISHP PM10 µg/m3	Tirana ISHP PM2 5 µg/m3
mesatare	24,78	21,94	31,87	15,69	23,69	2,10	29,75	14,13
maksimale	50,68	40,91	103,72	60,59	50,89	7,56	129,91	53,88
norma BE	60	21	40	20	60	21	40	20
ditë të matura	244	301	302	302	245	274	208	205

Paraqitja në tabelë jepet sipas vlerave të monitoruara të O₃, NO₂, PM 10 dhe PM2 5 në 2 stacionet e monitorimit, në qendër dhe ISHP, numrit të ditëve të monitorimit, vlerave maksimale dhe mesatare, si dhe vlerave e normave të rekomanduara nga Bashkimi Evropian (BE).

Vlerat e përftuara nga monitorimi janë paraqitur dhe në figurën e mëposhtme.

Figura 1. Shpërndarja e niveleve të ndotësve



Në bazë të monitorimit rezulton se, vlerat maksimale për pluhurat me diametër më të vogël se 10 dhe 2,5 mikron i tejkalojnë normat e rekomanduara nga BE. Mund të themi se vlerat mesatare të të gjithë ndotësve në total nuk i tejkalojnë vlerat normë të rekomanduara nga BE. Nga matjet vërehet një tejkalim i vogël i vlerave mesatare të NO₂, krahasuar me normat e përcaktuara nga BE. Për sa i përket vlerave maksimale të PM₁₀ rezultojnë vlera disi më të larta. Nga krahasimi i vlerave mesatare të PM₁₀, nuk vërehet ndonjë ndryshim i madh mes vlerave të këtij treguesi në 2 stacionet që kanë kryer këto matje. Gjithashtu, nivelet e O₃ vërehen të mos kenë ndryshime mes stacioneve të matjes.

Rekomandime:

1. Kërkimi i shkaqeve që ndikojnë në vlerat e larta të PM₁₀ në stacionin e ISHP - së, e cila konsiderohet si një zonë me ajër të pastër.

2. Hulumtimi mbi shkaqet që sjellin rritjen e nivelit të këtyre ndotësve mbi normat e rekomanduara nga BE.
3. Vlerësimi i impaktit në shëndet i këtyre ndotësve, në bazë të sëmundshmërisë të përcaktuar nga OBSH-ja (sëmundshmëri e ndikuar nga treguesit ndotës të ajrit).
4. Kalibrimi i pajisjeve të 2 stacioneve në mënyrë që të dhënat të jenë sa më reale.
5. Mirëmbajtja e vazhdueshme e këtyre stacioneve në mënyrë që të dhënat e përftuara të jenë të njehsuara.
6. Rritja e numrit të stacioneve automatike dhe numrit të pikave të monitorimit në qytet, në mënyrë që të realizohet një vlerësim më i saktë i cilësisë së ajrit në Tiranë.

Parimet e udhëzuesit mbi parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare në shërbimin shëndetësor parësor

Sonela Xinxo¹, Alban Ylli¹, Jeta Lakrori²

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore;

²Departamenti i Edukimit dhe Promocionit të Shëndetit.

Të gjithë ekspertët e shëndetësisë sot besojnë se sëmundjet kardiovaskulare janë të parandalueshme, duke evituar një numër të madh vdekjesh të parakohshme. Masat për sigurimin e një jetese të shëndetshme duke shmangur ekspozimin ndaj faktorëve të rrezikut (ushqyerje e njëanshme, duhanpirje, konsumimi i alkoolit, jeta sedentare etj.) do të jepen efekte më të qëndrueshme dhe më afatgjata lidhur me parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare. Gjithsesi, një kontribut të rëndësishëm në uljen ose mbajtjen nën kontroll të rasteve me sëmundje kardiovaskulare ka edhe trajtimi i hershëm i faktorëve të rrezikut të sipërpërmendur.

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) përfshijnë sëmundjet koronare dhe ishemike të zemrës, sëmundjet e enëve të trurit, sëmundjet e arterieve periferike dhe komplikacionet e tyre.

Instituti i Shëndetit Publik ka hartuar një udhëzues për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare për kujdesin shëndetësor parësor. Gjithashtu, ka ofruar dhe ofron trajnime për profesionistët e shërbimit shëndetësor, mbi parandalimin e SKV në kujdesin shëndetësor parësor. Gjatë vitit 2011-2014 janë kryer rreth 5 trajnime me personelin shëndetësor, në kujdesin shëndetësor parësor në qarqe të ndryshme si: Tiranë, Elbasan, Berat e Durrës, me gati 150 mjekë familjeje të trajnuar.

Objektivat e këtij udhëzuesi depistimi janë:

- Të ndihmojë profesionistët e shëndetit si mjekët e familjes apo mjekët e përgjithshëm në sistemin e shërbimeve të kujdesit parësor, dhe profesionistët e tjerë të kujdesit parësor të përmbushin rolin e tyre në promocionin e shëndetit kardiovaskular, si dhe parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare në komunitetet ku shërbejnë.
- Të ndihmojë profesionistët e shëndetit të kujdesit parësor në identifikimin e faktorëve të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare (SKV) dhe dhe komplikacioneve të tyre.
- T'u ofrojë profesionistëve në kujdesin parësor praktikat më të mira të këshillimit përsa i përket parandalimit, vlerësimit të rrezikut dhe menaxhimit të SKV.

Udhëzuesi është fryt i një pune kërkimore mbi dokumentat më të fundit që ekzistojnë sot në sistemet shëndetësore në botë, lidhur me këtë model të ndërhyrjes parandaluese të tilla si: udhëzuesi për depistimin e faktorëve të rrezikut për SKV të Task Forcës së Përbashkët, të Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (ESC) e Shoqatave të tjera, dhe Task Forcës së Shërbimeve Parandaluese të SHBA (USPSTF), të cilat herë pas herë hartojnë dhe publikojnë protokolle të depistimit dhe këshillimit mbi faktorët e riskut apo dhe sëmundjeve. Udhëzuesi është hartuar, bazuar në përshkrimin e punës së profesionistëve të shëndetit, të përcaktuar nga Ministria e Shëndetësisë në vitin 2009. Sipas paketës bazë të shërbimeve shëndetësore, një qendër shëndetësore duhet të ofrojë shërbime shëndetësore si diagnostikimi, trajtimi, menaxhimi, parandalimi i sëmundjeve, si dhe promocion shëndetësor. Depistimi do të nxisë dhe do të përmirësojë produktivitetin lidhur me detyrat e edukimit shëndetësor, në shërbimet e kujdesit shëndetësor në vend. Produktiviteti i mjekut të përgjithshëm dhe aksesit në shërbimet shëndetësore në Shqipëri është ndër më të ultit në botë, ndaj zbatimi i programit të depistimit të propozuar në këtë udhëzues do të arrinte veç efekteve lidhur me kontrollin e sëmundjeve kardiovaskulare, edhe efekte pozitive shtesë lidhur me përmirësimin e cilësisë së shërbimeve dhe sidomos aksesit.

Faktorët e rrezikut madhor dhe minor të përfshirë në këtë udhëzues

Nga pikëpamja e rrezikut relativ, me të cilin llogaritet lidhja e tyre me aksidentet kardiovaskulare, faktorët e rrezikut mund t'i klasifikojmë në faktorë *madhorë* dhe *minorë*:

Tabela 1. Faktorët e rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare (SKV)

Faktorë Madhorë	Faktorë Minorë
➤ Diabeti ➤ Duhanpirja ➤ Hipertensioni ➤ Hiperkolesterolemia ➤ Obeziteti ➤ Familjarë me sëmundje të zemrës	➤ Gjinia; Meshkujt ➤ Faktorë hormonalë; Femrat post-menopauzë ➤ Faktorë psiko - socialë (niveli i ulët social - ekonomik, tipi A i personalitetit, keqmenaxhim i stresit, depresioni etj) ➤ Jeta sedentare ➤ Konsumi i shtuar i alkoolit ➤ Puls i lartë në qetësi (më tepër se 75 rrahje në minutë)

Modeli i përdorur në depistimin dhe këshillimin për secilin faktor

Depistimi i propozuar është i modelit oportunist (vetëm në individët që vizitohen në shërbimet shëndetësore për arsye të tjera nga problemi shëndetësor), për faktorët e rrezikut të individëve që kanë një kontakt për çfarëdo arsye me personelin shëndetësor. Në të ardhmen, në varësi të suksesit të këtij programi, mund të marrë formën e një depistimi më aktiv, si në qendra pune apo edhe në komunitet.

Depistimi i klientit - Për secilin faktor risku të sipërpërmendur përshkruhet mosha sipas gjinisë në të cilën duhet të fillohet depistimi, si dhe periodiciteti i kryerjes së testit (në varësi të rezultave të testit të depistimit). Duhet theksuar se testimi depistues nuk vendos domosdoshmërisht diagnozën e një sëmundjeje. Testi depistues i përdorur për kapjen e hershme është specifik sipas faktorit të riskut, dhe në varësi të rezultatit të testit depistues, pacienti klasifikohet me risk të ulët, të mesëm apo të lartë, në lidhje me secilin faktor risku. Modeli propozon gjithashtu për çdo faktor risku edhe nivelin apo forcën e rekomandimit, bazuar në sistemin ABCDI të USPSTF.

Këshillimi i klientit - Pas procesit të depistimit të faktorëve të riskut dhe klasifikimit për çdo faktor risku, klienti duhet të këshillohet bazuar në nivelin e riskut.

Në nivelin minimal apo të ulët të riskut, klienti këshillohet dhe inkurajohet të ruajë stilin e jetës, ndërsa në rastet kur niveli i riskut është i mesëm apo i lartë, këshillohet për ndryshimin e stilit të jetës, apo dhe referimit te mjeku specialist.

Ka disa lloje strategjish në lidhje me procesin e këshillimit, si strategjia e 5 A-ve apo strategjia 2R+3P, por që në thelb kanë vlerësimin e profilit të klientit dhe këshillimin specifik sipas rastit. Është i nevojshëm inkurajimi i një kontakti të ngrohtë dhe njerëzor midis personelit shëndetësor dhe klientit.

Abortet për vitin 2013 sipas sistemit të survejancës së abortit

Alba Merdani, Dorina Çanaku, Eduard Kakarriqi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore.

Në këtë përmbledhje paraqiten rezultatet nga përpunimi i skedave të abortit, të ardhura në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) nga të gjitha rrethet e vendit për vitin 2013, viti i gjashtë i grumbullimit të të dhënave mbi abortin bazuar në dokumentin zyrtar raportues (skedën e abortit). Instituti i Shëndetit Publik, i cili monitoron punën në shkallë vendi, ka të dhëna mbi numrin e aborteve që kryhen sipas rretheve të vendit, shpërndarjen e tyre urban - rural, si dhe të dhëna të tjera lidhur me vendbanimin e nënës, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimin dhe të dhëna të tjera lidhur me llojin e abortit apo teknikën kryesore të përdorur.

Bazuar në urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë mbi raportimin e aborteve, skeda duhet plotësuar detyrimisht nga mjeku për çdo ndërprerje të shtatzënisë, dhe duhet raportuar nga Inspektori i Shëndetit Riprodhues të rrethit në Institutin e Shëndetit Publik.

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 licensuar 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.

Rezultatet e përpunimit të këtij informacioni në tabelat përkatëse lejojnë të bëhet një analizë e thelluar mbi fenomenin në aspekte të ndryshme të tij dhe në periudha të ndryshme kohe.

Në përgjithësi skedat janë plotësuar mirë. Mangësi në plotësim ka patur kryesisht tabela gjenezike, ku gruaja duhet të përshkruajë kur dhe si ka përfunduar shtatzënitë e saj të mëparshme.

Një pjesë e grave që kanë pohuar shtatzëni të mëparshme nuk kanë plotësuar në tabelën gjenezike të gjitha rastet e deklaruara prej tyre. Veç kësaj, në një pjesë të skedave edhe kur përfundimi i barrës është plotësuar në tabelën gjenezike, nuk shënohen vitet kur kanë ndodhur këto shtatzëni. Plotësimi i saktë i kësaj rubrike ka rëndësi për të studiuar intervalin ndërmjet shtatzënieve, ndikimin e tyre në shtatzënitë e mëvonshme etj.

Inspektorët e shëndetit riprodhues në rrethe janë kontaktuar për të mundësuar përmirësimin e plotësimit të skedës nga ana e mjekëve, nëpërmjet kontakteve të vazhdueshme me ta.

Pavarësisht këtyre mangësive, ky informacion është i vlefshëm jo vetëm në nivel qendror por edhe nga vetë institucionet e specializuara që kryejnë abortet, dhe që duhet të jenë më aktive në deklarimin e saktë e të plotë të aborteve që kryejnë, si dhe të njohin situatën e aborteve në vendin tonë dhe problemet kryesore që lidhen me to.

Tabela 1. Raporti i përfaqësimit të skedave ndaj aborteve totale

Nr.	Rrethet	Aborte gjithsej	Të deklaruar me skedë	Përqindja ndaj totalit
1	Berat	416	416	100
2	Bulqizë	0	0	0
3	Delvinë	0	0	0
4	Devoll	18	0	0
5	Dibër	227	227	100
6	Durrës	400	383	95.8
7	Elbasan	113	84	74.3
8	Fier	434	434	100
9	Gramsh	33	30	90.9
10	Gjirokastrë	82	82	100
11	Has	0	0	0
12	Kavajë	65	65	100
13	Kolonjë	10	9	90
14	Korçë	171	171	100
15	Krujë	72	72	100
16	Kuçovë	0	0	0
17	Kukës	54	38	70.4
18	Kurbin	21	21	100
19	Lezhë	147	96	65.3
20	Librazhd	83	83	100
21	Lushnjë	234	234	100
22	Mal.Madhe	0	0	0
23	Mallakastër	0	0	0
24	Mat	29	7	24.1
25	Mirditë	17	17	100
26	Peqin	0	0	0
27	Përmet	2	2	100
28	Pogradec	84	43	51.2
29	Pukë	19	18	94.7
30	Sarandë	133	133	100
31	Skrapar	0	0	0
32	Shkodër	230	0	0
33	Tepelenë	0	0	0
34	Tiranë	2908	1391	47.8
35	Tropojë	12	0	0
36	Vlorë	428	391	91.4
Total		6442	4447	69.0

Të dhëna të përgjithshme për abortet

Çdo vit, Instituti i Shëndetit Publik mbledh të dhëna lidhur me abortet nga 34 qendra raportimi publik (maternitete të rretheve), si dhe nga gjithë institucionet private të licensuara për ndërprerje shtatzënie, në bazë të Urdhërit të Ministrit dalë në vitin 2007. Maternitetet e rretheve Kuçovë, Mallakastër dhe Malësi e Madhe nuk kryejnë ndërprerje shtatzënie. Qendrat e raportimit japin informacion nëpërmjet inspektorëve të shëndetit publik në Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) të rretheve përkatëse. Të dhënat e Censurit (INSTAT) dhe ato mbi lindshmërinë (Ministria e Shëndetësisë) përdoren për llogaritjen e nivelit të abortit (aborte për 1,000 gra të moshës 15- 44 vjeç) dhe raportit të abortit (aborte për 1,000 lindje të gjalla).

Në vitin 2013 është raportuar një total prej 6442 abortesh, 1404 raste më pak se në vitin 2012. Numri i skedave të ardhura në ISHP nga të gjitha qendrat raportuese është 4447, duke përfaqësuar 69% raportim të aborteve me skedën e abortit. Abortet e kryera në sektorin publik përbëjnë rreth 95.4% të numrit total të aborteve. Ndër qytetet me numrin më të lartë të aborteve pas Tiranës (2908) përmendim Fierin me 434 aborte, Vlorën 428 aborte, Beratin me 416 aborte dhe Durrësin me 400 aborte.

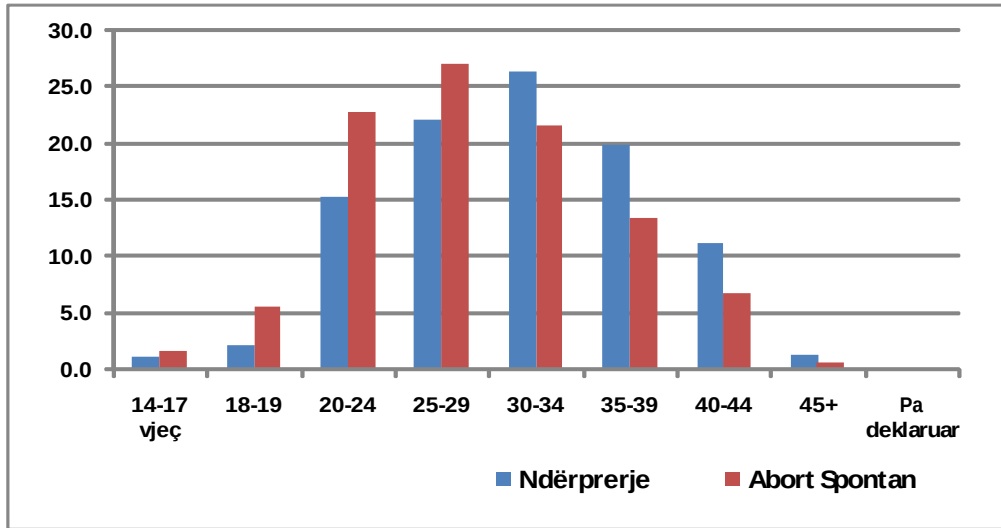
Ndërkohë nga sektori privat janë kryer vetëm 4.6% e aborteve (291) të cilat janë raportuar nga dy klinika private të licensuara për ndërprerje shtatzënie në Tiranë (Klinika “Mary Stopes Albania” – me 269 aborte dhe Klinika “Shëndeti” – me 22 aborte). Përqindja e ulët shpjegohet me faktin e mospasjes më të licensës e cila u ka skaduar në mes të vitit 2013 dhe në vijim u është dhënë vetëm spitaleve private, për t’u ofruar grave një shërbim më të mirë për abortin. Spitalet private janë kontaktuar mbi mënyrën e raportimit, por do vendoset më tej sesi do bëhet raportimi i skedës së aborteve prej tyre në ISHP.

Abortet sipas llojit.

Nëse krahasojmë në vite të dhënat e sistemit tëurvejancës, shohim se ka një rritje mjaft të madhe të aborteve spontane kundrejt atyre me kërkesë të gruas. Në vitin 1996 abortet spontane përbënin rreth 18,2% të gjithë aborteve të raportuara, për vitin 2009 ato përbënin 48,1% të totalit të aborteve, dhe në vitin 2013 abortet spontane përbëjnë rreth 67,2% të numrit total të aborteve.

Në fakt, ne mendojmë se rritja e aborteve spontane lë vend për kryerjen e studimeve të mëtejshme për të hetuar shkaqet që kanë sjellë rritjen artificiale të aborteve spontane, kundrejt atyre me kërkesë të gruas.

Grafiku 1. Abortet sipas grupmoshës së gruas dhe llojit të abortit (në % ndaj totalit) për vitin 2013



Vihet re se peshën kryesore të aborteve e përbëjnë ato të kryera nga gratë e moshës 25-34 vjeç, ndërkohë që abortet e kryera nga adoleshentët (14-19 vjeç) përbëjnë rreth 4.9% të numrit total të aborteve të kryera.

Abortet sipas vendbanimit të gruas

Duke analizuar të dhënat e skedave të , vihet re se abortet e kryera nga femrat që banojnë në qytet (zonat urbane) për vitin 2013 përbëjnë 61.2 % të numrit total të aborteve (65,1% për vitin 2012), duke qënë kështu një tablo e qartë e tranzicionit demografik që ka pësuar vendi ynë.

Abortet sipas gjendjes familjare të gruas

Krahasimi i aborteve sipas grupmoshës së gruas dhe statusit martesor të saj, nxjerr në pah se në vendin tonë pjesa më e madhe e aborteve (92.8% e tyre) kryhen nga femrat e martuara, kundrejt 6.3% që kryhen nga femrat e pamartuara.

Abortet sipas statusit të punësimit dhe sigurimit të gruas

Krahasuar me vitin 2012, vihet re se gjithnjë e më tepër abortet po kryhen nga femrat të cilat nuk janë të punësuar dhe të siguruar. Për vitin 2013 abortet e kryera nga femrat e papuna zënë rreth 83.1% të aborteve totale, kundrejt 80.8% që ka qënë përqindja e aborteve të kryera nga femrat e papunësuar në vitin 2012. Gjithashtu, përqindja e aborteve të kryera nga femrat e pasiguruara për vitin 2013 është 78.4%, kundrejt 80.1% që ishte në vitin 2012.

Epidemiologjia e sindromës Down në Shqipëri për periudhën 2011 - 2013

Dorina Çanaku, Alba Merdani, Ervin Toçi, Eduard Kakarriqi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe i Sistemeve Shëndetësore.

Sindroma Down është një çrregullim gjenetik, në të cilin personi me këtë sindromë ka 47 kromosome në vend të 46. Kromozomi shtesë shkakton probleme në zhvillimin e trupit dhe të trurit tek personat me këtë sindromë. Sindroma Down është një nga shkaqet më të zakonshme të defekteve të lindura tek njerëzit. Simptomat e sindromës Down variojnë nga një person tek tjetri, dhe me një diapazon nga më të lehtat tek më të rëndat. Ndonëse fëmijët me sindromën Down kanë vonesa në zhvillim, ata jetojnë në mënyrë produktive dhe të pavarur edhe në moshën e rritur. Në botë, çdo vit lind 1 në 700 fëmijë me sindromën Down.

A rriten gjatat për të pasur një fëmijë me sindromën Down me rritjen e moshës së nënës?

Po rriten:

- Në moshën 25 vjeç, mundësia për të pasur një fëmijë me sindromën Down është 1 në 1250.
- Në moshën 30 vjeç, mundësia është 1 në 1000.
- Në moshën 35 vjeç, mundësia është 1 në 400.
- Në moshën 40 vjeç, mundësia është 1 në 100.
- Në moshën 45 vjeç, mundësia është 1 në 30.

Megjithëse mundësia është më e madhe me rritjen e moshës së nënës, rreth 80% e fëmijëve me sindromën Down janë lindur nga gratë e moshës nën 35 vjeç. Kjo për arsye se gratë në moshë më të re lindin më shumë, sesa gratë në moshë më të vjetër.

Tipet e sindromës Down:

1. Trizomia 21, rreth 95% e personave me sindromën Down kanë trizominë 21 (çdo qelizë e trupit ka tri kopje të ndara të kromozomit 21, në vend të dy kopjeve).
2. Tipi me translokacion i sindromës Down, rreth 3% e personave me sindromën Daun kanë tipin me translokacion (një pjesë e kromozomit 21 ose kromozomi i plotë është bashkangjitur ose translokuar me një kromozom tjetër, në vend të të qënit një kromozom 21 i veçantë apo i ndarë).

3. Tipi mozaik i sindromës Down rreth 2% e personave me sindromën Down kanë tipin mozaik (disa nga qelizat e trupit kanë tri kopje të kromozomit 21, dhe qeliza të tjera kanë dy kopje tipike të kromozomit 21).

Parandalimi dhe diagnostikimi

Ekspertët rekomandojnë këshillimin gjenetik për personat që dëshirojnë të kenë një fëmijë, por që kanë një histori familjare me sindromën Down. Rreziku i një gruaje për të pasur një fëmijë me sindromën Down rritet me moshën. Rrezik më të lartë kanë gratë e moshës 35 vjeç e më shumë. Çiftet të cilët tashmë kanë një fëmijë me sindromën Down, kanë më shumë mundësi për të patur një fëmijë me këtë sindromë. Testet që ofrohen gjatë shtatzënisë për depistimin dhe diagnostikimin e sindromës Down janë: ultrasaundi i tejdukshmërisë së qafës, triple test, amniocenteza ose marrja mostrave nga vilet korionike, të cilat mund të kryhen gjatë muajve të parë të shtatzënisë. Mjekët specialistë mund ta diagnostikojnë sindromën Down gjatë shtatzënisë, ose mbas lindjes së fëmijës. Disa familje dëshirojnë të dinë nëse gjatë shtatzënisë, fëmija e tyre ka apo jo sindromën Down. Diagnostikimi i sindromës Down gjatë shtatzënisë, i lejon prindërit dhe familjarët të përgatiten për nevojat e veçanta të fëmijës së tyre. Mbas lindjes së fëmijës, mjeku specialist e ekzaminon fëmijën, dhe për të konfirmuar diagnozën kryen një testim të gjakut të fëmijës, për të konfirmuar praninë e kromozomit 21 shtesë në qelizat e fëmijës.

Disa nga problemet shëndetësore më të zakonshme që hasen tek fëmijët me sindromën Down janë:

1. Humbje të dëgjimit (mund të preken rreth 75% e individëve).
2. Apnea obstruktive në gjumë (mund të preken rreth 50-75% e individëve).
3. Infeksione të veshit (rreth 50-70% të individëve).
4. Sëmundje të syve, si psh. katarakti apo sëmundje të tjera që kërkojnë përdorimin e syzeve (deri në 60% të individëve).
5. Defekte të lindura të zemrës, të cilat janë prezente që në lindje (50% të individëve).
Probleme shëndetësore të tjera më pak të zakonshme që hasen tek fëmijët me sindromën Down janë:
 1. Bllokimi intestinal në lindje, i cili kërkon ndërhyrje kirurgjike.
 2. Luksacioni kokso-femoral.
 3. Sëmundje të gjendrës tiroide.
 4. Anemia dhe mungesa e hekurit, leucemia në periudhën e foshnjërisë ose në fëmijërinë e hershme.
 5. Sëmundja Hirschprung.

Ndjekja e individëve me sindromën Down:

Mjekët specialistë duhet t'i monitorojnë dhe kontrollojnë në mënyrë rutinë të gjithë fëmijët me sindromën Down, për praninë apo shfaqjen e këtyre problemeve shëndetësore. Duhet të ofrohet mjekimi përkatës në rast se diagnostikohen probleme të tilla shëndetësore.

Tabela 1. Incidenca e sindromës Down në Shqipëri gjatë periudhës 2011 – 2013

Viti	Defekte të lindura Total (#)	Sindroma Down Total (#)	DL / 1000 lindje të gjalla (%)	S.D. / 1000 lindje të gjalla(%)
2011	499	48	14.5	1.4
2012	521	32	14.9	0.9
2013	412	20	11.9	0.6

Sindroma Down është një nga defektet e shumta të identifikuar në vendin tonë. Bazuar në të dhënat e tabelës së mësipërme, duket që incidenca e sindromës Down në vendin tonë ka ardhur në ulje. Në fakt, incidenca e kësaj sindrome nuk ka ndryshuar në vite, por ka pasur një mungesë të raportimit sidomos në vitin 2013, jo vetëm të sindromës Down, por të të gjitha llojeve të defekteve të lindura.

Tabela 2. Karakteristikat social-demografike të rasteve me sindromën Down gjatë periudhës 2011 - 2013

Urban/Rural	%
Fshat	64
Qytet	36
Gjinia	
Meshkuj	58
Femra	42
Mosha e barrës	
< 37 javë	22
≥37 javë	78
Mosha e nënës	
≤ 25	23
26-30	22
31-35	28
36-40	13
41-45	8
>45	0
Mungojnë	6

Në tabelën e mësipërme vihet re që gjatë periudhës 2011 - 2013, 64% e rasteve me sindromën Down banojnë në fshat, dhe 58% e të gjitha rasteve janë meshkuj. Shpërndarja e moshës së nënave të foshnjave me sindromën Down në vendin tonë ka të njëjtën shpërndarje si në botë, pasi dhe pjesa më e madhe e lindjeve në vendin tonë i përkasin grupmoshave të reja.

Tabela 3. Shpërndarja e foshnjave me sindromën Down sipas prefekturave të vendit gjatë periudhës 2011 – 2013

Prefektura	%
Berat	2
Dibër	3
Durrës	10
Elbasan	6
Fier	9
Gjirokastrë	0
Korçë	4
Kukës	1
Lezhë	3
Shkodër	0
Tiranë	54
Vlorë	8

Në tabelën e mësipërme vihet re që rrethet Durrës, Fier dhe Vlorë, të cilat kanë frekuencë më të lartë të rasteve me sindromën Down, kanë dhe numrin më të lartë të lindjeve. Tirana ka një përqindje më të lartë të rasteve me sindromën Down, pasi dhe lindjet në Tiranë janë të shumta dhe përbëjnë rreth 1/3 e lindjeve në të gjithë vendin. Vlen për t'u theksuar që prefektura e Shkodrës (sidomos rrethi i Shkodrës), nuk i raporton në mënyrë sistematike defektet e lindura të identifikuar dhe diagnostikuara në këtë prefekturë.

Të jetosh me sindromën Down:

Shumë individë me sindromën Down bëjnë një jetë produktive dhe të mirë edhe në moshë të rritur. Ata mund të punësohen dhe të bëjnë një jetë të pavarur. Individët me sindromën Down që jetojnë të pavarur duhet të përfshihen në komunitetin e tyre, të kujdesen mirë për veten dhe të kryejnë vizita të rregullta tek mjeku i familjes. Familjet e individëve me sindromën Down duhet të mbajnë lidhje krahas mjekut të familjes dhe me familje të tjera që kanë fëmijë po me këtë sindromë, në mënyrë që ata të fitojnë njohuri dhe mbështetje mbi ndryshimet e mundshme që hasin gjatë kujdesit për fëmijën e tyre me sindromën Down.

Analizë e të dhënave të sistemit LMIS për vitin 2013

Miranda Hajdini, Eduard Kakarriqi

Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore.

Sistemi i informacionit dhe menaxhimit logjistik të kontraktivëve (LMIS) grumbullon të dhëna çdo tremujor nga raportimi rutinë nga secili rreth, si dhe nga çdo njësi e ofrimit të shërbimit të planifikimit familjar. Afati për raportimin në kohë është çdo datë 10 e muajit pasardhës.

Nga të dhënat e raportuara indikatorët kryesor janë: raportimi, mënyra e raportimit, konsumi sipas metodave kontraktive, vizitat ose klientë që përdorin një metodë, menaxhimi i stokut, monitorimi dhe vlerësimi i problemeve në tre nivelet në atë qendror - Instituti i Shëndetit Publik (ISHP), nivel rrethi - Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) dhe nivel ofrimi të shërbimit.

Raportimi

Për vitin 2013 raportimi është në shifra konstante dhe ka një mbulim të mirë, që shkon deri në 95 - 96% sipas secilit tremujor nga 36 rrethet. Lidhur me këtë indikator problemet kryesore janë dy:

Koha e raportimit

Vazhdon të ketë vonesa në kohën e raportimit me më shumë se dy javë nga afati i përcaktuar. Në të shumtën e rasteve, kjo vjen nga ndryshimet dhe lëvizjet e shpeshta të personelit. Nuk janë të pakta rastet kur kjo lidhet me menaxhimin apo performancën e dobët të personelit që përfshihet në raportim.

Mënyra e raportimit

Të gjitha rrethet janë pajisur me sistem kompjuterik dhe database përkatës për hedhjen e të dhënave në nivel DSHP - je. Hedhja e të dhënave shërben jo vetëm për t'i dërguar me postë elektronike në kohë sa më të shpejtë në ISHP, por dhe për kontrollin e cilësisë së të dhënave që në DSHP - në e rrethit. Janë bërë trajnime dhe ritrajnime të shpeshta lidhur me cilësinë e të dhënave. Defektet e sistemit kompjuterik mbeten një problem i rëndësishëm. Kështu ka akoma disa rrethe që janë jashtë sistemit elektronik si Saranda, Peqini, Shkodra, Mati, Malësia e Madhe, Dibra dhe Delvina.

Konsumi për çdo metodë kontraceptive

Për vitin 2013 konsumi për metodat kontraceptive nuk ka patur ndonjë rritje të konsiderueshme, vetëm për kontraceptivin oral të kombinuar (KOK) ka një rritje të lehtë, ndërsa për metodat e tjera nuk vërehet ndonjë rritje e rëndësishme.

Tabela 1. Konsumi sipas të gjitha metodave moderne kontraceptive

Konsumi sipas metodave çdo tremujor 2013					
	KOK	PVP	Injeksion	DIU	Prezervativ
Tremujori I	14,146	2,685	3,519	354	103,222
Tremujori II	14,851	2,624	3,623	381	101,289
Tremujori III	13,243	2,350	3,473	415	101,048
Tremujori IV	15,050	2,605	3,506	428	104,608

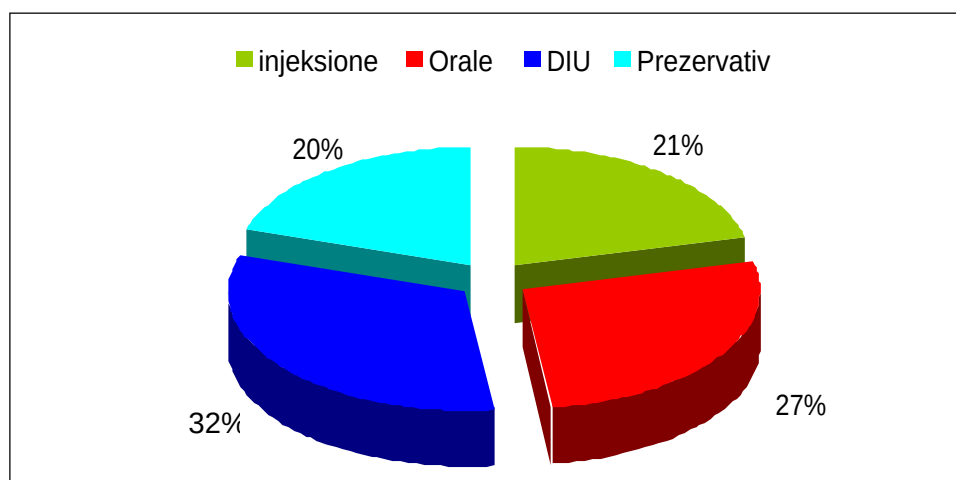
PVP - pilulë vetëm me progesteron

KOK - kontraceptiv oral i kombinuar

DIU - diapozitiv intraruterin

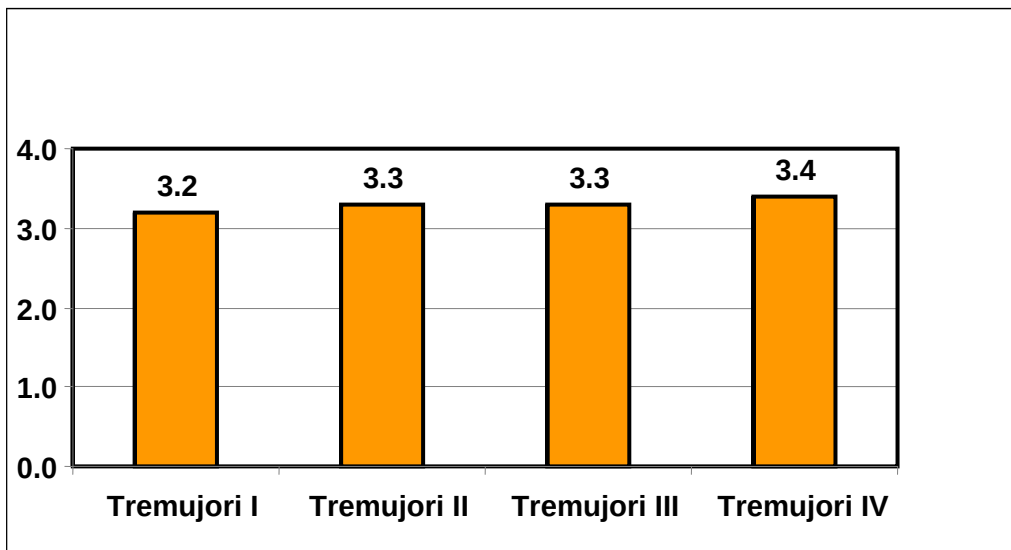
Në paraqitjen e grafikut, të dhënat në përqindje për secilën metodë tregojnë peshën specifike që secila nga metodat ka në totalin e konsumit. Krahasuar me një vit më parë vërehet se prezervativi nga 22% ka rënë në 20%, dhe DIU nga 30% është ngritur në 32%. Për dy metodat e tjera nuk ka ndryshime. Kjo tregon dhe preferencat që ka popullata në zgjedhjen e metodës si më të preferuar. Nuk ka informacion sesi paraqitet kjo në lidhje me shpërndarjen fshat / qytet. Nga studimet e mëparshme vihet re se fshati ka më shumë tendencë drejt përdorimit të kontraceptivëve dhe injeksionit, ndërsa qyteti ka më shumë tendencë drejt pilulave, por jo e ndarë kjo sipas sektorëve publik, privat dhe social - marketingut.

Grafiku 1. Konsumi sipas metodave gjatë vitit 2013



CYP / GMR (couple years protect) është niveli i mbulimit me kontraktivë të popullatës me metoda moderne, në këtë rast nga sektori publik. Kjo shifër nuk përfaqëson nivelin e saktë, sepse nuk ka të dhëna nga dy sektorët e tjerë që aktualisht janë në treg, apo studime në popullatë për të vlerësuar CPR (Contraceptive prevalence rate). Në vitin 2008, nga studimi demografik dhe shëndetësor (DHS) kjo ishte 11%. Ky indikator CYP llogaritet indirekt nga sasia e konsumit për çdo metodë sipas një tabele standarde psh: konsumi në rrugë orale /15 cikle që i duhet një çifti për një mbrojtje një vit, konsum i injeksioneve / 4 , konsum i DIU *3.5 vit dhe konsum i prezervativëve / 120 copë në vit.

Grafiku 2. Shkalla e mbulimit me kontraktivë për vitin 2013

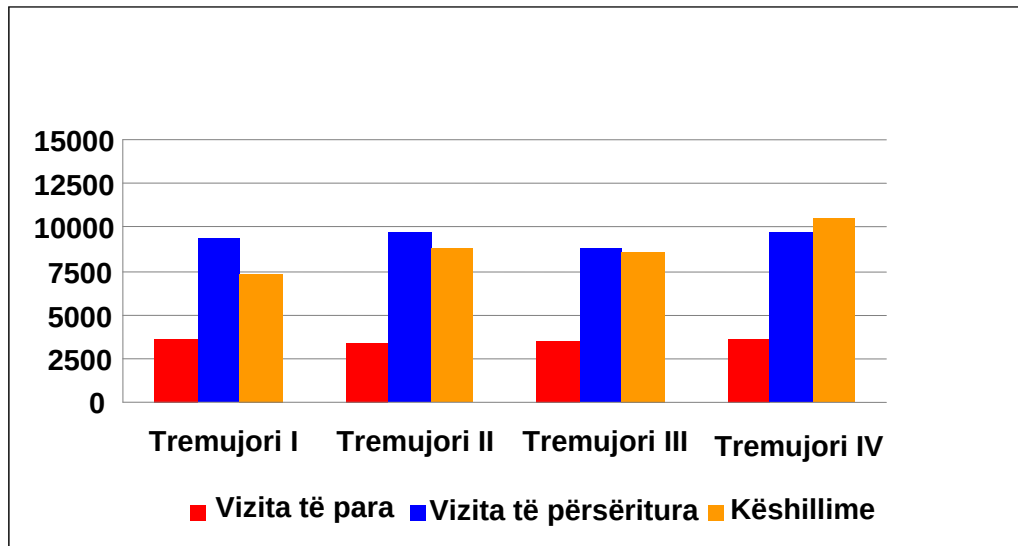


Ecuria e vizitave

Ky indikator tregon numrin e klientëve që shkojnë në një qendër ofrimi të planifikimit familjar dhe marrin një metodë kontrceptive. Për të dy treguesit (vizita të para dhe të përsëritura) nuk vërehet ndonjë rritje e ndjeshme për këtë vit.

Nuk ka ndonjë vlerësim për të shpjeguar pse nuk ka rritje të përdorimit apo konsumit të kontraktivëve, apo dhe një rritje direkte të vizitave. Ndoshta sepse në treg ka dhe sektorë të tjerë që ofrojnë metoda moderne. Shkaku është se një pjesë e popullatës shkon dhe pajiset me metodën direkt në farmaci, duke shmangur shërbimin publik falas, me mendimin se këto të fundit janë më cilësore. Një tjetër arsye është se metodat moderne nuk parapëlqehen të përdoren nga popullata në masë të madhe, duke u tërhequr më shumë nga metodat tradicionale të planifikimit familjar (këtë e tregojnë dhe shifrat e studimit të fundit DHS).

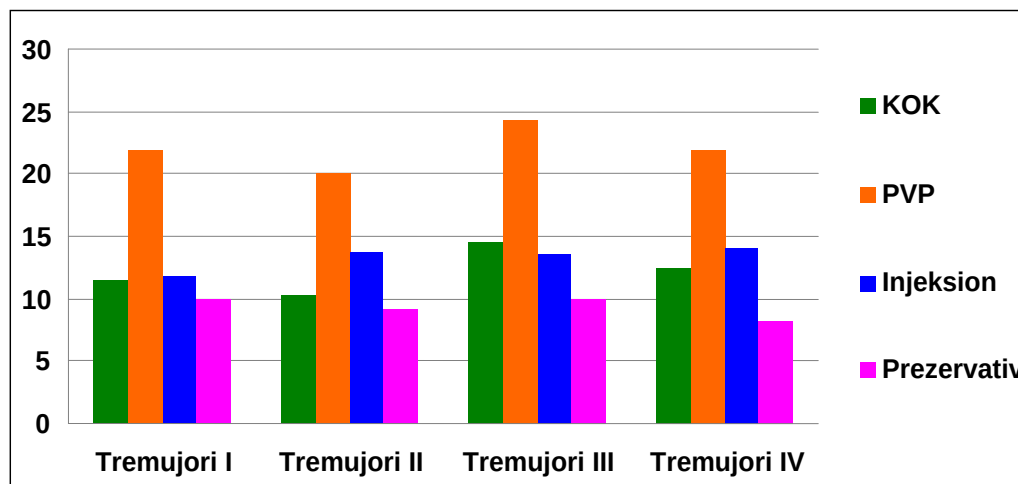
Grafiku 3. Trendi i vizitave gjatë vitit 2013



Menaxhimi i stokut dhe stock out

Ky është tregues bazë i menaxhimit dhe funksionimit më të mirë të një sistemi. Gjithashtu, është matësi më i mirë i performancës së çdo punonjësi të shërbimit shëndetësor parësor për një ofrim cilësor të shërbimit të PF (planifikimi familjar). Ky tregues vazhdon të raportohet në shifra më të larta se një normë standarde, jo më shumë se 5% e qendrave mund të raportojnë sasi zero për një metodë në fund të tremujorit. Arsytet kanë të bëjnë me shumë faktorë, por më kryesori është bashkëpunimi midis hallkave në të tre nivelet e sistemit. Kjo nga ana tjetër kërkon nevojën e një monitorimi më serioz dhe kontrole të vazhdueshme në nivelet e dyta dhe të treta të sistemit. Vazhdon të raportohet deri në 20% mungesa për PVP (Pilulë vetëm me progesteron). Në lidhje me stokun apo sasinë / gjendjen për metoda nuk ka patur probleme në të tre nivelet, sasia ka qenë e mjaftueshme sipas protokolleve për kontrollin e nevojave apo parashikimeve për blerje të kontraceptivëve.

Grafiku 4. Mungesat me kontraceptivë gjatë vitit 2013



Në përfundim mund të themi se Shërbimi i Planifikimit Familjar në sektorin publik do të vazhdojë t'i ofrohet falas popullatës në vend, bazuar në politikat e Ministrisë së Shëndetësisë. Në Strategjinë e Shëndetit Riprodhues miratuar në vitin 2009, objektivi kryesor për PF është jo vetëm ofrim falas i metodave moderne, por dhe rritja e CPR deri në vitin 2015 në 15%. Fondet për blerjen e kontraktivëve janë në masën 100 % nga buxheti i shtetit që nga viti 2010. Sistemi i LMIS - së do të vazhdojë të fuqizojë kapacitetet menaxhuese për një funksion më të mirë logjistik për sigurimin dhe shpërndarjen e kontraktivëve.

Trajnim për kurrikulat lidhur me edukimin shëndetësor për personelin shëndetësor në shkolla

Jeta Lakrori, Engjëll Mihali, Genta Qirjako

Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor.

Një nga detyrat bazë të departamentit të Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) është edhe trajnimi i grupeve të ndryshme sociale me problemet kryesore të edukimit shëndetësor e promocionit të shëndetit, si dhe aftësimi i tyre i vazhdueshëm përmes përditësimit të njohurive me të rejat më të fundit në këtë fushë.

Në funksion të realizimit të kësaj detyre në fund të vitit 2013 dhe në vazhdim, në tremujorin e parë të vitit 2014 kemi filluar trajnimin e personelit shëndetësor të shkollave të rrethit të Tiranës, trajnime që realizohen çdo javë me tematikat bazë që mbulon ky departament. Deri më tani janë trajnuar 40 mjekë dhe 20 infermierë. Për përpunimin dhe hartimin e tematikës së këtij trajnimi është punuar gjerësisht me ekspertë të huaj përmes bashkëpunimit me Zyrën Rajonale të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH - së) për Shqipërinë, ekspertë të cilët kanë kontribuar me përvojën e tyre në përzgjedhjen e tematikës dhe mënyrën e ndërtimit të kurrikulave për secilën temë. Le të kemi parasysh këtu që këto kurrikula janë hartuar në të gjithë komponentët e tyre, duke përfshirë komponentët teorikë (njohuri teorike të edukimit dhe promocionit shëndetësor), me ilustrimin me shembuj nga vendi ynë të këtyre njohurive, si edhe me pjesën e ushtrimeve praktike dhe detyrave që duhet të zgjidhin stafi shëndetësor i shkollave në bashkëpunim me mësuesit e nxënësit. Po ashtu duhet të theksojmë se këto kurrikula janë shoqëruar me prezantimet në Power Point të materialeve, si dhe me botimin përkatës me të gjitha materialet sipas temave përkatëse, botim i mundësuar nga bashkëpunimi me OBSH - në Zyrën për Shqipërinë.

Njohuritë e mësipërme janë transmetuar tek përfituesit e tyre sipas një plani të detajuar dhe të hartuar me përgjegjësi nga gjithë departamenti, si dhe janë diskutuar me pjesëmarrësit përmes një dialogu të hapur dhe të çiltër me ta. Reflektimi i opinioneve të ndryshme lidhur me çështje specifike të trajtuara në module të veçanta, e pasuron edhe më shumë planin perspektiv për zbatueshmërinë e njohurive të përfituara gjatë këtyre trajnimeve. Për këtë arsye, një nga shqetësimet kryesore të skuadrës së trajnerëve për kurrikulat e promocionit dhe edukimit shëndetësor është sidomos zgjimi i interesit të diskutimit dhe të të menduarit kritik nga ana e pjesëmarrësve në trajnim, të cilët do të duhet që të implementojnë njohuritë e përftuara në punën e tyre të përditëshme.

Departamenti i promocionit ka mbuluar këto module:

- A. Metodologjia e punës së personelit shëndetësor në shkolla
- B. Ushqyerja e shëndetëshme
- C. Sëmundjet kronike
- D. Aktiviteti fizik
- E. Aksidentet dhe traumat
- F. Duhani dhe alkooli
- G. Shëndeti mendor
- H. Parandalimi i Dhunës
- I. Shëndeti seksual dhe riprodhues

Të gjitha modulet janë shtjelluar duke patur parasysh kompetencat themelore të personelit shëndetësor në shkolla si: aktivitetet shëndetësore që duhet të kryhen (ofrimi i shërbimit, dokumentacioni, puna me komunitetin, planifikimi dhe hartimi i programeve); aktivitetet e edukimit shëndetësor sipas kalendarit të promocionit; aspekti ligjor dhe rregullator (sistemi i referimit); etikën që duhet të kenë parasysh, komunikimin midis personelit dhe nxënësve, mësuesve dhe prindërve.

A. Metodologjia e punës së personelit shëndetësor në shkolla

Metodat e edukimit shëndetësor janë veprimtari dhe aksione të planifikuara që përdoren gjatë procesit të edukimit shëndetësor për të përcjellë mesazhet edukativo - shëndetësore.

Zgjedhja e metodës së të mësuarit është esenciale për aktivitetet edukativo - shëndetësore dhe promocionit të shëndetit, sepse nga kjo do të varet efektiviteti i vetë aktivitetit.

Personeli shëndetësor në shkolla, në rolin e edukatorit të shëndetit, duhet të zgjedhë se çfarë metodologjie do të përdorë.

Moduli vë theksin te metodat e edukimit shëndetësor që duhen përdorur nga personeli shëndetësor në shkolla, të cilat janë metodat individuale dhe metodat e punës në grup, si dhe sqaron avantazhet dhe disavantazhet e secilës metodë. Fatmirësisht ne kemi në dispozicion një sërë metodash edukative për t'u përdorur në punën me nxënësit dhe mësuesit në shkollë, ndaj kërkohet koordinimi i këtyre metodave, përzgjedhja e tyre sipas problemeve të shtruara për diskutim apo për veprim. Pra mjekët, infermierët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit janë të përfshirë në procesin e edukimit qoftë edhe në rutinën e tyre të përditshme, dhe ajo që duhet tashmë është njohja e rëndësisë së përfitimit të kompetencave edukative, puna e përditshme për aftësimin e vazhdueshëm profesional në kuptimin shkencor të tematikave, si edhe në kuptimin e metodologjive të punës së gjithsecilit.

B. Moduli: Ushqyerja e shëndetshme për fëmijët e moshës shkollore

Ushqyerja është një nga shtyllat themelore të shëndetit dhe zhvillimit të individit gjatë gjithë jetës së tij duke filluar nga fazat më të hershme të zhvillimit të fetusit (gjatë shtatzënisë), në lindje, gjatë foshnjërisë, fëmijërisë, adoleshencës, në moshë të rritur dhe deri në pleqëri.

Moduli është i konceptuar në tri pjesë.

B.1. Konceptet bazë mbi ushqyerjen dhe grupet ushqimore. Bëhet fjalë për konceptet bazë mbi ushqyerjen, kequshqyerjen, shkaqet dhe format e kequshqyerjes (nënushqyerja dhe mbiushqyerja), çfarë është energjia; çfarë janë lëndët ushqyese; çfarë është piramida ushqimore; njohja me grupet

ushqimore dhe vlerat e secilit grup; porcionin dhe larminë e dietës ushqimore. Gjithashtu jepen rekomandimet e Ministrisë së Shëndetësisë (MSH) dhe OBSH - së për një ushqyerje të shëndetshme gjatë moshës shkollore, rëndësinë e ushqyerjes së fëmijëve në këtë moshë dhe sesi bëhet kontrolli i gjendjes së ushqyerjes tek ata.

B.2. Çrregullimet më të shpeshta të ushqyerjes në moshën shkollore dhe adoleshencë, kujdesi për fëmijët me probleme të veçanta nutricionalë. Bëhet fjalë për çrregullimet apo sëmundjet më të shpeshta të ushqyerjes që takohen në moshën shkollore dhe adoleshencë që janë pamjaftueshmëritë nga mikronutrientët, sidomos anemia nga mungesa e hekurit, nga marrja e pakët e jodit, mungesa e vitaminës A, obeziteti nga marrja e ushqimeve hiperkalorike etj. Gjithashtu përshkruhen pasojat e ushqyerjes jo të shëndetshme në fëmijëri, zakonet e gabuara të nxënësve me ushqyerjen, me qëllim identifikimin dhe parandalimin e tyre.

B.3. Siguria ushqimore dhe ndikimi i ambientit shkollor në mënyrën e ushqyerjes së fëmijëve dhe etiketa ushqimore. Bëhet fjalë për rreziqet në shëndet që vijnë nga ushqimet e pasigurta, sëmundjet që lidhen me to, rëndësia dhe hapat e larjes së duarve, njohja me 5 çelësat e sigurisë ushqimore. Gjithashtu përshkruhet se çfarë është etiketa ushqimore, cilat janë elementët përbërës të saj, rëndësia e leximit të etiketës dhe sesi të lexojmë disa shprehje të etiketave ushqimore.

C. Moduli: Sëmundjet kronike (SK)

Sëmundjet kronike po marrin përmasa epidemike. Në nivel botëror sëmundjet kronike janë shkaqet kryesore të vdekjes, duke vrarë çdo vit më shumë njerëz se të gjitha shkaqet e tjera të marra së bashku. Të dhënat tregojnë se rreth 80% e vdekjeve nga këto sëmundje ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Rreth një e katërta e vdekjeve globale nga SK ndodhin para moshës 60 vjeç, por sëmundjet kronike rriten me moshën dhe nuk janë karakteristike të moshave të fëmijërisë dhe adoleshencës. **Pavarësisht kësaj, sëmundjet kronike e kanë zanafillën në moshën e re dhe ndërhyrjet në këto mosha sjellin përfitime të mëdha përsa i përket shëndetit publik.**

Moduli është konceptuar në tri pjesë:

C.1. Njohuri të përgjithshme mbi sëmundjet kronike. Në këtë pjesë janë dhënë disa koncepte për sëmundjet kronike, në botë dhe në vendin tonë, dallimin mes sëmundjeve kronike dhe sëmundjeve akute, dallimin mes sëmundjeve kronike të komunikueshme dhe jo të komunikueshme; fakte dhe keqkuptimet për sëmundjet kronike në botë dhe në vendin tonë, sëmundjet më të shpeshta në botë dhe në vendin tonë, si dhe jepen njohuri për faktorët e rrezikut të tyre, të cilët janë shumëfaktorësh dhe tashmë të mirënjohur (globalizimi, urbanizimi, mënyra jo e shëndetshme e të jetuarit, faktorët biologjikë etj).

C.2. Sëmundjet kronike më të shpeshta tek nxënësit e shkollave. Sëmundjet kronike më të shpeshta të fëmijëve dhe adoleshentëve në vendin tonë (sipas MSH 2011) janë asthma bronkiale, diabeti i sheqerit dhe epilepsia. Janë dhënë definicionet e tyre dhe shkaktarët e tyre, si menaxhohen, parandalimi i tyre dhe puna që duhet të bëjë personeli shëndetësor në shkolla me këta fëmijë si: këshillimi, ndjekja e tyre, aktivitete të ndryshme. Janë dhënë shembuj të planeve të menaxhimit individual të sëmundjeve (psh. i asthmës) dhe sesi duhet përdorur sistemi i referimit për fëmijët me sëmundje kronike.

C.3. Parandalimi i sëmundjeve kronike. Sëmundjet kronike mund të reduktohen duke shpëtuar me miliona jetë nëpërmjet parandalimit, zbulimit të hershëm dhe mjekimit në kohë. Në këtë pjesë janë përshkruar definicionet e parandalimit, depistimit, llojet e tyre, metodat e parandalimit të sëmundjeve kronike dhe strategjia e këshillimit.

D. Moduli: Aktiviteti fizik dhe përfitimet e tij në shëndetin e fëmijëve në moshën shkollore

Aktiviteti fizik është veçanërisht i rëndësishëm në zhvillimin e shëndetshëm të fëmijëve dhe të rinjve, ndërsa inaktiviteti fizik është përgjegjës për 6% të të gjitha vdekjeve në botë. Në modul jepen disa koncepte kryesore të aktivitetit fizik si: çfarë është aktiviteti fizik, llojet e tij, frekuenca e kryerjes, intensiteti, koha, përfitimet në shëndet apo ndikimi në shëndet i inaktivitetit fizik. Në modul jepen dhe faktorët apo kushtet, si dhe barrierat që influencojnë në kryerjen e aktivitetit fizik, dhe jepen gjithashtu rekomandimet e kryerjes së aktivitetit fizik për moshat shkollore.

E. Moduli: Aksidentet dhe traumat

Aksidentet dhe traumat në tërësi janë një problem gjithnjë në rritje i shëndetit publik. Moduli flet për llojet e rreziqeve që bëhen shkak për aksidente dhe trauma, të cilat mund të ndodhin kudo në shtëpi, në rrugë, në shkollë, kudo ku jetojmë e punojmë. Ndaj vihet theksi te njohja e këtyre rreziqeve dhe sesi t'i parandalojmë ato. Gjithashtu, moduli jep njohuri për dhënien e ndihmës në vendin e ngjarjes të të lënduarit; njohuri për aftësimin e fëmijëve në shkolla për ndihmën e parë bazë; jep njohuri për rregullat e qarkullimit dhe rëndësinë e zbatimit të tyre; jepen dhe mënyrat e zhvillimit të aktiviteteve të ndryshme me qëllim parandalimin e aksidenteve dhe traumave.

F. Moduli: Duhani dhe alkooli

Moduli ka për qëllim të përshkruajë rrezikun që mbart duhani dhe alkooli për trupin e njeriut dhe është konceptuar në dy pjesë:

F.1: Duhani dhe Shëndeti. Duhani njihet si shkaktari kryesor i 25 sëmundjeve të rrezikshme, një pjesë e të cilave ka përfundim fatal. Duhani është një prej sfidave më të mëdha të shëndetit publik me të cilën po përballlet sot Shqipëria. Moduli përshkruan përkufizimin e duhanpirjes aktive e pasive, dëmet në shëndet që shkakton pirja e duhanit si aktive e pasive, cilat janë rrugët kryesore, sesi duhanpirja dëmton shëndetin; përshkruan dëmet që sjell pirja e duhanit në aspektin social-ekonomik. Gjithashtu, përshkruhen faktorët që i nxitin të rinjtë të pijnë duhan, të identifikojnë shenjat që tregojnë se një i ri po pi duhan, këshillimin për lënien e duhanit dhe aktivitete të ndryshme që mund të kryhen në shkolla.

F.2: Alkooli, të rinjtë dhe shëndeti. Alkooli po ashtu është një tjetër fenomen shqetësues për shoqërinë shqiptare. Dëmet e tij mund të jenë fatale për jetën e një të riu që nuk është i ndërgjegjshëm për pasojat që mund t'i sjellë pirja e alkoolit. Në këtë pjesë jepet përkufizimi për abuzimin me alkoolin dhe alkoolizmin, përmenden të gjithë faktorët që nxitin adoleshentin të konsumojë alkool, janë listuar dëmet që shkakton në shëndet alkoolpirja, si dhe dëmet psiko- sociale që sjell abuzimi me alkoolin.

G. Moduli: Shëndeti mendor

Shëndeti i mirë mendor është një komponent i rëndësishëm i shëndetit dhe mirëqenies sonë. Ai është i nevojshëm në mënyrë që ne të arrijmë të menaxhojmë jetët tona në mënyrë të suksesshme, dhe na ofron aftësi emocionale dhe shpirtërore që na mundësojnë të shijojmë jetën dhe të përballemi me shqetësimet dhe zhgënjimet.

Moduli bën fjalë për kuptimin e shëndetit mendor, njohjen me grupet kryesore të çrregullimeve mendore, si dhe njohjen me problemet më të zakonshme të shëndetit mendor midis fëmijëve të moshës shkollore në Shqipëri. Gjithashtu, moduli na tregon edhe disa nga faktorët e rrezikshëm që mund të shkaktojnë dëmtime të shëndetit mendor, teknikat për të shmangur stresin e panevojshëm në jetën e fëmijëve, si dhe mënyrat sesi duhen këshilluar fëmijët me probleme mendore.

H. Moduli: Parandalimi i dhunës

Dhuna përbën një problem madhor për mirëqenien dhe shëndetin e fëmijëve. Për këtë arsye moduli trajton definicionin e dhunës, njohjen e formave të saj që ushtrohen ndaj fëmijëve (abuzimi fizik, emocional, seksual dhe neglizhimi), njohjen e simptomave dhe pasojave të dhunës në shëndetin dhe zhvillimin e fëmijëve. Moduli trajton identifikimin e faktorëve të rrezikut në abuzimin dhe dhunën ndaj fëmijëve dhe faktorët mbrojtës ndaj saj. Ai trajton dhe mënyrat sesi personeli shëndetësor i shkollës të identifikojë dhe të asistojë fëmijët e dhunuar, si dhe mënyrat për të parandaluar dhunimin e fëmijëve në shkollë, familje dhe komunitet. Gjithashtu, moduli përshkruan dhe njohjen e bazës ligjore të punës së tyre lidhur me çështjen e dhunës, çështje etike të punës së tyre, si dhe referimin në rastin e dhunimit.

J. Moduli: Shëndeti seksual e riprodhues

Moduli ka për qëllim të adresojë problemet e shëndetit seksual dhe riprodhues të të rinjve, dhe është fokusuar në ato komponentë të shëndetit riprodhues që janë të lidhura kryesisht me këtë grupmoshë si: shëndeti seksual, kontrasepsioni dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme përfshi HIV/AIDS.

J.1: Shëndeti seksual e riprodhues. Jepen përkufizimet e shëndetit seksual e riprodhues dhe komponentët përbërës të shëndetit riprodhues. Përshkruhet zhvillimi seksual gjatë cikleve të ndryshme të jetës, praktikat për seksin më të sigurt; të drejtat seksuale dhe riprodhuese, struktura e shërbimeve të shëndetit riprodhues në Shqipëri, legjislacioni lidhur me të dhe disa teknika komunikimi me nxënësit e grupmoshave të ndryshme

J.2: Kontrasepsioni për adoleshentët. Jepet një përshkrim se çfarë janë metodat kontraceptive, cilat nga këto metoda ofrohen falas në Shqipëri dhe vendet ku ofrohen këto metoda. Përshkruhen shkaqet dhe pasojat e lidhura me mospërdorimin apo përdorimin jokorrekt të kontraktivëve prej adoleshentëve, rolin e personelit shëndetësor në adresimin e tyre, si të këshillojnë adoleshentët mbi metodat kontraceptive dhe përdorimin e tyre.

J.3: Infeksionet seksualisht të transmetueshme. Vlerësimet tregojnë se 1 në 20 të rinj në mbarë botën preken nga një infeksion seksualisht i transmetueshëm (IST) përfshi HIV/AIDS - in, që edhe në vendin tonë po përbëjnë një problem të shëndetit publik.

Përgatitja dhe zbatimi i politikave dhe strategjisë kombëtare për trajtimin e mbetjeve radioaktive në Republikën e Shqipërisë

Rustem Paci

Zyra për Mbrojtjen nga Rrezatimet (ZMR).

Mbrojtja e mjedisit dhe shëndetit të njeriut nga efektet dëmtuese të mbetjeve radioaktive mund të arrihet nëpërmjet zhvillimit dhe zbatimit efikas të sistemit të menaxhimit të mbetjeve radioaktive. Krijimi i politikës dhe strategjisë kombëtare është një aspekt i rëndësishëm për klasifikimin dhe vendosjen e hapave të duhura për menaxhimin e sigurt të mbetjeve radioaktive në depon e përkohshme, dhe më tej në depon përfundimtare. Përgatitja e politikave për trajtimin e mbetjeve radioaktive u bazua në ngritjen e grupit të punës me përfshirjen e të gjitha palëve të interesuara, duke marrë parasysh aspektet organizative dhe teknike. Elementi i rëndësishëm ishte paraqitja e dy dokumenteve të veçanta për politikën dhe strategjinë. Ky dokument është aprovuar në mars 2013, pas një viti përgatitjesh dhe diskutimesh. Politika ka marrë parasysh përgjegjësinë për sigurinë, rolin e qeverisë, menaxhimin e sigurisë, optimizimin dhe kufizimin, mbrojtjen e tanishme dhe brezave të ardhshëm, parandalimin e aksidenteve, gadishmërinë e raste emergjence, kuadrin legjislativ kombëtar, strukturën e tanishme institucionale, konventat ndërkombëtare të zbatueshme, Join Convention (JC) dhe direktivën 2011/70 të Bashkimit Europian (BE), si dhe inventarin e mbetjeve radioaktive. Krijimi i politikës ishte më i thjeshtë krahasuar me strategjinë për shkak të objektivave krejt të ndryshme. Strategjia specifikon sesi menaxhimi i mbetjeve radioaktive kombëtare dhe politika do të zbatohet nga Komisioni i Mbrojtjes ndaj Rrezatimeve (KMR) dhe Instituti i Fizikës Bërthamore të Zbatuar (IFBZ), duke përdorur masa teknike dhe burime financiare, duke përcaktuar sesi dhe kur qëllimet dhe kërkesat e identifikuar do të zbatohen nëpërmjet planit të veprimit. Klasifikimi dhe karakterizimi i mbetjeve, strategjitë e mbetjeve radioaktive nga vendet e tjera, zhvillimi dhe zgjidhjet e nevojshme për minimizimin përfundimtar të tyre, kontrollin rregullator, çlirimin nga kontrolli rregullator, si dhe kontrollin e shkarkimit janë elemente të rëndësishme të aspektit strategjik për trajtimin e mbetjeve radioaktive.

Regjistrimi i të dhënave për mbetjet radioaktive dhe burimet e konsumuara

Një aspekt i rëndësishëm për burimet e konsumuara, të braktisura dhe mbetjet është mbledhja e të gjitha fakteve mbi përdorimin e tyre, si dhe të sigurohen metoda të cilat janë në përputhje me detyrimet ligjore dhe masat e mbrojtjes nga rrezatimi.

Inventari për burimet e mbyllura, të braktisura dhe mbetjet përmban:

- Radionukleidin, aktivitetin, datën dhe kompaninë e prodhimit.
- Formën kimike e radionukleideve dhe formën fizike.
- Numrin serial dhe numrin e identitetit (ID).
- Dozën në sipërfaqe dhe 1 metër nga sipërfaqja, rezultatet e testeve të cilat janë bërë në mënyrë që të kontrollohet ndotja në sipërfaqe.
- Baza e të dhënave të burimeve të konsumuara është në ZMR dhe IFBZ.

Përse është i nevojshëm përcaktimi për administrimin e mbetjeve radioaktive

Megjithëse në Shqipëri ka një infrastrukturë të mirë, si dhe një sistem ligjor adekuat për menaxhimin e sigurt të mbetjeve radioaktive, është i nevojshëm krijimi i politikës kombëtare dhe strategjisë për menaxhimin e sigurt të mbetjeve radioaktive dhe burimeve të konsumuara.

Politika dhe strategjia janë të nevojshme për të shërbyer si bazë për përgatitjen dhe rishikimin e legjislacionit përkatës, për zbatimin e kërkesave të *International Atomic Energy Agency* (IAEA), kërkesave të JC dhe direktivave të BE, për të përcaktuar më tej në mënyrë të qartë rolet dhe përgjegjësitë, si dhe për të siguruar menaxhimin e mbetjeve radioaktive.

Një grup pune duke marrë në konsideratë rishikimin e inventarit të mbetjeve (në të kaluarën, tani dhe në të ardhmen), kornizën kombëtare dhe aspektet e tjera hartoi dokumentin bazë. IAEA me kërkesë të ZMR për ekspertizë solli një grup ekspertësh nëpërmjet të cilëve u zhvillua dhe një workshop kombëtar për këtë çështje, ku u diskutuan elementet e mëposhtëm për t'u marrë në konsideratë:

Klasifikimi i mbetjeve:

- Politika dhe strategjia të jenë së bashku apo të ndara.
- Mundësi më të mira për asgjësimin përfundimtar.
- Praktika më të mira aktuale për kushtet e burimeve.
- Detyrimet e konventës JC dhe direktivat e BE-së.
- Transferimi i burimeve të kategorisë 1 dhe 2 jashtë Shqipërisë.
- Çështjet e sigurisë dhe sigurimit për mbetjet radioaktive.
- Rregullorja e menaxhimit të sigurt të mbetjeve radioaktive në Shqipëri.
- Krijimi i depos përfundimtare.
- Opsionet e depos përfundimtare.
- Vendosja përfundimtare pranë sipërfaqes së tokës dhe eksportin e 4 burimeve të kategorisë 1, ose vendosje të thellë gjeologjike për të gjitha burimet radioaktive.

Po ashtu u diskutuan dhe elemente si:

- Përgjegjësia për sigurinë.
- Roli i qeverisë dhe një kuadër efikas ligjor dhe qeveritar për sigurinë e mbetjeve radioaktive.
- Menaxhimi efektiv i sigurisë.
- Optimizimi i mbrojtjes dhe kufizimi i rreziqeve për individët.
- Mbrojtja sot dhe në të ardhmen.
- Parandalimi i aksidenteve.

Një element i rëndësishëm është dhe përfshirja e publikut në vendim-marrje, si pjesë e procesit të përgatitjes së dy dokumenteve.

Vlerësim i stresit, pasioneve dhe sjelljeve tek të rinjtë e shkollave të mesme të qytetit të Tiranës

Alban Ylli¹, Elida Cangonji², Jonida Haxhiu³, Eduard Kakarriqi¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore;

²Mjeke psikiatre;

³Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor.

Me gjithë ndryshimet e shpejta demografike të dy dekadave të fundit, Shqipëria ngelet një vend ku moshat e reja zënë një vend të veçantë në popullatën e saj. Të rinjtë janë një nga prioritetet e Shqipërisë, e pasqyruar kjo në strategji kombëtare dhe politika qeveritare. Ata janë një nga grupet që mbartin një pjesë të madhe të energjisë dhe dinamizmit të shoqërisë, por nga ana tjetër janë një nga grupet e popullatës që ndeshen me rreziqe specifike në procesin e tyre të adaptimit dhe të tranzicionit, që nga fëmijëria deri në moshën adulte.

Nuk mungojnë studimet mbi profilin shëndetësor apo social të të rinjve në Shqipëri. Dy modele të rëndësishme në fushën e vlerësimit të sjelljeve të shëndetshme dhe sjelljeve me risk janë duke u aplikuar në mënyrë sistematike nga Instituti i Shëndetit Publik. Tashmë janë kryer dy raunde studimesh kombëtare për secilin prej këtyre modeleve; përkatësisht “Youth Risky Behavior Survey” (YRBS) 2005-2009 dhe “Health Behavior in School Children” (HBSC) 2008, 2013. UNFPA ka qenë një mbështetëse kryesore për këto studime.

Megjithatë, ende mungojnë studimet specifike të cilat nuk kanë një fokus thjesht shëndetësor, por hulumtojnë edhe në aspekte të tjera të jetës së të rinjve të tilla si potencialet që ata kanë apo vështirësitë e tyre lidhur me sjelljet, nivelet e presionit dhe burimet e tij etj.

Ky studim synon të mbushë një boshllëk të tillë duke pasur për objektiv kryesor vlerësimin e profilin të të rinjve nga pikëpamja e pasioneve, presionit, humorit dhe sjelljes. Ky vlerësim zgjerohet edhe në analizimin e faktorëve të brendshëm dhe të jashtëm, të cilët mund të ndikojnë në këtë profil, si dhe në analizimin e mjedisit mbështetës rreth të rinjve.

Rezultatet e studimit mund të përdoren nga politikëbërës të fushës së arsimit apo në përgjithësi të fushës së rinisë, nga menaxherë të sistemit arsimor, si dhe mësues, psikologë, punonjës socialë, punonjës të shëndetit publik, grupe/shoqata prindërishe dhe nxënësish të interesuar.

Studimi është bazuar në një kampion përfaqësues të shkollave të mesme të Tiranës.

Përmasat e kampionit janë përlogaritur duke u bazuar në parashikimin e një shpeshësie tipike të pritshme prej 20%, duke pranuar një luhatje vlerash 3% (nga 17% në 23%). Kampioni i vlefshëm do ishte i mjaftueshëm me 670 pyetësorë. Për të minimizuar efektin e përzgjedhjes “cluster” të aplikuar në studim, si dhe për të lejuar analiza në kategori, numri i kërkuar i kampionit u rrit në rreth 1000 (praktikisht 1018 nxënës plotësuan pyetësorët).

Si kornizë e kampionimit shërbeu lista e shkollave të Tiranës, e plotësuar me numrin e nxënësve për çdo klasë (për vitin shkollor 2012-2013), siguruar nga Ministria e Arsimit. U përzgjedhën në mënyrë sistematike numri i klasave sipas viteve në çdo shkollë për t’u përfshirë në studim, si dhe klasat përkatëse brenda çdo viti bazuar në numra të rastësishëm. Të gjithë nxënësit e një klase të përzgjedhur u ftuan të plotësonin pyetësorin. 100% e klasave të përzgjedhura u përfshinë në studim, dhe 99% e nxënësve e plotësuan pyetësorin.

Puna në terren u krye nga psikologë të trajnuar dhe përfshinte mbikqyrjen e plotësimit të pyetësorit. Për vlerësimin u përdor një pyetësor që u plotësua nga vetë nxënësit. Pyetësori kishte 5 seksione të skicuara dhe testuara nga mjeke epidemiologje dhe të zhvillimit të adoleshentëve.

Si përfundim:

1. Rreth gjysma e të intervistuarve e klasifikojnë veten si nxënës me rezultate shumë të mira në mësimet (notat më të shpeshta 9 dhe 10), 40% raportuan rezultate mesatare (nota 7 dhe 8) dhe vetëm rreth 11% u vetëdeklaruan si nxënës me rezultate të dobëta (notat 4 dhe 5). Tek femrat, krahasuar me meshkujt, ka një prirje më të madhe për të pasur rezultate shumë të mira. Gjithashtu, proporcioni i meshkujve me rezultate të dobëta është sa dyfishi i femrave me këto rezultate.

2. Gjendja ekonomike e familjes është e lidhur me rezultatet në mësimet të nxënësve të shkollave të mesme në Tiranë; nxënësit me rezultate shumë të mira janë më të shpeshtë në kategoritë ekonomike më të larta, ndërkohë që probabiliteti për të pasur rezultate të këqija në mësimet është më i lartë në kategoritë ekonomike më të ulëta.

3. Pasioni më i shpeshtë i raportuar nga nxënësit ishte sporti. Kjo ishte e vërtetë si për meshkujt ashtu edhe për femrat, megjithëse proporcioni i meshkujve me këtë pasion është shumë më i lartë se ai i femrave (80% kundrejt 57%). Muzika, veshja, kompjuteri dhe shëtitjet janë gjithashtu pasione të hasura mjaft shpesh (mbi 50% e nxënësve i raportojnë). Pasionet tjera të shpeshta janë edhe celularët, makinat, librat dhe televizioni (30 deri në 40% e nxënësve). Paratë, piktura dhe bastet renditen të fundit, përkatësisht me 23%, 18% dhe 10% të nxënësve që i raportojnë.

4. Ka diferenca domethënëse ndërmjet vajzave dhe djemve lidhur me pasionet. Kështu, tek vajzat hasen më shpesh se tek djemtë pasione të tilla si muzika (76% - pasioni më i shpeshtë tek femrat), veshja, shëtitjet, dhe më tej librat e deri diku piktura. Tek djemtë hasen shumë më shpesh se tek vajzat pasioni për kompjuterat (68%), makinat (60%), celularët, paratë dhe bastet. Dy pasionet e fundit hasen shumë herë më shpesh se tek vajzat, aq sa mund të konsiderohen pothuajse si pasione ekskluzive të djemve.

5. Mosha është një faktor që ndikon në prirjen drejt disa pasioneve. Prirjet më të rëndësishme janë drejt pakësimit të pasioneve; në ulje vijnë ato të sportit, muzikës, librave, celularëve dhe pikturës. Në të kundërt, vjen duke u rritur interesi për pasione të tilla si paratë dhe bastet, ky i fundit praktikisht dyfishohet tek ata mbi 16 vjeç.
6. Janë vërejtur diferenca domethënëse nga pikëpamja statistikore në shpeshhtësinë e pasioneve të caktuara, kur analizojmë lidhjen e tyre me pozicionin ekonomik të familjes. Celularët, veshja dhe makinat janë pasione që hasen më shpesh në nxënësit e kategorive ekonomike më të larta. E kundërta ndodh me pikturën, që preferohet më rrallë në nxënësit e këtyre kategorive ekonomike.
7. Ka diferenca ndërmjet shpeshhtësisë së pasioneve në kategoritë e rezultateve në mësimet. Pasioni për bastet, dhe më pak për celularët e makinat, është në përpjestim të zhdrejtë me rezultatet në mësimet. Në të kundërt, pasioni për librat, sportin, shëtitjet, muzikën, pikturën haset më shpesh mes atyre me nota shumë të mira në mësimet.
8. Një përqindje mjaft e madhe e nxënësve raporton ta ketë të pamundur praktikimin e një sporti në kohën e lirë. Problemi është shumë më i madh ndërmjet vajzave, ku praktikisht gjysma nuk arrijnë të merren me sport megjithëse kanë dëshirë ta bëjnë këtë, ndërkohë që vetëm 20% e djemve e kanë këtë problem. Gjithashtu, nxënësit në kategorinë ekonomike më të ulët kanë më shumë vështirësi për t'u marrë me sport.
9. Vetëm një pakicë e nxënësve janë të angazhuar apo përfshihen në grupe, skuadra apo organizata të natyrave shoqërore, kulturore apo sportive. Mes vajzave ky proporcion bëhet akoma më i vogël (vetëm 15%).
10. Rreth një e treta e të intervistuarve nuk ndjehen aspak nën presion, por 10% ndjehen nën presion të lartë. Nëse do të shtonim edhe proporcionin e atyre që ndjehen nën një presion mesatar, do të arrinim në pothuaj 40% të të gjithë nxënësve. Stresi është dukshëm më i shpeshtë mes vajzave, 46% e të cilave raportojnë se ndjehen nën presion të lartë apo mesatar. Ky proporcion është vetëm 29% tek djemtë.
11. Burimet më të rëndësishme të presionit janë shkolla, provimet dhe frika nga dështimi. Paratë janë një burim më i madh presioni tek djemtë se tek vajzat.
12. Në shumicën dërmuese të nxënësve apo në mbi 70% të tyre vërehet prania e shenjave apo simptomave në momentet kur janë të stresuar. Shenjat më të shpeshta të lidhura me stresin janë dhembja e kokës, zemërimi, humori i keq, humbja e vëmendjes, melankolia, problemet me gjumin, mungesa e oreksit, dhembja e stomakut etj. Vetëm 5% kanë prirje për vetëdëmtim apo mendime vetëvrasëse. Shenjat janë shumë më të shpeshta tek vajzat, dhe prania e tyre vjen duke u shpeshtuar me rritjen e moshës.
13. Vetëm gjysma e të intervistuarve mendojnë të kërkojnë ndihmë, dhe po aq e kërkojnë praktikisht atë. Një numër i madh i nxënësve nuk mendon se ndihma do të ishte e nevojshme apo e dobishme. Ndërkohë, ata që dëshirojnë e marrin këtë ndihmë.

14. Ndiurma kërkohet kryesisht në mjedisin familjar apo atë të ngushtë shoqëror. Mësuesit, psikologët, punonjësit sociale dhe mjekët frekuentohen pak nga nxënësit kur janë në nevojë. Vajzat janë më të prirura se meshkujt për të kërkuar ndihmë.

15. Më shumë se një në tre nxënës kanë pasur shenja të depresionit ose depresion të lehtë një javë para studimit. Ky proporcion është akoma më i madh mes vajzave (40%) dhe tek djemtë ai është më i ulët (27%).

16. Ka një risk më të lartë për të pasur depresion tek nxënësit që nuk kanë lindur në Tiranë krahasuar me ata që kanë lindur në Tiranë, si dhe ndërmjet atyre që nuk merren me ndonjë sport krahasuar me ata që merren me sport. Ka një prirje të qëndrueshme, por të pakonfirmuar statistikisht, të rritjes së riskut për depresion ndërmjet nxënësve në kategori ekonomike më të ulëta, si dhe në kategoritë e rezultateve më të ulëta në mësim.

17. Shumica dërmuese e nxënësve (mbi 80%) paraqet një sjellje pro-sociale ku dominon altruizmi (shkalla SDQ). Ndërkohë vërehet se rreth 18% e tyre klasifikohen “në vështirësi” ose gjendje “anormale”, dhe rreth 23% të tjerë janë në kufi të një sjelljeje ku dominon egoizmi dhe papërgjegjshmëria. Vërehet një proporcion më i lartë meshkujsh me një sjellje të tillë problematike krahasuar me femrat. Tek vajzat janë më të shpeshta problemet e sjelljes me moshatarët dhe problemet emocionale. Probleme të “hiperaktivitetit” vërehen në rreth 10% të nxënësve.

18. Vërehet një prirje e përgjithshme e shtimit të “anormalitetit” lidhur me sjelljen dhe rezultatet e dobëta në mësim, ndërkohë që shtohet proporcioni i “normaleve” në kategoritë e rezultateve më të mira në mësim.

19. Gjithashtu, vërehet një lidhje e qëndrueshme mes disa indikatorëve, që dëshmon një rritje të riskut për vështirësi në sjellje tek pozicionet ekonomike jo të favorshme.

20. Vetëm rreth 12% e nxënësve raportojnë të kenë vështirësi të dukshme ose serioze. Pjesa tjetër ose kanë vështirësi të vogla (55%), ose nuk ndjejnë të kenë asnjë vështirësi (33%). Pjesa më e madhe i ka ndjerë vështirësitë kohët e fundit (36% në më pak se 1 muaj). Femrat identifikojnë në një proporcion më të madh edhe vështirësi “kronike”: 1 në 5 prej tyre raporton vështirësi që zgjasin prej më shumë se një viti. Ky proporcion është dy herë më i ulët tek meshkujt.

21. Shumica dërmuese e nxënësve ose nuk shqetësohen nga vështirësitë, ose shqetësohen vetëm pak prej tyre. Djemtë tri herë më shumë se vajzat nuk shqetësohen fare nga vështirësitë, dhe anasjelltas, vajzat tri herë më shumë se djemtë shqetësohen prej tyre.

22. Vështirësitë ndikojnë kryesisht gjatë mësimit në klasë (më pak se 1 në 5 nxënës nuk ndjen të ketë ndikim prej vështirësive aty) dhe më pak në kohën e lirë (pothuaj gjysma e nxënësve raporton që vështirësitë nuk e prekin këtë fushë të jetës).

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