

Buletini i Institutit të Shëndetit Publik


INSTITUTI I SHËNDETIT PUBLIK



Nr. 3 - 2018

**Buletini i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 3-2018**

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. 3-2018

RAPORTIM SHPËRTHIMI EPIDEMIK

Shpërthimi epidemik i Fruthit në Shqipëri, 10 Janar- 8 Maj 2018

Silvia Bino, Elona Kureta, Eugena Tomini, Artan Simaku, Roven Daja, Adela Vasili,
Anisa Xhaferri, Luljeta Alla, Alma Robo, Erida Nelaj, Iria Preza 7

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Defektet e Lindura të raportuara në sistemin e survejancës së defeteve të lindura në vitin 2017

Dorina Toçi, Eduard Kakarriqi, Alba Merdani, Bajram Dedja, Albana Fico 29

Analizë e aborteve për periudhën 2013-2017, bazuar në të dhënat e sistemit të survejancës së abortit

Alba Merdani, Eduard Kakarriqi, Dorina Toçi, Bajram Dedja,
Albana Fico, Ervin Toçi 39

**RAPORTIM SHPËRTHIMI
EPIDEMIK**

Shpërthimi epidemik i Fruthit në Shqipëri, 10 Janar- 8 Maj 2018

Silvia Bino¹, Elona Kureta¹, Eugena Tomini¹, Artan Simaku¹, Rovena Daja¹, Adela Vasili¹, Anisa Xhaferri², Luljeta Alla¹, Alma Robo¹, Erida Nelaj¹, Iria Preza¹

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

²Departamenti i Informacionit Shëndetësor, Teknologjisë dhe Komunikimit, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Në periudhën 10 Janar 2018 – 8 Maj 2018 Shqipëria u përfshi nga një shpërthim epidemik i fruthit. Deri në datë 8 Maj 2018 në nivel kombëtar u konfirmuan në laborator 893 raste me fruth nga 1878 raste të dyshuara. Diagnoza e rasteve të dyshuara është kryer pranë laboratorit të referencës për fruthin pranë ISHP. Peshën më të madhe të rasteve e mbajti Tirana me 557 raste apo 62% të rasteve me fruth në vend. Më pas rrethet me përqindje më të lartë ishin Kukësi me 127 raste të konfirmuara dhe më pas Lezha me 59 raste të konfirmuara, si dhe Durrësi me 37 raste të konfirmuara dhe Shkodra me 14 raste të konfirmuara. Tre të katërtat e rasteve me fruth të konfirmuara rezultuan të pavaksinuar kundër kësaj sëmundjeve (nuk kanë marrë asnjë dozë vaksine anti-fruth) kurse 24.6% kishin marrë të paktën një dozë, duke dëshmuar rëndësinë e vaksinimit me dy doza. Rreth 59% e rastve të konfirmuara me fruth ishin persona 15 vjec e lart, duke mbizotëruar rastet e grup-moshës <2 vjeç (67.6% pozitiviteti për fruth në këtë grup-moshë, dhe rastet me fruth që i përkasin kësaj grup-moshe zënë 28% të numrit total të rasteve me fruth të konfirmuara) ndjekur nga grup-mosha 16-20 vjeç (48.8% pozitiviteti në këtë grup-moshë, 18% e rasteve në total). Në muajin Janar deri në javën e parë të Majit rastet pozitive u vërejtën kryesisht nga rrethet Tiranë, Kukës, Lezhë. Deri në muajin Prill kishim përsëri tendencë në rritje të rasteve në rrethet Tiranë, Durrës dhe Shkodër. 15 rrethe apo 42% e tyre nuk kanë raportuar raste me Fruth pavarësisht se rrethe si Fieri, Saranda dhe Pogradeci kanë dyshuar raste të tilla, të cilat më pas nuk janë konfirmuar qoftë me laborator apo epidemiologjikisht. Ndërsa 9 rrethe nuk kanë raportuar asnjë rast të dyshuar. Në Shqipëri vitet e fundit mbulesa vaksinale është në nivelin 95.7% (për fruthin duhet >95%), duke u ulur krahasuar me vitet e

mëparshme për shkak të një hezitimi të prindërve apo tendenca për shtyrjen e vaksinimit si pasojë e një miti të gabuar të lidhjes së vaksinës ndaj Fruthit. Në disa zona të vendit përqindja e vaksinimit me dozën e parë të vaksinës ndaj fruthit është edhe më poshtë nivelit 95%. Kjo ulje, nga analiza e ISHP-së, ka ardhur si pasojë e ndikimit të grupeve anti-vaksinë, tendencës së prindërve për të shtyrë vaksinimin ndaj fruthit si dhe të ndikimit në disa komunitete fetare. ISHP udhëhoqi në mënyrë energjike vënien nën kontroll të shpërthimit epidemik të fruthit duke rekomanduar, zbatuar dhe monitoruar masat e kontrollit të infeksionit në spitalet dhe Drejtoritë e Shëndetit Publik në vend, duke përfshirë takime dhe trajnime me pjesëmarrjen e mjekëve të institucioneve parashkollore dhe shkollore. U lanë rekomandimet përkatëse për mjekun e familjes, Fondin e Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor, Inspektoriatin Shtetëror Shëndetësor, QSUT dhe spitalet e tjera, Drejtoritë e Shëndetit Publik si dhe masa të tjera.

Përshkrimi i situatës

Rastet e para të identifikuara me Fruth janë vënë re në datën 10 Janar 2018 në Tiranë. Këto raste mendohet se janë të lidhura me një rast të paraqitur në QSUT i cili nuk ishte njohur si Fruth, ka qënë i pavaksinuar (për shkak të besimit fetar) si dhe ka patur lidhje me Kosovën.

Deri në datë 8 maj 2018 në nivel kombëtar

kemi 893 raste të konfirmuara për fruth në laborator nga 1878 raste të dyshuara. Peshën më të madhe të rasteve e mban Tirana me 557 raste apo 62% të rasteve me fruth në vend. Më pas rrethet me përqindje më të lartë janë Kukësi me 127 raste të konfirmuara dhe më pas Lezha me 59 raste të konfirmuara, si dhe Durrësi me 37 raste të konfirmuara dhe Shkodra me 14 raste të konfirmuara.

Figura 1. Kurba epidemike e shpërthimit epidemik të fruthit sipas datës së fillimit të rash-it

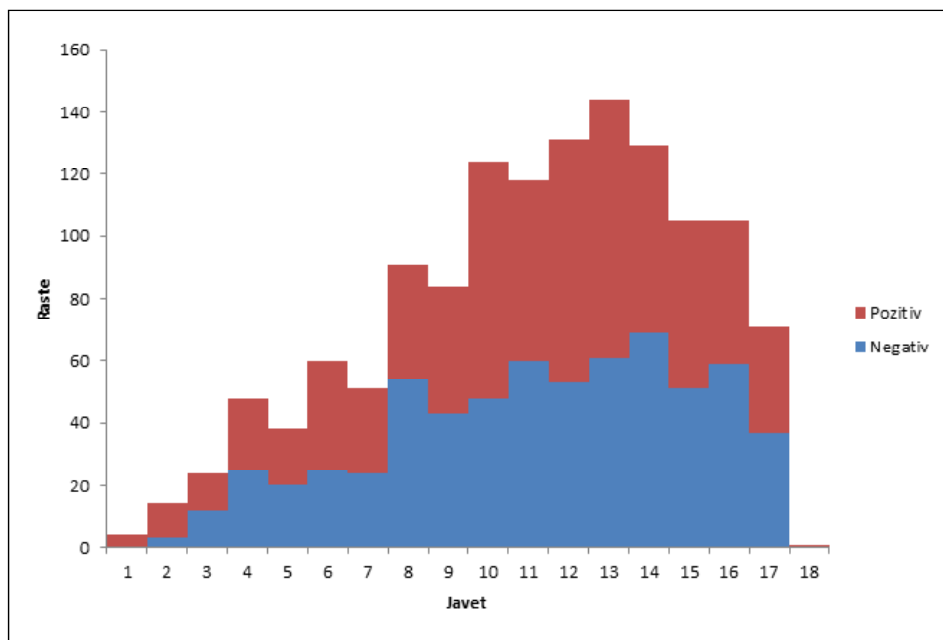


Figura 2. Kurba epidemike e rasteve të konfirmuara me fruth sipas datës së fillimit të rash-it

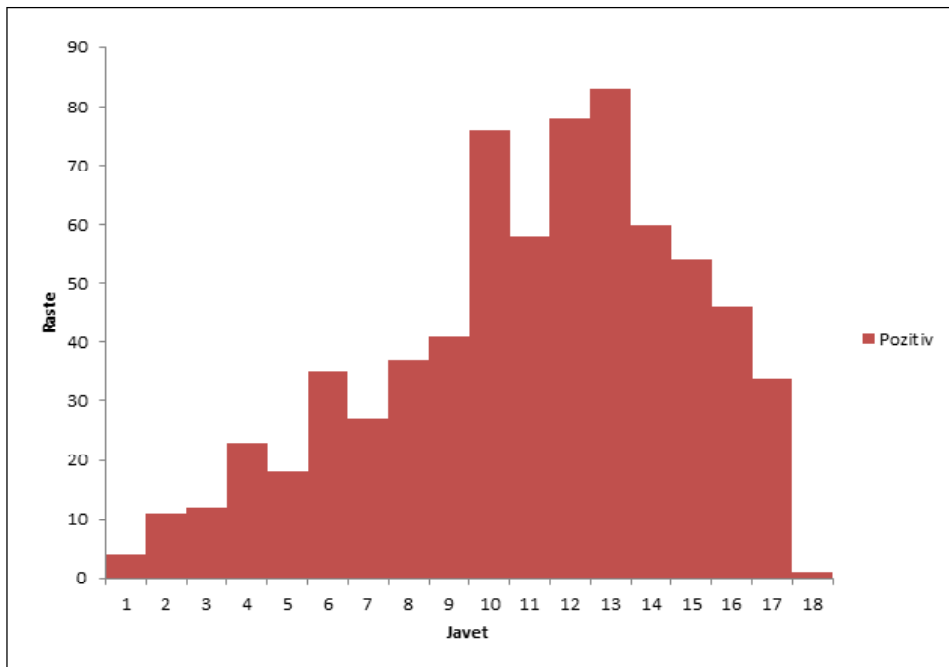
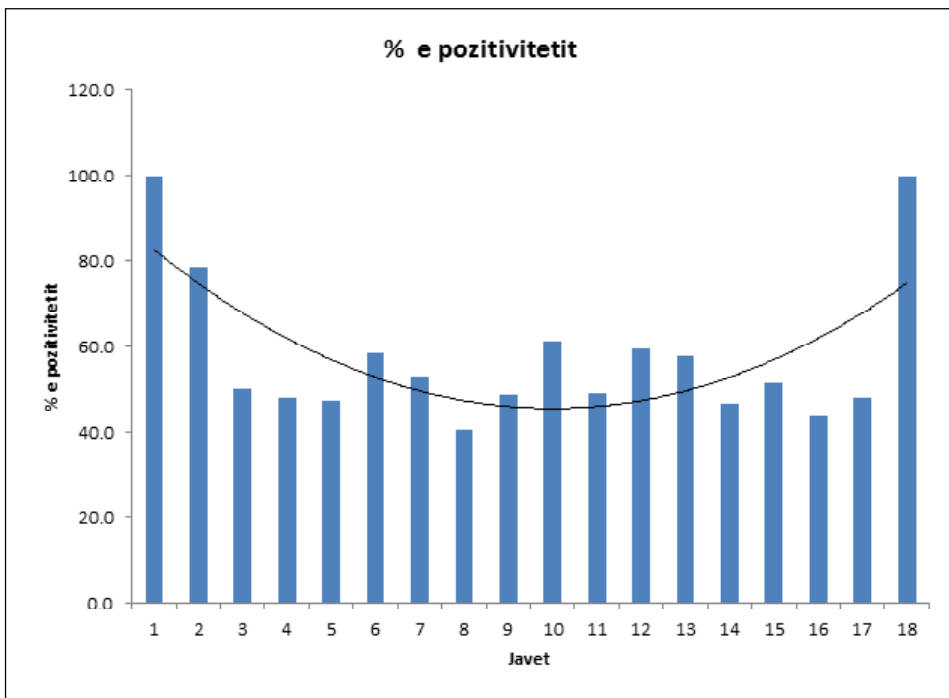


Figura 3. % e pozitivitetit laboratorik për fruth sipas datës së fillimit të rashit



Vërehet një trend në rritje të përqindjes së pozitivitetit të mostrave laboratorike për fruth sipas ditëve (modeli polynomial i trendit)

megjithatë kjo lidhet edhe me rritjen e saktësisë të diagnosës klinike dhe përforcimit të survejancës.

Figura 5. Kurba epidemike e rasteve të konfirmuara me fruth sipas datës së ardhjes së mostrës në laborator

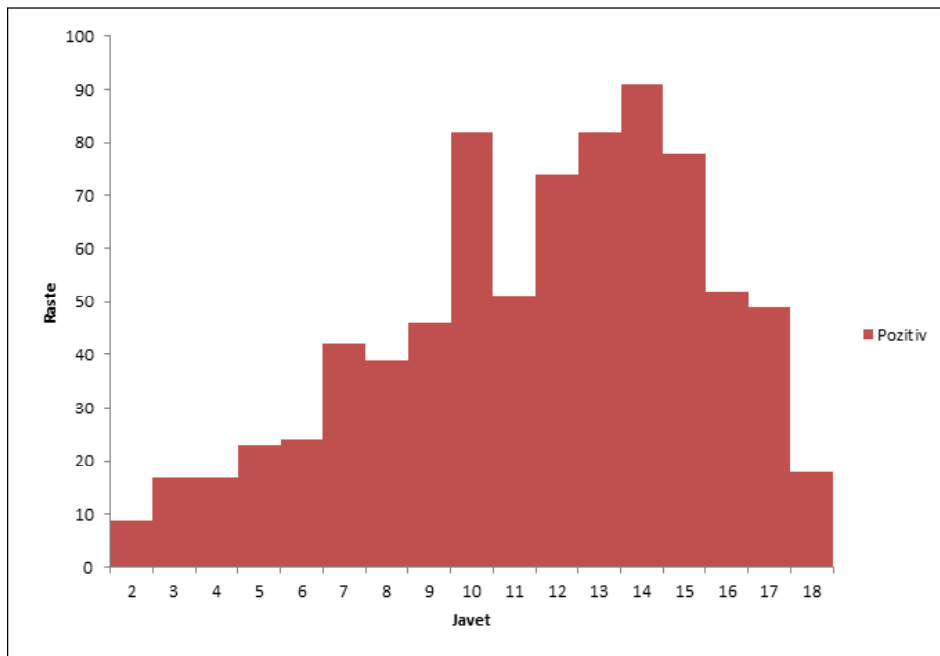
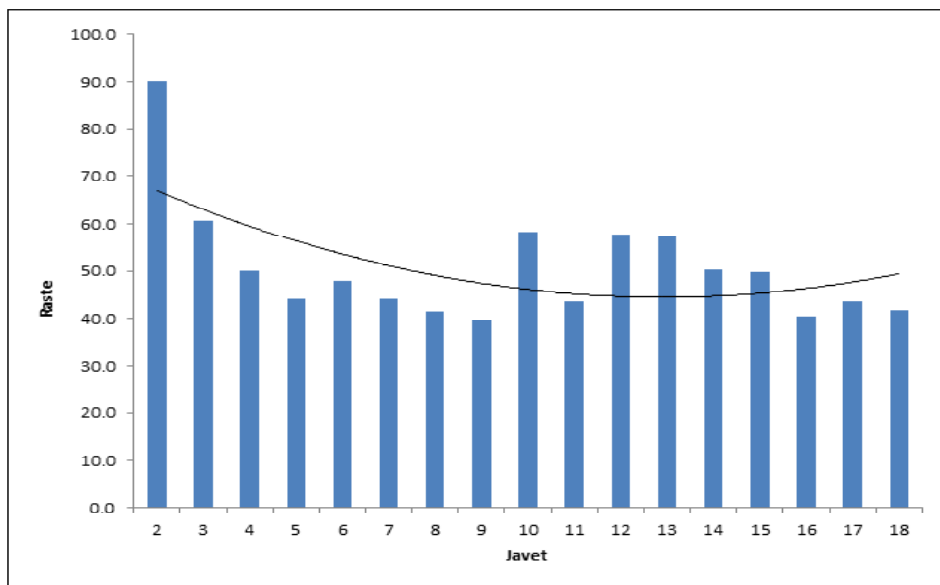


Figura 6. Përqindja e pozitivitetit të mostrave për fruth sipas datës së ardhjes së mostrës në laborator



Edhe në këtë rast vërehet një prirje në rritje e përqindjes së pozitivitetit të mostrave sipas ditëve (modeli polynomial i trendit) e lidhur kjo

përsëri edhe me përforcimin e survejancës dhe rritjen e saktësisë të diagnozës klinike.

Figura 7. Frekuenca e rasteve të konfirmuara në laborator për fruth

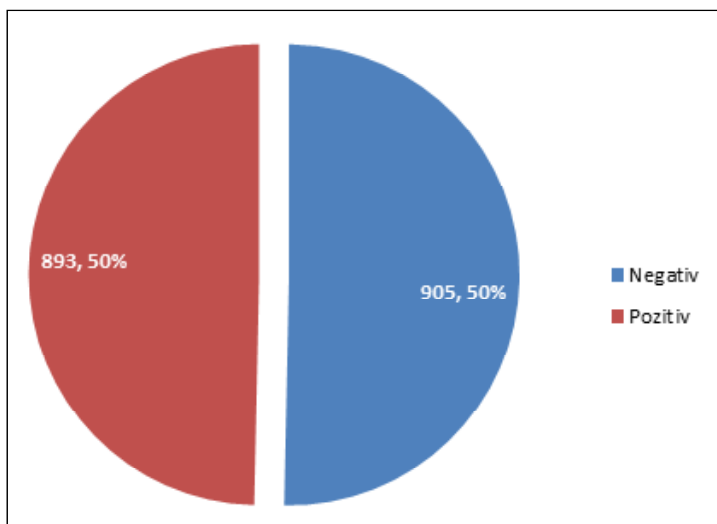
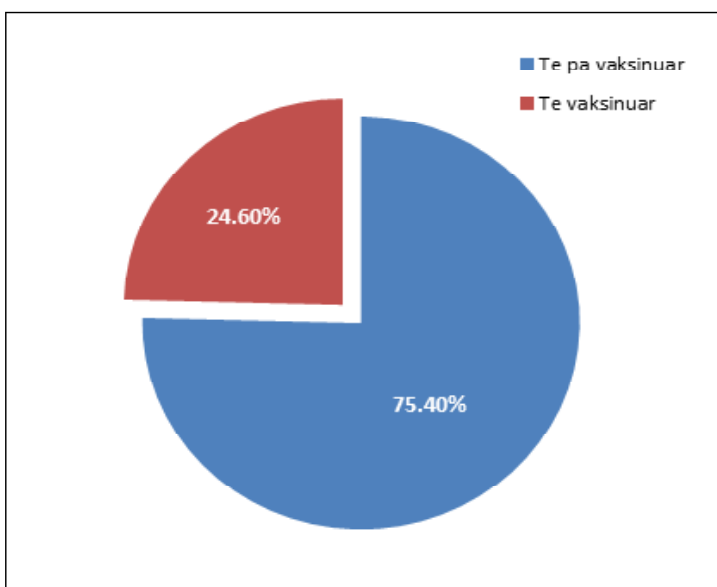


Figura 8. Frekuenca e vaksinimit me të paktën 1 dozë tek rastet e konfirmuara



199 nga rastet e konfirmuara ose 24.6% e tyre janë vaksinuar më të paktën një dozë dhe tregon se epidemia mbahet nga rastet e

pavaksinuara si dhe tregon rëndësinë e vaksinimit me dy doza.

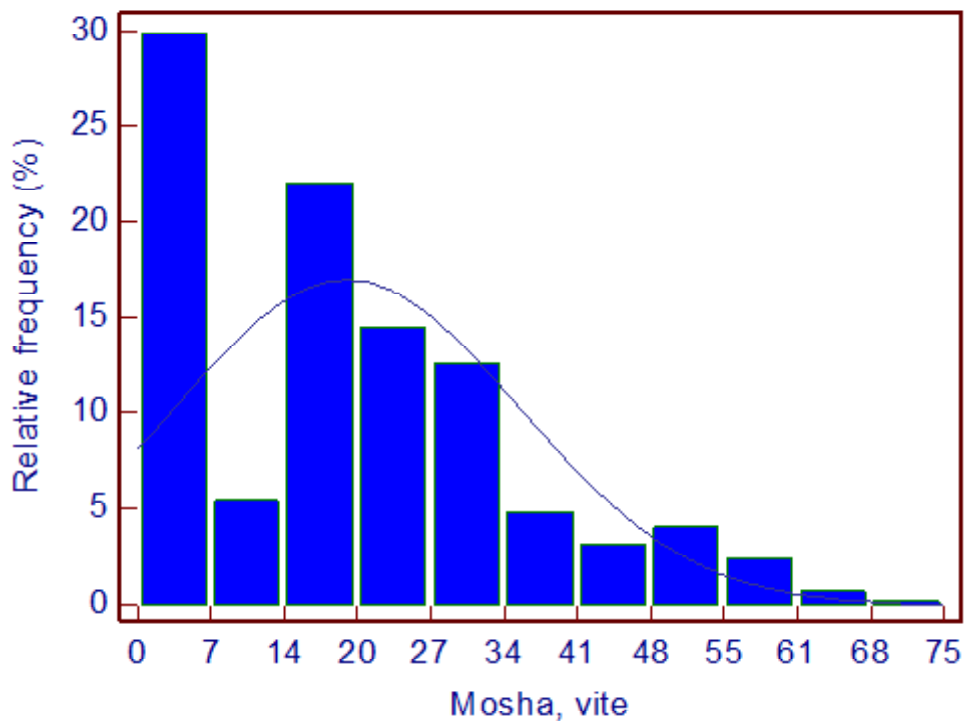
Tabela 1. Shpërndarja e rasteve pozitive sipas grupmoshës dhe hospitalizimit

Mosha	Ambulator	Hospitalizuar	Total
0-14 vjec	38	312	350
>15 vjec	319	192	511
Total	357	504	861

Ne moshën pediatrike 0-14 vjec janë 350 raste ose 40.6% (350/861). Nga këto 38 raste ose 10.9% (38/350) janë raste ambulatorë dhe 312 ose 89.1% (312/350) janë raste të hospitalizuara.

Në moshën mbi 15 vjec ose të rritur janë 511 raste ose 59.3% (511/861) e tyre. Nga këto 319 raste ose 62.4% (319/511) janë ambulatorë dhe 192 ose 37.6% (192/511) janë të hospitalizuar.

Figura 9. Histogrami i moshës së totalit të rasteve



Nga histograma e moshës vërehet se mbizotërojnë rastet e grup moshës <2 vjeç

ndjekur nga rastet e grup moshës 16-20 vjec.

Tabela 2. Statistika e përmblodhur e moshës së rasteve të konfirmuara dhe rasteve negative

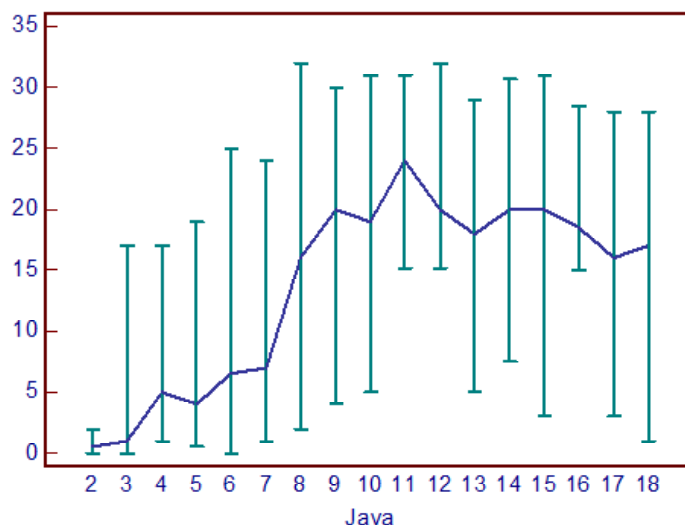
Moshë, vite	Rezultati	
	Negativ	Pozitiv
Mesatarja (SD)	20.3 (\pm 15.2)	18.4 (\pm 16.8)
Mediana (IQR)	20.0 (7.0 -29.0)	17.0 (1 -28.0)
Vlera minimale	0.0	0.0
Vlera maksimale	75.0	70.0

Vërehet një trend në rritje të moshës mediane të rasteve pozitive që nga fillimi i shpërthimit.

Tabela 3. Statistika e përmblodhur e moshës së rasteve të konfirmuara sipas gjinisë

Moshë, vite	Rezultati	
	Femra	Meshkuj
Mesatarja (SD)	18.3 (\pm 18.4)	18.4 (\pm 15.7)
Mediana (IQR)	16.0 (1 -28.0)	18.0 (1 -29.0)
Vlera minimale	0.0	0.0
Vlera maksimale	70.0	70

Moshë mediane e femrave është 16 vjeç ndërsa statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. e meshkujve është 18 vjeç, me ndryshim

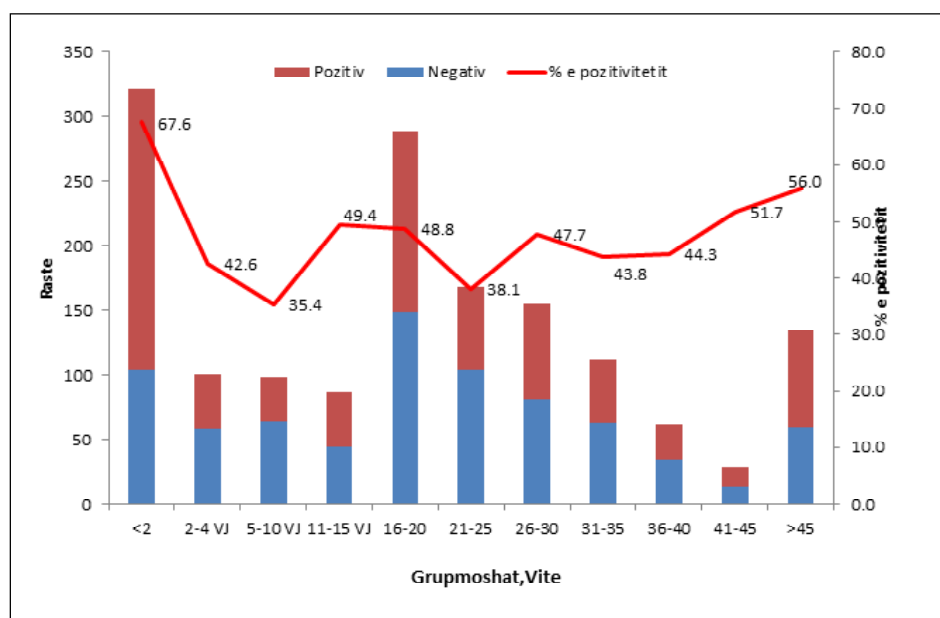
Figura 10. Prirja e moshës mediane për raste të konfirmuara në laborator [Mediana dhe rang interkuartil IQR]

Vërehet një prirje në rritje e moshës mediane të javën e 18. Rasteve pozitive që nga fillimi i shpërthimit deri në

Tabela 4. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës dhe rezultatit të laboratorit

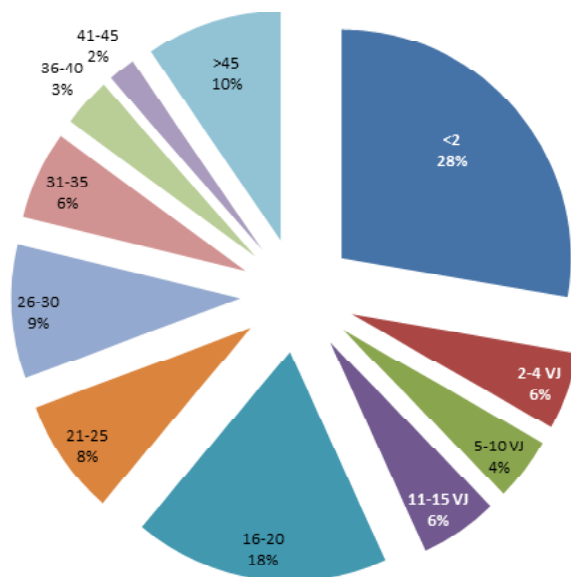
Grupmosha	Negativ	Pozitiv	% e pozitivitetit
<2 vjeç	104	217	67.6
2-4 vjeç	58	43	42.6
5-10 vjeç	64	35	35.4
11-15 vjeç	44	43	49.4
16-20 vjeç	148	141	48.8
21-25 vjeç	104	64	38.1
26-30 vjeç	81	74	47.7
31-35 vjeç	63	49	43.8
36-40 vjeç	34	27	44.3
41-45 vjeç	14	15	51.7
>45 vjeç	59	75	56.0

Figura 11. Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës dhe rezultatit të laboratorit



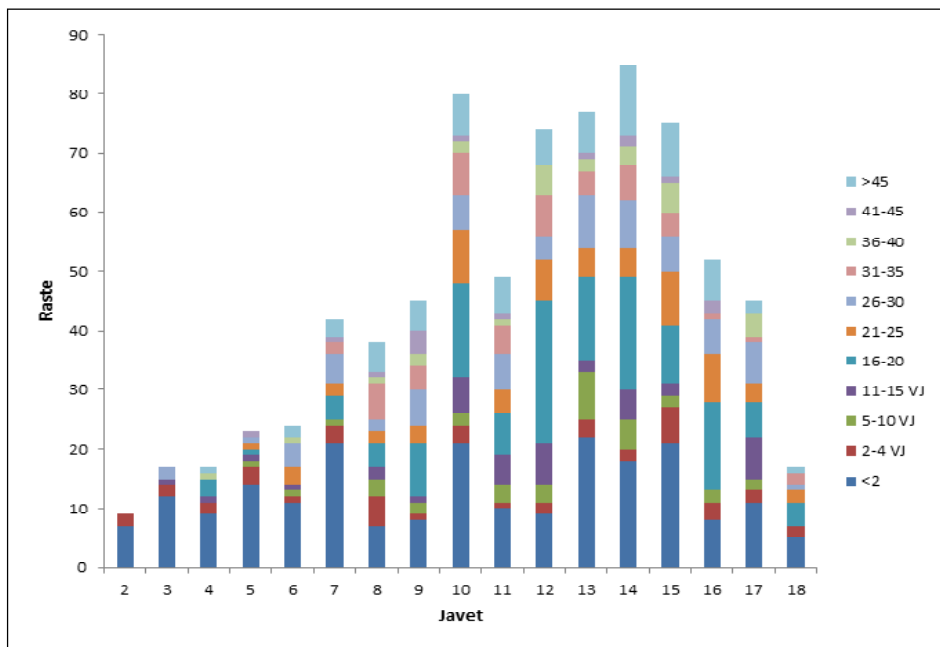
Pozitiviteti më i lartë në laborator për fruth vërehet në grupmoshën <2 vjeç (67.6%) – grupmoshë kjo që ka edhe numrin më të madh të rasteve

Figura 12. Shpërndarja e rasteve të konfirmuara sipas grupmoshës (përqindje ndaj totalit)



Grupmosha <2 vjeç ka përqindjen më të lartë të mostrave pozitive (28%) ndjekur nga grupmosha 16-20 vjeç (18%).

Figura 13. Shpërndarja e rasteve pozitive sipas grupmoshës dhe datës së ardhjes së mostrës në laborator



Pas muajit Shkurt vërehet rritje e numrit të rasteve përveçse në grupmoshën <2 vjeç edhe në grupmoshat e rritura kryesisht 16-20 vjeç.

Tabela 5. Numritotal i mostrave të marra dhe rezultati laboratorik sipas rretheve dhe % e pozitivitetit sipas rretheve

DRSH /DSHP/ASHR	Raste te dyshuara	Raste te konfirmuara ne laborator	Shuma e rasteve	% ndaj shumes se rasteve te konfirmuara	% ndaj te shumes se te gjitha rasteve
Berat	13	6	19	0.67	1.01
Bulqize	3	2	5	0.22	0.27
Delvine	1	0	1	0.00	0.05
Diber	12	7	19	0.78	1.01
Durres	32	37	69	4.14	3.68
Elbasan	11	16	27	1.79	1.44
Fier	6	0	6	0.00	0.32
Gjirokaster	5	8	13	0.90	0.69
Has	7	5	12	0.56	0.64
Kavaje	2	4	6	0.45	0.32
Korce	3	4	7	0.45	0.37
Kruje	4	5	9	0.56	0.48
Kucove	1	0	1	0.00	0.05
Kukes	66	127	193	14.22	10.29
Kurbin	10	8	18	0.90	0.96
Lezhe	81	59	140	6.61	7.46
Librazhd	1	5	6	0.56	0.32
Lushnje	11	4	15	0.45	0.80
Malesi e madhe	5	2	7	0.22	0.37
Mallakaster	1	0	1	0.00	0.05
Mirdite	3	2	5	0.22	0.27
Permet	1	0	1	0.00	0.05
Pogradec	6	0	6	0.00	0.32
Puke	10	2	12	0.22	0.64
Sarande	3	0	3	0.00	0.16
Shkoder	37	14	51	1.57	2.72
Tepelene	1	1	2	0.11	0.11
Tirane	615	557	1172	62.37	62.47
Vlore	32	18	50	2.02	2.67
Tropoje	0			0%	0%
Devoll	0	0	0	0%	0%
Gramsh	0	0	0	0%	0%
Kolonje	0	0	0	0%	0%
Mat	0	0	0	0%	0%
Peqin	0	0	0	0%	0%
Skrapar	0	0	0	0%	0%
Total	985	893	1878		

Figura 14. Përqindja e rasteve të konfirmuara në laborator sipas rrethit

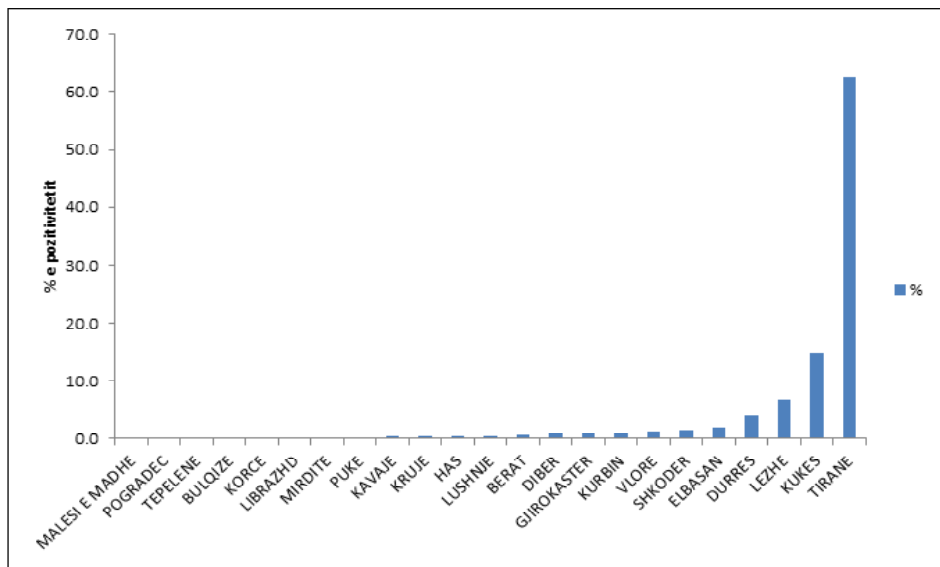
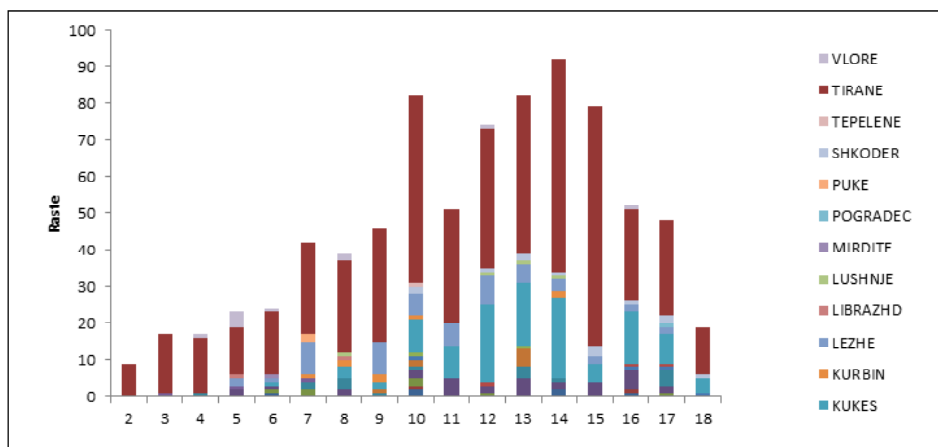


Figura 15. Shpërndarja e rasteve tëkonfirmuara sipas rretheve dhe javës së ardhjes së mostrës



Në muajin Janar deri në javën e parë të Majit rastet pozitive vërehen kryesisht nga rrethet Tiranë, Kukës, Lezhë. Tirana mban peshën kryesore të këtij shpërthimi epidemik. Gjithsesi vërejmë si më poshtë se kemi përsëri tendencë në rritje të rasteve në rrethet Tiranë, Durrës dhe Shkodër.

Paraqitja e rasteve sipas disa rretheve kryesore

Tirana

Në Tiranë rastet e para kanë qënë të lidhura me QSUT kryesisht në moshën femënore. Pas rekomandimeve të vetë-izolimit, i cili nuk funksionon, rastet janë të lidhura me QSUT dhe në komunitete si dhe të shpërndara në të gjithë Tiranën.

Figura 16. Ecuria e shpërndarjes së rasteve me fruth në Tiranë

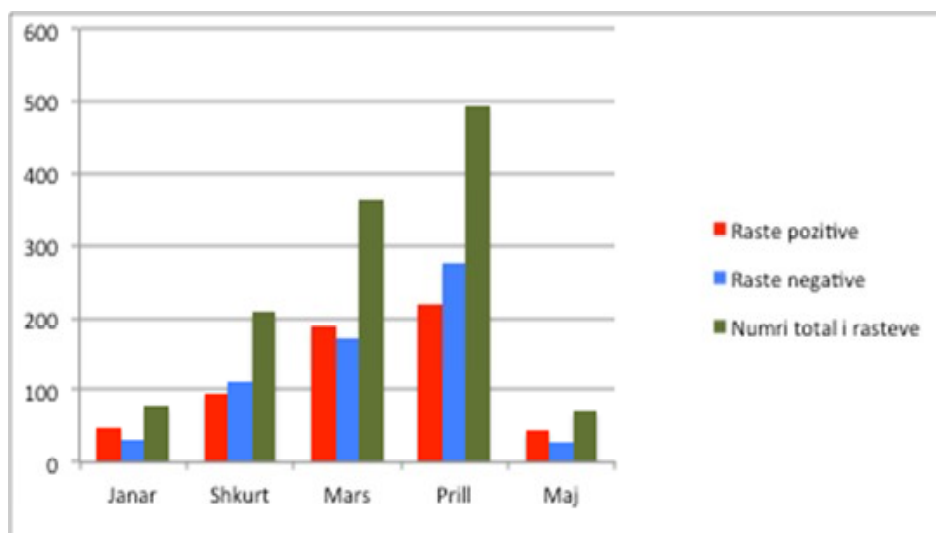
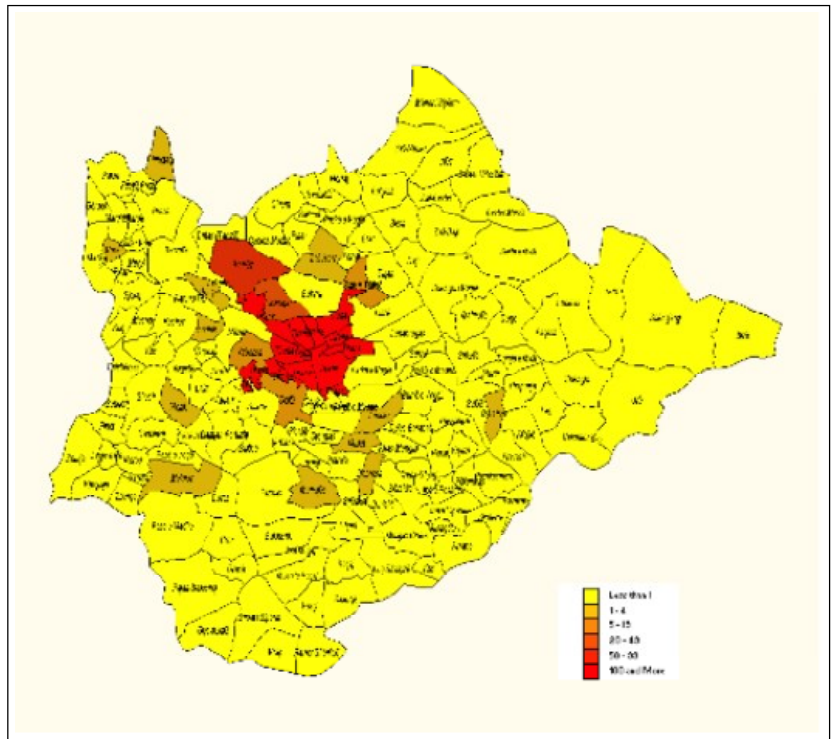


Tabela 6. Shpërndarja e rasteve pozitive në Tirane

Zonat	Raste Pozitive
Tiranë-Qendër	233
Babrru	13
Baldushk	1
Bërxullë	1
Bërzhitë	3
Kamëz	58
Kashar	2
Krrabë	3
Laknas	7
Lundër	1
Mullet	1
Ndroq	3
Pakuqan	12
Pezë	2
Prezë	1
Priskë	1
Qesarakë	2
Sauk	14
Valias	5
Tapizë	1
Yrshek	2
Vorë	4
Zall herr	1
Yzberisht	14
Tufinë	11
Selitë	6

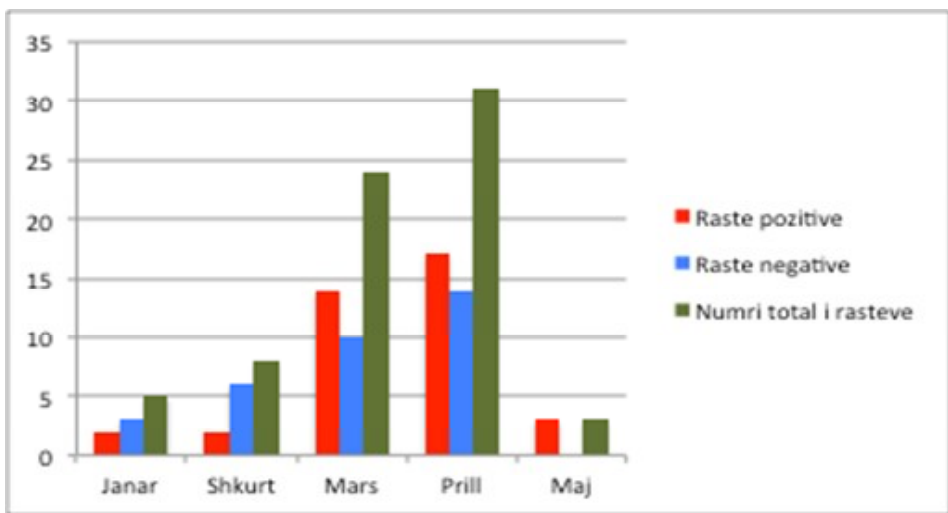
Harta 1. Shpërndarja e rasteve në Tiranë



Durrës

Në Durrës rastet filluan si pasojë e importimit dhe më tej brenda në Durrës. nga Italia, më pas ishin të lidhura me Tiranën

Figura 17. Ecuria e shpërndarjes së rasteve me fruth në Durrës

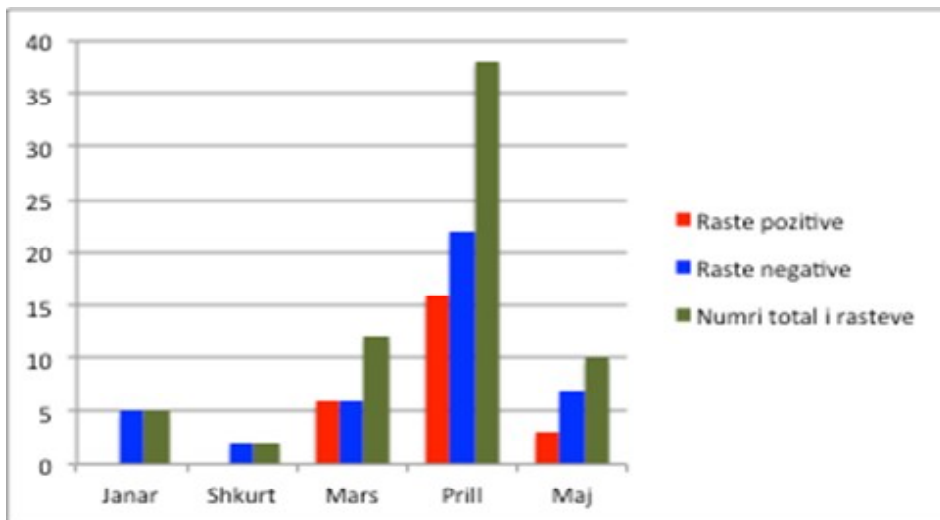


Shkodër

Pavarësisht masave të kontrollit dhe shfaqjes

së rasteve në muajin Mars kemi një tendencë në rritje të rasteve në Shkodër.

Figura 18. Ecuria e shpërndarjes së rasteve me Fruth në Shkodër



Gjithashtu Kukësi dhe Lezha si dy rrethet më të prekura pas Tiranës meritojnë vëmendje pavarësisht një tendencë në ulje të rasteve.

Rastet e para në Kukës kanë qënë të lidhura me Kosovën, më pas me Tiranën dhe brenda në Kukës

Figura 19. Ecuria e shpërndarjes së rasteve me Fruth në Kukës

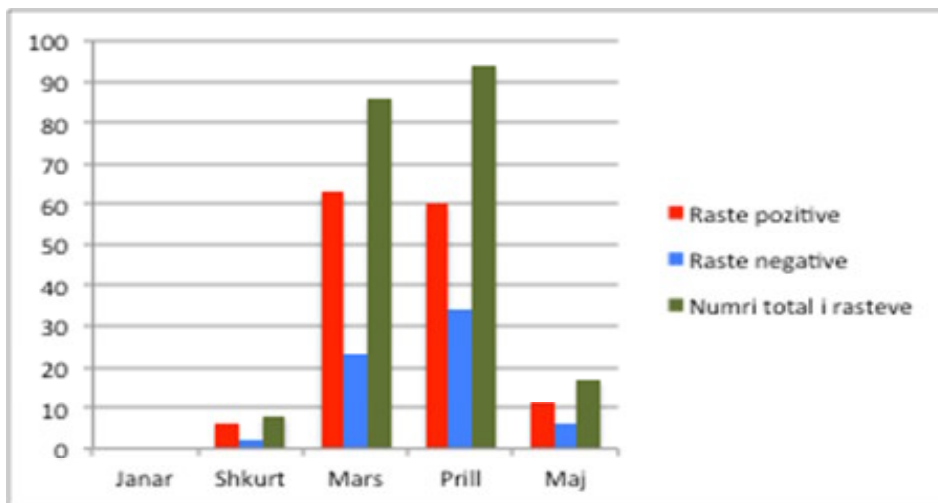
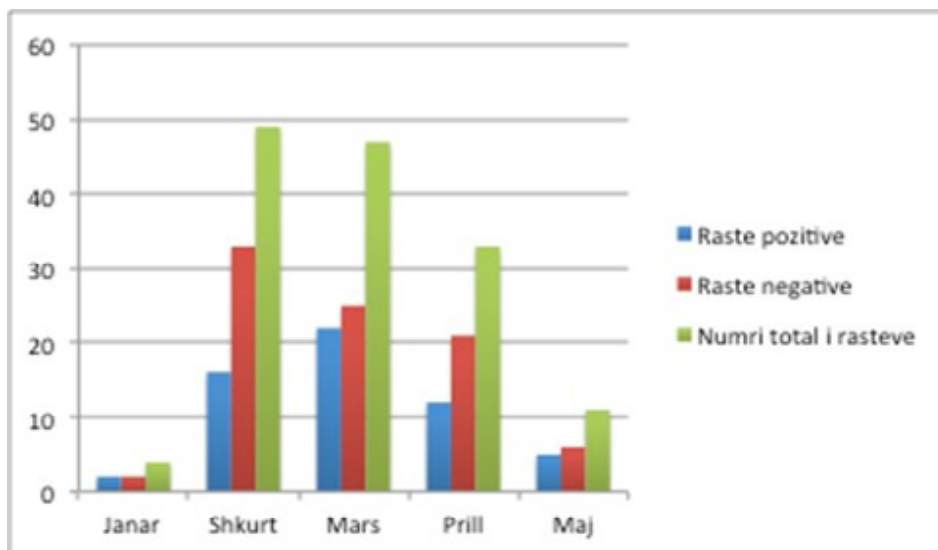


Figura 20. Ecuria e shpërndarjes së rasteve me Fruth në Lezhë



Po ashtu Vlora, Elbasani, Dibra dhe Gjirokastra janë rrethe të cilat duhet të monitorohen. Në Vlorë shpërthimi filloi si pasojë e importimit nga Italia dhe më pas si pasojë e lidhjeve me Tiranën ndërsa në Elbasan, Dibër dhe Gjirokastrë si pasojë e lidhjes së rasteve fillimisht me QSUT dhe Tiranën. Gjirokastra ka raportuar raste vetëm në muajin Mars.

15 rrethe apo 42% e tyre nuk kanë raportuar raste me Fruth pavarësisht se rrethe si Fieri, Saranda dhe Pogradeci kanë dyshuar raste të tilla, të cilat më pas nuk janë konfirmuar qoftë me laborator apo epidemiologjikisht. Ndërsa 9 rrethe nuk kanë raportuar asnjë rast të dyshuar.

Diagnoza

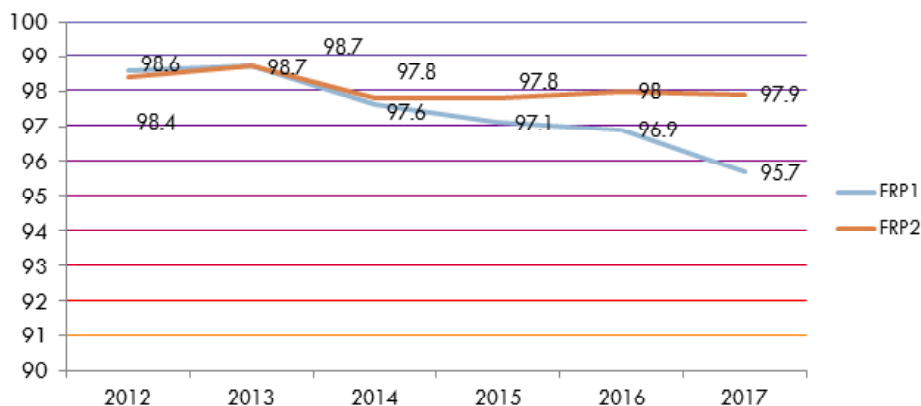
Diagnoza e rasteve të dyshuara është kryer pranë laboratorit të referencës për fruthin pranë ISHP. Diagnoza është kryer nëpërmjet matjes së kundërtrupave IgM ndaj fruthit me metodën ELISA në mostrat e gjakut të pacientëve si dhe

nëpërmjet metodës molekulare RT-PCR të gjetjes së virusit në mostrat nazofaringeale dhe të gjakut. Po ashtu për të gjitha mostrat është kryer inokulimi në linja qelizore dhe izolimi. Disa izolate janë dërguar pranë laboratorit European të referencës për OBSH në Luksemburg për gjenotipizim të mëtejshëm sipas protokolleve të aprovuara nga OBSH.

Vaksinimi ndaj Fruthit dhe strategjitë e kontrollit

Shqipëria ka patur një mbulesë vaksinale të lartë afro 99% ndër vite, por vitet e fundit vihet re një ulje e saj deri në nivelin 95.7% (Figura 21). Edhe pse kjo mbulesë është mbi 95% (përqindja minimale e vaksinimit që nevojitet në rang kombëtar për të parandaluar fruthin) është vënë re një hezitim i prindërve apo tendenca për shtyrjen e vaksinimit si pasojë e një miti të gabuar të lidhjes së vaksinës ndaj Fruthit (Fruth, Rubeole, Parotit –FRP) me autizmin.

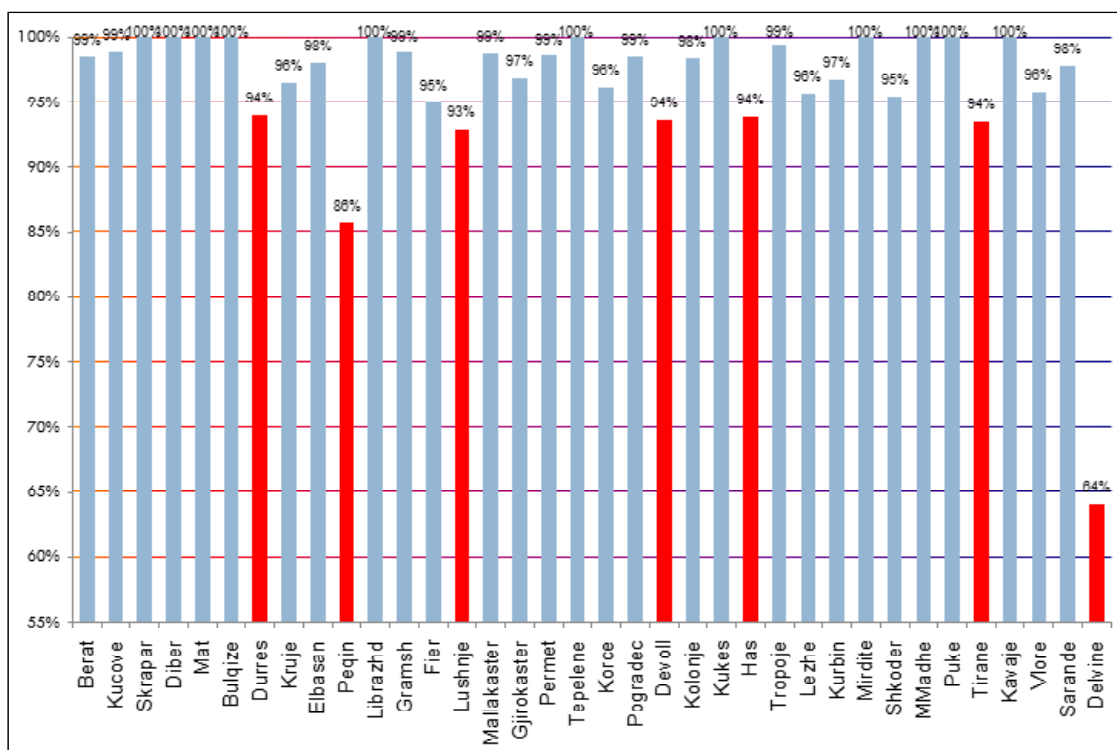
Figura 21. Mbulesa vaksinale ndaj fruthit ndër vite



Në vitin 2017 vihet re një ulje e mbulesës vaksinale në nivel kombëtar por edhe pse ajo është mbi 95%, gjithashtu gjatë këtij viti, në

disa zona të vendit përqindja e vaksinimit me dozën e parë të vaksinës ndaj fruthit është edhe më poshtë këtij niveli. (Figura 22).

Figura 22. Mbulesa vaksinale sipas DRSH/DSHP-ve për dozën e parë të vaksinimit ndaj fruthit



Kjo ulje, nga analiza e ISHP-së, ka ardhur si pasojë e ndikimit të grupeve anti-vaksinë, tendencës së prindërve për të shtyrë vaksinimin

ndaj fruthit si dhe të ndikimit në disa komunitete fetare. Rrethet më problematike ku vihet re një ndikim i komuniteteve fetare janë Delvina, Peqini,

Lushnja, Devolli dhe Hasi. Por ulje të vaksinimit vihet re edhe në Durrës dhe Tiranë të cilat kanë një impakt të madh në përhapjen e sëmundjes në vend.

Deri në fazën e parë të shpërthimit epidemik kishim të bënim me një infeksion spitalor (Janar dhe fillimi i Shkurtit) ku shumica e rasteve kishin lidhje me shërbimin pediatrik në QSUT sidomos urgjencën e pediatriisë ku ose ishin vizituar, ose ishin shtruar, ose kishin kryer aerosol, ose kishin patur fëmijë të shtruar apo vizituar atje). Duhet theksuar se në lidhje me hyrje daljet në QSUT si dhe me vizitat apo shtrimet të mëparëshme gjatë kësaj periudhe kemi patur dhe raste në rrethe si në Librazhd, Peshkopi, Elbasan, Pukë, Fushë Krujë dhe Lezhë të cilat kishin lidhje epidemiologjike me QSUT.

Për këtë arsye në QSUT u vendosën disa masa të kontrollit të infeksionit respirator si më poshtë:

- Izolimi në pavione të caktuara (në pediatri dhe tek të rriturit)
- Masa standarte të kontrollit të infeksionit dhe të transmetimit ajror
 - Përdorim i maskave nga personeli dhe pacientët kur shkojnë në ekzaminime
- Masa standarte të kontrollit të infeksionit dhe të transmetimit ajror
 - Sigurim i dezinfektimit të mjediseve spitalore të përdorura më parë nga të sëmurët
 - Vaksinim i personelit
 - Monitorim i gjendjes mbrojtëse të personelit ndaj fruthit
 - Vaksinim brenda 72 orëve i kontakteve që janë në spital
 - Përforsim i masave të kontrollit të infeksionit.

Ndër masat e tjera në popullatë ishte evidentimi i kontakteve dhe gjendja e vaksinimit të tyre si dhe vaksinimi i kontakteve sipas nevojës. U

vendos survejancë aktive në QSUT në bashkëpunim me Drejtorinë e Shëndetit Publik në Tiranë (DSHP). Po kështu në bashkëpunim me DSHP u përgatit një plan masash për gjurmimin e kontakteve dhe gjendjen e vaksinimit të tyre në cerdhe, kopshte dhe shkolla etj. Cdo kontakt gjurmohet dhe përdoret krehja “derë më derë” e kontakteve dhe vaksinimit të tyre nga një grup i caktuar në terren të DSHP Tiranë në bashkëpunim me ISHP.

Po kështu janë zhvilluar takime dhe trajnime me pjesëmarrjen e mjekëve të institucioneve parashkollore dhe shkollore si dhe mjekëve të familjes pranë DSHP Tiranë ku kanë qënë të pranishëm përfaqësues nga ISHP. Ata u informuan për situatën epidemiologjike të shpërthimit të fruthit dhe masat e kontrollit.

Jane evidentuar dhe është kryer vaksinimi i të gjithë personave kontakte të ngushtë me vaksinë suplementare Fruth Rubeolë Parotit apo Fruth Rubeolë sipas grup moshës.

Në lidhje me vaksinimin plani i masave për të kontrolluar situatën u vendos më pas si më poshtë:

- a) Kontroll i vërtetimeve të vaksinimit që jepen nga konsultorët e lagjeve.
 - b) Evidentim i fëmijëve me rash dhe temperaturë në këto institucione.
 - c) Dërgim i menjëhershëm i informacionit në DSHP dhe më tej nga DSHP në ISHP.
 - d) Mos pranim institucionet aresimore të fëmijëve të sëmure apo që dyshohen për fruth dhe atyre të pa vaksinuar.
 - e) Evidentim i mungesave dhe arsyeja.
 - f) Përdorim nga të gjitha konsultorët i tipit tëri të vërtetimit të vaksinimit.
- a) **Vaksinim i fëmijëve të pavaksinuar.**

Po ashtu po kryhet në Tiranë kontrolli në cdo qendër shëndetësore në qytet dhe fshat për

evidentimin e të gjitha rasteve të dyshuara me rash e temperaturë, kontrollin e imunizimit, kryesisht i vaksinës ndaj fruthit, zinxhirit ftohës, evidentimin e fëmijëve të prapambetur në kryerjen e vaksinimit, shkaqet e mos kryerjes së vaksinimit dhe do të ndërmerren masa ndaj personelit përgjegjës për mosfunksionimin si duhet të skemës së vaksinimit.

Strategjitë e vaksinimit të ndjekura deri më tani dhe që po rekomandohen janë si më poshtë:

- 1) Përmirësimi i vaksinimit rutinë pra vaksinimit në kohë për fëmijët 1 dhe 5 vjeç,
- 2) Vaksinim i kohortëve që janë me një dozë, inisiativë kjo që ka filluar që në vitin 2016.
- 3) Evidentimi i fëmijëve të prapambetur në kryerjen e vaksinimit dhe vaksinim i tyre (duke nxitur edhe kërkimin dhe komunikimin “derë më derë”)
- 4) Takime me mjekët pediatër dhe ata të konsultorit të cilët kanë sygjyer shtyrjen e moshës së vaksinimit dhe trajnime të tyre.
- 5) Evidentimi dhe plotësimi i skemës së

vaksinimit me dy doza vaksinë ndaj fruthit për të gjithë fëmijët.

6) Takime me përfaqësues të komunitetit Musliman, duke qenë se një pjesë e refuzimeve vijnë nga persona me besim fetar dhe organizim i vaksinimeve në këto komunitete.

7) Vaksinim në popullata Rome si kontigjent lëvizës dhe jo gjithmonë i kapshëm.

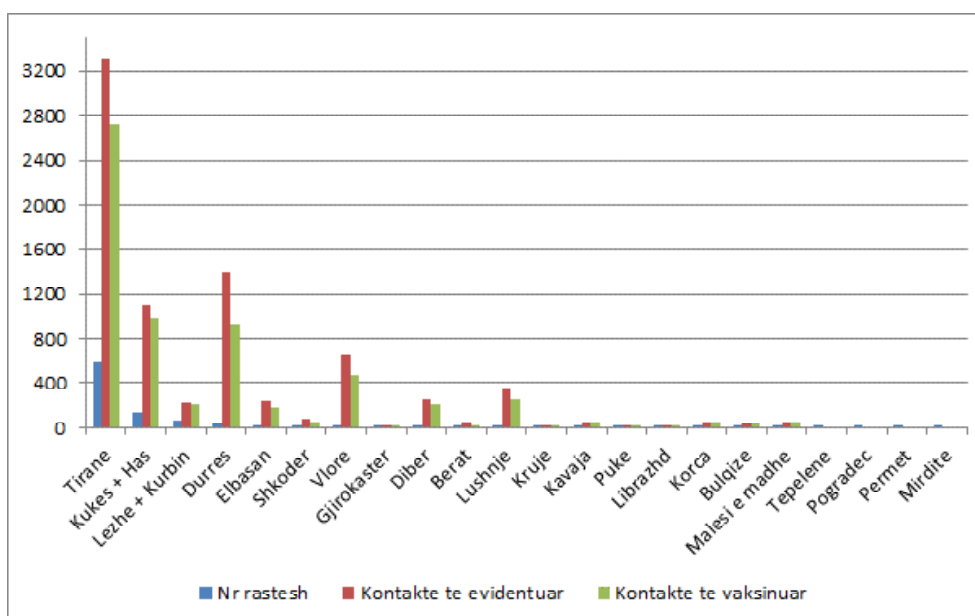
8) Vaksinim i kontakteve të personave me Fruth sipas udhëzimeve përkatëse brenda 72 orëve.

9) Vaksinim i popullatës sipas kërkesës kur ka vetëm një dozë të vaksinës.

Vaksinimi është një shërbim që njeriu duhet ta marrë gjatë të gjithë jetës dhe nuk është i lidhur vetëm me fëmijërinë. Si në cdo shërbim ka persona të cilët nuk janë të vaksinuar plotësisht ose i përkasin grup moshave në kohë kur vaksinimi ka patur probleme ose janë identifikuar probleme në përgjithësi apo në zona të caktuara, pra nuk është një shërbim statik por gjithmonë në përmirësim.

Ecuria e gjetjes së kontakteve dhe vaksinimit të tyre sipas rretheve paraqitet në Figurën 23.

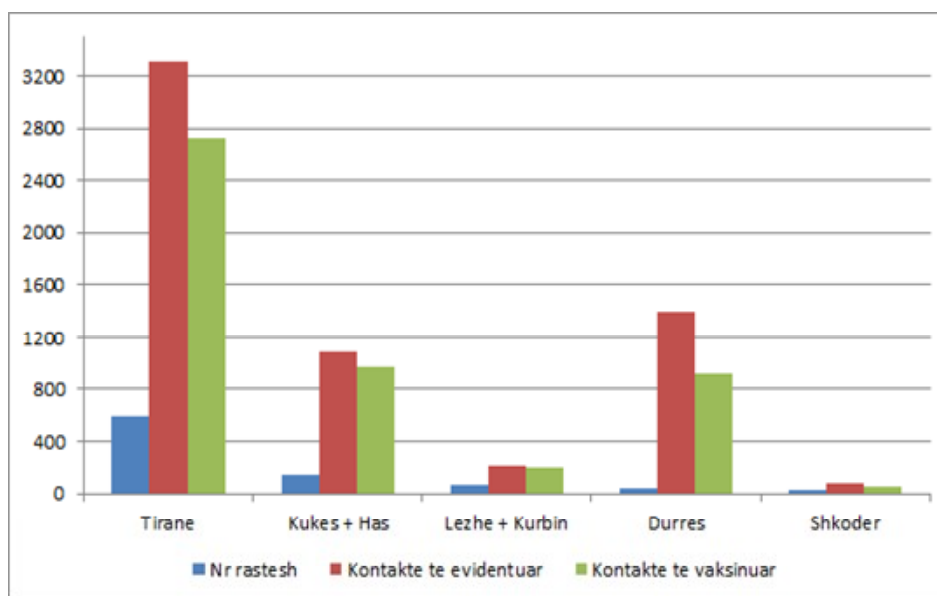
Figura 23. Ecuria e kontakteve të evidentuar dhe vaksinimi i tyre



Sikurse është përmendur edhe në fillim të raportit peshën më të madhe të rasteve e mban

Tirana e më tej Kukësi, Lezha, Durrësi e Shkodra.

Figura 24. Rrethet me rastet dhe kontaktet më të shumta



Nga kontaktet e gjetur një pjesë e atyre të pavaksinuar kanë qenë me dy doza ose kanë refuzuar, ose kanë kaluar 72 orëshin për vaksinim. Çdo vonesë në vaksinim, për ata që nuk kanë dy doza vaksinë gjatë jetës së tyre, bën që këta persona të kthehen më pas të sëmurë me fruth.

Pra strategjitë e kontrollit dhe bashkë me to dhe ato të vaksinimit kanë qenë si më poshtë:

Deri në 20 Shkurt 2018 – Izolim në spital, identifikim kontakti dhe vaksinim i kontakteve, vaksinim i të prapambeturve, vaksinim suplementar për të rritur dhe pullatë Rome.

· Pas 20 Shkurt deri tani – Vetëizolim, identifikim kontakti dhe vaksinim i kontakteve, vaksinim i të prapambeturve, vaksinim suplementar për të rritur.

Rekomandime

Rekomandimet lidhen me mënyrën e menaxhimit të rasteve dhe vaksinimit si më poshtë:

- Rastet të mos dërgohen në spital por të merret serum për diagnozë vetëm kur nuk ka të dhëna epidemiologjike (kontakt me rast të konfirmuar) që vërtetojnë rastin
 - Rastet të ndiqen në shtëpi kur ka kushte
 - Rastet të dërgohen në spital në bazë të gjendjes shëndetësore dhe kur nuk ka kushte të vetëizolimit
 - Rastet në spital mund të shtrohen apo kthehen
 - Për çdo rast të kthyer duhet të njoftohet mjeku i familjes për të ndjekur vetëizolimin etj.
 - Në spital duhet të merren masa të kontrollit të infeksionit
 - Në spital duhet të shënohen të dhënat përkatëse sipas ligjit
 - Mjeku i familjes sidomos në qytet nuk është i interesuar për vaksinimin dhe e neglizhon këtë rol prandaj duhet të rritet e roli i mjekut të familjes nëpërmjet edukimit dhe udhëzimeve, trajnime mbi Fruthin, menaxhimin e rastit me Fruth dhe vetëizolimin, menaxhimin e kontakteve dhe vaksinimin

- Trajnim mbi vaksinimin të mjekut të familjes.

- Çdo ofrues i kujdesit shëndetësor në lidhje me fruthin duhet të:

- Njohë shenjat klinike të Fruthit
- Njohë mënyrën e transmetimit të Fruthit dhe si parandalohet kjo sëmundje.

- Njohë mënyrën e kontrollit të Fruthit
- Rekomandojë vetëizolim dhe si kryhet ai

- Sigurojë cilësinë e vetëizolimit
- Rekomandojë shtrimin në spital vetëm atëherë kur është e nevojshme

- Të sigurojë që çdo rast i dyshuar për Fruth të konfirmohet ose nëpërmjet lidhjes epidemiologjike pra kontaktit me një rast i cili është konfirmuar me laborator për Fruth ose testimin laboratorik për Fruth testimi kryhet edhe në QSH.

- Të marrë pjesë aktive në ndjekjen e kontakteve të pacienteve me Fruth duke ofruar vlerësimin klinik të tyre dhe vaksinimin e menjëhershëm brenda 72 orëve të kontakteve.

- Njohë dhe zbatojë me përpikmëri çdo detyrim ligjor në fushën e kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve infektive përfshi dhe imunizimin e popullatës, të përcaktuara dhe në kontratën individuale të punës.

- Njohë dhe zbatojë skemën e programit kombëtar të vaksinimit të parashtruar në Paketën bazë të Kujdesit Shëndetësor Parësor

- **VLERËSOJË** gjendjen e vaksinimit se të gjithë pacientëve gjatë çdo takimi që ata kanë me pacientet dhe për popullatën dhe familjet që ata mbulojnë nëpërmjet mënyrave të ndryshme si psh takimeve me familjet, check up etj

- **REKOMANDOJË** vaksinat që çdo pacient ka nevojë dhe sidomos vaksinat ndaj Fruthit

- **ADMINISTROJË** vaksinën e duhur sidomos vaksinën e Fruthit ose ta **REFEROJË**

tek shërbimi që ofron vaksinat pranë konsultorit të fëmijës

- **DOKUMENTOJË** vaksinat e marra në rregjistrin kombëtar të vaksinave dhe në kartelën individuale

- Çdo kartelë individuale në qendrën shëndetësore duhet të ketë të dokumentuar vaksinat e kryera dhe kartelën e vaksinimit

- Pacienti **VLERËSOHET** për statusin e vaksinimit ndaj Fruthit dhe nëse pacienti mund të vaksinohet ndaj Fruthit (sipas udhëzimit të ISHP në lidhje me vaksinimin ndaj Fruthit)

- Pacientit i **REKOMANDOHE**T vaksinimi ndaj Fruthit nëse vërtetohet se nuk ka dy doza vaksinë apo mjeku nuk është i bindur për cilësinë e vaksinimit

- Vaksinimi **KRYHET** pranë qendrave të kujdesit parësor ose atje ku pacienti kryen vizitën

- Çdo vaksinim **DOKUMENTOHE**T në rregjistrin kombëtar të vaksinave dhe kartelën individuale klinike

- Çdo javë ofruesit e kujdesit shëndetësor nëpërmjet një personeli të përcaktuar më parë (kryeinfermierë, menaxherë etj.) **RAPORTOJNË** pranë DSHP ne lidhje me vaksinimin ndaj Fruthit duke saktësuar të dhënat demografike të pacientit, datën e vaksinimit dhe vendin dhe qendrën shëndetësore ku është kryer vaksinimi (sipas tabelës që do tju ofrohet nga shërbimi epidemiologjik)

- Qendra shëndetësore sipas mjekëve të familjes identifikon familjet apo komunitetet sipas zonave që mbulon çdo mjek familje.

- Çdo mjek organizon për familjet dhe komunitetet që ai mbulon vlerësimin e vaksinimit të tyre ndaj Fruthit. Ky vlerësim kryhet si më poshtë

- Nëpërmjet identifikimit të familjarëve të pacienteve apo komuniteteve ku bëjnë pjesë ata.

- Nëpërmjet vlerësimit me anë të telefonit dhe dërgimit të SMS (bashkëpunim me kompanitë celulare)

- NËPËRMJET vlerësimit derë më derë duke kombinuar shërbimin e kontrollit të foshnjave të cilat kontrollojnë edhe familjet në lidhje me vaksinimin dhe e ofrojnë atë për prindërit dhe të afërmit të cilët nuk kanë kryer dy doza të vaksinës që përmban Fruth, apo nëpërmjet kontaktit direkt me familjet nëpërmjet personelit infermieror)

- Çdo mjek familje organizon vaksinimin ndaj Fruthit për popullatën që ai mbulon në bashkëpunim me personelin e tij dhe personelin që ofron në mënyrë tradicionale vaksinat si ai i kujdesit ndaj fëmijës së porsalindur si vaksinatorët si dhe DSHP përkatëse duke planifikuar sasinë e vaksinave që i nevojiten dhe kohën e ditën e vaksinimit në mënyrë të organizuar për një ose disa familje apo komunitet.

Organizimi i ndjekjes së kontakteve të personave të identifikuar me Fruth nga mjeku i familjes:

- Mjeku i familjes sapo diagnostikon personin apo personat me Fruth IDENTIFIKON KONTAKTET e tyre edhe në bashkëpunim me DSHP.

- Mjeku i familjes menjëherë i KONTAKTON ata (me telefon apo mjete të tjera si email etj apo dhe derë më derë) duke i sqaruar për rrezikun e Fruthit dhe REKOMANDON VAKSINIMIN BRENDA 72 ORËVE dhe rendësinë e tij.

- Mjeku i familjes menjëherë NJOFTON DSHP dhe organizon sëbashku me ta KONTAKTIN (me telefon apo mjete të tjera si email etj apo dhe derë më derë) duke i sqaruar për rrezikun e Fruthit dhe REKOMANDON VAKSINIMIN BRENDA 72 ORËVE dhe rendësinë e tij.

- Mjeku i familjes ORGANIZON sëbashku me DSHP vaksinimin brenda 72 orëve të kontakteve pamvarësisht statusit të tyre të vaksinimit.

- Mjeku i familjes sëbashku me DSHP siguron që cdo vaksinim i kryer është DOKUMENTUAR në rregjistrin kombëtar të vaksinimit.

- Mjeku i familjes ka një rregjistër të posacëm ku ka të DOKUMENTUAR pacientet me Fruth, statusin e vaksinimit të mëparshëm të tyre, kontaktet e tyre dhe datën e vaksinimit të kontakteve apo arësyeve nëse kontaktet e mundshme nuk janë vaksinuar.

- Mjeku i familjes raporton çdo javë pranë DSHP të dhënat e rregjistrit të Fruthit (pacientet me Fruth, statusin e vaksinimit të mëparshëm të tyre, kontaktet e tyre dhe datën e vaksinimit të kontakteve apo arësyeve nëse kontaktet e mundshme nuk janë vaksinuar).

Roli i aktoreve të tjerë në sistemin shëndetësor

FSDKSH

- Detyrat e mjekut të familjes për vaksinimin dhe kontaktet, vizita në shtëpi

- Detyrat e mjekut specialist për vaksinimin dhe kontaktet, vizita në shtëpi

- Plotësimi i dokumentacionit në QSH dhe spitale

ISHSH

- Kontroll i kartelave të vaksinimit në çerdhe, kopështe, shkolla etj

- Kontroll i plotësimit të informacionit

- Kontroll i zbatimit të udhëzimeve dhe legjislacionit.

QSUT, SPITALE

- Plotësim i skedës së Fruthit me të dhëna të sakta për person, kohë dhe vend.

- Njoftimi në kohë sipas legjislacionit

- Kontrolli i infeksionit dhe izolimi respirator

- Kujdesi shëndetësor sidomos ai reanimator

DSHP

- DSHP njofton për çdo rast me Fruth në ISHP
- DSHP heton çdo rast me Fruth sipas udhëzimit përkatës
- DSHP plotëson tabelat e rasteve me Fruth sipas udhëzimeve përkatëse me të gjithë informacionin e duhur
- DSHP raporton çdo javë pranë ISHP të dhënat e rregjistrit të Fruthit (pacientët me Fruth, statusin e vaksinimit të mëparshëm të

tye, kontaktet e tyre dhe datën e vaksinimit të kontakteve apo arësyen nëse kontaktet e mundshme nuk janë vaksinuar).

Masa të tjera

- Vetëraportim dhe ndërgjegjësim i popullatës – media, media sociale, mesazhe, website
- Vaksinimi suplementar i fokusuar sipas zonave dhe grupmoshave

Mirënjohje dhe Falenderime

Falenderojmë në mënyrë të vecantë të gjithë stafin e sektorit të epidemiologjisë dhe kontrollit të sëmundjeve infektive në të gjitha DSHP-të e rretheve për punën e kryer në kohën e duhur në lidhje me hetimin e rasteve, vaksinimin e gjurmimin e cdo kontakti të personave të dyshuar me fruth.

Defektet e Lindura të raportuara në sistemin e survejancës së defeteve të lindura në vitin 2017

Dorina Toçi^{1,2}, Eduard Kakarriqi^{1,2,3}, Alba Merdani^{1,2}, Bajram Dedja^{1,2},
Albana Fico^{2,3}, Ervin Toçi^{2,3}

¹Sistemi i Survejancës së Defekteve të Lindura, Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

²Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

³Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Defektet e lindura (DL) paraqesin një problem të rëndësishëm shëndetësor, social dhe financiar në mbarë botën. Prevalenca e DL në vendin tonë për vitin 2017 ishte 14.4 për 1000 lindje. Prevalencën më të lartë e kishte rajoni i Tiranës dhe i Gjirokastrës, përkatësisht 29.1 dhe 18.2 për 1000 lindje. Prevalenca e DL tek meshkujt ishte 33% më e lartë sesa tek femrat. Prevalenca e DL tek nënat e moshës mbi 35 vjeç është 25% më e lartë sesa tek nënat që janë më të reja. Sistemet anatomike shëndetësore më të prekura nga DL janë sistemi muskuloskeletal dhe kardiovaskular, përkatësisht me prevalencë 3.49 dhe 3.35 për 1000 lindje. Hipospadia është defekti i lindur më i shpeshtë, me prevalencë 1.17 për 1000 lindje, i ndjekur nga defektet e polidaktilisë dhe sindromit Doën, përkatësisht me prevalencë 0.85 dhe 0.83 për 1000 lindje. Nevojitet të studiohen shkaqet e ndryshimeve rajonale të prevalencës së defekteve në Shqipëri dhe përmirësimi i raportimit të defekteve të lindura në mënyrë që të zhvillojmë një qasjeje gjithëpërfshirëse dhe sistematike për të përmirësuar produktin e shtatzanisë dhe për të reduktuar prevalencën e defekteve të lindura në vendin tonë.

Hyrje

Defektet e lindura (DL) paraqesin një problem të rëndësishëm shëndetësor, social dhe financiar në mbarë botën (ËHO 2018). Prevalenca specifike e DL është e ndryshme në popullsi të ndryshme dhe vlerësimi i saj varet nga sistemi shëndetësor, përdorimi dhe mbulimi me shërbime parandaluese, aksesimi në depistim, diagnozë dhe ndërprerjen e shtatzënisë në raste të rënda. Prevalenca e DL varion nga 10 deri në 60 raste për 1000 lindje të gjalla dhe kjo shifër rritet në mënyrë të konsiderueshme në qoftë se DL zbulohen më vonë gjatë jetës (kur përfshihet mosha nga 1 vjeç deri në 5 vjeç) (ËHO, CDC-US, ICBDSR 2014). Në Shqipëri para vitit 2009, midis të gjithë DL të diagnostikuara raportoheshin zyrtarisht vetëm spina bifida dhe luksacioni kokso-femoral i lindur. Në vitin 2009, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Fondin e Kombeve të Bashkuara (UNFPA), filloi implementimin e SSDL si një hap i parë drejt identifikimit të DL madhore në Shqipëri dhe eksplorimit të faktorëve të mundshëm gjenetik, socio-demografik, mjedisorë dhe të të ushqyerit që rrisin rrezikun për DL (Çanaku D, 2013). Çdo DL i diagnostikuar duhet të raportohet me një formular zyrtar individual (formulari 4/1 / ID-SH). Në vendin tonë, në kuadër të zbatimit dhe vendosjes së SSDL të gjithë mjekët obstetërgjinekologë, pediatër dhe neonatologë u trajnuan për raportimin e DL, gjithashtu të gjitha institucionet / qendrat shëndetësore të raportimit në vend tashmë kanë regjistrin e defekteve të lindura. Instituti i Shëndetit Publik është qendra e fundit, ku mbledhen të gjitha format e raportimit, analizohen dhe gjenerohen raportet dhe rekomandimet përkatëse. SSDL është burimi i vetëm më i plotë për analizën e situatës epidemiologjike të DL në Shqipëri (ISHP, MSHMS 2018). Në Shqipëri nuk ka patur asnjë përshkrim të shpërndarjes dhe

karakteristikave të DL në nivel kombëtar përpara vitit 2010.

Defektet e lindura në vendin tonë janë të detyrueshme për tu raportuar me skedë individuale në bazë të Urdhrit të Ministrisë së Shëndetësisë Nr. 157, Dt. 05.03.2009 dhe VKM Nr. 327. Dt. 28.05.2014.

Metodologjia

Sistemi i suvejancës së defekteve të lindura është i shtrirë në të gjithë vendin tonë (36 rrethet dhe 12 rajonet). Maternitetet (shërbimi i obstetërgjinekologjisë dhe i neonatologjisë) dhe spitalet e përgjithshme (shërbimi i pediatriisë) duke përfshirë sektorin publik dhe atë privat në vend janë qendrat e raportimit të defekteve të lindura në SSDL në Shqipëri. Të gjithë mjekët obstetërgjinekologë, pediatër, neonatologë që punojnë në këto shërbime spitalore duhet të plotësojnë formularin e raportimit të DL për çdo rast të diagnostikuar me DL.

Drejtoritë e Shëndetit Publik (DShP) në rreth kanë në strukturën e tyre një specialist të shëndetit publik që është përgjegjës për raportimin e defekteve të lindura të diagnostikuara në rrethin përkatës në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP). Specialisti i shëndetit publik i çdo DShP është përgjegjës për grumbullimin e skedave të DL, kontrollin dhe verifikimin e informacionit që përmban skeda me kartelat dhe regjistrat spitalorë si dhe verifikimin e numrit të rasteve të DL të raportuara me skedë me numrin e rasteve të regjistruar në. Raportimi në ISHP kryhet çdo tremujor. Ky është një studim kros-seksional që përfshin të gjithë defektet e diagnostikuara në lindje në të gjithë vendin tonë për vitin 2017. Numri i lindjeve për vitin 2017 është marrë nga INSTAT. Në këtë studim është llogaritur prevalenca e defekteve të lindura për 1000 lindje të gjalla sipas rajoneve të vendit, moshës së nënës, gjinisë së foshnjës, sistemeve anatomike të prekura dhe prevalenca e 10 defekteve më të shpeshta të

diagnostikuara në lindje të gjalla. Gjithashtu është llogaritur dhe shpërndarja e defekteve të lindura sipas karakteristikave të ndryshme socio-demografike për vitin 2017.

Përkufizimi i rastit me defekt të lindur

Një defekt i lindur është çdo çrregullim apo anomali strukturore, funksionale ose metabolike të përcaktuara ose jo gjenetiksht, që hasen dhe kanë filluesin gjatë periudhës gestacionale të zhvillimit të fetusit dhe jo si pasojë procesit të lindjes. Rastet e raportuara përfshijnë të gjithë defektet e lindura që diagnostikohen në lindje të gjallë, vdekje fetale, vdekje neonatale, ndërprerje shtatzanie për shkak të një anomalie

të fetusit dhe deri në moshën 2 vjeç të fëmijës që ka lindur dhe është banues i vendit tonë.

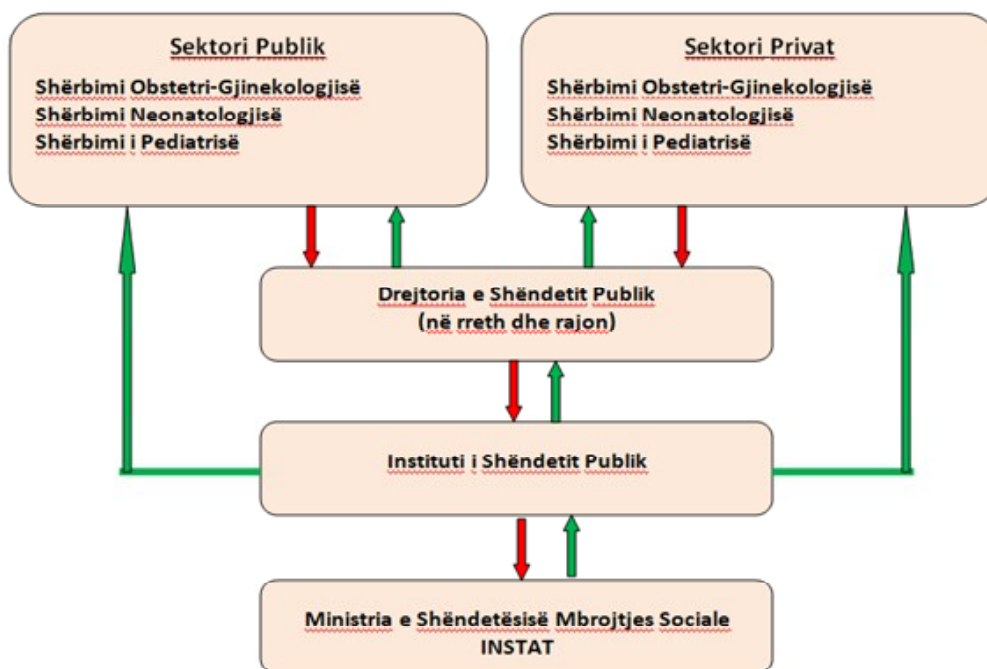
Kodifikimi i defekteve të lindura

SSDL përdor rishikimin e nëntë të Manualit të Kodimit të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve [ICD-9-DL (defektet e lindura 740-759)] për kodimin e defekteve të lindura të diagnostikuara dhe regjistruara në vendin tonë.

Skema e raportimit të defekteve të lindura së SSDL

Skema e raportimit të defekteve të lindura në SSDL paraqitet në Figurën 1 në vijim.

Figura 1. Skema e raportimit të defekteve të lindura në SSDL



Shigjeta e kuqe:

raportimi nga baza në qendër

Shigjeta jeshile: feedback

Variablat që përmban skeda e defekteve të lindura janë si më poshtë vijon:

Të dhënat që përmban ky raport janë nxjerrë nga databaza e SSDL në departamentin e Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore në Institutin e Shëndetit Publik.

1. Defektet e lindura

Përkufizimi operacional: Anomali e detyrueshme për tu raportuar që është prezente tek foshnja në lindje (një fëmijë i lindur gjallë, vdekur ose ndërprerje shtatzanie për arsye të anomalisë) pavarësisht shkakut gjenetik ose jo gjenetik.

Shkalla e matjes: Variabël numerik diskret (koduar sipas ICD-9 për malformacionet e lindura, deformimet dhe anomalitë kromozomale).

Defektet e lindura janë rikoduar dhe sipas sistemit shëndetësor anatomik të prekur: (11 kategori):

1. Sistemi nervor (740.0-742.9)
2. Syri, veshi, fytyra dhe qafa (743.0-744.9)
3. Sistemi kardiovaskular (745.0-747.9)
4. Sistemi respirator (748.0-748.9)
5. Sistemi digjestiv (tretës) duke përfshirë dhe kavitetin e gojës (749.0-751.9)
6. Sistemi gjental (752.0-752.9)
7. Sistemi urinar (753.0-753.9)
8. Sistemi muskulosketal (754.0-756.9)
9. Anomali të lindura të integumentit (757.0-757.9)
10. Anomali kromozomale (758.0-758.9)
11. Anomali të tjera të lindura të paspecifikuara (759.0-759.9)

Defektet e qiellzës dhe buzës së çarë (me kodet përkatëse 749.0-749.25) janë përfshirë në defektet e lindura të sistemit digjestiv dhe të anomalive të gojës.

2. Vendbanimi: rajoni

Shqipëria ka 12 rajone.

Përkufizimi operacional: 12 njësi administrative (rajone) të Shqipërisë.

Shkalla e matjes: Variabël kategorik nominal (Berat, Dibër, Durrës, Elbasan, Fier, Gjirokastër, Korçë, Kukës, Lezhë, Shkodër, Tiranë dhe Vlorë).

3. Vendbanimi

Përkufizimi operacional: Vendbanimi sipas vendndodhjes urbane dhe rurale.

Shkalla e matjes: Variabël dikotomik (urban, rural)

4. Pesha në lindje e foshnjës

Përkufizimi operacional: Pesha në lindje e foshnjës në gram (i lidhur gjallë ose vdekur) e matur menjëherë mbas lindjes.

Shkalla e matjes: Variabël dikotomik (në gramë); peshë e ulët në lindje ≤ 2500 gram, dhe peshë normale në lindje ≥ 2501 gram.

5. Mosha gestacionale

Përkufizimi operacional: Mosha gestacionale në javë shtatzanie e foshnjës.

Shkalla e matjes: Variabël dikotomik: prematur (≤ 37 javë), normale (38-42 javë).

6. Gjinia e foshnjës

Përkufizimi operacional: Gjinia (seksi) i foshnjës.

Shkalla e matjes: Variabël dikotomik (meshkuj, femra)

7. Mosha e nënës

Përkufizimi operacional: Mosha e nënës në kohën e diagnostikimit të foshnjës me defekt të lindur.

Shkalla e matjes: Variabël numerik i vazhdueshëm. Mosha e nënës është rikoduar dhe në një variabël kategorik ordinal 5 kategori (<20 vjeç, 20-24 vjeç, 25-29 vjeç, 30-34 vjeç dhe >35 vjeç).

8. Arsimi (edukimi) i nënës

Përkufizimi operacional: Vitet e përfunduara të arsimit të nënës të raportuara nga nëna gjatë

plotësimi të skedës.

Shkalla e matjes: Variabël numerik i vazhdueshëm. Ky variabël u rikodua në një variabël kategorik ordinal: 0 (pa arsim), 1-4 (filllore), 5-8 (8-vjeçare), 9-12 (e mesme), 13+ vite edukimi (e lartë).

9. Statusi i punësimit të nënës

Përkufizimi operacional: Statusi i punësimit të nënës në kohën e diagnostikimit të foshnjës me defekt të lindur.

Shkalla e matjes: Variabël dikotomik (po/jo).

10. Etnia e nënës

Përkufizimi operacional: Etnia e nënës në kohën e diagnostikimit të foshnjës me defekt të lindur.

Shkalla e matjes: Variabël kategorik nominal (e bardhë, Rome, Egjiptiane, të tjera).

11. Gjendja në lindje e foshnjës

Përkufizimi operacional: Gjendja në lindje e foshnjës në kohën e diagnozës.

Shkalla e matjes: Variabël kategorik nominal [gjallë, vdekje fetale (>20 javë shtatzanie), vdekje e hershme neonatale (0-7 ditë mbas lindjes), ndërprerje shtatzanie].

Rezultate (analiza e situatës së defekteve të lindura në vendin tonë për vitin 2017)

Gjatë vitit 2017 janë raportuar 436 DL në SSDL. Në tabelën 1 paraqitet shpërndarja e DL në vendin tonë sipas karakteristikave socio-demografike për vitin 2017. Rreth 57% e foshnjave të raportuara me DL banojnë në zona urbane. 62% e foshnjave me DL janë meshkuj. 98% e foshnjave me DL i përkasin etnisë së bardhë (kaukaziane). 67% e nënave të foshnjave me DL deklarojnë së janë të papunësuar. Rreth 52% e nënave të foshnjave me DL kanë 8 vjet ose më pak vite arsimimi.

Tabela 1. Shpërndarja e defekteve të lindura sipas karakteristikave socio-demografike për vitin 2017 në Shqipëri

Variabli	Përqindja
Vendbanimi	
Urban	56.9*
Rural	43.1
Gjinia	
Meshkuj	62
Femra	38
Statusi i punësimit të nënës	
E punësuar	67
Pa punë	33
Mosha e nënës	
<20 vjeç	4.1
20 – 24 vjeç	26.4
25 – 29 vjeç	31.9
30 – 34 vjeç	25.9
≥35 vjeç	11.7
Etnia e nënës	
E bardhë	98
Rome	2
Egjiptiane	0
Niveli i edukimit të nënës	
Pa arsim	1
Filllore	2.5
8-vjeçare	47.9
E mesme	28.9
E lartë	19.7

*Përqindja e DL për secilën kategori ndaj totalit të DL të raportuara në SSDL 2017

Në tabelën 2, paraqitet shpërndarja e DL sipas karakteristikave të gjendjes në lindje të foshnjës në vitin 2017. 89% e foshnjave me DL kanë lindur gjallë. Rreth 80% e foshnjave me DL kishin peshë normale mbi 2500 gram dhe 82% e foshnjave me DL kishin lindur në term (e e37 javë shtatzanie).

Tabela 2. Shpërndarja e defekteve të lindura sipas karakteristikave të gjendjes në lindje për vitin 2017 në Shqipëri

Variabli	Përqindja
Gjendja në lindje e foshnjës	
Gjallë	89*
Vdekur	3.9
Vdes mbas lindjes	3.2
Abort i induktuar	3.9
Pesha në lindje e foshnjës	
≤2500 gr	22
≥ 2501	78
Mosha në javë shtatzanie në lindje	
≤ 36 javë	17.9
≥ 37 javë	82.1

*Përqindja e DL për secilën kategori ndaj totalit të DL të raportuara në SSDL 2017

Prevalenca e DL në vendion tonë për vitin 2017 ishte 14.4 për 1000 lindje. Në tabelën 3. Paraqitet prevalenca e DL për vitin 2017 sipas rajoneve të vendit. Prevalenca e DL varion ndjeshëm midis rajoneve të ndryshme. Prevalencën më të lartë e ka rajoni i Tiranës dhe i Gjirokastrës, përkatësisht 29.1 dhe 18.2 për 1000 lindje. Prevalencën më të ulët e kishin rajonet e Shkodrës dhe Dibrës, përkatësisht 2.1 dhe 3.6 për 1000 lindje. Diferencat në prevalenca i detyrohen kryesisht diferencave në raportim.

Tabela 3. Prevalenca e defekteve të lindura (për 1000 lindje) sipas rajoneve të vendit, 2017

Rajoni	Numri i lindjeve *	Numri i defekteve të lindura	Prevalenca e defekteve të lindura për 1000 lindje
Berat	1228	9	7.3
Dibër	1401	5	3.6
Durrës	3373	20	5.9
Elbasan	2827	27	9.6
Fier	2810	24	8.5
Gjirokastrë	604	11	18.2
Korçë	1860	14	7.5
Kukës	935	4	4.3
Lezhë	1423	5	3.5
Shkodër	1929	4	2.1
Tiranë	10272	299	29.1
Vlorë	1579	14	8.9
Totali	30241	436	14.4

*Burimi për numrin e lindjeve: ISHP, Sektori i Vaksinimit 2017

Në tabelen 4, paraqitet prevalenca e DL sipas gjinisë së foshnjës dhe grup-moshës së nënës në vitin 2017. Prevalenca e DL tek meshkujt ishte 33% më e lartë sesa tek femrat. Prevalenca e DL tek nënat e moshës nën 35

vjeç ishte 13.7 për 1000 lindje, ndërsa tek nënat e moshës mbi 35 vjeç ishte 18.1 për 1000 lindje, që do të thotë që prevalenca e DL tek nënat e moshës mbi 35 vjeç është 25% më e lartë sesa tek nënat që janë më të reja.

Tabela 4. Prevalenca e defekteve të lindura (për 1000 lindje) sipas gjinisë së fëmijës dhe grup-moshës së nënës, 2017

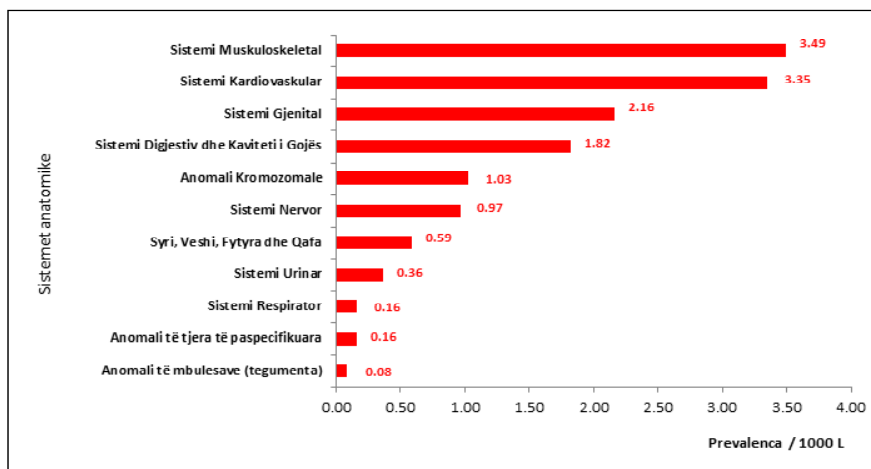
Variabli	Numri i lindjeve	Numri i defekteve të lindura	Prevalenca e defekteve të lindura për 1000 lindje
Gjinia			
Meshkuj	16208	272	16.8
Femra	14661	164	11.2
Mosha e nënës			
<20 vjeç	1726	18	10.4
20 – 24 vjeç	8264	115	13.9
25 – 29 vjeç	10982	139	12.7
30 – 34 vjeç	6906	113	16.4
≥35 vjeç	2991	51	17.1

*Burimi për numrin e lindjeve: INSTAT 2017

Në Figurën 1 paraqitet prevalenca e DL për 1000 lindje sipas sistemeve anatomike të prekura gjatë periudhës 2011-2017. Sistemet anatomike shëndetësore më të prekura nga DL janë sistemi muskuloskeletal dhe sistemi kardiovaskular, përkatësisht me prevalencë

3.49 dhe 3.35 për 1000 lindje. Sistemet më pak të prekura janë anomalitë e mbulesave (tegumenta), anomali të paspecifikuara dhe sistemi respirator dhe përkatesisht me prevalencë 0.08 dhe 0.16 për 1000 lindje.

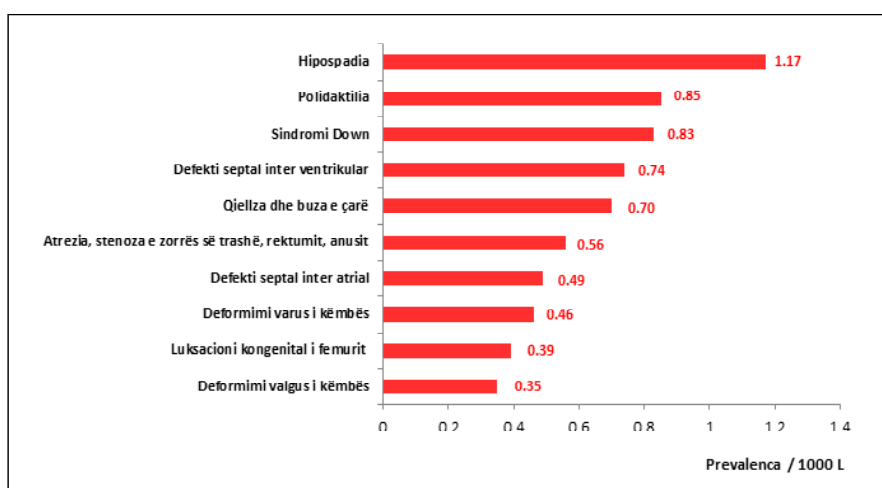
Figura 1. Prevalenca e DL për 1000 lindje sipas sistemit anatomik shëndetësor të prekur në Shqipëri gjatë periudhës 2011-2017



Në Figurën 2 paraqitet prevalenca e dhjetë llojeve më të shpeshta të DL për 1000 lindje të raportuara në vendin tonë gjatë periudhës 2011-2017. Hipospadia është defekti i lindur më i shpeshtë, me prevalencë 1.17 për 1000 lindje, i ndjekur nga defektet e polidaktilisë dhe sindromit Doën, përkatësisht me prevalencë 0.85 dhe 0.83 për 1000 lindje. Një vend të rëndësishëm zënë dhe defektet që prekin

aparatin e zemrës, të tilla si defekti interventrikular dhe defekti interatrial, me prevalencë 0.74 dhe 0.49 për 1000 lindje. Defekte të rëndësishme janë dhe ato që prekin buzën dhe qiellzën, me prevalencë 0.70 për 1000 lindje. Një defekt i rëndësishëm është dhe atrezia, stenoza e zorrës së trashë, rektumit dhe anusit me prevalencë 0.56 për 1000 lindje.

Figura 2. Prevalenca e llojeve të DL më të shpeshta në Shqipëri gjatë 2011-2017



Përfundime

Në këtë raport përfshihen të gjitha rastet me defekte të lindura të diagnostikuara në lindje në maternitetet e sektorit publik të gjithë vendit tonë dhe mungojnë rastet e defekteve të lindura të diagnostikuara në Shërbimin e Pediatriisë së QSUT të moshës 0-2 vjeç të fëmijës dhe defektet e lindura të diagnostikuara në sektorin privat. Për arsye të mosraportimit të defekteve të lindura nga sektori privat dhe QSUT, pritet që prevalenca e defekteve të lindura në vendin tonë të jetë me lartë sesa ajo e raportuar deri më tani.

Nevojitet përmirësim i raportimit të DL nga sektori publik dhe privat nëpërmjet trajnimeve të stafit mjekësor në spitale dhe në drejtoritë e shëndetit publik në të gjitha rrethet.

Nevojitet të studiohen shkaqet e ndryshimeve rajonale të prevalencës së DL dhe të rritet ndërgjegjësimi i publikut në lidhje me DL në Shqipëri, veçanërisht duke shënjestruar nënat e papuna, ato në moshë madhore (mbi 30 vjeç) dhe me nivel të ulët arsimor, nëpërmjet bashkëpunimit me departamentin e promocionit shëndetësor.

Përmirësimi i raportimit të defekteve të lindura do të sjellë nevojën e zhvillimit të një qasjeje gjithëpërfshirëse dhe sistematike për të përmirësuar produktin e shtatzanisë dhe për të reduktuar prevalencën e DL, duke i dhënë prioritet politikave për parandalim të DL në të gjithë disiplinat sipas udhëzimeve të OBSH-së dhe CDC në mënyrë që të përmirësohen programet antenatale.

Bibliografia

Birth defects. World health statistics 2017. The World Health Organization 2018.

Birth defects surveillance: atlas of selected congenital anomalies. World Health Organization; Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems, 2014.

Survejanca e Defekteve të Lindura, Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore, Insituti i Shëndetit Publik. 2017.

Ministria e Shëndetësisë, Tiranë, 2017.

Instituti i Statistikave, Tiranë, 2017.

Çanaku D, Merdani A, Gega B, Kakarriqi E. The establishment of congenital malformations surveillance system in Albania – a national necessity. AMJ 2013; 1:35-39.

Analizë e aborteve për periudhën 2013-2017, bazuar në të dhënat e sistemit të survejancës së abortit

**Alba Merdani^{1,2}, Eduard Kakarriqi^{1,2,3}, Dorina Toçi^{1,2}, Bajram Dedja^{1,2},
Albana Fico^{2,3}, Ervin Toçi^{2,3}**

¹Sistemi i Survejancës së Abortit, Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore,
Instituti i Shëndetit Publik

²Instituti i Shëndetit Publik

³Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Instituti i Shëndetit Publik ka filluar ngritjen e Sistemit të Survejancës së Abortit, bazuar në Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë që prej Majit të vitit 2007. Dokumenti zyrtar për raportimin e aborteve është skeda e abortit. Instituti i Shëndetit Publik i cili monitoron punën në shkallë vendi, ka të dhëna mbi numrin e aborteve, shpërndarjen e tyre urban-rural, si dhe të dhëna lidhur me vendbanimin e nënës, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimi, llojin e abortit apo teknikën kryesore. Proporcioni i abortit në shkallë vendi ka pësuar ulje, duke shkuar në 198.8 për vitin 2016 krahasuar me 238.8 që ka qenë në vitin 2010. Niveli i abortit ka pësuar rënie me 16.5% nga 7.8 në vitin 2013 në 7.6 në vitin 2017. Shumica e aborteve në vend kryhen nga femra të grup-moshës 20-34 vjeç (67.9% kundrejt totalit), kurse abortet nga femrat adoleshente zënë 4.8% të totalit. Trendi i aborteve të kryera në vite, nxjerr në pah se ato kryhen kryesisht nga femrat e papuna dhe të pasiguruara. Nevojitet përmirësimi i cilësisë së raportimit përmes trajnimeve të stafit përgjegjës për survejancën në Drejtoritë e Shëndetit Publik në rrethe, si dhe përfshirja e sektorit privat në procesin e raportimit.

Hyrje

Në botë, një në pesë shtatzëni (20 përqind) përfundojnë në abort dhe një në 10 shtatzëni kryhen në kushte jo të sigurta. Rreth 42 milion aborte kryhen çdo vit; prej të cilave 20 milion jashtë sistemit shëndetësor dhe konsiderohen të pasigurta pasi kryhen nga individë të cilëve u mungojnë aftësitë e nevojshme apo në vende që nuk plotësojnë standartet minimale shëndetësore, apo të dyja bashkë (WHO 2007). Gjatë periudhës 1995–2003, niveli i abortit (numri i aborteve për 1000 femra të moshës 15–44 vjeç) në gjithë botën ra nga 35 në 29. Pavarësisht kësaj, ekziston një disbalancë në nivelin e abortit midis Evropës Lindore dhe Perëndimore (43 kundrejt 18) duke reflektuar me shumë gjasa përdorimin e ulët të metodave efektive moderne kontraceptive në Evropën Lindore (Facts on Induced Abortion Worldwide 2012).

Që prej legalizimit të abortit në vitin 1995 (Abortion Law 1995), në Shqipëri pati një rritje të aborteve të induktuara dhe në gjashtë muajt e parë të vitit 1998 raportohej 1 abort për çdo 2.5 lindje të gjalla. Gjatë periudhës 1990–1993 pati një rënie deri në 50% të normës së vdekshmërisë amëtare duke vazhduar të bjerë më pas. Sipas Survejimit të Shëndetit Riprodhues të kryer në vitin 2002 numri i aborteve rezultoi 64% më i ulët sesa numri i raportuar nga INSTAT (RHS 2002). Nga një studim i kryer në vitin 2005 nga Instituti i Shëndetit Publik (IShP), u pa se kishte nënraportim të nivelit të abortit dhe asnjë kontroll mbi raportimin e klinikave private të licensuara për kryerjen e ndërprerjeve të shtatzënisë. Si rrjedhojë lindi nevoja e ngritjes së Sistemit të Survejancës së Abortit (SSA) dhe vendosjes së një dokumenti raportues (skeda e abortit).

Metodologjia

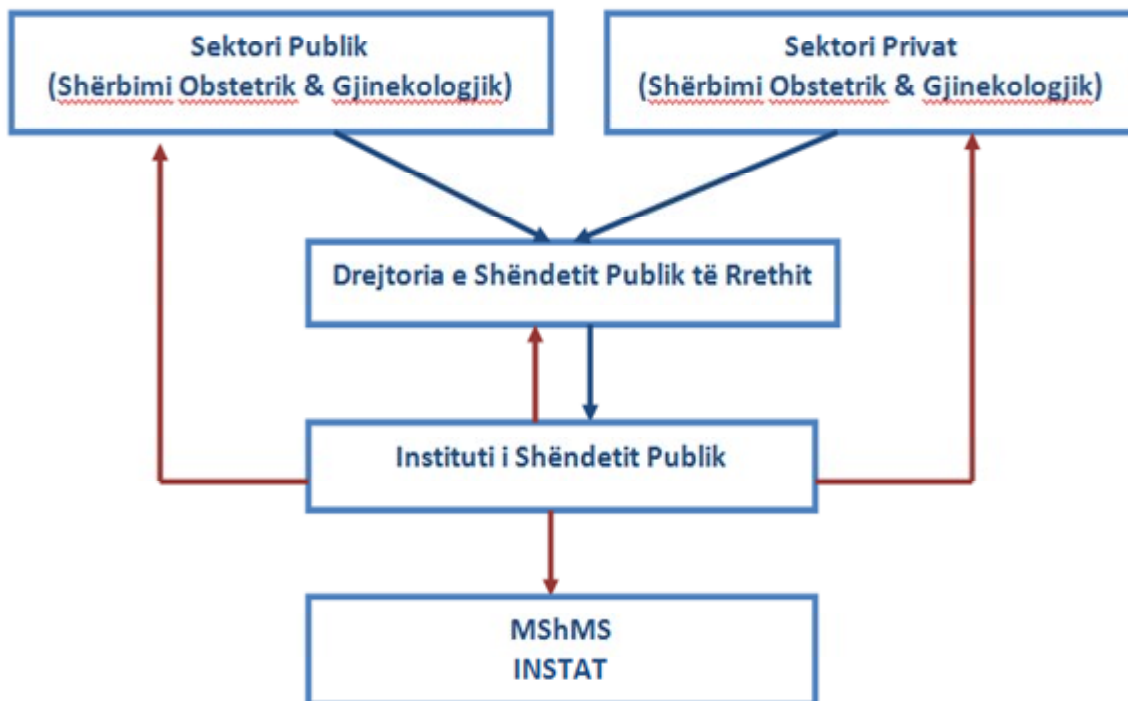
Ky raport paraqet në mënyrë të përmbledhur rezultate nga përpunimi i skedave të abortit të ardhura në IShP nga të gjithë rrethet e vendit gjatë vitit 2017. Që prej vitit 2007 Instituti i Shëndetit Publik ka monitoruar sistemin e survejancës së abortit në vend, bazuar në Urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë Nr.157 dt.23.05.2007, si dhe VKM Nr.327 dt.28.05.2014 dhe 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 gruas, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimin dhe të dhëna të tjera lidhur me llojin e abortit apo teknikën kryesore të përdorur. Të dhënat demografike (INSTAT) dhe ato mbi lindshmërinë (Ministria e Shëndetësisë) përdoren për llogaritjen e nivelit të abortit (aborte për 1000 gra të moshës 15-49 vjeç) dhe proporcionit të abortit (aborte për 1000 lindje të gjalla).

Proporcioni i abortit në shkallë vendi ka pësuar ulje, duke shkuar në 174.6 për vitin 2017 krahasuar me 238.8 që ka qenë në vitin 2010. Gjatë vitit 2017 skeda të raportuara në IShP janë 4417 kundrejt 5279 aborteve të regjistruara në të gjithë maternitetet e vendit (83.7% raportim me skedën e abortit).

Bazuar në urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë mbi raportimin e aborteve, skeda e abortit plotësohet detyrimisht nga mjeku që kryen ndërprerjen e shtatzënisë. Informacioni bazuar në skedën e abortit vjen në Institutin e Shëndetit Publik nëpërmjet personave përgjegjës për survejancën në Drejtoritë të Shëndetit Publik të rretheve.

Në Figurwn 1 paraqitet skema e rrugës së raportimit të aborteve në vendin tonë.

Figura 1. Skema e raportimi të aborteve në vendin tonë



Plotësimi i saktë dhe i të gjitha rubrikave që përmban skeda e abortit është jo vetëm kusht metodologjik për çdo maternitet apo spital privat 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, pasi bazohet në Ligjin aktual të abortit për ruajtjen e konfidencialitetit të 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.

Survejanca e abortit është një survejancë pasive, pasi skedat individuale të abortit plotësohen nga mjeku që kryen abortin në sektorin publik ose privat dhe më pas raportohen në ISHP.

Gjatë vitit 2016 u realizua vlerësimi i parë i SSA. Vlerësimi u krye bazuar në udhëzuesin e CDC-së për vlerësimin e sistemeve të survejancës në shëndetin publik dhe u fokusua

në të dhënat e abortit për periudhën 2014 – 2015 (sektori publik) (Merdani 2017).

Rezultatet

Indikatorë të aborteve në Shqipëri, periudha 2013 - 2017

Bazuar në të dhënat e SSA, jemi në gjendje të monitorojmë trendin e abortit në vite, *numrin total të aborteve* (në nivel kombëtar dhe sipas rajoneve), *nivelin e abortit* (numri i aborteve për 1000 femra të moshës 15-49 vjeç apo grupeve të tjera moshë-specifike) dhe *proporcionin e abortit* (numri i aborteve për 1000 lindje të gjalla).

Gjatë vitit 2017 janë regjistruar një total prej 5279 aborte, 117 raste më pak se në vitin 2016 (5396 aborte). Numri i skedave të ardhura në ISHP nga të gjithë qendrat raportuese është 4417, duke përfaqësuar në shkallë vendi 83.7% raportim të aborteve me skedën e abortit, ndërkohë që gjatë vitit 2016 përqindja e raportimit me skedë ka qenë 78.2%. Ndër

qytetet me numrin më të lartë të aborteve pas Tiranës (2117) përmendim Fierin me 425 aborte, Durrësin me 402 dhe Beratin me 305 aborte. Vlen të përmendet që kemi një rritje të

raportimit me skedë nga dy maternitetet e Tiranës (76.3% në vitin 2017), krahasuar me vitin 2016 ku përqindja e raportimit ka qenë 58.0%.

Tabela 1. Lindjet dhe abortet në Shqipëri (2013-2017)

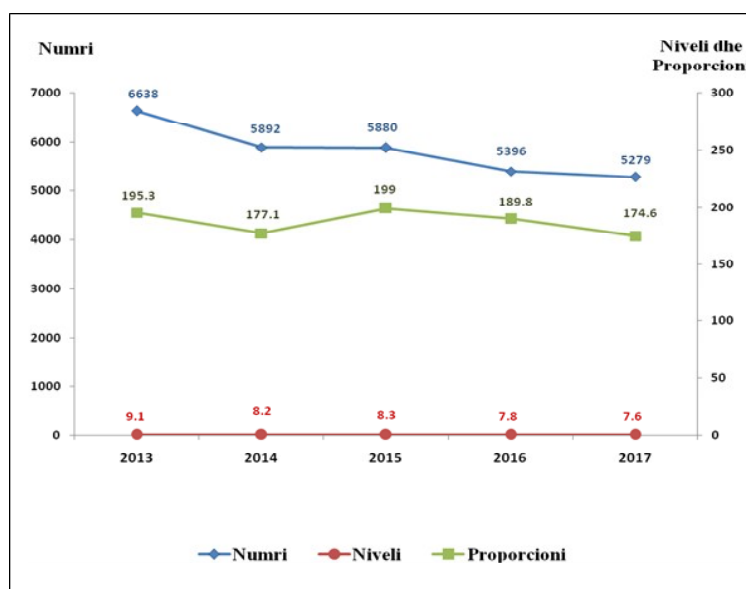
Variabli	Viti				
	2013	2014	2015	2016	2017
Lindje *	33 994	33 274	29 554	28 429	30 241
Aborte (numër)	6 638	5 892	5 880	5 396	5 279
Proporcioni i abortit (Aborte për 1.000 lindje të gjalla)	195.3	177.1	199.0	189.8	174.6
Raporti: Lindje / Abort	5.1 : 1	5.6 : 1	5.0 : 1	5.3 : 1	5.7 : 1

*Burimi: Lindjet e gjalla për v.2013-2016, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
Lindjet e gjalla për vitin 2017, Sektori i Vaksinimit, IShP

Siç shihet nga Tabela e mësipërme, që prej vitit 2013 kemi **rënie** të proporcionit të abortit me **10.6%**; nga 195.3 aborte për 1000 lindje të gjalla në vitin 2013 në 174.6 në vitin 2017. Raporti lindje/abort ka arritur në 5.7:1, që nënkupton se

në vendin tonë afërsisht në 5.7 lindje kryhet 1 abort. Gjithashtu gjatë periudhës 2013-2017, edhe **niveli i abortit** ka pësuar **rënie me 16.5%** nga 7.8 aborte për 1000 femra të moshës 15-49 vjeç në vitin 2013 në 7.6 në vitin 2017 (Figura 2).

Figura 2. Numri, niveli dhe proporcioni i aborteve në Shqipëri, gjatë periudhës 2013-2017 *



Burimi: *Niveli i abortit – Numri i aborteve për 1000 femra të moshës 15–49 vjeç.

† Proporcioni i abortit – Numri i aborteve për 1000 lindje të gjalla.

Burimi: Numri i aborteve nga Sistemi i Survejancës së Abortit, IShP

Burimi: Lindjet e gjalla nga Ministria e Shëndetësisë, Për vitin 2017 IShP, Sektori i Vaksinimit

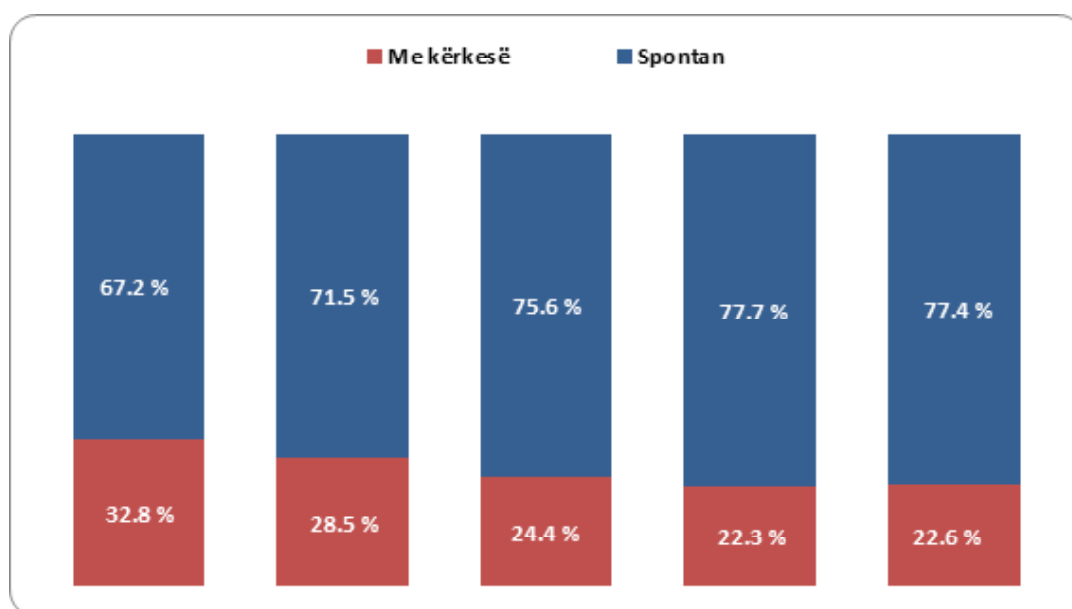
Burimi: Femrat e moshës 15-49 vjeç nga INSTAT dhe Zyra e Gjendjes Civile

Rajonet me proporcionin më të lartë të abortit për vitin 2017 janë Vlora (275.5), Berati (248.4) e më pas Tirana (213.4), pavarësisht faktit se numri më i lartë i aborteve është kryer në rajonin e Tiranës (me 2117 aborte) [Tabela 2].

Tabela 2. Proporcioni i abortit (aborte për 1000 lindje të gjalla) sipas qarqeve, periudha 2013 – 2017

Qarqet	Viti 2013	Viti 2014	Viti 2015	Viti 2016	Viti 2017
Berat	358.1	298.2	218.4	277.4	248.4
Dibër	185.2	203.1	260.6	335.4	163.5
Durrës	140.7	154.2	164.7	173.5	134.9
Elbasan	70.8	86.7	107.1	85.7	58.4
Fier	244.6	207.8	207.7	193.7	207.5
Gjirokastrë	193.5	165.5	247.3	268.3	187.1
Korçë	133.8	148.3	119.3	128.7	115.6
Kukës	76.2	63.5	89.1	62.0	63.1
Lezhë	114.6	177.2	179.9	173.1	175.7
Shkodër	114.7	91.3	116.4	174.2	144.1
Tiranë	248.6	188.9	237.1	196.8	213.4
Vlorë	296.8	363.2	334.0	357.4	275.5
Total	195.3	177.1	199.0	189.8	174.6

Figura 3. Llojet e abortit (spontan dhe me kërkesë) gjatë periudhës 2013-2017



Në vitin 1996 abortet spontane përbënin rreth 18.2% të gjithë aborteve të raportuara, ndërkohë që për vitin 2013 ato përbënin 67.2% të totalit të aborteve dhe në vitin 2017 përbëjnë rreth 77.4% të numrit total të aborteve (Figura 3).

Në numër abosolut të dy llojet e abortit (spontan dhe ai me kërkesë) janë në ulje, por uljen më të madhe e kanë pësuar abortet me kërkesë të gruas, të cilat ne mendojmë që mund të jenë të nën raportuara.

Shumica e aborteve në vend kryhen nga femra të grup-moshës 20-34 vjeç (rreth 67.9 % kundrejt numrit total të aborteve), kurse femrat e grup-moshës mbi 35 vjeç përbëjnë rreth 26.6% të numrit total të aborteve. Abortet vihen re më pak tek femrat e grup-moshës 14-19 vjeç (4.8%) dhe femrat e grup-moshës e"45 vjeç (1.7%). Tabela 3 paraqet të dhënat sipas gr-moshave kryesore për vitin 2017.

Tabela 3. Përqindja e abortit (kundrejt aborteve totale) sipas gr-moshës së gruas, për periudhën 2013 – 2017

Variabli	Viti				
	2013	2014	2015	2016	2017
Grup-mosha					
14-19 vjec	6.1	6.0	6.0	5.2	4.8
20-34	69.1	69.5	70.0	67.7	67.9
mbi 34	24.8	22.7	23.4	26.3	26.6
pa deklaruar	0.0	1.8	0.6	0.8	0.7

Për sa i përket vendbanimit, numri total i aborteve është vazhdimisht më i lartë tek femrat që

banojnë në zonat urbane (64.7%) [Tabela 4].

Tabela 4. Abortet në përqindje ndaj totalit sipas vendbanimit të gruas

Variabli	Viti				
	2013	2014	2015	2016	2017
Vendbanimi					
Urban	61.2	57.5	56.1	61.5	64.7
Rural	38.8	42.5	43.9	38.3	35.3

Krahasimi i aborteve sipas grup-moshës së gruas dhe statusit martesor të saj tregon qartë se në vendin tonë pjesa më e madhe e aborteve (92.0%) kryhen nga femrat e martuara,

kundrejt 6.3% që kryhen nga femrat beqare. Në tabelën 5 paraqiten të dhënat për periudhën 2013-2017.

Tabela 5. Abortet në përqindje ndaj totalit sipas statusit martesor të gruas

Variabli	Statusi martesor i gruas				
	Beqare	E martuar	E ndarë	E Ve	Mungon
Viti					
2013	6.3	92.8	0.6	0.1	0.2
2014	6.0	92.4	0.5	1.0	0.1
2015	5.8	93.1	0.7	0.4	0.0
2016	5.7	92.3	0.8	0.1	1.1
2017	6.3	92.0	0.8	0.2	0.7

Pothuajse gjysma e aborteve vihen re tek femrat me një nivel të ulët arsimor (40.8% me arsim fillor ose 8-vjeçar), ndërkohë që femrat me arsim të lartë kryejnë rreth 18.5% të aborteve

(Tabela 6). Krahasuar me të dhënat e vitit 2013, vihet re një rritje me 54% e aborteve të kryera nga femrat me arsim të lartë (universitet).

Tabela 6. Përqindja e abortit (kundrejt aborteve totale) sipas shkallës arsimore të gruas, periudha 2013-2017

Variabli	Viti				
	2013	2014	2015	2016	2017
Niveli arsimor i gruas					
Fillor	3.2	3.8	3.7	3.6	3.7
8- vjeçar	50.1	48.9	44.8	41.8	37.1
I mesëm	31.7	29.1	32.6	34.0	36.0
I lartë	13.7	15.2	16.4	18.5	21.1
Pa deklaruar	1.3	3.0	2.5	2.1	2.1

Trendi i aborteve të kryera në vite, nxjerr në pah se gjithnjë e më tepër abortet kryhen kryesisht nga femrat të cilat nuk janë të punësuar dhe të siguruara. Për vitin 2017 abortet e kryera nga femrat e papuna zënë rreth 71.6% të aborteve totale kundrejt 83.1% që ka qënë përqindja e aborteve të kryera nga femrat e papuna në vitin 2013. Gjithashtu përqindja e aborteve të kryera nga femrat e pasiguruara për vitin 2017 është 73.2% kundrejt 78.4% që ishte në vitin 2013.

Midis femrave që kanë kryer abort gjatë vitit 2017:

- 29.9% e tyre nuk kanë patur shtatzëni më parë; 23.1% kanë patur një shtatzëni dhe 25.6% e tyre kanë patur 2 shtatzëni të mëparshme.

- 33.1% e tyre nuk kanë aktualisht fëmijë, 25.5% e tyre kanë nga 1 fëmijë, 28.3% kanë 2 fëmijë dhe 9.7% kanë 3 fëmijë.

- 91.6% e aborteve janë nga gra të cilat nuk kishin kryer ndërprerje më parë (aborte me kërkesë), 4.8% janë nga gra që kanë kryer 1 ndërprerje të mëparshme dhe 2.1% janë nga gra me 2 ndërprerje të mëparshme.

- 89.1% e aborteve janë kryer nga gra të cilat nuk kishin patur asnjë abort spontan më parë; 7.4% janë kryer nga gra që kanë patur 1 abort spontan të mëparshëm dhe 2.3% janë kryer nga gra të cilat kanë patur 2 aborte spontane të mëparshme.

- rreth 84.1% e aborteve kryhen brenda tremestrit të parë të shtatzënisë (më pak se 12 javë), 8.6% e aborteve kryhen në 12-14 javë

shtatzënie dhe 7.0% mbi moshën 15 javëshe të shtatzënise. Abortet e kryera mbi javën e 22-të të shtatzënisë zënë një shifër prej 1.1%. Niveli i abortit në Shqipëri bëhet më domethënës kur e krahasojmë me vende të tjera të Evropës. Nga statistikat e fundit të Kombeve të Bashkuara mbi abortin mund të themi se niveli i abortit në Shqipëri (7.6 për vitin 2017) është nën normën e vendeve të Evropës Lindore: p.sh. Bullgari (viti 2015–24.1), Rumani (viti 2015–19.2) dhe disa vende të Evropës Veriore: p.sh. Suedi (viti 2015–25.3) dhe U.K (viti 2015–20.2). Ndërkohë nivelet e abortit në Shqipëri janë të ngjashme me ato në vendet e Evropës Jugore: p.sh. Itali (viti 2015–10.6), Serbi (viti 2015–10.7) dhe Mali i Zi (viti 2015–11.1) (United Nations 2014)

Përfundime

Bazuar në vlerësimin më të fundit të kryer SSA është i thjeshtë, fleksibël dhe siguron në kohë të dhëna mbi abortet në vend. Sistemi iurvejancës së abortit është i rëndësishëm për të vlerësuar trendin e abortit dhe krahasimin e frekuencës së

abortit në grup-mosha të ndryshme, megjithatë ka nevojë për përmirësim. Nga sektori privat gjatë vitit 2017 nuk janë raportuar skeda të aborteve pasi klinikat private që prej vitit 2013 nuk e zotërojnë më licensën për kryerje të ndërprerjeve të shtatzënieve. Vetëm spitalet private me shtretër janë të licencuar për ta ofruar këtë shërbim. Gjatë vitit 2017 nga specialistët e ISHP janë organizuar takime me drejtuesit e spitaleve private (Hygiea, Amerikan) dhe ata janë informuar lidhur me kuadrin ligjor dhe mënyrën e raportimit të skedave.

Nevojitet përmirësimi i cilësisë së raportimit (plotësimi i saktë i të gjithë fushave të skedës) përmes trajnimeve të stafit përgjegjës për sistemin eurvejancës në Drejtorinë e Shëndetit Publik në rrethe, për mbledhjen e informacionit mbi abortet, hedhjen e të dhënave të skedave të abortit, procesin e raportimit dhe monitorimit. Implementimi i trajnimeve të rregullta dhe sigurimi i feedback-ut në nivel lokal si dhe sektorin privat do të rrisë ndërgjegjësimin e profesionistëve të shëndetit dhe do harmonizojë raportimin.

Bibliografia

Health Organization (WHO), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, 5th ed. (2007)

Facts on Induced Abortion Worldwide. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe-abortion/induced-abortion_2012.pdf

ALBANIA. Abortion Law No. 8045 of 7 December 1995 on the interruption of pregnancy. Fletorja Zyrtare, No. 26, December 1995, pp. 1144-1148.

Albanian Reproductive Health Survey 2002 Printed by US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, and USA. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/record/albania-reproductive-health-survey-2002>

Merdani A, Toçi D, Roshi E, Toçi E, Kakarriqi E, Burazeri G, et al. Evaluation of Abortion Surveillance System in Albania, for the period 2014-2015. Alban Med J 2017; 3:31-8.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Abortion Policies and Reproductive Health around the World; 2014:42. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf> (Accessed: March 23, 2018)



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