

Buletini i Institutit të Shëndetit Publik


INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 2 - 2018

**Buletini i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 2-2018**

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Albana Fico

Anëtarë:

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

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout Genc Musa

ISBN: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 2-2018

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Jolanda Hyska, Enkeleda Kadiu, Entela Bushi

Njohuritë, qëndrimet, sjelljet e konsumatorit në lidhje me kripën
në dietë dhe shëndetin 7

Zahide Sulejmani, Silva Bino, Adela Vasili

Monitorimi i sterilitetit dhe vlerësimi bakterial në 5 qendrat e hemodializës 19

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Jolanda Hyska

Kripa dhe efektet në shëndet 31

Jonida Haxhiu, Entela Neziri, Aulona Zotaj, Andis Karagjozi

Bullizmi në kopësht: identifikimi dhe parandalimi 37

Entela Bitri

Diabeti i shtatzënisë (gestacional) 43

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Njohuritë, qëndrimet, sjelljet e konsumatorit në lidhje me kripën në dietë dhe shëndetin

Jolanda Hyska¹, Enkeleda Kadiu¹, Entela Bushi¹

¹Departamenti Shëndeti dhe Mjedisi, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Trupi i njeriut kërkon natrium për të rregulluar lëngjet e trupit dhe për të ruajtur funksionet kritike. Marrja e kripës në sasi të tilla që tejkalojnë nivelet biologjiksht adekuate ka një marrëdhënie të drejtpërdrejtë dhe shkakësore me nivelet më të mëdha se optimalet, të presionit të gjakut. Rritja e presionit të gjakut edhe brenda kufijve normal është shkak kryesor i paaftësisë dhe është risku kryesor për vdekje të parakohshme në botë. Ky studim transversal synoi të hedhë dritë mbi sjelljet e lidhura me konsumin e kripës tek një grup mësuesish (n=471) të intervistuar gjatë periudhës Shkurt-Maj 2017, duke përdorur një pyetësor të strukturuar me 29 pyetje lidhur me njohuritë, sjelljet, disponueshmërinë dhe veprimet për të reduktuar marrjet e kripës, praninë e sëmundjeve kronike, preferencat lidhur me përmbajtjen e kripës në etiketat ushqimore si dhe disa të dhëna demografike. Rreth 85% e pjesëmarrësve mendojnë që kripa e tepërt ndikon negativisht në shëndet por shumica nuk mund të përmendin çfarë sëmundjesh shkakton, rreth 22% përdorin kripë shpesh ose gjithmonë por vetëm në 35% të rasteve ata e dinë sasinë e kripës në ushqime, 73% e tyre po mundohen t'a kufizojnë kripën në ushqimet e tyre. Arsyeja kryesore për të ulur konsumin e kripës është dëmtimi i mundshëm shëndetësor (në 66% të rasteve) kurse vetëm 10% e bëjnë këtë për një jetë më të shëndetëshme. Vetëm gjysma e pjesëmarrësve lexojnë etiketat e produkteve që blejnë. Nevojiten përpjekje shtesë për të rritur njohuritë e konsumatorëve kryesisht në lidhje me konsumin e kripës, ka nevojë për të organizuar fushata të informimit dhe edukimit të publikut mbi efektet shëndetësore të kripës së tepërt dhe promovimi i mënyrës së shëndetëshme të sjelljes në lidhje me përzgjedhjen e ushqimeve me nivelin adekuat të kripës. Mësuesit duhet të jenë targetet kryesore të këtyre aktiviteteve duke qënë se ata kanë ndikim të madh në sjelljet e shëndetëshme të nxënësve nëpërmjet rolit "të modelit" për ta.

Fjalët kyçe: Efekte shëndetësore, kripa, natrium, njohuri, sëmundshmëri, Shqipëri.

Hyrje

Trupi i njeriut kërkon natrium për të rregulluar lëngjet e trupit dhe për të ruajtur funksionet kritike. Gjatë mijëra viteve të evolucionit të njeriut, sasia e vogël e natriumit që gjendet natyrshëm në ushqime është fiziologjikisht e mjaftueshme që trupi të zhvillojë mekanizmat për mbajtjen dhe ruajtjen e tij .

Ka rreth 5000 vjet që kripa është shtuar për herë të parë për ushqim për të ruajtur atë dhe përmirësuar shijen, duke u bërë kështu burimi kryesor i natriumit në dietë. Konsumi tani është aq i madh dhe i qëndrueshëm sa që kripa e tavolinës është duke u përdorur si mjet për fortifikim me mikronutrientë, p.sh. shtimi i jodit për të parandaluar çrregullimet nga mangësia e jodit. Niveli i marrjeve të kripës së rekomanduar ndërkombëtarisht është më pak se 5 g / person / ditë.

Nivelet aktuale të konsumit në mbarë botën (me pak përjashtime) janë shumë më të larta, provuar për herë të parë nga ana e Studimit INTERSALT (1985-1987).

Marrja e kripës në sasi të tilla që tejkalojnë nivelet biologjikisht adekuate ka një marrëdhënie të drejtpërdrejtë dhe shkakësore me nivelet më të mëdha se optimalet, të presionit të gjakut. Rritja e presionit të gjakut edhe brenda kufijve normal është shkaku kryesor i paaftësisë dhe është risku kryesor për vdekje të parakohshme në botë.

Ulja e presionit të gjakut duke reduktuar futjen e kripës edhe në sasi të vogël (15%) është vlerësuar se ka parandaluar në 10 vjet - 8.5 milionë vdekje të parakohshme në vendet me ekonomi të mesme dhe të ulëta, dhe mund të ulin kostot në vendet me të ardhura të larta.

OBSH-ja dhe Organizata e Kombeve të Bashkuara për Ushqimin dhe Bujqësinë (FAO) kanë lëshuar një raport të përbashkët në vitin 2003, në të cilin marrjet individuale të

rekomanduara të kripës të jenë më pak se 5 g / ditë.

Sëmundjet jo të transmetueshme, duke përfshirë sëmundjet e zemrës dhe goditje në tru, janë shkaqet kryesore të vdekjes së parakohshme në shekullin e 21-të. OBSH-ja është duke mbështetur qeveritë për të zbatuar “Planin e veprimtimit Global për të reduktuar sëmundjet jongjitëse” që përbëhet nga nëntë objektiva globale, duke përfshirë edhe një për reduktimin në nivel global të marrjeve të kripës me 30% deri në vitin 2025.

Rekomandohet që në vende ku ka mangësi/deficencë të jodit (ku bën pjesë edhe vendi ynë), të gjitha kripërat duhet të jenë të jodizuara.

Gjithsesi konsumi në sasi të vogla i kripës së jodizuar në mënyrë të përshtatshme ofron përfitime të mëtejshme shëndetësore që lidhen me jodin, duke siguruar zhvillimin e duhur fizik dhe konjitiv të fëmijëve.

Materiali dhe metodat

Ky studim është një kërkim transversal.

Pjesëmarrësit e përfshirë në studim ishin mësues të arsimit parauniversitar të shkollave publike të vendit.

Studentë që frekuentonin masterin në shëndet publik u ftuan të bëjnë të mundur zbatimin e këtij studimi në terren me anë të intervistimit të mësuesve të përzgjedhur.

Studimi i realizua në periudhën Shkurt-Maj 2017, gjatë së cilës u intervistuan 471 mësues. Minimumi i pjesëmarrësve ishte përcaktuar jo më pak se 400 vetë, me qëllim analizën e frekuencës së çdo përgjigjeje me interval besimi 95% dhe gabim maksimal 5%.

Intervistat u realizuan mes orëve të pushimit ose pas mësimit, kur mësuesit ishin të lirë dhe të disponueshëm me kohë të mjaftueshme për të përfunduar intervistën e plotë.

Nëse intervista ndërpritej nga i intervistuari (për arsye kohe ose tjetër) pa përfunduar pyetësin,

atëherë ky pyetësor nuk përfshihej në analizë nëse mungonte mbi 25% e përgjigjeve.

Instrumenti i studimit

Një pyetësor me 29 pyetje u përdor për të adresuar njohuritë dhe sjelljet e mësuesve lidhur me konsumin e kripës, disponueshmërinë dhe veprimet për të reduktuar marrjet e kripës, praninë e sëmundjeve kronike, preferencat lidhur me përmbajtjen e kripës në etiketat ushqimore si dhe disa të dhëna demografike. Pyetësi është hartuar nga një grup ekspertësh të Organizatës Panamerikane të Shëndetit me pyetje të bazuara në eksperiencën dhe ekspertizën e këtyre anëtarëve, si dhe në pyetje të përdorura në studime të ngjashme të mëparshme.

Analiza e të dhënave

Ky artikull paraqet një vlerësim përshkrues të çështjeve që studimi eksploroi në totalin e pjesëmarrësve. Gjithashtu janë bërë edhe eksplorime të lidhjeve mes arsimimit, gjinisë

grupmoshave, sëmundjeve kronike, vendbanimit etj, dhe rëndësisë së konceptuar nga të intervistuarit mbi reduktimin e përdorimit të kripës, njohjes së niveleve të rekomanduara të kripës, problemeve shëndetësore nga mbikonsumimi i kripës, qëndrimeve nutricionalë individuale, etj.

Të gjitha të dhënat e përfuara nga pyetësit u organizuan dhe analizuan duke përdorur softëtarin SPSS, versioni 20.

Rezultatet

Të dhëna të përgjithshme

Në studim u përfshinë 490 mësues të arsimit parauniversitar nga rrethë të ndryshme të vendit prej të cilëve 471 mësues përfunduan intervistën. Shpërndarja gjinore meshkuj/femra ishte rreth 1 me 4 (106 meshkuj dhe 365 femra) kurse mosha mesatare e të intervistuarve 40 vjeç, (vlerat varionin nga mosha më e re 23 vjeç deri në 64 vjeç, por grupmosha më e shpeshtë i takonte 30-40 vjeç me 36.5%) [Tabela 1 dhe 2].

Tabela 1. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grup-moshës

Të intervistuarit sipas grupmoshave	Frekuenca Në numra	Frekuenca Në përqindje	Përqindja kumulative
20-29 vjeç	88	18.7	18.7
30-39 vjeç	172	36.5	55.2
40-49 vjeç	128	27.2	82.4
50-65 vjeç	83	17.6	100.0
Total	471	100.0	

Tabela 2. Të dhëna statistikore për moshën e pjesëmarrësve

	Numri pjesëmarrësve	Minimumi (vjeç)	Maximum (vjeç)	Mesatarja (vjeç)	Deviacioni standard
Mosha	471	23	64	39,26	9,826

Nga mësuesit e intervistuar 42.5% e tyre nuk kishin asnjë fëmijë të moshës nën 16 vjeç që jetojnë me ata në familje, 31% e tyre kishin një fëmijë, 21.2% kishin dy fëmijë dhe më pak se 5% e mësuesve kishin 3 ose më shumë fëmijë në familjen e tyre.

Lidhur me shkallën e arsimimit 94.7% e tyre kishin arsim të lartë, 3.4% arsim të mesëm dhe 1.7% nuk i janë përgjigjur kësaj pyetjeje, me një shpërndarje thuajse të barabartë në nivelet e shkollave ku ata ushtrojnë profesionin e tyre: shkollë 9-vjeçare apo e mesme (Tabela 3).

Tabela 3. Shpërndarja e mësuesve sipas shkallës së arsimimit dhe tipit të shkollës ku punojnë

Tipi i shkollës		Arsimimi			Totali
		I mesëm	I lartë	Pa përgjigje	
9-vjeçar	numër	6	236	7	249
	përqindje	2.4%	94.8%	2.8%	100,0%
i mesëm	numër	10	211	1	222
	përqindje	4.5%	95.0%	.5%	100,0%
Totali	numër	16	447	8	471
	përqindje	3,4%	94.9%	1.7%	100.0%

Qëndrimet, njohuritë dhe sjelljet lidhur me mënyrën e të ushqyerit, shëndetin dhe konsumin e kripës

- Thuajse të gjithë mësuesit shprehen se përpiqen të ushqehen shëndetshëm (93%) dhe me një dietë të varfër në yndyrna (93%).

- Raportojnë se gëzojnë shëndet të mirë rreth 88% e të intervistuarve megjithëse ka një numër të vogël prej tyre të cilët ose pohojnë se nuk gëzojnë një shëndet të mirë (4%), ose nuk e njohin gjendjen e tyre shëndetësore (mbi 5% e tyre).

- Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve gjithashtu bien dakord se në ditët e sotme ka shumë presion për të ngrënë shëndetshëm (62%), ndërkohë që mbi një e katërta e mësuesve mendojnë të kundërtën.

- Edhe pse tendenca për të ulur konsumin e kripës ndeshet në një numër të madh të mësuesit (73% e tyre), interesante është se vetëm 35% e tyre pohojnë se njohin përmbajtjen në kripë të ushqimeve që konsumojnë, ndërsa rreth gjysma e të intervistuarve (47%) nuk e dinë atë.

- Lidhur me përmbajtjen e informacionit të mjaftueshëm nutricional në etiketat e ushqimeve që tregtohen, gjysma e mësuesve nuk janë dakord. Vetëm 29% e tyre shprehen se përmbajta nutricional e etiketës përmbush pritshmëritë për informacionin e duhur.

- Vihet re se ka mësues të cilët ose nuk janë dakord (5%), ose nuk e dinë (8%) se ushqyerja me një dietë të pasur në kripë mund të shkaktojë probleme serioze të shëndetit (Tabela 4).

Tabela 4: Pasqyrimi (shprehja) e qëndrimeve të mësuesve lidhur me pohimet e përzgjedhura

Nr.	Pohimi	Jam dakord	Nuk jam dakord	Nuk e di	Pa përgjigje
1	Unë përpiqem të ushqehem në mënyrë të shëndetshme	92.7	3.2	3.6	0.4
2	Unë përpiqem të ushqehem me sa më pak yndyrë	92.7	3.2	3.6	0.4
3	Shëndeti im është përgjithësisht i mirë	87.5	3.8	5.3	3.4
4	Në ditët e sotme ka shumë presion për të ngrënë shëndetshëm	61.6	26.8	8.7	3.0
5	Unë përpiqem të ul sa më shumë sasinë e kripës që konsumoj	72.6	16.3	7.2	3.8
6	Unë e di sa kripë përmbajnë ushqimet që unë konsumoj	34.5	11.3	47.1	7.8
7	Në etiketat e ushqimeve dhe pijeve ka mjaftueshëm informacione nutricional (përmbajtja në lëndë ushqimore dhe kalori)	28.7	49.9	15.9	5.5
8	Ushqyerja me një dietë të pasur në kripë mund të shkaktojë probleme serioze të shëndetit	85.1	5.1	8.1	1.7

Një në pesë të intervistuar deklaroi se nuk shton asnjëherë kripë në ushqimet që ndodhen në tavolinë, rreth 28% e tyre e bëjnë këtë rrallë, ndërsa shpesh ose gjithmonë janë rreth 22% e

mësuesve. Thuajse i njëjti raport ruhet edhe për shtimin e kripës gjatë gatimit, vetëm se numri i atyre që nuk shtojnë fare kripë është më i ulët (12.5 %) [Tabela 5 dhe 6].

Tabela 5. Sa shpesh i hidhni kripë ushqimeve që ndodhen mbi tavolinë (në %)

Asnjëherë	Rrallëherë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	Nuk e di
19.7	28.0	30.1	16.8	5.1	0.2

Tabela 6. Kur gatuar në shtëpi, sa shpesh i shtoni kripë ushqimit (në %)

Asnjëherë	Rrallëherë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	Nuk e di
12.5	29.3	32.7	15.1	8.5	1.9

Vetëm 10 përqind e mësuesve mendojnë se konsumojnë shumë kripë, rreth 61% e konsiderojnë këtë sasi normale, kurse 21% e tyre shprehen se konsumojnë pak kripë (Tabela 7).

Tabela 7. Sa kripë mendoni ju se konsumoni (në %)

Shumë	Dozë në normë	Pak	Nuk e di	Pa përgjigje
10.4	61.1	21.4	6.2	0.8

Lidhur me efektet në shëndet që sjell konsumi i lartë i kripës u vu re se të intervistuarit kishin njohuri shumë të kufizuara mbi problemet shëndetësore të lidhur me konsumin e lartë të kripës. Ata i referohen kryesisht gurëve në veshka (77% të rasteve) dhe presionit të lartë të gjakut (49%) që shumë pak prej tyre e konsideronin kripën edhe një faktor risku për atakun kardiak, goditjen cerebrale, kancerin e stomakut, etj. (Tabela 8).

Tabela 8. Çfarë probleme shëndetësore mendoni se shkakton një dietë e pasur në kripë?

Probleme shëndetësore	% e konsumatorëve
Presion i lartë i gjakut	48.4
Kancer stomaku	5.5
Goditje në tru (cerebrovaskulare)	7.9
Gurë në veshka	76.6
Osteoporozë	11
Atak/ Pushim zemre	9.6
Astmë	1.5
Asgjë	0.4
Nuk e di	9.1
Nuk ka përgjigje	3.8
Një sëmundje tjetër (specifiko)	

Mes të intervistuarve 15% e tyre deklaruan se vuajnë nga gurë në veshka, 12% kanë presion të lartë gjaku, 5.5% kanë probleme të osteoporozës dhe rreth 4.2% vuajnë nga astma (Tabela 9).

Tabela 9. Shpërndarja e të intervistuarve sipas shpeshtësisë së prekjes së disa sëmundjeve specifike

Sëmundja	Po	Jo	Nuk e di	Pa përgjigje
Presion i lartë i gjakut	11.9	85.6	1.3	1.3
Pushim zemre	0.6	96.8	0.6	1.9
Goditje në tru (aksidente cerebrovaskulare)	0.6	96.6	0.4	2.3
Gurët në veshka	15.1	80.7	3.0	1.3
Astma	4.2	93.2	0.6	1.9
Osteoporozë	5.5	89.4	3.0	2.1
Kanceri i stomakut	0.8	97	0.2	1.9

U vu re se mbi një në dhjetë mësues nuk janë të ndërgjegjësuar lidhur me rëndësinë e reduktimit të sasisë së kripës në dietë, më shumë se një në katër deklarojnë se nuk e kanë shumë në vëmendje (28.5%) ose nuk e kanë fare (2.5%) konsumin e reduktuar të kripës (Tabela 10).

Tabela 10. Pakësimi i sasisë së kripës/natriumit është i rëndësishëm për mua (në %)

Aspak	Disi	Shumë	Nuk e di	Pa përgjigje
2.5	28.5	56.5	10.2	2.3

Arsyet pse pjesëmarrësit do të kontrollonin sasinë e kripës që konsumojnë kanë të bëjnë kryesisht me elementin *sëmundje* pasi 66% e tyre pohojnë se janë dëmtimet shëndetësore shkaku i parë, 11% e tyre shohin nevojë kufizuese praninë e gurëve në veshka, dhe vetëm një në dhjetë të intervistuar mendojnë se kjo sjellje është element i jetës së shëndetshme (Tabela 11).

Tabela 11. Çfarë do t'ju nxiste që të kontrollonit sasinë e kripës që konsumoni

Opsionet e përgjigjeve të të intervistuarve	Përqindja e të intervistuarve
Asgjë	1
Sasia ditore	3
Dëmtime shëndetësore	66
Jetë e shëndetshme	10
Gurë në veshka	11
Fëmijët	0.6
Media	2
Tension i Lartë	6
Sëmundje të zemrës	1

Një në gjashtë persona deklarojnë se njohin vlerat e rekomanduara ushqimore për sasinë e duhur ditore të konsumit të kripës për person, por pjesa më e madhe e tyre nuk e njohin këtë vlerë (42%) ose nuk e dinë fare (38%) se ka një vlerë të tillë të rekomanduar (Tabela 12).

Megjithëse 75 të intervistuar deklarojnë se i njohin këto vlera të rekomanduara pjesa më e madhe e tyre japin përgjigje të gabuar kur deklarojnë vlerën numerike, ndërkohë që vetëm 10 prej tyre japin vlerën e saktë prej jo më shumë se 5 gr kripë/person/ditë.

Tabela 12: Shpërndarja e të intervistuarve në bazë të njohurive që ata kanë mbi rekomandimet ushqimore për sasinë ditore të konsumit të kripës për person

Njohuritë mbi rekomandimet kripë.gr/person/ditë	Frekuenca në numër	Frekuenca në përqindje	Frekuenca e vlefshme	Frekuenca kumulative
Po	75	15.9	15.9	15.9
Jo	197	41.8	41.8	57.7
Nuk e di	177	37.6	37.6	95.3
Pa përgjigje	22	4.7	4.7	100.0
Total	471	100.0	100.0	

Lidhur me pyetjen nëse: “jeni të vëmendshëm ndaj udhëzimeve që jepen në ambalazhin ushqimor si “nuk është shtuar kripë”, “përmban kripë në

sasi të ulët”, “light” ose “pa yndyra trans (të dëmshme për shëndetin)”, shpërndarja e përgjigjeve jepet në Tabelën 13.

Tabela 13. A jeni të vëmendshëm ndaj udhëzimeve që jepen në ambalazhin ushqimor?

Asnjëherë	Rrallëherë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	Nuk e di
7.9	19.5	34.0	23.6	11.5	3.6

Një në pesë persona lexon rregullisht etiketën ushqimore të produktit që blen, një në tre e bëjnë këtë veprim shpesh, 47% e tyre e bëjnë rrallë ose ndonjëherë (Tabela 14).

Tabela 14. Sa shpeshi lexoni etiketat ushqimore të ambalazheve ushqimore?

Asnjëherë	Rrallëherë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë	Nuk e di
2.3	18.0	28.7	30.8	19.5	0.6

Lidhur me përmbajtjen e etiketës ushqimore ata deklarojnë se ju intereson më shumë sasia e “kripës dhe natriumit” në 45% të rasteve, sasia e kripës në 21% të rasteve dhe vetëm 4% ju intereson përmbajtja e *natriumit*. Një në pesë persona nuk e dinë cila do të kishte më interes *kripa apo natriumi* (Tabela 15).

Tabela 15. Çfarë është më e rëndësishme për ju tek përmbajtja e etiketës nutricionale

Kripa	Natriumi	Kripa dhe natriumi	Nuk e di	Pa përgjigje
20.6	4.0	44.6	20.0	10.8

Por edhe mes atyre që bëjnë një zgjedhje shumica prej tyre (60%), nuk janë në gjendje të japin një arsye përse preferojnë një formë të elementit kundrejt tjetrës. Megjithatë 85% e të intervistuarve do të dëshironin që në etiketat ushqimore sasia e kripës/natriumit të përshkruhej: *sasi e lartë/mesatare/apo e e ulët*; 86% e tyre do ta donin edhe vlerën përkatëse të sasisë në gram apo miligram të kripës/natriumit që përmban produkti. Ata mendojnë se është më praktike që përshkrimin mbi sasinë e kripës/natriumit në produktin ushqimor ta gjenin të shprehur për të gjithë produktin në 44% të rasteve; për porcion në 29% të rasteve; për 100 gr produkt në 20% të rasteve (Tabela 16).

Tabela 16. Si do ta dëshironit përshkrimin mbi sasinë e kripës/natriumit në produktin ushqimor

Për porcion	Për 100 gr	Për të gjithë produktin	Nuk e di	Pa përgjigje
28.7	20.2	43.5	6.2	1.5

Përfundime

- Pothuajse 85% e pjesëmarrësve e konsiderojnë një dietë të pasur në kripë si shkaktarin e kushteve të pafavorshme shëndetësore apo problemeve serioze të shëndetit.
- Rreth 22% e të intervistuarve shtojnë shpesh ose gjithmonë kripë në ushqimet që ndodhen në tavolinë.
- Vetëm 35% e mësuesve pohojnë se njohin përmbajtjen në kripë të ushqimeve që konsumojnë.
- Vetëm 10 pjesëmarrës (2 përqind) prej tyre japin vlerën e saktë të rekomandimeve të marrjeve ditore prej jo më shumë se 5 gr kripë/person/ ditë.
- 21 përqind e mësuesve shprehen se konsumojnë pak kripë.
- 61 përqind e mësuesve mendojnë se konsumojnë sasi normale kripë.
- Të intervistuarit kishin njohuri shumë të kufizuara mbi problemet shëndetësore të lidhur me konsumin e lartë të kripës si për atakun kardiak, goditjen cerebrale, kancerin e stomakut.
- Pakësimi i sasisë së kripës/natriumit është i rëndësishëm për 56.5% të mësuesve
- 73% përpiqen të minimizojnë marrjet e natriumit dhe kripës.
- Dëmtimet shëndetësore janë aryeja kryesore (66% e rasteve) që do të nxiste të intervistuarit që të kontrollonin sasinë e kripës që konsumojnë, dhe shumë më pak (10%) motivohen nga nevoja për një jetë të shëndetshme. (Tabela 10)
- Rreth gjysma lexon rregullisht ose shpesh etiketën ushqimore të produktit që blen.
- Një në pesë persona nuk e dinë cila do të kishte me interes përmbajtja në *kripë apo në natrium* lidhur me etiketimin e produkteve ushqimore.
- Rreth 50% e pjesëmarrësve pohojnë se në etiketat e ushqimeve dhe pijeve nuk ka

mjaftueshëm informacione nutricional (përmbajtja në lëndë ushqimore dhe kalori)

- Nën këndvështrimin e backgroundit të pjesëmarrësve në studim, duke qenë se ata janë mësues të lëndës së biologjisë merret e mirëqenë, që niveli i njohurive të tyre për vetë lëndën të cilën ata trajtojnë në shkollë të jetë më i lartë se i popullatës së përgjithshme, rrjedhimisht nëse studimi do të kryhej në popullatën e përgjithshme ishte e pritshme që të dhënat të ishin më pak optimiste.

Rekomandime

- Nevojiten përpjekje shtesë për të rritur njohuritë e konsumatorëve kryesisht në lidhje me ekzistencën e një kufiri maksimal të marrjeve në kripë apo natrium, dhe për të përmirësuar kapacitetin e tyre për të monitoruar dhe zvogëluar konsumin e kripës.
- Të sigurohet rritja e vazhdueshme e tregtimit të produkteve ushqimore të pajisura me etiketën nutricionalë të produkteve që tregtohen në tregun shqiptar.
- Të rritet ndërgjegjësimi i konsumatorit lidhur me leximin dhe kuptimin e etiketës nutricionalë të ushqimeve.
- Shifrat e konsumatorëve të ndërgjegjshëm për nevojën e reduktimit të kripës ose e konsumatorëve që përpiqen të minimizojnë marrjet e natriumit dhe kripës janë gjetje pozitive dhe që duhet të përforcohet.
- Është me vlerë organizmi i fushatave të informimit dhe e edukimit të publikut në përgjithësi mbi efektet shëndetësore të konsumit të tepërt të kripës në organizëm, dhe përfitimet e një diete me përmbajtje të moderuar të kripës.
- Është i nevojshëm promovimi i mënyrës së shëndetshme të sjelljes së konsumatorit në treg lidhur me përzgjedhjen e ushqimeve me nivele të njohura dhe të ulëta të përmbajtjes me kripë ose natrium, si dhe të shmangies së

përdorimit të kripores në tryezën e ngrënies gjatë konsumit të vakteve.

· Si përçues të njohurive të tyre tek fëmijët dhe adoleshentët, duhet të konsiderohet prioritet hartimi dhe zbatimi i një pakete

trajnuese për këta mësues, pasi edukimi i zakoneve të shëndetshme ushqyese qysh në fëmijëri garanton një brez të rriturish të shëndetshëm në të ardhmen dhe anasjelltas.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Trupi i njeriut kërkon natrium për të rregulluar lëngjet e trupit dhe për të ruajtur funksionet kritike. Marrja e kripës në nivele më të mëdha se optimalet, të presionit të gjakut, kurse marrja e tepruar lidhet me rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Kripa duhet të jetë e jodizuar.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ky raport ofron të dhëna të përditësuara lidhur me konsumin e kripës në vendin tonë nëpërmjet intervistimit të një grupi mësuesish, të cilët duhet të jenë në pararojë të njohurive lidhur me konsumin e kripës duke qënë se janë modele për nxënësit dhe kanë ndikim në sjelljet e shëndetëshme të këtyre të fundit.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Nevojiten përpjekje shtesë për të rritur njohuritë e konsumatorëve kryesisht në lidhje me ekzistencën e një kufiri maksimal të marrjeve në kripë apo natrium, dhe për të përmirësuar kapacitetin e tyre për të monitoruar dhe zvogëluar konsumin e kripës. Duhet organizuar fushata të informimit dhe edukimit të publikut mbi efektet shëndetësore të kripës së tepërt dhe promovimi i mënyrës së shëndetëshme të sjelljes në lidhje me përzgjedhjen e ushqimeve me nivelin adekuat të kripës.

Monitorimi i sterilitetit dhe vlerësimi bakterial në 5 qendrat e hemodializës

Zahide Sulejmani¹, Silva Bino¹, Adela Vasili¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Kontrollit të Sëmundjeve Infektive,
Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Hemodializa kryhet duke lejuar gjakun të kalojë jashtë trupit ndërmjet trupave të veçantë, pastrohet, dhe po kështu kthehet përsëri në trup nëpërmjet tubave të tjerë. Për procesin e hemodializës janë të rëndësishme: dializa, aparati për hemodializë, zgjidhje për hemodializë, pajisje (gjilpëra dhe tuba). Zgjidhja e dializës është zgjidhja elektrolitike e ngjashme me plazmën, pa proteina. Ajo ruan balancin e elektroliteve dhe ndihmon në procesin e pastrimit të gjakut. Pajisja e dializës është një aparat i cili përmban pompa të cilat kryejnë pompimin e gjakut. Shumica e pacientëve shkojnë në dializë 3 herë në javë, dhe procesi zgjat mesatarisht 4 orë. Qëllimi i këtij studimi është njohja me procesin e kryerjes së dializës me aparaturat moderne të saj, mënyrat dhe procedurat e vendosjes së katetereve venozë dhe periferikë për të bërë të mundur uljen e përhapjes së rrezikut për infeksione. Sipas invstigimeve në 5 qendrat e Hemodializave janë në total 283 pacientë që marrin dializë, nga ku 62 pacientë janë të diagnostikuar me Hepatit C, 5 pacientë janë diagnostikuar me Hepatit B dhe 3 janë me Hepatit B&C. Sipas rezultateve të nxjerra nuk rezultoi asnjë ngarkesë mikrobiale në këto qendra të dializës pasi respektonin të gjitha rregullat e parandalimit të infeksioneve si dhe përcaktimi i standardeve të kujdesit infermieror për pacientët që trajtohen me dializë.

Fjalët kyçe: Dializa, elektrolite, hemodializa, steriliteti, Shqipëri

Hyrje

Dr. Willem Kolff, është një mjek hollandez, që punoi për të ndërtuar dializuesin e parë në 1943 gjatë pushtimit nazist të Holandës. Për shkak të mungesës së burimeve në dispozicion, Kolff ju desh të improvizojë dhe të ndërtojë një makinë fillestare duke përdorur lëkurat, kanaçe pijesh, një makinë larëse dhe sende të tjera të ndryshme të cilat ishin në dispozicion në atë kohë. Gjatë viteve në vijim Dr. Kolff trajtoi 16 pacientë të cilët vuanin nga mos-funksionimi akut i veshkave duke përdorur makinën e tij por rezultatet ishin jo të suksesshme.

Pastaj në 1945 një grua 67 vjeçare në koma uremike rifitoi ndërgjegjësimin pas 11 orësh të

hemodializë me dializues.

Kur dializatet me efikasitet dhe fistula AV me fluks të lartë të gjakut u vunë në dispozicion, u bë e mundur që të reduktohej kohëzgjatja e dializës dhe dializa e shkurtër (4h-3 herë në jave ose 3 orë cdo 2 ditë) u bë strategjia standarde e dializës.

Në vendin tonë ofrohet shërbimi i dializës ofrohet në 5 qendra të licensuara, përvec Tiranës (Figura 1). Dializa fillonte në orën 9 të mëngjesit, për turnin e parë. Pasi mbaronin pacientët dializën në makinetat përkatëse kryhej dezinfektimi i aparatit të dializës në mënyrë automatike me acid nitrik 50% për 40 minuta.

Figura 1. Momente nga procesi i dializës



Procesin e dezinfektimit dhe të mbikqyrjes së aparatit e kryente tekniku përkatës i cili ishte në investigim të herë pas hershëm të aparteve të dializës. Pasi mbaronte dezinfektimi automatik nën dializë vendosej pacienti i radhës, i cili ishte lajmëruar paraprakisht për orarin e futjes së tyre në aparat. Të gjithë pacientët e hemodializuar janë të regjistruar në sistem dhe

e kanë të përcaktuar datën, orën, ditën dhe makinën përkatëse të dializës.

Qëllimi këtij studimi ishte monitorimi, hetimi dhe vlerësimi i sterilitetit dhe ngarkesës bakteriale në qendrat e hemodializës në vendin tonë. Qëllimi i monitorimit dhe investigimit është parandalimi dhe minimizimi i përhapjes së infeksioneve nga një pacient në tjetrin nëpërmjet

aparaturave hemodializuese dhe teknikës së fillimit të hemodializës tek të sëmurët. Gjithashtu synimi ishte edhe vlerësimi i mënyrës së kryerjes së procedurave hemodializuese nga punonjësit e kujdesit shëndetësor.

Materiali dhe metodat

Ekipi ynë monitoroi kryerjen e ekzaminimeve mikrobiologjike të ngarkesës bakteriale në 5 qendrat e Hemodializës, ku kompania koncesionare DiaVita operon nëpërmjet partneritetit publik-privat. Monitorimi i shkallës së infeksionit, procedurat e vendosjes së katetereve venozë dhe periferikë është hapi fillestar që duhet ndjekur për të identifikuar problemet lokale dhe prioritetet për të vlerësuar masat e ndërmarra për parandalim.

Janë analizuar, monitoruar dhe investiguar të 5 qendrat kryesore të Hemodializës, duke marrë të gjithë komponentët bazë të cilët lidhen me sterilitetin dhe ngarkesën bakteriale në këto ambiente.

Ekzaminimet janë marrë në ambientet spitalore të Hemodializës në rrethet Lezhë, Shkodër, Vlorë, Elbasan, dhe Korçë. U krye investigimi i sallave të hemodializës, sa shtretër ishin në një dhomë, si ishin të ndara makinetat e të sëmurëve që kryenin dializë me Hepatit B, me Hepatit C, dhe të sëmurët e tjerë që kryenin dializë për shkak të mos-funksionimit të veshkave.

Janë marrë mostrat për ngarkesën mikrobiale të të gjitha seteve kirurgjikale që përdoren për të kryer Dializën, për matjen e ndotjes së ambienteve dhe llojet e dezinfektantëve që përdoren në këto qendra të dializës.

Mbledhja e të dhënave

Për të marrë informacion të nevojshëm dhe për të bërë të mundur identifikimin e llojeve të ndryshme të mikroorganizmave patogjene në ambientet e Hemodializave u bë inspektimi, investigimi, survejimi i të gjitha rregullave

higjeno-sanitare, zbatimi i të gjitha protokolleve klinike të përhapjes së infeksionit spitalor, procedurat e hollimit, ekspozimit të llojeve të solucioneve dezinfektante që të tëra qendrat e hemodializës i kishin disponibël. Në bazë të të gjitha këtyre më lart janë marrë një gamë e madhe e ekzaminimeve për të bërë të mundur identifikimin e mikroorganizmave patogjene prezent në ambientet e Dializave.

Marrja e mostrave

Mostrimi i drejtë i materialit për analizë mikrobiologjike është hapi më i rëndësishëm në diagnozën e saktë të një infeksioni

Diagnostika mikrobiologjike përfshin:

Marrjen e mostrës, Transportin e mostrës, Përpunimin e mostrës me veçimin e shkaktarit të infeksionit, Identifikimin e tij si dhe përcaktimin e ndjeshmërisë ndaj anti-mikrobikëve, Raportimin dhe interpretimin e rezultatit të ekzaminimit mikrobiologjik. Mostrimi duhet bërë me mjete sterile dhe nën masa rigorozë të asepsis. Ky rregull është i rëndësishëm për t'u mbrojtur si personeli që punon në ambientet e dializës, ashtu edhe pacienti që po kryen procesin e dializës. Mostra duhet të merret me pajisje përkatëse sterile dhe pa gjurmë të dezinfektantëve. Preferohet që ato të jenë me një përdorim.

Shënimi. Të gjitha mostrat duhet të shoqërohen me fletëpërcjellësen përkatëse. Në të duhet shënuar qartë të gjitha të dhënat: vendi ku është marrë ekzaminimi, ajër, sipërfaqe, orendi, solucion dezinfektant, materjale sterile, kateter periferik, kateter venoz, kanjula, numri i protokollit, koha e mostrimit, përshkrimi i saktë i llojit të mostrës dhe vendit ku është marrë, reaktordin e numrit të ekzaminimit (në pjatë Rodak, ose tub bujon) me numrin e protokollit të regjistrit, ku do bëhen edhe leximi dhe interpretimi i llojit të analizës.

Rezultatet

Të gjitha ekzaminimet e marra dhe të përpu nuara në laborator janë të ndara sipas qendrave të dializave të cilat po i detajojmë më poshtë.

Në hemodializën e **Lezhës** janë 4 dhoma, të cilat janë të ndara dhe të specifikuara, ku ato me Hepatit ishin të vendosur në një dhomë më vete. Numri total i te hemodializuarve është 44. Ne morëm disa ekzaminime për të parë ngarkesën

mikrobiale të ambjenteve ku bëhej dializa dhe për të investiguar çfarë lloje solucionesh dezinfektante ato përdornin.

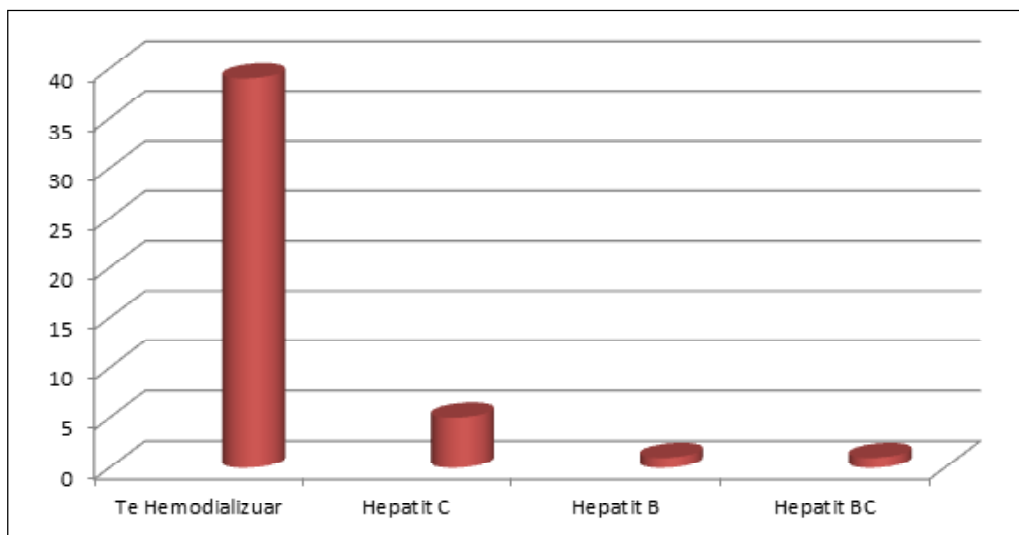
1. Hemodializa Lezhë

Në Tabelën 1 paraqiten rezultatet e ekzaminimeve të elementëve të ndryshëm të salës së hemodializës në qendrën e hemodializës në Lezhë.

Tabela 1. Ekzaminimet në ambientet e hemodializës në Lezhë

1. Shtrati i të semurit i dezinfektuar	neg
2. Bendë sterile	sterile
3. Ajri në sallën Nr. 1	4 koloni
4. Lavaman	steril
5. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	setril
6. Ajri në sallën Nr. 2	5 koloni
7. Tavolina e manipulimit	neg
8. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
9. Dysheme	neg
10. Krahët e shtratit të pacientit	neg
11. Lavaman	neg
12. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
13. Siperfaqe e aparatit nga jashtë	neg
14. Dysheme	

Grafiku 1. Shpërndarja e të hemodializuarve në rrethin e Lezhës



2. Hemodializa Elbasan

Në hemodializën e **Elbasanit** janë 4 dhoma, të cilat janë të ndara dhe të specifikuara, ku pacientët me Hepatit ishin të vendosur në një dhomë të veçantë.

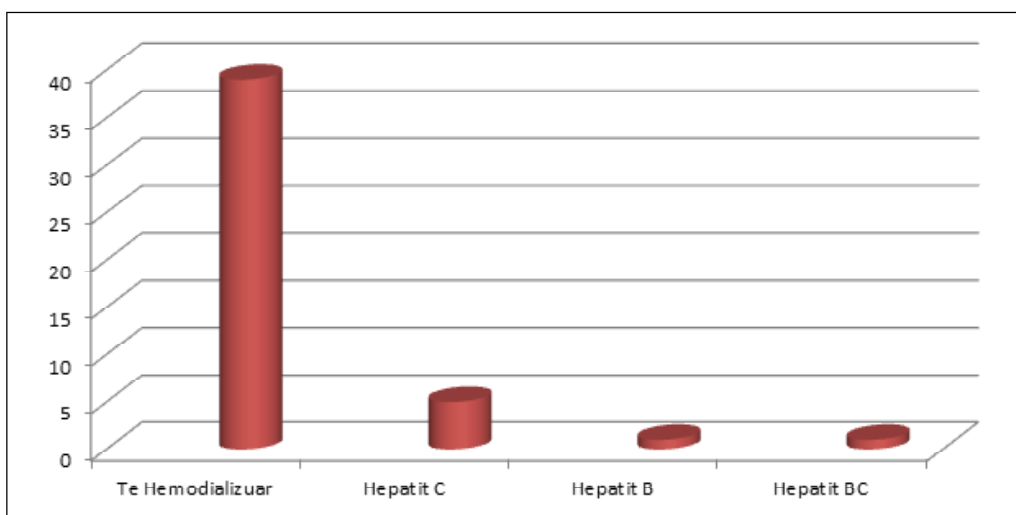
Numri total i pacientëve të hemodializuar është 92, ku 17 pacientë janë me Hepatit C, 4 pacientë janë me Hepatit B dhe 2 pacientë janë

me Hepatit B&C. Në mënyrë më të detajuar disa ekzaminime për të parë ngarkesën mikrobiale të ambienteve ku bëhet dializa dhe për të investiguar çfarë lloje substancash dezinfektante ato përdornin. Në Tabelën 2 paraqiten rezultatet e ekzaminimeve të elementëve të ndryshëm të salës së hemodializës në qendrën e hemodializës në Lezhë.

Tabela 2. Ekzaminimet në ambientet e hemodializës në Elbasan

1. Ajri në sallën Nr. 1	4 koloni
2. Ajri në sallën Nr. 2	5 koloni
3. Tavolina e manipulimit	neg
4. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
5. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
6. Bendë sterile	sterile
7. Pjatë ku mbahen injeksionet	neg
8. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
9. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
10. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
11. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
12. Krahët e shtratit operator	neg
13. Dysheme	neg
1. Dysheme	neg

Grafiku 2. Shpërndarja e të hemodializuarve në rrethin e Shkodrës



3. Hemodializa Korçë

Në hemodializën e **Korçës** janë 2 dhoma , të cilat janë të ndara dhe të specifikuar, ku ato me Hepatit ishin të vendosura në një dhomë të vecantë. Nurmi total i të hemodializuarve është 72, ku 19 pacientë janë me Hepatit C. Ne morëm disa ekzaminime për të parë ngarkesën

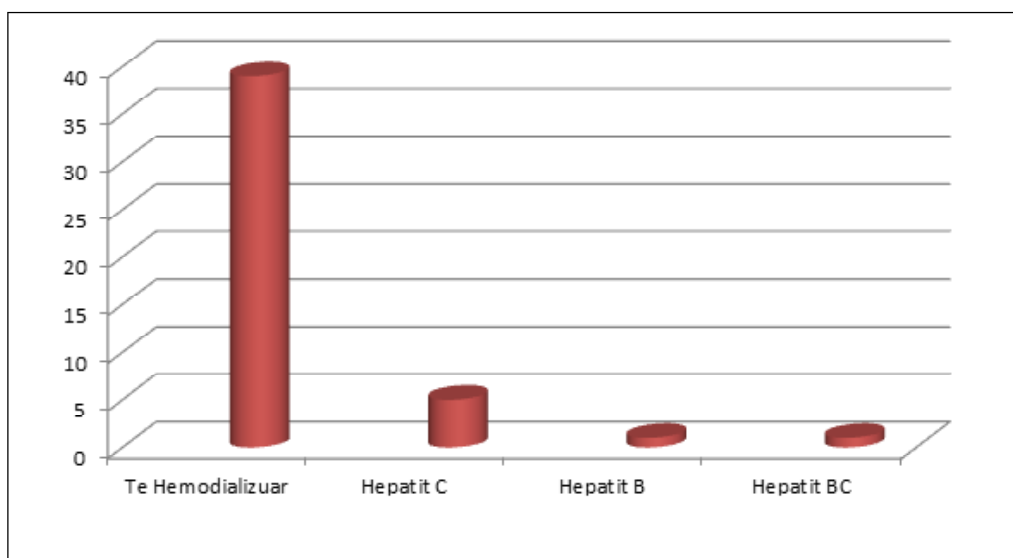
mikrobiale të ambjentëve ku bëhet dializa dhe për të investiguar çfarë lloje solucionesh dezinfektante ato përdornin.

Në Tabelën 3 paraqiten rezultatet e ekzaminimeve të elementëve të ndryshëm të salës së hemodializës në qendrën e hemodializës në Korçë.

Tabela 3. Ekzaminimet në ambjentet e hemodializës në Korçë

1. Ajri në sallën Nr. 1	4 koloni
2. Ajri në sallën Nr. 2	5 koloni
3. Tavolina e manipulimit	neg
4. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
5. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
6. Parvaz dritare	sterile
7. Tavoline injeksioni	neg
8. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
9. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	setril
10. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
11. Tavolinë manipulimi	neg
12. Krahët e shtratit të pacientit	neg
13. Dysheme	neg
14 Dysheme	

Grafiku 3. Shpërndarja e të hemodializuarve në rrethin e Korçës



4. Hemodializa Shkodër

Në hemodializën e **Shkodrës** janë 2 dhoma, te cilat janë të ndara dhe të specifikuara, ku pacientët me Hepatit ishin të vendosur në një dhomë më vete. Numri total i të hemodializuarve është 36, ku 5 pacientë janë me Hepatit C.

Ne morëm disa ekzaminime për të parë

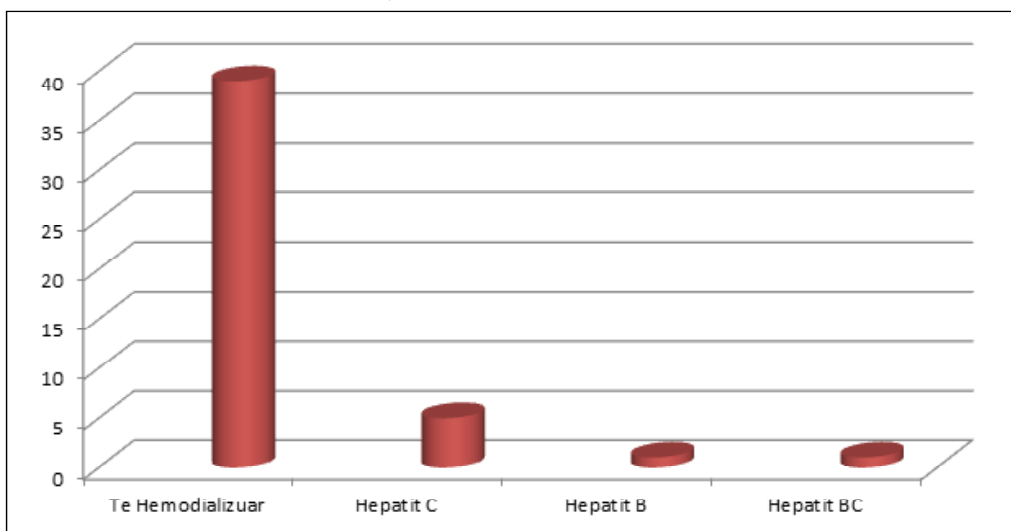
ngarkesën mikrobiale të ambienteve ku bëhej dializa dhe për të investiguar çfarë lloje solucionesh dezinfektante ato përdornin.

Në Tabelën 4 paraqiten rezultatet e ekzaminimeve të elementëve të ndryshëm të salës së hemodializës në qendrën e hemodializës në Shkodër.

Tabela 4. Ekzaminimet në ambientet e hemodializës në Shkodër

1. Ajri në sallën Nr. 1	4 koloni
2. Ajri në sallën Nr. 2	5 koloni
3. Tavolina e manipulimit	neg
4. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
5. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
6. Bendë sterile	sterile
7. Lavaman	neg
8. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
9. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	setril
10. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
11. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
12. Krahët e shtratit operator	neg
13. Dysheme	neg
14. Dysheme	neg

Grafiku 4. Shpërndarja e të hemodializuarve në rrethin e Shkodrës



5. Hemodializa Vlorë

Në hemodializën e Vlorës janë 2 dhoma, te cilat janë të ndara dhe të specifikuara, ku pacientët me Hepatit ishin të vendosur në një dhomë më vete. Numri total i të hemodializuarve është 39, ku 5 pacientë janë me Hepatit C, 3 pacientë janë me Hepatit B dhe 1 pacient është me Hepatit BC. Ne morëm disa

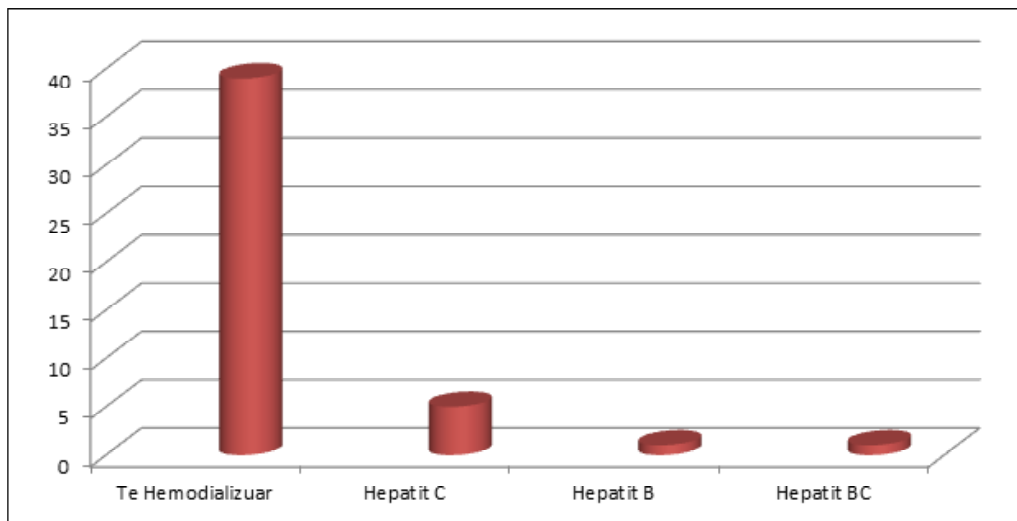
ekzaminime për të parë ngarkesën mikrobiale të ambjenteve ku bëhej dializa dhe për të investiguar çfarë lloje solucionesh dezinfektante ato përdornin.

Në Tabelën 5 paraqiten rezultatet e ekzaminimeve të elementëve të ndryshëm të salës së hemodializës në qendrën e hemodializës në Vlorë.

Tabela 5. Ekzaminimet në ambientet e hemodializës në Vlorë

1. Ajri në sallën Nr 1	4 koloni
2. Ajri në sallën Nr 2	5 koloni
3. Tavalina e manipulimit	neg
4. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
5. Shtrati i të sëmurit i dezinfektuar	neg
6. Bendë sterile	sterile
7. Lavaman	neg
8. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
9. Qarku i tubit të nxjerrë nga qesja	steril
10. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
11. Sipërfaqe e aparatit nga jashtë	neg
12. Krahët e shtratit operator	neg
13. Dysheme	neg
14. Dysheme	neg

Grafiku 5. Shpërndarja e të hemodializuarve në rrethin e Vlorës



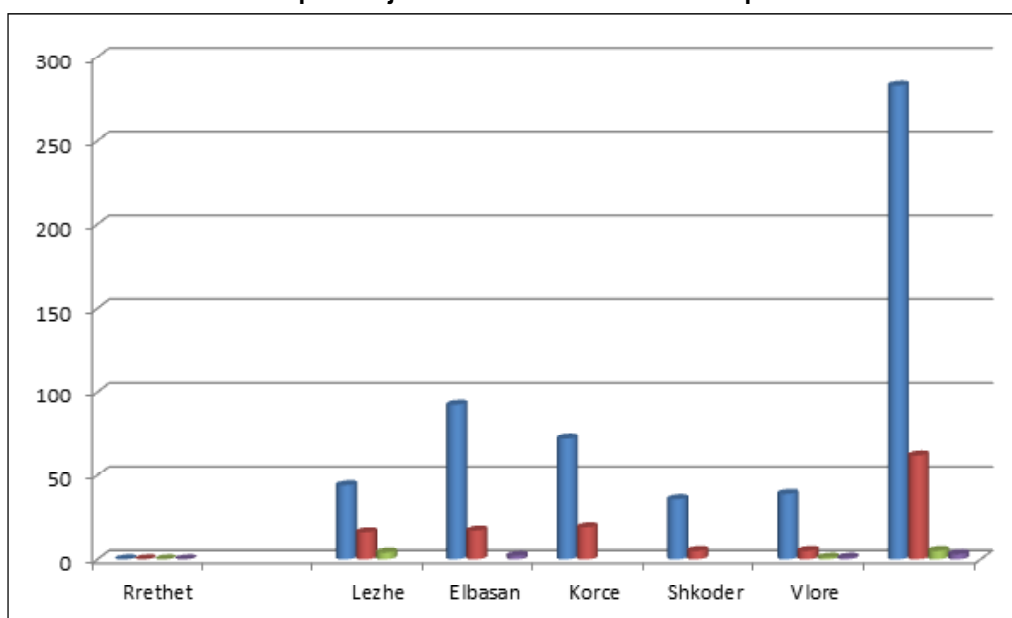
Sipas investigimeve në 5 qendrat e Hemodializës janë në total 283 pacientë që marrin Dializë, nga ku 62 pacientë janë të diagnosti-

kuar me Hepatit C, 5 pacientë janë diagnostikuar me Hepatit B dhe 3 pacientë janë me Hepatit B&C (Tabela 6).

Tabela 6. Numri i pacientëve të hemodializuar sipas rretheve

Nr.	Rrethet	Te Hemodializuar	Hepatit C	Hepatit B	Hepatit BC
1	Lezhë	44	16	4	
2	Elbasan	92	17		2
3	Korcë	72	19		
4	Shkodër	36	5		
5	Vlorë	39	5	1	1
	Totali	283	62	5	3

Grafiku 6. Shpërndarja totale e të hemodializuarve sipas rretheve



Siç shihet nga e gjithë gama e ekzaminimeve mikrobiologjike nuk është konstatuar ngarkesë mikrobiale në ambientet e të tre sallave operatore, pasi shihet dukshëm që është zbatuar me përpikmëri protokollin për parandalimin e kontrolleve të infeksioneve spitalore. Në të gjitha qendrat e dializës nuk u konstatua asnjë ngarkesë mikrobike:

- Të gjitha proceset e pastrimit të dezinfektimit si të ambienteve dhe të aparaturave kryheshin konform rregullave dhe protokolleve klinike.

- I gjithë personeli shëndetësor në ambientet e Hemodializës manipulonin me doreza.

- Të gjitha mbetjet spitalore ishin të mirëpërcaktuara dhe të ndara sipas rregullave përkatëse.

- Kompletin e panelit të hemodializës hapëj në moment.

- Raportimi i të hemodializuarve raportohet në fund të ditës, direkt në sistem.

- Solucioni dezinfektant që ato përdornin ishte *Sekusept*.

Ekipi ynë asistoi në vënien e një pacienti të fistulës arterio-venoze, ku u konstatua një proces dhe metodologji përkatëse korrekte dhe efektive tek pacienti, si vijon:

- Si fillim u krye pastrimi me sapun dhe ujë;

- Higjenizimi i duarve të personelit
- Vendosja e dorezave;
- Dezinfektim të lëkurës së pacientit derisa ajo është e thatë;
- Nuk e preku fare pjesën e dezinfektuar të pacientit;
- Vendosi gjilperën antiseptike;
- U krye lidhja me venat e gjakut, perfekt;
- Hoqi dorezat;
- Kreu higjenizimin e duarve.

Po të njëjtën procedurë ndoqëm edhe për dekontaminim e sistemit të perfuzioneve të cilat kryheshin sipas rregullave të Protokollit Klinik për Parandalimin e Infeksioneve Spitalore.

dializës nuk u konstatua asnjë lloj izolimi dhe identifikimi të patogjeneve, gjë që tregon për një zbatim me përpikmeri të Protokollit Klinik për Parandalimin e Infeksioneve Spitalore.

- I gjithë stafi mjekësor i Hemodializave kishin uniformën dhe përdorimin e PPE-ve.
- Dezinfektantët ishin prezent dhe një përdorim korrekt të efikasitetit dhe përqëndrimit.
- U pyetën edhe pacientët për shërbimin shëndetësor që merrnin në kohën e bërjes së dializës dhe të gjithë ishin shumë të kënaqur.
- Të gjitha qendra e hemodializës kishin perfekt ndarjen e dhomave të hepatiteve dhe makinetat përkatëse.

Përfundime

- Sipas investigimit dhe kryerjes së ekzaminimeve në të gjitha ambjentet e Hemo-

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Hemodializa është një procedurë e cila kryhet duke lejuar gjakun të kalojë jashtë trupit ndërmjet trupave të veçantë, pastrohet, dhe po kështu kthehet përsëri në trup nëpërmjet tubave të tjerë. Për procesin e hemodializës janë të rëndësishme: Dializa, aparat për hemodializë, zgjidhje për hemodializë, pajisje (gjilpëra dhe tuba).

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Procesi i kryerjes së Dializës, procedurat që ndiqen gjatë procesit të saj si dhe hapat e kontrollit të infeksioneve në ambjentet e qendrave të Dializës të integruar në spitale dhe institucione të tjera shëndetësore bëhen për të siguruar mirëqenien e pacientit, personelit dhe personave të tjerë që janë të lidhur me mjedisin shëndetësor. Procedurat dhe produktet e llojeve të solucionave dizinfektuese të përdorura në ambjentet e dializës dhe mënyra e përdorimit të tyre sipas kriterëve të rekomanduara nga OBSH bëjnë të mundur uljen e përhapjes së infeksioneve sidomos për Hepatitin C.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Protokollet dhe procedurat e bërjes së Dializës duhet të bazohen në politikat dhe procedurat diagnostiko-terapeutike, në masat e parandalimit, të zbatohet me rigorozitet Protokollin e Parandalimit të Infeksioneve të Kujdesit Shëndetësor në ambjentet e Dializës dhe të zbatohen procedurat e larjes dhe të dezinfektimit.

Bibliografia

Bonomini, V. et al. (1985). Benefits of early initiation of dialysis. *Kidney International* 17 (Suppl.), S57–S60.

Buoncristiani, U. (1998). Fifteen years of clinical experience with daily haemodialysis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 13 (Suppl. 6), 148–151.

**NJOFTIME PËR POLITIKAT
SHËNDETËSORE**

Kripa dhe efektet në shëndet

Jolanda Hyska¹

¹ Departamenti Shëndeti dhe Mjedisi, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Trupi i njeriut kërkon natrium për të rregulluar lëngjet e trupit dhe për të ruajtur funksionet kritike. Me zhvillimin e përpunimit industrial të ushqimit në këto dy shekujt e fundit, kripa është bërë një shtesë e përdorur pothuajse kudo në ushqim edhe për qëllime funksionale shtesë, p.sh. në konsistencën dhe paraqitjen e ushqimeve. Konsumi tani është aq i madh dhe i qëndrueshëm sa që kripa e tavolinës është duke u përdorur si mjet për fortifikim me mikronutrientë; p.sh. shtimi i jodit për të parandaluar çrregullimet nga mangësia e jodit. Në ekonomitë me të ardhura të larta, kripa është përqendruar në veçanti në produktet ushqimore e prodhuara komercialisht. Niveli i marrjeve të kripës së rekomanduar ndërkombëtarisht është më pak se 5 g/person/ditë. Marrja e kripës në sasi të tilla që tejkalojnë nivelet biologjikisht adekuate ka një marrëdhënie të drejtpërdrejtë shkakësore me rritjen e presionit të gjakut. Rritja e presionit të gjakut shkak kryesor i paaftësisë dhe është risku kryesor për vdekje të parakohshme në botë nëpërmjet rritjes së rrezikut për sëmundje të zemrës dhe goditje cerebrale. Konsumi i lartë i kripës shkakton gjithashtu gurë në veshka dhe ka një bazë të fortë patofiziologjike dhe shoqërimi me osteoporozën, rritjen e ashpërsisë astmës, dhe obezitetin. Strategjitë për uljen e konsumit të kripës kanë shmangur rreth 9 milionë vdekje të parakohshme në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Organizata Botërore e Shëndetësisë është e angazhuar të ulë konsumin e kripës në nivelet e rekomanduara, por për këtë duhet angazhim nga të gjitha shtetet, dhe sidomos nga industria ushqimore dhe publiku në tërësi.

Hyrje

Konsumi dhe mbikonsumi e kripës

Trupi i njeriut kërkon natrium për të rregulluar lëngjet e trupit dhe për të ruajtur funksionet kritike. Gjatë mijëra viteve të evolucionit të njeriut, sasia e vogël e natriumit që gjendet natyrshëm në ushqime është fiziologjikisht e mjaftueshme që trupi të zhvillojë mekanizmat për mbajtjen dhe ruajtjen e tij.

Ka rreth 5000 vjet që kripa është shtuar për herë të parë për ushqim, për të ruajtur atë dhe për mirësuar shijen, duke u bërë kështu burimi kryesor i natriumit në dietë. Por ndërsa kripa ishte fillimisht një mall i çmuar me rëndësi kulturore dhe madje edhe fetare dhe kështu përdorej me kujdes, rritja e minierave dhe lehtësia e transportit gjatë shekujve e bëri atë gradualisht më të kapshme dhe më pak të shtrenjtë.

Me zhvillimin e përpunimit industrial të ushqimit në këto dy shekujt e fundit, kripa është bërë një shtesë e përdorur pothuajse kudo në ushqim edhe për qëllime funksionale shtesë, p.sh. në konsistencën dhe paraqitjen e ushqimeve.

Konsumi tani është aq i madh dhe i qëndrueshëm sa që kripa e tavolinës është duke u përdorur si mjet për fortifikim me mikro-nutrientë; p.sh. shtimi i jodit për të parandaluar çrregullimet nga mangësia e jodit. Sot në dietat moderne, natriumi natyral gjendet në ushqime të papërpunuara më pak se 12% të gjithë marrjeve të natriumit, bilanci i marrjeve të natriumit sot i atribuohet kripës së shtuar. Në ekonomitë me të ardhura të larta, kripa është përqendruar në veçanti në produktet ushqimore e prodhuara komercialisht.

Niveli i marrjeve të kripës së rekomanduar ndërkombëtarisht është më pak se 5 g / person / ditë.

Nivelet aktuale të konsumit në mbarë botën (me pak përjashtime) janë shumë më të larta, provuar për herë të parë nga ana e Studimit INTERSALT (1985-1987) që përcaktoi nivelet e kraha-

sueshme të standardizuara të marrjeve të natriumit në 52 mostra të popullsisë së 32 vendeve në bazë të grumbullimit të urinës 24-orëshe.

Studimi pasues i INTERMAP 1996-99 në katër vende dha gjetje të ngjashme, dhe disa të dhëna të fundit të natriumit dietik dhe urinar nga studimet vëzhgimore dhe ndërhyrëse vazhdojnë të tregojnë konsum të tepërt të kripës.

Në Amerikë, vlerësimet e fundit të natriumit në dietë dhe në sekretimin urinar të tij konfirmojnë një nivel të lartë të marrjeve të kripës për frymë: Në Brazil 11 g kripë / ditë; Argentinë 12 g kripë / ditë; Kili në 9.8 g kripë / ditë; Shtetet e Bashkuara 8.7 g kripë / ditë; dhe Kanada 7.7 g / ditë.

Burimet e natriumit nga dieta ndryshojnë: në Shtetet e Bashkuara dhe Kanada, përkatësisht 75% dhe 77% e natriumit të konsumuar vjen nga ushqimet e përpunuara; në disa pjesë të Brazilit, 70% është atribut i kripës së shtuar në gatim ose në tryezë të familjes.

Konsumi i lartë i kripës është i pasigurt

Marrja e kripës në sasi të tilla që tejkalojnë nivelet biologjikisht adekuate ka një marrë-dhënie të drejtpërdrejtë dhe shkakësore me nivelet më të madhe se optimalet, të presionit të gjakut. Konsumi i tepërt i kripës rrit presionin e gjakut të foshnjave dhe fëmijëve, të rriturve normotensive dhe hipertensive dhe i atribuohet 30% të përhapjes së hipertensionit e gjendur në, një në katër individë të rritur në nivel botëror.

Rritja e presionit të gjakut edhe brenda kufijve normal është shkak kryesor i paaftësisë dhe është risku kryesor për vdekje të parakohshme në botë. Bazuar në presionin e gjakut të rritur dhe në promovimin e mundshëm të kancerit të stomakut, konsumi i lartë i kripës vlerësohet të jetë risku i shtatë kryesor për vdekje të parakohshme në Shtetet e Bashkuara. Konsumi i lartë i kripës shkakton gjithashtu gurë në

veshka dhe ka një bazë të fortë patofiziologjike dhe shoqërimi me osteoporozën, rritjen e ashpërsisë astmës, dhe obezitetin.

Prevalenca e presionit të lartë të gjakut pritet të rritet nga një kombinim i jetëgjatësisë së shtuar të njerëzve në përgjithësi dhe parandalimit në masë të madhe të paefektshëm deri më tani të rritjes së presionit të gjakut, duke e bërë gjendjen pothuajse të pashmangshme me avancimin e moshës.

Në vitin 2001, presioni jo-optimal i gjakut dhe sëmundjet e lidhura me të rezultojnë të marrin rreth 10% të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor global, konsideruar si një vlerësim konservator.

Ulja e sasive të marra të kripës është kosto-efektive dhe me kosto të shpëtuar

Uljen e presionit të gjakut duke reduktuar futjen e kripës edhe në sasi të vogël (15%) është vlerësuar se ka parandaluar në 10 vjet, 8.5 milionë vdekje të parakohshme në vendet me ekonomi të mesme dhe të ulëta, dhe mund të ulin kostot në vendet me të ardhura të larta. Tre vende kanë dëshmuar se pësuan ulje në shkallë të gjerë.

Iniciativat e mbështetura gjerësisht mund të zvogëlojnë marrjet e kripës së popullsisë së dy vendeve, të shoqëruara me përfitime shëndetësore:

- Në vitet 1955-1989 konsumi mesatar i kripës në Japoni ra nga 13.5g në 12.1 g në ditë duke rezultuar në një rënie graduale të presionit të gjakut dhe një rënie të dukshme të numrit të vdekjeve nga goditjet cerebrale (stroke).

- Finlanda ka zvogëluar nivelin e marrjes së kripës në popullatë me 25% gjatë dy dekadave duke filluar në vitet 1970 dhe në mënyrë të ngjashme ka vërejtur një ulje të theksuar të presionit të gjakut dhe vdekjeve nga stroku.

- Anglia ka ulur konsumin e kripës në popullatën e saj prej 9.5 g në vitin 2001, në 8.6 g në vitin 2008 .

Platforma e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) për reduktimin e kripës në dietë

OBSH-ja dhe Organizata e Kombeve të Bashkuara për Ushqimin dhe Bujqësinë (FAO) kanë lëshuar një raport të përbashkët në vitin 2003, në të cilin marrjet individuale të rekomanduara të kripës të jenë më pak se 5 g / ditë. Pastaj si pjesë e zbatimit të Strategjisë Globale të OBSH-së mbi “Ushqyerjen, aktivitetin fizik dhe shëndetin” (DPAS), OBSH-ja ka krijuar një strategji për reduktimin e kripës mes tre platformave të bazuara në:

1. Krijimin e një mjedisi të përshtatshëm me shkëmbim informacioni mes sektorit privat –OJQ-ve dhe popullatës lidhur me strategjinë e reduktimit të kripës;

2. Vlerësim dhe monitorim - lidhur me nivelet e kripës në popullatë (matur me natrium në urinë), vlerësim të njohurive, qëndrimeve, sjelljes së konsumatorit ndaj kripës në dietë dhe shëndetit, dhe identifikimin e burimeve dietike të natriumit në dietë.

3. Platforma 3, do të sjellë së bashku palët e interesuara në uljen e kripës në dietë dhe fortifikimin e kripës me jod, për të lehtësuar koordinimin e dy strategjive.

Dita botërore e zemrës: reduktimi kripës shpëton jetën!

Në Ditën Botërore të zemrës, OBSH-ja i bën thirrje vendeve që të marrin masa për përdorimin e tepruar të kripës, duke zbatuar reduktimin e natriumit sipas rekomandimeve të OBSH-së për të ulur numrin e njerëzve që përfetojnë sëmundje të zemrës dhe goditje në tru, dhe, nga ana tjetër, për të mbrojtur/shpëtuar jetën.

Targeti i synuar: reduktimi kripës me 30% deri në vitin 2025

Sëmundjet jo të transmetueshme, duke përfshirë sëmundjet e zemrës dhe goditje në tru, janë shkaqet kryesore të vdekjes së parakohshme në shekullin e 21-të. OBSH-ja është duke mbështetur qeveritë për të zbatuar “Planin e veprimit global për të reduktuar sëmundjet jongjitëse” që përbëhet nga nëntë objektiva globale, duke përfshirë edhe një për reduktimin në nivel global të marrjeve të kripës me 30% deri në vitin 2025.

Nëse objektivi për të reduktuar kripën në nivel global me 30% deri në vitin 2025 do të arrihet, miliona jetë do të mund të shpëtohen nga sëmundjet e zemrës, goditjet cerebrale dhe situata të tjera të lidhura me të.

Burimi kryesor i natriumit në dietën tonë është kripa. Ajo mund të vijë nga natriumi dhe klorur natriumi, dhe përdoret si një kondiment (shtesë) në shumë vende të botës. Në shumë shtete 80% e marrjes/konsumit të kripës vjen nga ushqimet e përpunuara të tilla si buka, djathi, salcat në shishe, sallami dhe ushqimet e gatshme.

Rritja e riskut për hipertension / presion të lartë gjaku, sëmundje të zemrës dhe goditje në tru

Konsumimi me shumicë i kripës mund të çojë në hipertension, ose tension të lartë të gjakut, dhe të rrisë riskun për sëmundje të zemrës dhe goditjeve në tru.

Njerëzit konsumojnë rreth 10 gram kripë në ditë. Kjo sasi është rreth dyfishi i nivelit të rekomanduar nga OBSH-ja (më pak se 5 gram ose një lugë çaji në ditë) e siguruar nga të gjitha burimet, përfshirë ushqimet e përpunuara, ushqimet e gatshme dhe ushqimet e përgatitura në shtëpi. OBSH-ja rekomandon që fëmijët e moshës 2 deri në 15 vjeç të konsumojnë edhe më pak kripë se sa kjo sasi e rekomanduar, në

përshtatje me kërkesat e tyre energjetike për rritje.

Kripa është e pranishme në pothuajse çdo ushqim që ne hamë, ose për shkak se nivelet e larta të kripës janë gjetur në ushqimet e përpunuara dhe të përgatitura, ose për shkak se ne e shtojmë kripën, kur e përgatisim ushqimin në shtëpi.

Reduktimi i konsumit të kripës është një nga mënyrat më efektive për vendet për të përmirësuar shëndetin e popullatës, prandaj nevojitet që industria ushqimore të punojë ngushtë me OBSH-në dhe qeveritë kombëtare për të rritur reduktimin gradual të kripës në produktet ushqimore.

Strategjitë për të reduktuar konsumin e kripës

Strategjitë e bazuara në evidencë të OBSH-së, për të reduktuar konsumin e kripës përfshijnë:

- Rregullore dhe politika për të siguruar që prodhuesit e ushqimit dhe tregtuesit të reduktojnë nivelet e kripës në produktet ushqimore dhe pijet;
- Marrëveshje me industrinë për të siguruar që prodhuesit dhe tregtuesit të prodhojnë ushqim të shëndetshëm (me kripë të ulët) të disponueshëm dhe të përballueshëm;
- Nxitjen e mjediseve të ushqyerjes së shëndetshme (që promovojnë reduktimin e kripës) në vende publike të tilla si shkolla, spitale, vendet e punës dhe institucionet publike;
- Sigurimin e etiketimit të qartë ushqimor në mënyrë që konsumatorët të mund të kuptojnë lehtë nivelin e kripës në produkte;
- Implementimin/zbatimin e rekomandimeve të OBSH-së mbi marketingun e ushqimeve dhe pijeve joalkoolike për fëmijët.
- Strategjitë për individët dhe familjet për reduktimin e konsumit të kripës përfshijnë:

- Leximin e etiketave ushqimore kur blejnë ushqime të përpunuara për të kontrolluar nivelet e kripës;
- Kur blejnë ushqim të përgatitur, të kërkojnë për produktet me nivelin më të ulët të përmbajtjes së kripës;
- Heqjen e kripores dhe salcave në shishen nga tavolina gjatë ngrënies;
- Të kufizojnë sasinë e kripës të shtuar në gatim me një vlerë të përgjithshme maksimale një e pesta e një luge çaji gjatë gjithë ditës;
- Kufizimin e konsumit të shpeshtë të produkteve me përmbajtje të lartë kripe;
- Orientimin e shijes së fëmijëve drejt një diete ushqimore kryesisht me ushqime të papërpunuara dhe që nuk u shtohet kripë. Rekomandohet që në vende ku ka mangësi/deficencë të jodit (ku bën pjesë edhe vendi ynë), të gjitha kripërat duhet të jenë të jodizuara. Gjithsesi konsumi në sasi të vogla i kripës së jodizuara në mënyrë të përshtatshme ofron përfitime të mëtejshme shëndetësore që lidhen me jodin, duke siguruar zhvillimin e duhur fizik dhe konjitiv të fëmijëve.

Bibliografia

Claro RM, Linders H, Ricardo CZ, Legetic B, Campbell NR. Consumer attitudes, knowledge, and behavior related to salt consumption in sentinel countries of the Americas.

Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom 2010.

Francesco P, Cappuccio, DSc, FRCP, Simon Capewell, DSc, FFPH. Facts, Issues, and Controversies in Salt Reduction for the Prevention of Cardiovascular Disease.

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health Report of a joint technical meeting. WHO.

WHO/PAHO Regional Expert Group for Cardiovascular Disease Prevention through Population-Wide Dietary Salt In September 2009.

Bullizmi në kopësht: identifikimi dhe parandalimi

Jonida Haxhiu¹, Entela Neziri¹, Aulona Zotaj¹, Andis Karagjozi¹

¹Departamenti Promocionit Shëndetësor, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Bullizmi është një fenomen që fillon qysh herët në jetën e qënieve njerëzore. Të dhënat shkencore sugjerojnë që bullizmi i ka rrënjët qysh në fëmijërinë e hershme, dhe studime të shumta e kanë evidentuar atë të ndodhë midis fëmijëve të kopshteve gjithashtu. Disa edukatore e prindër mund të dyshojnë ende në vërtetësinë e kësaj të dhëne, duke menduar se fëmijët e vegjël nuk janë në gjendje ta kuptojnë dhe shfaqin një sjellje të tillë. Bazuar në shumë studime të kohëve të fundit, nga shumë vende të botës, rezultojnë se fëmijët nuk ka nevojë “të kuptojnë” këtë sjellje që t’u shfaqin atë. Ata thjeshtë kanë nevojë të kuptojnë që kjo sjellje është shpërblyese. Në fëmijët e kopshteve hasen fëmijët agresorë (që ushtrojnë bullizmin), ata që janë viktimë pasive të bullizmit, fëmijët që janë viktimë agresive, fëmijë ndihmë të fëmijëve agresorë dhe fëmijët dëshmitarë të bullizmit. Pasojat e bullizmit në fëmijët e moshave të kopshtit përfshijnë simptomat psikosomatike (stres, dhimbje koke, frikë për të shkuar në kopësht dhe simptoma depresive) dhe refuzimin nga moshatarët (që mund të marrë forma dhe shkallë të ndryshme) i cili mund të ketë pasoja afatgjata gjatë jetës adulte. Për të luftuar bullizmin në këto grupmosha rekomandohet ndërhyrja lidhur me format e dukshme indirekte, të fshehura dhe ambigje të bullizmit të cilat gjithashtu ndodhin në kopësht; dallimin e simptomave ose treguesve të bullizmit, dëgjimin e fëmijës kur flet për ditë jo të mira në kopësht dhe për gjërat e mira dhe të këqija që ndodhin në kopësht, të mësohen fëmijët që të thonë “jo”, përdorimi i lojërave apo aktiviteteve integrale për fëmijët, inkurajimi i fëmijëve dëshmitarë të bullizmit që të ndërhyjnë për t’u thënë ndal agresorëve ose për të lajmëruara edukatoren. Edukatorët duhet të dallojnë bullizmin nga konfliktet tipike të castit mes fëmijëve, duke përfshirë dhe format e fshehura të bullizmit në fëmijët e kopshtit, si dhe duhet të luajnë një rol aktiv duke ndërhyrë herët për të ndaluar bullizmin duke i treguar fëmijët cilat janë sjelljet e pranueshme dhe cilat janë sjelljet e papranueshme dhe duke krijuar një ndjenjë sigurie tek grupi i fëmijëve. Edhe prindërit kanë rolin e tyre të rëndësishëm si edukatorë dhe modele sjelljeje për fëmijët e tyre në mënyrë që të mos inkurajohet bullizmi. Prindërit dhe edukatorët duhet të bashkëpunojnë ngushtë për të minimizuar fenomenin e bullizmit tek fëmijët e moshës së kopshtit.

Hyrje

A ekziston vërtet bullizmi tek fëmijët e kopshteve? Përgjigjja është qartësisht po.

Disa edukatore e prindër mund të dyshojnë ende në vërtetësinë e kësaj të dhëne, duke menduar se fëmijët e vegjël nuk janë në gjendje ta kuptojnë dhe shfaqin një sjellje të tillë. Bazuar në shumë studime të kohëve të fundit, nga shumë vende të botës, rezulton se fëmijët nuk ka nevojë “të kuptojnë” këtë sjellje që t’u shfaqin atë. Ata thjeshtë kanë nevojë të kuptojnë që kjo sjellje është shpërblyese.

Kërkimet përse i përket bullizimit tek fëmijët e kopshteve janë relativisht të reja. Gjithësesi të gjithë studimet e bëra demonstronë që bullizmi shfaqet në nivele pak a shumë të ngjashme. Mund të shfaqen ndryshime të vogla përse i përket formës së “ngacmimit”, por karakteristikat e përgjithshme janë të ngjashme. Një shembull:

Bledi dëshiron shumë të lozë me Adin, Sarën dhe Tonin. Ai i pyet ndonjëherë, por zakonisht, merr përgjigje refuzuese; ata nuk e duan atë. Ata zakonisht e injorojnë ose i thonë që nuk vlen për asgjë. Por, ndonjëherë ata e ftojnë që t’i bashkohet. Kjo ndodh në lojëra të tilla si për shembull po luajnë si familje dhe u duhet qeni. Qeni nuk flet dhe duhet të bëjë gjithçka që i kërkohet. Pas rreth pesë minutash Bledi mërzitet shumë dhe largohet.

Kjo situatë e cila nuk është as lojë as konflikt, është një rast tipik bullizmi, ndodhur në një kopësht dhe është përsëritur në sy të edukatorës. Kjo sjellje ka të gjitha elementet e bullizimit: një fëmijë është vazhdimisht target e veprimeve negative, disa fëmijë qëndrojnë bashkë dhe e vënë viktimën e tyre në këtë situatë, situatë në të cilën viktimë nuk ka mundësi të mbrojë veten dhe një i rritur i cili nuk e di që duhet të ndërhyjë.

Bullizmi si problem social, Ka një dakordësi ndërmjet studiuesve që bullizmi është një problem social, pasi të gjithë mund të vënë re

këto role që fëmijët detyrohen ti marrin në kopësht apo edhe më pas në shkollë. Për më tepër fëmijët e tjerë mund të ndikojnë në proces duke ndihmuar viktimën, mbështetur agresorin, apo duke ignoruar ngjarjen tek i cila ishin prezent.

Rolet kryesore

Rolet kryesore mund të përshkruhen si më poshtë:

Fëmijët agresorë (bulli)

Ne mund t’i vëmë re fëmijët të cilët i quajmë bulli. Përgjithësisht ata dëfrehen kur e detyrojnë një bashkëmoshatar të tyre ti nënshtrohet disa sjelljeve negative. Kjo mund të variojë nga fshehja e këpucëve, prishja e një vizatimi, thënia e fjalëve të shëmtuara, refuzimi për të qëndruar pranë atij fëmije e deri tek goditja. Bullit jo domosdoshmërisht përdorin forcën fizike për të agresuar viktimën e tyre por mund të jenë edhe manipulues duke ditur shumë mirë se mund ta shfaqin këtë sjellje agresive atëherë kur nuk i shikon njeri, por edhe se si të fitojnë mbështetjen e të tjerëve. Ata mund të ndihen të fuqishëm dhe të thonë “Unë jam bosi këtu” megjithëse përqindja tek kopshtet varion, nisur edhe nga metodat ndëshkuese të përdorura nga edukatorët. Nga studimet në vende të ndryshme të botës rezulton se afërsisht 10 % e fëmijëve në kopshte janë bulli. Këta fëmijë i njohin shumë mirë rregullat dhe normat sociale, por ata duhet të mësohen t’i respektojnë ato.

Fëmijët që janë viktimë pasive

Studimet gjithashtu dëshmojnë se afërsisht 6% e fëmijëve të kopshteve mund të kategorizohen si viktimë pasive, ku përfshihen ato fëmijë të cilët viktimizohen nga bullit dhe moshatarë të tjerë (mbështetësit e bullit) vazhdimisht dhe që nuk hakmerren. Edukatorët, zakonisht i

përshkruajnë këto fëmijë si shumë të sjellshëm. Studimet dëshmojnë se këto fëmijë sillen mirë, ndihmojnë, ngushëllojnë të tjerët. Këto viktime pasive zakonisht kanë vështirësi të mbrojnë veten e të thonë “Jo, nuk e dua këtë”. Këto fëmijë mund të luajnë vetëm më shumë se fëmijët e tjerë dhe mund të kenë vështirësi që të bëjnë miq të rinj, tu kërkojnë fëmijëve të tjerë të luajnë bashkë, etj. Jo rastësisht, rezulton se këto fëmijë kanë më pak shokë dhe janë më pak të pëlqyer sesa bullit apo fëmijët e tjerë të cilët nuk janë të përfshirë fare në bullizëm. Për këta fëmijë, do të ishte një ndihmë e madhe nëse do të fitonin vetë-besim në marrëdhëniet sociale. Po ashtu ndihmëse do të ishte edhe rritja e aftësisë së këtyre fëmijëve në mënyrë që të minimizohet vulnerabiliteti i tyre në grup.

Fëmijët që janë viktime agresive

Ka gjithashtu fëmijë që në grupin e moshatarëve, janë shumë agresivë dhe që viktimizohen. Ata quhen viktime agresive dhe studimet në rang botëror, dëshmojnë që 8% e fëmijëve të kopshteve mund të përfshihen në këtë kategori. Këta fëmijë janë shumë impulsivë dhe përdorin agresionin fizik më shumë se bullit. Ata kanë mungesë të vetë-kontrollit dhe reagojnë shumë shpejt dhe agresivisht ndaj provokimeve apo asaj që ata perceptojnë si të tillë. E megjithëse ata mbrojnë veten e tyre në mënyrë pasionante, ata nuk mund ta ndalojnë bullizmin. Impulsiviteti i tyre “përdoret” e manipulohet gjithashtu nga fëmijët-bullit, të cilët e dinë se si të provokojnë shpërthimin e tyre. Këta fëmijë gjithashtu, rezulton të kenë mungesë të aftësive për të gjetur shokë të rinj; ata kanë pak shokë dhe nuk preferohen shumë nga moshatarët.

Fëmijët ndihmës të fëmijëve-bulli

Ka gjithashtu edhe fëmijë të cilët nuk e iniciojnë bullizmin por ndonjëherë ndihmojnë fëmijët-bulli dhe fëmijët e tjerë të cilët ndonjëherë janë

viktima të bullizmit por jo rregullisht sikurse viktimat e përshkruara më lart.

Fëmijët dëshmitarë të bullizmit

Së fundmi, afërsisht gjysma e fëmijëve në kopësht, nuk i agresojnë kurrë moshatarët dhe nuk agresohen kurrë nga moshatarët. Studimet dëshmojnë se këta fëmijë shpesh ndihen të zemëruar apo të trishtuar kur janë dëshmitarë të bullizmit dhe ndonjëherë përpiqen të ndihmojnë viktimat. E rëndësishme për parandalimin e bullizmit është që këta fëmijë të mësohen që të ndihmojnë viktimat. Kjo arrihet duke u kombinuar me rregulla sjellje të përkufizuara qartë në kopësht. Kështu, këta fëmijë do të mësonin që ti thoshin fëmijëve-bulli që të ndalojnë bullizmin dhe se si të marrin ndihmë nga edukatorja, kur nuk arrijnë ta ndalojnë bullizmin.

Cilat janë pasojat e bullizmit në këtë moshë?

- Simptoma psikosomatike - Fëmijët e kopshtit të cilët janë dhunuar nga moshatarët e tyre, prindërit dhe edukatorët raportojnë të jenë stresuar dhe të kenë shfaqur simptoma të ndryshme psikosomatike (për shembull dhimbje koke), të kenë frikë të shkojnë në kopësht dhe të shprehin simptoma depresive.
- Refuzim nga moshatarët - Studimet dëshmojnë se bullizmi në kopësht, sikurse edhe në shkollë, është një problem që shqetëson të gjithë grupin e fëmijëve sikurse edhe të rriturit (mësues dhe prindër). Fëmijët e kopshtit i pëlqejnë më pak viktimat se sa moshatarët e papërfshirë apo edhe krahasuar me fëmijët-bulli. Gjithashtu, viktimat nuk kanë shokët që të mund t'i mbrojnë ata. Refuzimi nga moshatarët mbetet stabil për disa vite dhe ka pasojë negative afatgjatë në mirëqenien dhe pranimin social të fëmijës dhe mund të shkaktojë viktimizim të mëtejshëm. Bazuar në studime

mund të thuhet se fëmijët që nuk kanë shokë, që nuk pranohen në grup dhe që janë të viktimizuar kanë nevojë për vëmendje speciale nga të rriturit në mënyrë që të ndihmohen të dalin nga ky rreth vicioz.

Rrjedhimisht, edhe nëse vërehet që disa fëmijë në grup, janë shqetësuar për shkak të bullizmit, studimet tregojnë që këta fëmijë, si viktimat ashtu edhe fëmijët e tjerë, nuk mund ta ndalojnë vetë këtë situatë. Po ashtu, studimet dëshmojnë së vetë situata është shpërbleyese për fëmijët-bulli dhe se edhe ata, ashtu si fëmijët viktimat, janë të stabilizuar në këto role. Kjo nënkupton se të rriturit duhet të përfshihen direkt në ndalimin e këtyre situatave të dëmshme.

Rekomandime për parandalimin e bullizmit në kopësht

- Bullizmi është një sjellje shumë e dëmshme dhe të rriturit duhet ta marrin seriozisht që kur fëmijët janë në kopësht.
- Ndërgjegjësimi lidhur me format e dukshme indirekte, të fshehura dhe ambige të bullizmit; të cilat gjithashtu ndodhin në kopësht.
- Të kushtuarit vëmendje simptomave dhe treguesve të mundshëm të viktimizimit, të tilla si mungesa e dëshirës për të shkuar në kopësht, stresi apo trishtimi.
- Të dëgjuarit e fëmijës kur flet për një ditë jo të mirë në kopësht.
- Të biseduarit me fëmijën lidhur me “gjërat e mira dhe të keqja” që ndodhin në kopshtin e tyre
- Të biseduarit lidhur me padrejtësinë që qëndron tek bullizmi dhe të mësuarit e fëmijës me sjellje alternative.
- Të mësohen fëmijët të thonë jo!

- T’u jepet fëmijëve mundësia për tu ndjerë kompetentë.

- T’u ofrohet informacion/trajnim fëmijëve që ndjehen të pasigurtë në disa situata

- Përdorimi i lojërave dhe formave të përshtatshme të të mësuarit për të nxitur integrimin e fëmijëve.

- Inkurajimi i i fëmijëve të cilët nuk janë të përfshirë në bullizëm që të ndërhyjnë kur janë dëshmitarë në situata të tilla. Ata duhet të trajnohen që t’u thonë fëmijëve-bulli të ndalojnë, tu kerkojnë edukatores të ndërhyjë apo të përfshijnë viktimat në situatë loje.

Rekomandime për edukatorët

- **Së pari**, duhet të mësojnë të bëjnë diferencën ndërmjet bullizmit dhe konflikteve tipike ndërpersonale tek fëmijët si dhe të kuptojnë që në fillim sinjalet e bullizmit si dhe kur shfaqet në forma ambige.

- **Së dyti**, edukatorët duhet të kuptojnë që janë të nevojshme ndërhyrjet e hershme për të ndaluar bullizmin, të tilla si bisedat me gjithë grupin se çfarë konsiderohet sjellje e pranueshme dhe e papranueshme. Komunikimi i qartë dhe i hershëm lidhur me bullizmin i ndihmon fëmijët e viktimizuar që të ndjehen të mbrojtur si dhe fëmijët-bulli të marrin një tablo të qartë ta asaj se çfarë lejohet dhe çfarë jo. Kjo gjithashtu kontribuon në krijimin e një ndjenjë sigurie tek i gjithë grupi, ku fëmijët perceptojnë se nuk janë të pambrojtur në situata të tilla. Gjithashtu prindërit duhet të jenë të ndërgjegjshëm lidhur me rolin e tyre si edukatorë dhe modele dhe të komunikojnë të njëjtat qëndrime sikurse edukatorët.

Bibliografia

Alsaker, F. D., & Nägele, C., Bullying in kindergarten and prevention. In W. Craig, & D. Pepler (Eds.), *An International Perspective on Understanding and Addressing Bullying*. Kingston, Canada, 2008.

Alsaker, F. D., & Nägele, C., Vulnerability to victimization in kindergarten: Need for a differentiation between passive and aggressive victims. *Merril-Palmer Quarterly*, 2008.

Alsaker, F. D. The Bernese program against victimization in kindergarten and elementary school (Be-Prox). In P. K. Smith, D. Pepler, & K. Rigby (Eds.), *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge University Press, 2004.

Stassen Berger, K. Update on bullying at school: Science forgotten? *Developmental Review*, 2007.

Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A.. Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status. *Aggressive Behavior*, 1996.

McDougall, P., Hymel, S., Vaillancourt, T., & Mercer, L. The consequences of early childhood rejection. In M. Leary (Ed.) *Interpersonal Rejection* (pp. 213-247). New York: Oxford University Press, 2001.

Ladd, G. W. & Troop-Gordon, W. The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 2003.

Diabeti i shtatzënisë (gestacional)

Entela Bitri¹

¹Departamenti Promocionit Shëndetësor, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Diabeti gestacional (DG) është ndërlikim i shtatzënisë, i cili ka tendencë që të jetë më prevalent te nënat obeze dhe ato me moshë më të madhe. Diabeti në shtatzëni është i përkohshëm, zakonisht mbas lindjes nivelet e sheqerit në gjak kthehen në normë, por ka një risk më të shtuar për të përsëritur diabetin gestacional në shtatzënitë pasardhëse ose diabetin mellitus më tej gjatë jetës. Prezenca e diabetit në shtatzëni jo vetëm që e rrit riskun për ndërlikime amtare si gjakëderdhjet postpartale për shkak të fetusit makrosom dhe fetale gjatë shtatzënisë por rrit ndjeshëm gjithashtu riskun për shfaqjen e diabetit mellitus të tipit 2 dhe sëmundjeve kardiovaskulare pas lindjes. Faktorët e rrezikut përfshijnë diagnoza e mëparshme për diabet, moshë e madhe e nënës (>35 vjec), histori familjare për diabet tip 2, mbipesha dhe obeziteti, lindje të mëparshme me peshë të madhe të fëmijës (>4000gr), histori për diabet gestacional në shtatzënitë e mëparshme, duhanpirja, sindromi i ovarit polikistik. Simptomat mund të variojnë nga probleme me shikimin dhe ethe e deri në urinimin e shpeshte, nauze, të vjella dhe humbje në peshë pavarësisht oreksit të rritur. Diagnoza vendoset nërpermjet matjes së nivelit të glukozës esëll, 1 dhe 2 orë pas buke, matje e cila duhet të bëhet shpejt tek gratë me rrezik të lartë. Sot ekzistojnë njohuri dhe mjete për të trajtuar si duhet diabetin pregestacional dhe atë gestacional. Niveli i rritur i sheqerit në gjak gjatë shtatzënisë, në shumicën e rasteve kthehet në normal pas lindjes. Pas lindjes nënat duhet të ndiqen për shenjat e diabetit, pasi në shumicën e grave që kanë pasur diabet gestacional, diabeti do të shfaqet 5-10 vjet pas lindjes.

Hyrje

Diabeti gestacional (DG) është ndërlikim i shtatzënisë, i cili ka tendencë që të jetë më prevalent te nënat obeze dhe ato me moshë më të madhe. Normalisht pankreasi prodhon një hormon që quhet insulinë, e cila lejon që qelizat të kthejnë glukozën (sheqerin) në energji të përdorshme. Gjatë shtatzënisë, meqënëse niveli i hormoneve e bën organizmin e njeriut më rezistent ndaj insulinës, trupi kërkon të prodhojë më shumë insulinë me qëllim që ta mbajë sheqerin në gjak nën kontroll (1). Diabeti në shtatzëni fillon kur trupi nuk është në gjendje të prodhojë dhe të përdorë insulinën që i duhet për të përballuar nevojat më të rritura gjatë shtatzënisë. Pa insulinë të mjaftueshme, glukozja nuk mund të largohet nga gjaku dhe të kthehet në energji. Kjo do të sjellë si pasojë rritjen e nivelit të glukozës në gjak (2). Diabeti në shtatzëni është i përkohshëm, zakonisht mbas lindjes nivelet e sheqerit në gjak kthehen në normë, por ka një risk më të shtuar për të përsëritur diabetin gestacional në shtatzënitë pasardhëse ose diabetin mellitus më tej gjatë jetës (3).

Prezenca e diabetit në shtatzëni jo vetëm që e rrit riskun për ndërlikime amtare si gjakëderdhjet postpartale për shkak të fryteve makrosom dhe fetale gjatë shtatzënisë por rrit ndjeshëm gjithashtu riskun për shfaqjen e diabetit mellitus të tipit 2 dhe sëmundjeve kardiovaskulare pas lindjes (4). Madje edhe gratë me formë të mesme të çrregullimeve të metabolizmit të glukozës gjatë shtatzënisë janë me risk të rritur për ndërlikime. Faktorët që rrisin riskun për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare te gratë me histori të diabetit sheqeror në shtatzëni, përfshijnë progredimin në diabet sheqeror pas lindjes, sindromën metabolike, obezitetin, hipertensionin, dhe nivelet e ndryshuara të markuesave inflamatorë në qarkullim, si adiponektinën, proteinën C reaktive, dhe faktorin –á të nekrozës tumorale (5).

Faktorët e riskut për Diabetin në shtatzëni ose Diabet Mellitus në shtatzëni janë:

- Diagnoza paraprake me Diabet në shtatzëni ose paradiabet, dëmtim tolerancës ndaj glukozës, ose rritje të glicemisë esëll (6).
- Histori familjare për të afërm me diabet tip 2.
- Mosha e madhe e gruas shtatzënë (rreziku për diabet gestacional rritet veçanërisht për gratë mbi 35 vjeç).
- Përkatësia etnike (gratë me faktor rreziku të lartë përfshijnë Afrikanë-Amerikanet, Afro-Karibbeanet, Amerikanet etnike, Hispaniket dhe gratë me origjinë nga Azia Jugore).
- Të qenit mbipeshë ose obeziteti rrisin rrezikun për diabet disa herë (7).
- Shtatzëni paraprake që ka rezultuar me lindjen e një fëmije me peshë të madhe (>90th për qind, ose >4000g).
- Histori obstetrikale paraprake për diabet gestacional.
- Gra që pijnë duhan. Statistikat tregojnë rrezik të dyfishtë për Diabetin në Shtatzëni në duhanpirëset.
- Gratë me Sindromin e Ovarit Polikistik, kanë gjithashtu risk të lartë për diabet gestacional (8).

Çdo definicion i Diabetit Mellitus në Shtatzëni (DMSH) duhet të përfshijë tri elemente rreziku:

1. sëmundshmërinë perinatale ose vdekjen fetale in utero në shtatzëninë aktuale,
2. zhvillimin e diabetit tip 2 tek nëna dhe
3. situatën e zhvillimit të fetusit në mitër, me pasojë në shfaqjen çrregullimeve më vonë gjatë jetës (9).

Ndër faktorët e mundshëm rastësor për zhvillimin e sëmundjes janë dhe administrimi farmakologjik i alfa-hidroksiprogesteron kaproatit (17P). Ky preparat përdoret gjatë shtatzënisë për profilaksinë e lindjes premature, dhe rezulton të jetë i lidhur me rritjen e rrezikut për zhvillimin e Diabetit Mellitus në Shtatzëni

(DMSH). Për këtë arsye, skringu i hershëm për DMSH-në është i këshillueshëm për gratë që marrin terapi me 17P për profilaksi (10). Studime të tjera tregojnë se obeziteti dhe diabeti para shtatzënisë, janë të lidhura me rritjen e rrezikut të lindjes së fëmijëve me peshë të madhe (të shoqëruara me ndërlikimet përkatëse). Gratë shtatzëna mbipeshë ose obeze kanë një prevalencë më të lartë për diabet gjatë shtatzënisë, krahasuar me gratë me peshë normale (46.7% kundër 4.1 %). Mbipeshat trupore e nënave nga ana tjetër, shton riskun për lindje të fëmijëve – i madh për moshën e shtatzënisë (IMMSH) (11). Diabeti Mellitus në shtatzëni, është gjetur se ka lidhje me rregullimin e poshtëm (down-regulation) të adiponektinave dhe citokinave si dhe me rregullimin e sipërm (up-regulation) të leptinave dhe citokinave inflamatore. Mendohet se makrosomia është e ndërlidhur me rregullimin e sipërm të citokineve T-ndihmëse1 dhe rregullimin e poshtëm të agjentëve në lidhje me obezitetin (Interleukinat IL-6 dhe Faktorin e Nekrozës Tumoralë FNT-alfa, leptinat dhe adiponektinat) (12).

Foshnjat e lindura nga nënat e prekura me diabet në shtatzëni, paraqesin një rrezik të lartë për problemet të nivelit të ulët ose të lartë të sheqerit në gjak si dhe ikterin neonatal.

Edhe pse Diabeti në shtatzëni, konsiderohet të jetë gjendje e trajtueshme dhe gratë me kontrolle adekuate të nivelit të glukozës, mund që efektivisht të ulin rreziqet për vehte dhe për fëmijën e tyre, përsëri ato janë një kontigjent me rrezik të lartë për të zhvilluar diabet mellitus të tipit 2 ose më rrallë, diabet të fshehur autoimmun ose tip1 pas shtatzënisë.

Pasardhësi i tyre është i prirur për zhvillim obeziteti në fëmijëri, dhe diabet tip 2, më vonë gjatë jetës. Shumica e pacientëve trajtohen vetëm me modifikime dietektike dhe ushtrime të moderuara, por disa marrin preparate anti-diabetike, përfshirë edhe insulinën (13).

Simptomat

Zakonisht nuk ka simptoma të DG-së, ose simptomat janë mesatare dhe jo të rrezikshme për jetën e gratë shtatzëna. Niveli i sheqerit në gjak zakonisht normalizohet pas lindjes.

Simptomat mund të përfshijnë:

- Turbullimin e shikimit.
- Ethe.
- Infeksione të shpeshta, duke përfshirë infeksionet urinare, cystitet, infeksionet vaginale dhe ato të lëkurës.
- Shtimin e etjes.
- Urinimin e shpeshtë.
- Nauze dhe vjellje.
- Humbje të peshës përkundër oreksit të shtuar.

Depistimi dhe diagnostifikimi i Diabetit Mellitus në Shtatzëni

Rekomandimet aktuale janë propozuar për të kryer vlerësimin e rrezikut për të gjitha gratë shtatzëna, që në vizitën e parë të shtatzënisë. Gratë që janë me rrezik të lartë duhet të shkojnë drejt kryerjes testeve sa më shpejt të jetë e mundur, në mënyrë që të identifikohet diabeti tip 2 i fshehtë (16). Në këto raste bëhet testi i ngarkesës me 75-g glukozë, për matjen e glukozës plazmatike esëll, pas 1 ore dhe pas 2 orësh, në javën 24-28 të shtatzënisë, në gratë që paraprakisht nuk janë zbuluar me diabet. Testi i tolerancës së glukozës orale (TTGO) duhet bëhet në mëngjes, pas një periudhe esëll prej së paku 8 orë. Diagnoza e Diabetit Mellitus në Shtatzëni (DMSH) vendoset kur ndonjë nga këto vlera plazmatike të glukozës rezulton të jetë më e lartë se norma:

- Esëll = 92mg/dl (5.1 mmol/l)
- 1 orë pas marrjes së glukozës = 180 mg/dl (10.0 mmol/l)
- 2 orë pas marrjes së glukozës = 153 mg/dl (8.5 mmol/l)(14).

Diabeti gestacional zakonisht fillon në gjysmën e dytë të shtatzënisë. Të gjitha gratë shtatzëna

duhet të bëjnë testin oral të tolerancës ndaj glukozës në mes të javës 24 dhe 28-të të shtatzënisë. Gratë shtatzëna të cilat kanë faktorë të rrezikut për diabetin gestacional mund ta bëjnë këtë test edhe më herët në shtatzëni. Në rastet kur glicemia rezulton e lartë, gruaja gjatë shtatzënisë duhet të kontrollojë nivelin e sheqerit në gjak me testin e glukozës në gisht (vetëkontrollin në shtëpi),(18).

Proгноза

Shtatzënat me diabet gestacional zakonisht lindin foshnje me peshë më të madhe. Kjo mund të rrisë gjasat për probleme në lindje si: traumat e foshnjës gjatë lindjes për shkak të peshës së madhe të tij dhe lindje me prerje cezariane. Aktualisht, epidemia Amerikane e obezitetit lidhet me fitimin e peshës gjatë shtatzënisë (15). Gratë shpesh shtojnë shumë në peshë gjatë shtatzënisë dhe e mbajnë një pjesë të konsiderueshme të peshës në periudhën pas lindjes. Gratë të cilat janë mbipeshë ose janë obeze para shtatzënisë janë më tepër të prirura që të fitojnë peshë gjatë shtatzënisë (16). Ruajtja e peshës së fituar gjatë shtatzënisë, mund të kontribuojë në obezitet dhe të rrisë riskun për sëmundje kronike, duke përfshirë dhe diabetin e tipit 2. Për gratë të cilat janë në risk të lartë për fitim të konsiderueshëm të peshës, intervenimet duhet të fillojnë në tremujorin e parë. Hulumtimet tregojnë se fitimi i peshës në tremujorin e parë ka më tepër ndikim në peshën e frytit se sa shtimi i peshës në tremujorin e tretë (17). Marrja e kalorive është një faktor influencues në shtimin e peshës.

Fëmija ka prirje që të ketë periudha të hipoglicemisë gjatë ditëve të para pas lindjes. Nëna me diabet gestacional ka risk të rritur

për tension të lartë të gjakut gjatë shtatzënisë. Ekziston gjithashtu një risk që foshnja të vdesë nëse nëna nuk e trajton diabetin gestacional. Komplikimet afatgjata përfshijnë shkallën e rritur të obezitetit në fëmijëri dhe adoleshencë, intolerancën ndaj glukozës ose diabetin sheqeror, apo disfunktionin e lehtë neuro-psikologjik. Ato mund të jenë të lidhura me shkallën e hiperglicemisë maternale gjatë shtatzënisë, pasojat e hiperinsulinemisë fetale, dhe çrregullimet e metabolizmit të lipideve maternale gjatë tremujorit të tretë. Fatmirësisht, në fakt të gjitha rreziqet potenciale që janë si rezultat i diabetit në shtatzëni, mund të eliminohen përmes kontrollit të rreptë të niveleve të sheqerit në gjak, të cilat mund të arrihen nëpërmjet mjekimit të mirë dhe kujdesit ndaj vetes. Përdorimi i Metforminës si terapi për të prevenuar progredimin në diabet sheqeror të tipit 2 mund të jetë provë për preventimin primar të sëmundjeve kardiovaskulare të gratë me diabet sheqeror në shtatzëni.

Sot ekzistojnë njohuri dhe mjete për të trajtuar si duhet diabetin pregestacional dhe atë gestacional. Ngritja e nivelit edukativ të popullatës në përgjithësi, por edhe të mjekëve të përgjithshëm për të zbuluar diabetin pregestacional si dhe implementimi i programeve të skriningut për diabetin gestacional, do të reduktojnë shkallën e morbiditetit si pasojë e diabetit gestacional.

Niveli i rritur i sheqerit në gjak gjatë shtatzënisë, në shumicën e rasteve kthehet në normal pas lindjes. Pas lindjes nënat duhet të ndiqen për shenjat e diabetit, pasi në shumicën e grave që kanë pasur diabet gestacional, diabeti do të shfaqet 5-10 vjet pas lindjes.



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