



BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK

Institute of public health bulletin
1-2011



INSTITUTI I SHENDETIT PUBLIK

Prof. Dr. Enver ROSHI
Silva BINO
Eduard KAKARRIQI

Arben LUZATI
Besa BUDO
Gledjona TOLA

Drejtor
Shefe e Dep.te semundjeve infektive
Shef i Dep.Epidemiologjise se
semundjeve kronike
Shef i Dep.Mjedisit dhe shendetit
Shefe e Dep. te botimeve
Koordinator e buletinit

Realizimi për botim Genc MUSA

PERMBAJTJA

**Prof. Ass. Elizana Petrela , Dr. Alban Ylli, Prof. Dr. Enver Roshi,
Dr. Ehad Mersini, Dr. Mariana Bukli. Kristy Manners**

STUDIMI PËR VLERËSIMIN E NJOHURIVE,
QËNDRIMEVE DHE PRAKTIKAVE TË PUNONJËSVE
TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR (PKSHP)
LIDHUR ME USHQYERJEN DHE ANEMINË 5

**Redona DUDUSHI MA/MSC, Marjeta DERVISHI MPH,
Dr. Shpetim QYRA**

RAPORT MBI PERFORMANCËN E QENDRAVE
TË KËSHILLIMIT DHE TESTIMIT VULLNETAR
(VCT-VE) NË SHQIPËRI 37

RAPORTI PËRFUNDIMTAR

STUDIMI PËR VLERËSIMIN E NJOHURIVE, QËNDRIMEVE DHE PRAKTIKAVE TË PUNONJËSVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR (PKShP) LIDHUR ME USHQYERJEN DHE ANEMINË

Instituti i Shëndetit Publik i shpreh mirënjohjen të gjithë personave të përfshirë në studimin për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të Punonjësve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (PKShP) lidhur me ushqyerjen dhe aneminë, si dhe personave të përfshirë në përpilimin e raportit përfundimtar.

Falënderime të veçanta i dedikohen institucioneve të mëposhtme:

- Ministria e Shëndetësisë për mundësimin e këtij studimi si dhe mbështetjen teknike në hartimin e pyetësorit dhe trainimin e intervistuesve.
- Instituti i Shëndetit Publik për koordinimin dhe planifikimin e studimit, analizën e të dhënave dhe shkrimin e raportit përfundimtar, si dhe për ofrimin e ekspertëve me profil mjekësor dhe shëndetësor për trainimin dhe supervizionin e stafit që punoi në terren.
- UNICEF, Zyra në Shqipëri, për ofrimin e mbështetjes financiare dhe teknike në hartimin e pyetësorit, planifikimin e studimit, supervizionin e punës në terren, përgatitjen e raportit përfundimtar, si dhe koordinimin e donatorëve të studimit.
- Organizata Botërore e Shëndetësisë, Zyra në Shqipëri, për ofrimin e mbështetjes financiare dhe teknike në hartimin e pyetësorit, planifikimin e studimit, punën në terren, hedhjen dhe pastrimin e të dhënave, përgatitjen e raportit të studimit, përgatitjen e raportit përfundimtar, si dhe koordinimin e donatorëve të studimit.
- Stafin që punoi në terren për gatishmërinë dhe përkushtimin e treguar gjatë fazës së trajnimit dhe udhëheqjes së studimit në një terren të vështirë si dhe punës me orar të zgjatur.
- Gjithashtu, falënderime për ofruesit e shërbimeve shëndetësore parësore, pjesëmarrja e të cilëve bëri të mundur mbledhjen e të dhënave dhe përfundimin e informacionit të nevojshëm për studimin aktual.

KONTRIBUESIT E RAPORTIT

Prof. Ass. Elizana Petrela – Instituti i Shëndetit Publik

Dr. Alban Ylli – Instituti i Shëndetit Publik

Prof. Dr. Enver Roshi – Instituti i Shëndetit Publik

Dr. Ehad Mersini – Programi i Ushqyerjes, Zyra e OBSH-së, Tiranë

Dr. Mariana Bukli – Programi për Shëndetësinë dhe Ushqyerjen, UNICEF

Kristy Manners – Specialiste e Ushqyerjes dhe Dietologjisë, OBSH

1. HYRJE

1.1. Gjeografia dhe Popullsia

Republika e Shqipërisë është një vend i vogël në Gadishullin e Ballkanit në Europën Juglindore dhe kufizohet me Greqinë, Maqedoninë, Kosovën, Malin e Zi dhe detin Adriatik. Ka një sipërfaqe prej 28,748 km² dhe një klimë kontinentale.

Vendi karakterizohet nga tri zona gjeografike: zona Malore, kryesisht në Veri dhe në Lindje, zona Qendrore dhe ajo Bregdetare me terren të ulët. Shqipëria është një vend kryesisht malor (rreth 70%), gjë e cila paraqet nganjëherë vështirësi për bujqësinë dhe tregun e mallrave (INSTAT, 2010; Nuri, 2002; UNDP, 2004).

Nga pikëpamja demografike Shqipëria ka një popullsi relativisht të re me 90.2% të popullsisë nën moshën 64 vjeç, me një jetëgjatësi mesatare për femrat 78.6 vjeç dhe për meshkujt 72.1 vjeç (INSTAT, 2009, 2010; Nuri, 2002). Popullsia vlerësohet të jetë 3,170,048 (në vitin 2008); 47% e popullsisë jeton në zonat urbane dhe ka një nivel total të lindshmërisë prej 1.6 fëmijë për femër (INSTAT, 2009, 2010). Më shumë se 98% e popullsisë janë Shqiptarë etnikë me grupe të vogla Grekësh, Maqedonësh, Vllehësh, Romësh, Bullgarësh dhe Serbësh. Popullsia Shqiptare i përket tri feve kryesore: Myslimanë, Katolikë dhe Ortodoksë (INSTAT, 2009; Nuri, 2002).

1.2. Ekonomia

Gjatë 20 viteve të fundit në Shqipëri kanë ndodhur ndryshime të mëdha sociale, ekonomike dhe politike (UNDP, 2000). Shqipëria ka kaluar nga një shtet i centralizuar komunist në një vend me qeverisje më të hapur demokratike dhe me ekonomi tregu të lirë. Pas përmbyesjes së regjimit komunist

në vitin 1991 sektori bujqësor u zvogëlua me më shumë se 20%. Në vitin 1992 privatizimi i tokës dhe masat e tegut të lirë, përfshi hqjen e çmimeve fikse, sollën një ringjallje të sektorit të bujqësisë (INSTAT, 2009). Në vitin 2007, pak më shumë se gjysma e popullsisë ekonomikisht aktive ishte e përfshirë në sektorin e bujqësisë (INSTAT, 2009, 2010).

Politikat e duhura sociale të shpallura gjatë viteve të fundit, të gërshtuara me përsheptimin e zhvillimit ekonomik, i kanë dhënë mundësi një pjese të mirë të popullatës që të kapërcejë varfërinë. Megjithatë, kjo e fundit mbetet një shqetësim për qeverinë shqiptare: niveli i varfërisë në Shqipëri është ndër më të lartët në Europë (Burazeri, 2007; INSTAT, 2009). Popullsia "*jashtëzakonisht e varfër*" e përkufizuar si ai grup personash që kanë vështirësi në përmbushjen e nevojave bazë ushqimore, u zvogëlua nga rreth 5% në vitin 2002, në 4% në vitin 2005 (INSTAT, 2005), në 1% në vitin 2008 (INSTAT, 2009).

2. KARAKTERISTIKA TË SISTEMIT SHËNDETËSOR

2.1. Sistemi i Kujdesit Shëndetësor

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti është ofruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore, i promovimit të shëndetit, parandalimit, i diagnostikimit dhe trajtimit të sëmundjeve. Shërbimi farmaceutik dhe dentar ofrohen nga sektori privat, me përjashtim të shëndetit oral për fëmijët deri në moshën 18 vjeç i cili është publik. Ministria e Shëndetësisë (MSh) është udhëheqëse në zhvillimin dhe planifikimin e politikave shëndetësore si dhe në zbatimin e strategjive të shëndetësisë (MoH, 2007).

Shërbimet shëndetësore në Shqipëri janë të organizuara në tre nivele: kujdesi shëndetësor parësor, kujdesi spitalor dytësor dhe shërbimet spitalore tretësore. Shërbimet e shëndetit publik ofrohen brenda kuadrit të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor dhe bashkërendohen e mbikqyren nga MSh dhe DSHP në nivel rrethi dhe, për programe të veçanta, nga Instituti i Shëndetit Publik (MoH, 2004, 2007).

Institucione të tjera shëndetësore kombëtare, të cilat raportojnë pranë MSH dhe që ofrojnë shërbime specifike përfshijnë: Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra për Zhvillimin dhe Rritjen e Fëmijëve, Qendra Kombëtare për Cilësisë, Sigurinë dhe Akreditimin e Institucioneve Shëndetësore, Qendra Kombëtare për Kontrollin e Barnave, Qendra për Edukimin e Vazhduar, si dhe Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore (MoH, 2002, 2007).

2.2. Kujdesi Shëndetësor Parësor

Misioni kryesor i sistemit të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KShP) në Shqipëri është të sigurojë që popullsia të ketë kushtet më të mira shëndetësore, në përputhje me synimin kryesor të MSh, arritja e *'Shëndetit për të Gjithë'*. Kujdesi ambulator në sektorin publik ofrohet në qendrat shëndetësore, ambulanca, poliklinika dhe me vizita në shtëpi (MoH, 2007).

Qendrat shëndetësore janë në nivel bashkie në qytete dhe në nivel komune në fshat. Në çdo fshat ekziston një ambulancë. Qëllimi i Qendrës Shëndetësore është të ofrojë shërbime shëndetësore cilësore bazuar në parimin e mjekësisë familjare për t'i shërbyer popullatës në të gjithë zonën që mbulon.

Qendra shëndetësore ka detyrimisht një mjek familjeje/të përgjithshëm që asistohet nga personeli infermieror. Ambulanca e fshatit ka personel infermieror nën përgjegjësinë e qendrës shëndetësore. Numri i mjekëve në Qendrat Shëndetësore varion nga popullata e regjistruar prej tyre. Qendrat Shëndetësore ngrihen me miratimin e Ministrisë së Shëndetësisë bazuar në numrin e popullatës që mbulojnë. Mjekët e Familjes (MF) punojnë në bazë të normave të ngarkesës të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe paguhen nga fondi i sigurimeve shëndetësore në bazë të numrit të banorëve të regjistruar prej tyre. Në zonat rurale norma e ngarkesës është 1 MF për 1700 banorë të regjistruar, ndërsa në zonat urbane kemi 1 MF për 2000 banorë të rritur (mbi 14 vjeç) dhe një mjek peditatër për 1000 fëmijë (MoH, 2007).

Në Shqipëri operojnë 415 QSh të kontraktuara si njësi autonome me buxhetin përkatës nga ISKSH-ja.

Mesatarisht, ka 5,274 banorë për një qendër shëndetësore, 2,045 për një ambulancë dhe 2,638 për një poliklinikë, që rezulton në një zonë mesatare mbulimi prej 1,440 banorë për objekt të kujdesit parësor.

Në kuadrin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore, MSh dhe Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor që me 1 Janar 2007 nisi shtrirjen e skemës së sigurimeve shëndetësore në shërbimin shëndetësor parësor.

Për herë të parë janë krijuar qendra shëndetësore autonome dhënëse (ofruese) të shërbimeve të kujdesit parësor (V.K.M. 857, datë 20.12.2006) (VKM, 2006, 2010). Këto Qendra funksionojnë si një ekip profesionistësh të kontraktuar me fondin e sigurimeve shëndetësore kundrejt dhënies së një pakete shërbimesh shëndetësore miratuar me Urdhrin e MSh, Nr. 95, datë

16.02.2009 (MSh, 2009). Kujdesi për nënën dhe fëmijën dhe promovimi e edukimi shëndetësor janë një pjesë me rëndësi e kësaj pakete.

Funksionimi i kujdesit shëndetësor parësor nuk cënon parimin e zgjedhjes së lirë të mjekut nga pacienti, i cili do të vazhdojë të aplikohet brenda ndarjes administrative ku bën pjesë Qendra Shëndetësore.

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor realizon financimin e qendrave shëndetësore të kujdesit parësor sipas një skeme pagese e cila synon rritjen e aktivitetit të qendrave shëndetësore dhe të cilësisë së shërbimeve të ofruara për popullatën (MoH, 2009).

Në pagesën e QSh parashikohen tre lloje pagesash: pagesa fikse mujore, pagesa mujore bazuar në aktivitet e zhvilluara, dhe pagesa bonus tremujore.

Pagesa bazuar në aktivitet është 10% e buxhetit të qendrës shëndetësore dhe financohet bazuar në plotësimin e normave të përcaktuara në kontratë për numrin e vizitave për personat e siguruar për çdo mjek.

Pagesa bonus është 10% e buxhetit të qendrës shëndetësore dhe financohet bazuar në realizimin e indikatorëve të cilësisë së shërbimit, sipas përcaktimeve të bëra në kontratë.

Jane 9 indikatorë të cilësisë të cilët vlerësohen sipas një sistemi pikëzimi sipas përcaktimeve nga ISKSH. Këto indikatorë janë (MoH, 2009):

1. Përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë të publikuar nga personeli shëndetësor gjatë vitit;
2. Kosto mesatare e recetave për diagnozë, për 4 diagnoza të zgjedhura;
3. Përqindja e pacientëve kronike të vizituar çdo muaj nga MPF;

4. Përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të detyrueshme nga personeli shëndetësor, brenda tremujorit të parë;

5. Përqindja e fëmijëve të moshës 0-1 vjeç që kanë kryer vizitat e detyrueshme nga personeli shëndetësor;

6. Përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të vaksinuar gjatë 3-mujorit;

7. Përqindja e pacienteve me hipertension arterial të diagnostikuar nën mjekim (gjithë stadet) që kanë vlerën e presionit arterial brenda "normës";

8. Përqindja e pacientëve me Diabet Melitus të diagnostikuar nën mjekim që kanë nivelin e glicemisë esëll në "normë";

9. Përqindja e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.

Vit pas viti, me përmirësimin e treguesve të veprimtarisë së tyre, qendrat shëndetësore kanë arritur të përhithin një përqindje të konsiderueshme dhe gjithmonë në rritje të financimit për aktivitetin dhe bonusin e tyre.

Sektori i Shëndetit Publik ka nisur procesin e reformimit dhe modernizimit. Institucionet e këtij rrjeti do të mbështeten në programet e tyre të parandalimit të sëmundjeve, në veçanti të kryerjes së plotë të vaksinimeve masive, të promovimit shëndetësor, shëndetit në shkollë, të kontrollit të ujit të pijshëm, të ajrit, etj. Në bashkëpunim me shërbimet e kujdesit parësor dhe atij spitalor do të hartohen e do të zbatohen projekte kombëtare për sëmundje të tilla si tumoret, sëmundjet e zemrës, AIDS, etj. (MoH, 2007).

2.3. Profili Epidemiologjik i Vendit

Në Shqipëri modelet e vdekshmërisë janë të ngjashme me ato të vëzhguara në vende të tjera të zhvilluara Europiane (Rechel,

2003; WHO, 2009): prevalenca e sëmundjeve kardiovaskulare dhe kancerit në vend është duke u rritur. Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku kryesor i vdekjeve, duke qenë përgjegjëse për 52% të të gjitha vdekjeve (INSTAT, 2010).

Modelet e sëmundshmërisë janë më të ngjashme me ato të vendeve në zhvillim. Ekziston një prevalencë e lartë e sëmundjeve ngjitëse të tilla si sëmundjet diarreike, që janë të lidhura me kushtet e këqija mjedisore, ndërkohë që, sëmundje të parandalueshme nga vaksinat si difteria, fruthi, rubeola, dhe tetanozi neonatal janë në rrugë të mbarë drejt asgjësimit ose, si poliomeliti, që tashmë janë asgjësuar. Ndërkohë që barra e sëmundjeve të komunikueshme në përgjithësi është duke rënë, rastet e infektimit me HIV dhe tuberkuloz (TB) janë në rritje. Sëmundjet e komunikueshme shkaktojnë afërsisht 1% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri (Kakarriqi, 2002).

Vdekshmëria foshnjore (10 vdekje për 1000 lindje të gjalla – (MoH, 2009) vdekshmëria për moshën nën pesë vjeç (22 vdekje për 1000 lindje të gjalla) (INSTAT, 2010), dhe vdekshmëria amtare në Shqipëri janë relativisht të larta krahasuar me vende të tjera të Bashkimit Europian, megjithëse janë ulur në mënyrë të qëndrueshme gjatë viteve.

Lidhur me gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve Shqiptarë sipas Studimit Demografik Shëndetësor Shqiptar 2008-2009 (INSTAT, 2010), 19% e fëmijëve nën 5 vjeç janë të shkurtër për moshën, 9% të dobët dhe 5% nën peshë. Megjithëse në vite këto tregues kanë ardhur duke u përmirësuar, ato mbeten ndër më të lartat në Europë. Po sipas këtij studimi 22% e fëmijëve Shqiptarë nën 5 vjeç janë mbi peshë duke dëshmuar barrën e dyfishtë të keq-usqyerjes në shëndetin publik në Shqipëri.

Nivelet e ndeshjes së anemisë ndërmjet fëmijëve shqiptarë 6-59 muaj (17% e tyre kanë njëfarë niveli anemie: 11% lehtësisht anemikë, 6% mesatarisht) dhe ndërmjet grave 19% (16% anemi të lehtë dhe 3% anemi të mesme) (INSTAT, 2010) kategorizojnë Shqipërinë, sipas OBSH-së, si vend ku anemia është problem i shëndetit publik i nivelit të mesëm.

2. Objektivat dhe Organizimi i Studimit

Studimi për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të punonjësve të kujdesit parësor lidhur me ushqyerjen e fëmijëve si dhe me parandalimin dhe trajtimin e anemisë është zbatuar nga ISHP nëpërmjet financimit nga Fondi i Qeverisë Spanjolle për arritjen e Objektive të Zhvillimit të Mijëvjeçarit në Shqipëri në kuadrin e Programit të Përbashkët të Ushqyerjes *“Reduktimi i kequshqyerjes ndërmjet fëmijëve Shqiptarë”* zbatuar nga MSh me mbështetjen e UNICEF-it, OBSH-së dhe FAO-s.

Studimi është konceptuar në mënyrë të tillë që të ofrojë të dhëna mbi njohuritë, qëndrimet dhe praktikën e punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor lidhur me ushqyerjen dhe parandalimin e trajtimin e anemisë tek fëmijët nën 5 vjeç, 5-15 vjeç dhe gratë e moshës riprodhuese 15-49 vjeç në tre zona: qarku i Shkodrës, Kukësit, dhe zona peri-urbane e Tiranës Kamzë-Paskuqan.

Në mënyrë specifike ky studim grumbulloi informacion mbi njohuritë, qëndrimet dhe praktikën e punonjësve të kujdesit parësor (PKP) lidhur me këshillimin mbi ushqyerjen me gjë, ushqyerjen plotësuese dhe me ushqime të pasura me hekur, përdorimin e kurbave të rritjes, këshillimin për ushqyerjen e grave shtatzëna, shpeshësinë

dhe kohëzgjatjen e trajtimit me hekur dhe acid folik, shpeshësinë e bërjes së analizës “*feçe për parazit*” (MSh, 2010) dhe kohëzgjatjen e trajtimit me antihelmintikë, prevalencën e anemisë tek gratë 15-49 vjeç, fëmijët nën 5 vjeç dhe fëmijët e moshës shkollore (6-14 vjeç) nga kqyrja e kartelave të pacientëve gjatë muajit të fundit para intervistës (duke përdorur nivelet kufi të anemisë të përcaktuara nga OBSH), pengesat e PKP në parandalimin dhe trajtimin e anemisë, shpeshësinë e vizitave antenatale për gratë shtatzëna, si dhe tematikën të vlerësuar të nevojshme nga vetë PKShP lidhur me ushqyerjen dhe aneminë për trainimet e tyre në të ardhmen.

Qëllimi final i këtij raporti është të identifikojë dhe paraqesë nevojat për trajnim dhe mbështetje të PKShP në tre zonat e studimit për kapërcimin e pengesave në parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e anemisë dhe praktikave jo të përshtatshme të ushqyerjes së fëmijëve dhe grave.

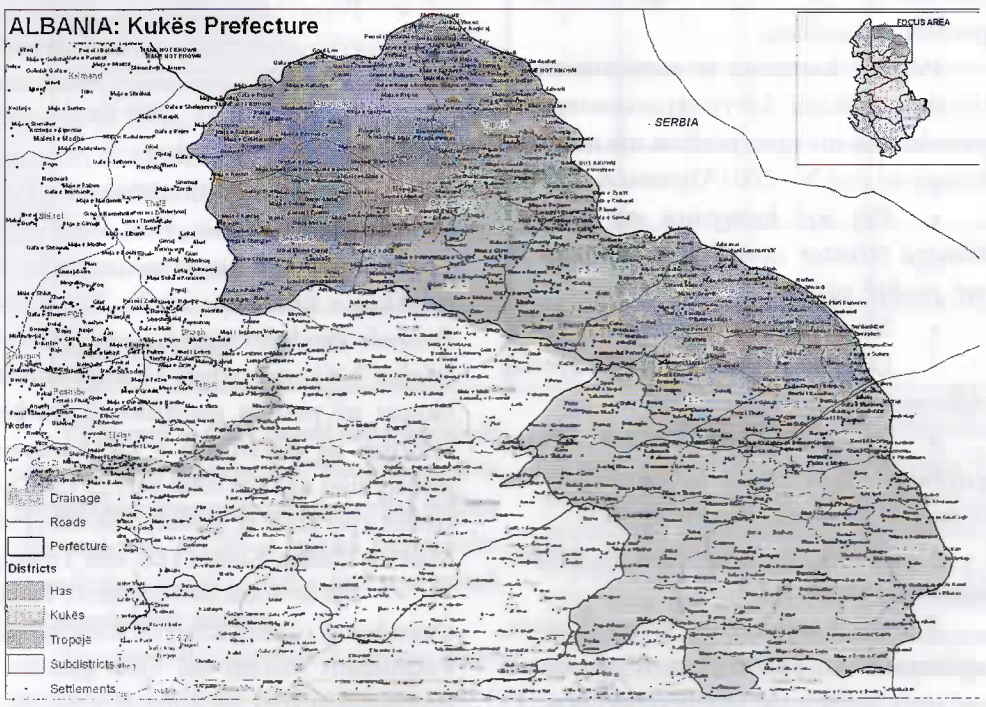
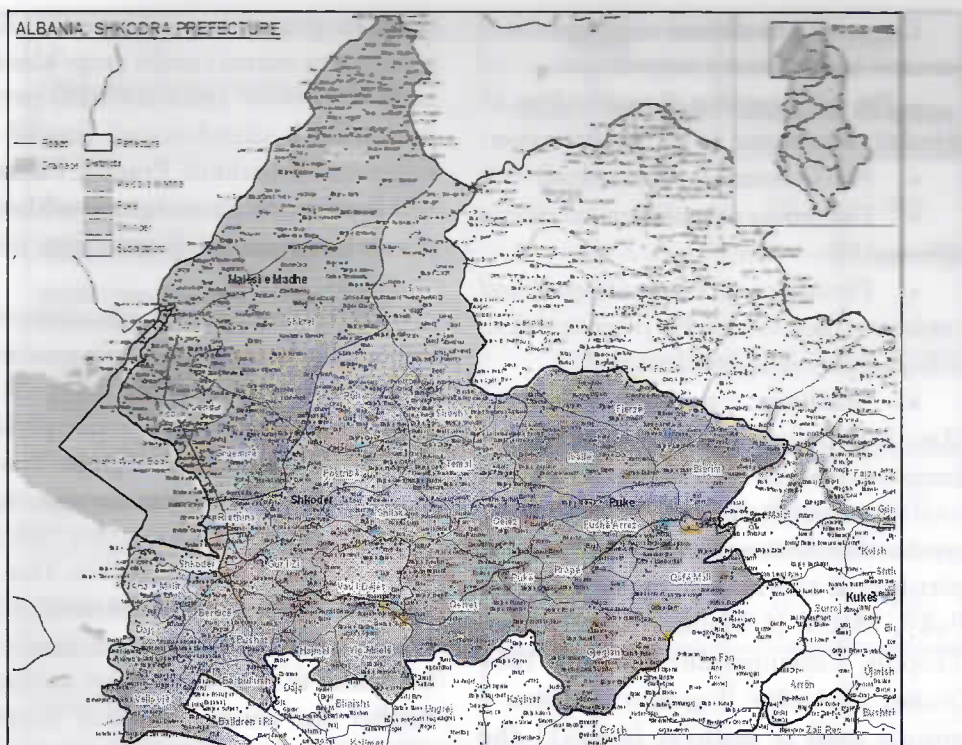
Grumbullimi i të dhënave u krye në periudhën 15-23 Gusht 2010 dhe konsistoi në përfshirjen e një kampioni përfaqësues të PKShP (N=303) në 28 QSh nga 67 gjithsej të zgjedhura me probabilitet për tre zonat e përfshira në studim. Përveç të dhënave të grumbulluara me anë të intervistave të kryera u bë edhe kqyrja e regjistrave dhe më pas e kartelave mjekësore të fëmijëve 0-5vjeç, 5-15vjeç dhe grave 15-49 vjeç që rezultonin sipas regjistrave me anemi apo infeksion parazitare.

3. Përzgjedhja dhe Llogaritja e Kampionit

Studimi për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të PKShP lidhur me ushqyerjen dhe aneminë i vitit 2010 bazohet mbi një kampion përfaqësues probabilitar të PKShP të 28 QSh në të gjitha rrethet dhe zonat e përfshira në këtë studim (pra, në Shkodër, Pukë, Malësi e Madhe, Kukës, Has, Tropojë, Paskuqan dhe Kamzë). Punonjësit e çdo QSh (të konsideruara si *grupe/klastra* në këtë studim) u renditën sipas listave të përditësuara nga ISKSH. Mostra e e PKShP (e përbërë nga mjekë dhe infermierë) u zgjodh në mënyrë probabilitare prej listës së çdo QSh për t’u përfshirë në studim (shih më poshtë). Në studim pritej që të intervistoheshin mjekë dhe infermierë.

Secili nga punonjësit e Kujdesit Shëndetësor Parësor u takua, u intervistua në QSh përkatëse dhe u mblodh informacioni lidhur me njohuritë qëndrimet dhe praktikat lidhur me ushqyerjen e fëmijëve dhe aneminë tek gratë dhe fëmijët si dhe me çështje të tjera për të ofruar të dhëna të dobishme për politikë-bërësit dhe vendimmarrësit në fushën e shëndetit për nënën dhe fëmijën.

Studimi i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të PKShP lidhur me ushqyerjen dhe aneminë do të mundësonte të dhëna për njohuritë, qëndrimet dhe praktikat e punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri.



Hartat janë përpiluar nga Lara Prades

Llogaritja e madhësisë së kampionit u bazua në konsideratat e mëposhtme:

- *Për një kampion të rastësishëm të thjeshtë, u supozua sa më poshtë vijon:*

- Niveli i besimit (*confidence level*): 95%
- Diferenca e pranueshme (*acceptable difference*): 5%

- Prevalenca e pritshme (*assumed rate*) e njohurive/dijeve të sakta dhe/ose pikëpamjeve të drejta të personelit shëndetësor: 80%

- Madhësia e popullatës "*target*" (d.m.th. popullatës nga ku do të përftohej kampioni i studimit – kjo nënkupton numrin total të personelit shëndetësor në të gjitha qendrat shëndetësore të rretheve/zonave të përfshira në këtë studim, pra në Shkodër, Pukë, Malësi të Madhe, Kukës, Has, Tropojë, Paskuqan dhe Kamzë): 1064 (numri 1064 është llogaritur si shuma e numrit total të mjekëve [n=201] dhe infermiereve [n=863] në të gjithë zonat e përfshira në studim).

Për një kampion të rastësishëm të thjeshtë, aplikimi i këtyre 4 parametrave të parashtruar më sipër përfton një madhësi kampioni prej N=200 (Abramson, 2004).

- *Për një kampion me grupe/klastra (cluster sample), u supozua sa më poshtë vijon:*

- Niveli i besimit (*confidence level*): 95%
- Diferenca e pranueshme (*acceptable difference*): 5%

- Prevalenca e pritshme (*assumed rate*) e njohurive/dijeve të sakta dhe/ose pikëpamjeve të drejta të personelit shëndetësor: 80%

- Efekti i kampionimit me grupe/klastra (*design effect*): 1.3

Për një kampion me grupe/klastra, aplikimi i këtyre 4 parametrave të parashtruar më sipër përfton një madhësi prej N=319 (Abramson, 2004).

Me marrëveshje, bazuar edhe në rekomandimet e literaturës për kampionime

të tilla me grupe/klastra (Abramson, 2004), u vendos që numri i secilit grup/klastër të ishte i përbërë (measatarisht) prej 12 punonjësish shëndetësorë (mjekë dhe infermiere së bashku). Prandaj, bazuar në këtë konsideratë, numri i grupeve/klastrave për t'u kampionuar u llogarit si më poshtë vijon: 319/12=27.

Për të kompensuar për mungesë të disponibilitetit të personelit për pjesëmarrje në studim, u vendos që të përfshihej edhe një grup/klastër shtesë; pra, në total u përfshinë 28 QSh (të konsideruara si grupe/klastra).

- Më tej, për të garantuar një kampion përfaqësues për të gjitha rrethet (Shkodër, Pukë, Malësi e Madhe, Kukës, Has, dhe Tropojë) dhe zonat e përfshira në studim (Paskuqan dhe Kamzë), u vendos që kampioni të shtresëzohej për secilin nga rrethet dhe zonat e studimit (*stratified sampling*):

- Përsa i takon rretheve, përqindja e QSh të përfshira në studim u bë në përputhje me peshën specifike (*probability proportional to size*) të secilit rreth (d.m.th. në përputhje me numrin e përgjithshëm të personelit shëndetësor përkatësisht në Shkodër, Pukë, Malësi e Madhe, Kukës, Has, dhe Tropojë – për numrat përkatës në secilin rreth, shih rubrikën e fundit me titull: "*Struktura e Personelit Shëndetësor në tre Rajonet e Përfshirë në Studim*"). Kjo procedurë e kampionimit të bazuar në peshën specifike të rretheve rezultoi në përfitim të një kampioni përfaqësues nga një total prej 25 QSh në 6 rrethet e përfshirë në studim (Shkodër, Pukë, Malësi e Madhe, Kukës, Has, dhe Tropojë).

- Për dy zonat peri-urbane të Tiranës, u vendos që të përfshihej në studim QSh e Paskuqanit (vetëm një QSh gjendet në Paskuqan), ndërsa për Kamzën u përzgjodh në mënyrë të rastësishme njëra nga dy QSh që gjenden në këtë zonë peri-urbane të Tiranës.

Në total, nga 319 subjektet e paraprirë për të marrë pjesë në studim nga 28 QSh, 16 prej tyre dhanë përgjigje të pjesshme dhe prandaj u përjashtuan nga analiza e të dhënave.

Si përfundim, *në këtë studim u përfshinë në total 303 PKPSh nga 28 QSh në Shkodër, Pukë, Malësi e Madhe, Kukës, Has, Tropojë, Paskuqan dhe Kamzë.*

2. ORGANIZIMI I PUNËS NË TERREN

2.1. Konsiderata të Përgjithshme

Për mbledhjen e të dhënave në terren [prefektura e Shkodrës, e Kukësit dhe zona peri-urbane e Tiranës (Kamza e Paskuqani)], punuan 4 ekipe secili me 3 intervistues, 1 supervisor dhe 1 shofer. Pjesëtarët e ekipeve të mbledhjes së të dhënave u zgjodhën përmes një procesi të rregullt selektimi, të paraprirë me shpalljen në gazetë të lajmërimit për zhvillimin e këtij studimi (datë 1-10/08/2010, Gazeta Shqiptare) dhe të pasuar me dorëzim CV në sekretarinë e ISHP-së dhe me një intervistë para një komisioni me specialistë të ISHP-së. Pjesëtarët e ekipeve u trainuan në mënyrë që të garantohej përfitimi i një informacioni të vlefshëm dhe të besueshëm.

Koordinatori dhe grupi i ekspertëve të studimit ishin përgjegjës për organizimin e një kursi teorik 3 ditor dhe pretestim 1 ditor të të gjithë procesit të studimit në QSH të Tiranës (QSH Nr.1 dhe QSH Nr. 10), i cili u zhvillua 2 javë para mbledhjes së të dhënave në "terren". Ky kurs trainimi konsistoi në sa më poshtë vijon:

1. Leksione mbi ushqyerjen e shëndetshme, leksione mbi aneminë, shkaqet e saj dhe parandalimin e trajtimin e anemisë
2. Prezantimi i pyetësorit
3. Teknika e intervistimit
4. Njohja e pyetësorit nga ana e intervistuesve
5. Praktika në terren

Pas kursit të trainimit dhe pretestimit, u bë analiza e mësimëve të nxjerra nga pretestimi dhe u miratua forma përfundimtare e pyetësorit dhe e dokumenteve të tjera të punës në terren. Pas kësaj faze, u bë printimi i gjithë dokumentacionit të punës në terren për të gjitha ekipet në sasi më të madhe se nevoja (në mënyrë që të parandaloheshin të gjitha të papriturat si p.sh. humbje e materialeve, harresa, dëmtime, etj.).

Dosja e një intervistuesi përmbante:

- Pyetësorë në letër
- Manualin e intervistimit
- Listat e PKSHP
- Listat rezerve të PKSHP
- Hartat
- Stilolaps

2.2. Mbledhja dhe Analiza e të Dhënave

Studimi u krye gjatë një periudhe 7-ditore nga 15 Gusht deri më 23 Gusht, 2010. Në çdo QSh u mblodh informacioni i nevojshëm nga PKSHP të intervistuar dhe nga kqyrja e dokumentacionit (regjistrat e QSh dhe kartelat e pacientëve) për rastet e kualifikuara sipas përcaktimeve të pyetësorit. Procesi i mbledhjes së të dhënave u mbikqyr nga Grupi i Kontrollit të Cilësisë i përbërë nga 3 vetë, Specialistë të ISHP. Ky grup kishte për detyrë të vlerësonte në fund të ditës saktësinë dhe cilësinë e mbledhjes së të dhënave në çdo pyetësor.

Pas përfundimit të mbledhjes së të dhënave në terren dhe grumbullimit të të gjithë pyetësorëve të plotësuar, u bë hedhja e të dhënave në kompjuter në një database të posaçëm në ambientet e ISHP-së nga operatorët e këtij institucioni.

2.3. Pyetësorët

Për studimin u përdor pyetësori për punonjësit e KShP për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të tyre lidhur me ushqyerjen dhe aneminë.

Përmbajtja e pyetësorit u zhvillua gjatë një seri konsultimesh ndërmjet përfaqësuesve të OBSH-së, UNICEF-it dhe ekspertëve kombëtarë në MSh dhe ISHP dhe më pas u diskutua për qartësinë dhe rrjedhshmërinë e tij me një grup punonjësish të kujdesit shëndetësor parësor të Tiranës.

Pas miratimit të përmbajtjes përfundimtare nga grupi teknik i studimit, pyetësori u përgatit në Shqip dhe Anglisht.

Pyetësori për studimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor lidhur me ushqyerjen dhe aneminë përfshin një seksion për të mbledhur informacion rreth PKShP si kodi personal, seksi, mosha, niveli i shkollimit, vitet e punës në pozicionin e tanishëm. Më pas ai vazhdon me pyetje që mbledhin informacion mbi problemet shëndetësore më të shpeshta me të cilat ndeshen PKShP, trainimet dhe tematika e tyre lidhur me ushqyerjen, pengesat në edukimin e nënave, njohuritë, qëndrimet dhe praktikat e PKShP lidhur me ushqyerjen me gji, ushqyerjen plotësuese, kur fëmija është i sëmurë, për ushqyerjen e fëmijëve më të mëdhenj se 3 vjeç, ushqyerjen e gruas shtatzënë, aneminë (parandalimin, diagnostikimin, trajtimin), sistemin e referimit, infeksionet intestinale parazitare (diagnostikimin, trajtimin), mbi manualët, udhëzuesit dhe dokumentacionin që përdorin më shpesh PKShP, si dhe përdorimin e kurbave të rritjes. Pyetësori mbledh informacion mbi nivelin e hemoglobinës, aneminë, infeksionin parazitarr të pacientëve të konsultuar nga PKShP të kualifikuar për mbledhje informacioni në

regjistrat e QSh dhe kartelat e pacientëve, pëfshirë dhe vizitat e grave shtazëna para lindjes.

Pyetësori lejon intervistuesin të identifikojë nga pacientët e PKShP të intervistuar, ata që kualifikohen për kqyrjen e regjistrave të QSh dhe kartelave të pacientëve për mbledhjen e të dhënave lidhur me nivelet e hemoglobinës dhe infeksionet intestinale parazitare (rastet e rezultura pozitiv): fëmijë 0-5 vjeç, fëmijë 6-15 vjeç, dhe gra 15-49 vjeç.

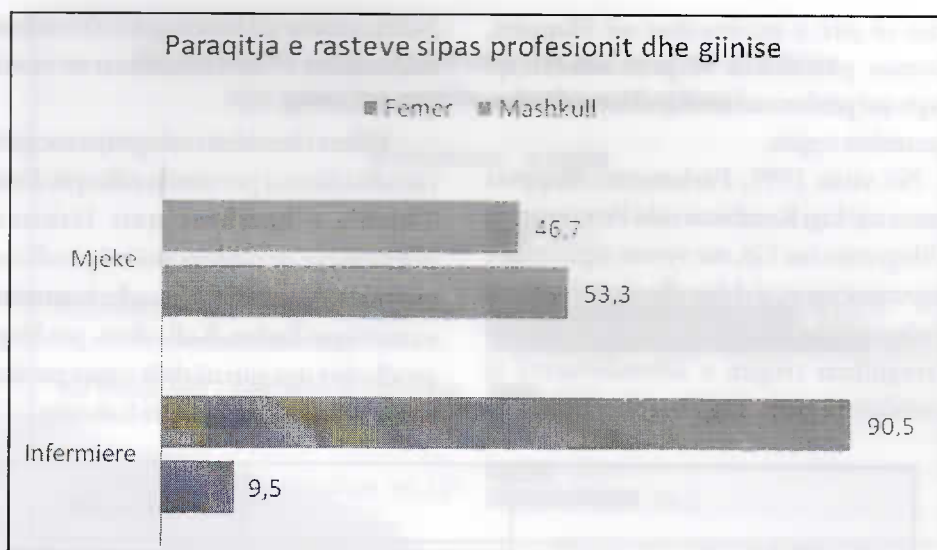
Pyetësori i përdorur në studim u pretestua në dy QSh në Tiranë, përkatësisht në QSh Nr.1 (*Drejtor: Dr. Bujar Elezi*) dhe në QSh Nr.10 (*Drejtor: Dr. Edmond Benusi*). Pre-testimi ofron mundësi për validimin (d.m.th. vlerësimin e vlefshmërisë) së instrumenteve të përdorura në studim, në rastin tonë të pyetësorit për punonjësit e KShP për vlerësimin e njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të tyre lidhur me ushqyerjen dhe aneminë.

2. REZULTATET E STUDIMIT

2.1. Përshkrimi i Karakteristikave të Kampionit të Studimit

Aktualisht në studim morën pjesë 303 punonjës të kujdesit shëndetësor. Nga këta, 19,8% (n=60) ishin mjekë (mjek familje apo mjek specialistë) dhe 80,2% (n=243) ishin infermiere. Ndër mjekët, vetëm 7% e tyre ishin mjekë të specialiteteve të ndryshme dhe 93% ishin mjekë familje.

Bazuar në shpërndarjen sipas gjinisë shihet se 53% e personelit mjekësor janë meshkuj dhe 47% janë femra, ndërsa në personelin infermieror 10% janë meshkuj dhe 90% janë femra:



Të pyetur për vjetërsinë në punë, personeli mjekësor referon një mesatare prej $12,25 \pm 9,3$ vjet pune, ku vjetërsia në punë varion nga 1-36 vjet. Personeli infermieror referon një mesatare prej $19,4 \pm 12,2$ vjet pune (vjetërsia në punë varion nga 0-41 vjet). Në shërbimin infermieror, në nivel të kujdesit shëndetësor parësor, 30% e tyre ishin infermiere me arsim të lartë dhe pjesa tjetër ishin me arsim të mesëm (respektivisht 65% janë të diplomuar infermiere të mesëm dhe 5% ishin ndihmës infermiere).

Aktualisht ka vite që në Shqipëri po punohet që arsimimi i infermiereve, të cilat punojnë në të gjitha nivelet e shërbimit shëndetësor të jetë në lartësinë e duhur, si për nivelin e dijeve, ashtu dhe në aftësitë praktike që ata paraqesin.

Në fushën e ushqyerjes janë bërë shumë përpjekje për të siguruar që personeli shëndetësor të ketë jo vetëm një nivel bazë njohurish, por të synohet në "instalimin" e dijeve të qëndrueshme dhe shumë të nevojshme në punën e përditshme të personelit të kujdesit shëndetësor parësor.

Duke synuar që në mënyrë modeste të bënim një prezantim sa më real të njohurive,

praktikave dhe qëndrimeve të personelit shëndetësor parësor lidhur me ushqyerjen e shëndetshme, parandalimin e anemisë dhe trajtimin e saj, po prezantojmë disa rezultate kryesore në rubrikat e mëposhtme.

1.1.Njohuritë, Qëndrimet dhe Praktikave e PKSHP Lidhur me Ushqyerjen me Gji

Ushqyerja me gji është një komponent shumë i rëndësishëm për të siguruar një rritje të shëndetshme të fëmijës.

Ushqyerja e hershme me gji është e rëndësishme në fillimin dhe vazhdimin me sukses të saj. Rekomandohet që të porsalindurit të vihen në gji menjëherë pas lindjes ose deri një orë pas lindjes për të marrë kulloshtrën të cilën nëna e prodhon gjatë triditëve të para pas lindjes, përpara prodhimit të rregullt të qumështit të gjirit. Kulloshtra është një burim i rëndësishëm ushqyerjeje, pasi ajo është shumë e pasur me elementë ushqyes si dhe antikorpet e nënës që mbrojnë fëmijën nga infeksionet. Rëndësia e praktikave të duhura të të ushqyerit të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël

pritet të jetë e mirënjohur në Shqipëri, sidomos për shkak të problemeve që shoqërojnë përdorimin në rritje të zëvendësuesve të qumështit të gjirit.

Në vitin 1999, Parlamenti Shqiptar miratoi një Ligj Kombëtar mbi Promovimin e Ushqyerjes me Gji, me synim sigurimin e ushqyerjes së sigurt, të duhur dhe të përshtatshme të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, si dhe për të rregulluar tregun e zëvendësuesve të qumështit të gjirit. Ligji bazohej në Kodin

Ndërkombëtar të Marketingut të Zëvendësuesve të Qumështit të Gjirit të miratuar në vitin 1991 (WHO, 1991).

Fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji është i rëndësishëm si për nënën edhe për fëmijën. Thithja e hershme nxit lëshimin e hormoneve që ndihmojnë në prodhimin e qumështit. Ajo nxit gjithashtu edhe kontraktimin e mitrës pas lindjes. Kulloshtra, pra lëngu që prodhohet nga gjiri në ditët e para pas lindjes, ofron imunitet natyral për foshnjën.

Kur fillohet ushqyerja me gji?	Infermiere			
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Brenda orës së parë pas lindjes	41	68,3	161	66,3
Brenda 6 orëve pas lindjes	13	21,6	50	20,6
Brenda ditës së parë	3	5,0	27	11,1
Brenda ditës së dytë	1	1,7	3	1,2
Brenda 72 orëve	1	1,7	0	0
Brenda 7 ditëve	1	1,7	0	0

Vetëm 68% e mjekëve dhe 66% e personelit infermior u përgjigjën se ushqyerja me gji duhet filluar brenda orës së parë, menjëherë pas lindjes. Ndërkohë që 1,7% e mjekëve thonë se ushqyerja me gji duhet filluar brenda 72 orëve, dhe 1,7% e tyre thonë se duhet të fillojë brenda 7 ditëve pas lindjes (të dhënat nuk janë paraqitur në tabelë).

Ka vite që në disa rajone të Shqipërisë është vënë në zbatim nisma e "Spitalit mik

ndaj foshnjës" për të mbrojtur, promovuar dhe mbështetur ushqyerjen me gji. Me mbështetjen e Fondit të Kombeve të Bashkuara për Fëmijët (UNICEF) dhe Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSh), spitali i parë miqësor ndaj foshnjës në Shqipëri u çertifikua në Lezhë në vitin 1998; ky ishte i pari spital i këtij lloji në rajonin e Ballkanit. Nga viti 1998, numri i materniteteve të çertifikuara si spitale miqësore ndaj foshnjës është rritur në vend.

Ministria e Shëndetësisë, me ndihmën e UNICEF-it dhe OJQ-ve të ndryshme ka kryer sesione të shumta trajnimi mbi këshillimin për ushqyerjen me gji për punonjës të shëndetësisë dhe komunitetet në mbarë vendin. Përvoja tregon që këto veprime mund t'i rrisin në mënyrë efikase nivelet e ushqyerjes me gji, veçanërisht fillimin e hershëm të ushqyerjes me gji.

Pyetjes se sa kohë duhet të vazhdohet ushqyerja vetem me gji, 82% e mjekëve dhe 87% e personelit infermieror i japin përgjigje

të saktë. Ushqyerja ekskluzive me gji rekomandohet për gjashtë muajt e parë të jetës sepse është e pandotur dhe përmban të gjithë përbërësit e nevojshëm ushqimorë për fëmijët e kësaj grup-moshe. Gjithashtu, antitruapat e nënës, që gjenden në qumështin e gjirit, sigurojnë imunitet të lartë ndaj sëmundjeve.

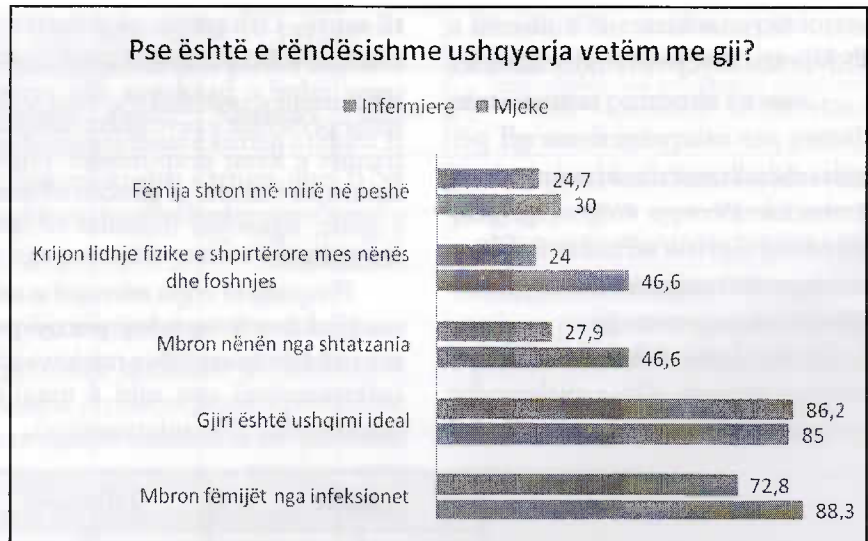
Përqindje të vogla referojnë se ushqyerja me gji duhet të vazhdojë për një periudhë më pak se 6 muaj (5% e mjekëve dhe 7% e infermierëve) apo mbi 6 muaj (10% e mjekëve dhe 5% e infermierëve).

	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Më pak se 6 muaj	3	5,0	16	6,5
Deri në 6 muaj	49	81,7	212	87,2
Më shumë se 6 muaj	6	10,0	13	5,3

Qumështi i gjirit, përveç se ka vlera të mëdha ushqyese, ka njëkohësisht dhe një sërë funksionesh. Pikërisht për këto funksione është pyetur personeli shëndetësor dhe rezulton se nga mjekët 88% pohojnë se qumështi i gjirit mbron fëmijët nga infeksionet, 85% pohojnë se qumështi i gjirit është ushqimi ideal, 47% mendojnë se qumështi i gjirit krijon lidhje fizike e shpirtërore mes nënës dhe foshnjës, 47% mendojnë se ai mbron nënën nga shtatzania,

dhe 30% pohojnë se duke përdorur qumësht gjiri, fëmija shton mirë në peshë.

Personeli infermieror, në përqindjen më të lartë, 86% pohon se qumështi i gjirit është ushqimi ideal, 73% pohojnë se qumështi i gjirit mbron fëmijët nga infeksionet më pak se 30% pohojnë se qumështi i gjirit mbron nënën nga shtatzania, 24% mendojnë se qumështi i gjirit krijon lidhje fizike e shpirtërore mes nënës dhe foshnjës, dhe se duke përdorur qumësht gjiri, fëmija shton mirë në peshë (25%).



Po ashtu, lidhur me pyetjen se përse është e rëndësishme ushqyerja me gji, 85% e mjekëve dhe 93% e infermierëve përmendin deri në tri arsye të sakta, ndërkohë që vetëm 15% e mjekëve dhe 7,0% e infermiereve

permendën deri në pesë arsye. Një pjesë shumë e vogël, respektivisht 3,3% e mjekëve dhe 2,9% e infermierëve, nuk dhanë asnjë përgjigje për këtë pyetje (të dhënat nuk paraqiten në tabelë).

	Infermiere			
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Japin deri në 3 përgjigje të drejta	51	85,0	236	93,0
Japin 4-5 përgjigje të drejta	9	15,0	17	7,0

Duke ditur se është e rëndësishme për shëndetin e fëmijës (që ushqehet me qumësht gjiri) që ushqyerja me gji të vazhdojë për dy vite të tjera, pasi qumështi i gjirit ofron sasi të dobishme energjie, proteinash me cilësi të mirë dhe mikroushqyes të rëndësishëm, personelit shëndetësor i'u bë pyetja se sa kohë duhet të vazhdohet ushqyerja me gji. Përqindja më e lartë e përgjigjeve dhënë nga personeli shëndetësor është se ajo duhet të vazhdojë 24 muaj (përkatësisht 37% e

mjekëve dhe 40% e infermierëve), pasuar nga mendimi se ushqyerja me gji duhet të vazhdojë 12 muaj (përkatësisht 33% e mjekëve dhe 36% e infermierëve) dhe se ushqyerja me gji duhet të vazhdojë deri në 18 muaj mendojnë përkatësisht 12% e mjekëve dhe 11% e infermierëve. Përgjigjet e tjera të deklaruara janë në përqindje relativisht të vogla.

Sa kohë duhet të vazhdohet ushqyerja me gjë?	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
12 muaj	20	33,3	88	36,2
18 muaj	7	11,7	26	10,7
24 muaj	22	36,7	98	40,3

6.3. Njohuritë, Qëndrimet dhe Praktikrat e PKSHP Lidhur me Ushqyerjen Plotësuese

Qëllimi i ushqyerjes plotësuese është që të ofrojë shtesa ushqimore për qumështin e gjirit në mënyrë që të mbështetet rritja dhe zhvillimi i fëmijës pas gjashtë muajve të parë.

Organizata Botërore e Shëndetësisë rekomandon dhënien e ushqimeve të forta apo gjysmë të forta fëmijëve rreth moshës gjashtë muaj, sepse në atë moshë nuk

mjafton vetëm qumështi i gjirit për të siguruar rritjen optimale të fëmijës. Praktikar e duhura për ushqyerjen e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël përfshijnë fillimin në kohë të ushqyerjes me ushqimet e forta ose gjysmë të forta, që ndodh rreth moshës gjashtë muaj, ushqyerjen me sasi të vogla ushqimi dhe rritjen e sasisë së dhënë dhe shpeshtësinë e ushqyerjes sa më shumë rritet fëmija, ndërkohë që fëmija vazhdon të ushqehet edhe me gjë.

	Infermiere			
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
4 muajsh	1	1,7	8	3,2
5 muajsh	2	3,3	12	4,9
6 muajsh	50	83,3	184	75,7
7 muajsh	7	11,7	29	11,9
Nuk e di	0	0	5	2,1

Mbi 83% e mjekëve dhe 76% e personelit infermieror dinë, se sipas OBSH, ushqyerja plotësuese duhet të fillohet në muajin e gjashtë pas lindjes. Megjithatë, 2%

e personelit infermieror nuk e dinë se kur duhet të fillohet ushqyerja shtesë në fëmijë.

Edukimi dhe promovimi i shëndetit është në vetvete një proces. Në këtë proces

përfshihen jo vetëm edukatorët e shëndetit, por i gjithë personeli shëndetsor. Edukimi shëndetësor është shumë planësh. Ai lidhet jo vetëm me faktin se personeli shëndetsor duhet të ketë dije për një çështje të caktuar, por dijet e tij duhet të jenë bashkëkohore dhe njëkohësisht dije të cilat duhet të përcillen në përonat e interesit. Ky transmetim dijesh realizohet përmes komunikimit të drejtpërdrejtë apo përmes shpërndarjes së materialeve edukuese të përgatitura nga institucionet përgjegjëse. Pikërisht për këtë, personeli shëndetësor u pyet se çfarë pengesash kishte lidhur me edukimin mbi ushqyerjen. Në përqindjen më të madhe të rasteve përoneli mjekësor përmend nivelin e ulët të edukimit të nënave (57%), mungesën

e materialeve edukuese (45%), faktin që nënat i ushqejnë fëmijët e tyre spas traditës familjare (42%), mungesën e njohurive nga ana e personelit shëndetësor (13%), mungesën e kohës për të folur me pacientët (8%), si dhe distancat e mëdha deri në qëndrën shëndetësore, çka vështirëson takimin me nënat (7%).

Personeli infermieror rendit si pengesa në edukimin e nënave mbi ushqyerjen: mungesën e materialeve edukuese (39%), nivelin e ulët të edukimit të nënave (34%), çështje kulturore/tradite (25%), mungesën e njohurive nga ana e personelit shëndetësor (12%), vështirësitë ekonomike që e detyrojnë nënën të veprojë sipas kushteve dhe jo sipas udhëzimeve (6%), si dhe mungesë kohe për të folur me pacientët (5%).

	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Mungesë njohurish	8	13,3	28	11,5
Çështje kulturore/tradite	25	41,7	60	24,7
Mungesë materialesh edukuese	27	45,0	94	38,7
Mungesë e kohës për të folur me pacientët	5	8,3	13	5,3
Nivel i ulët i edukimit të nënave	34	56,7	82	33,7
Mungesë trajnimesh	0	0,0	1	0,4
Kushte të vështira ekonomike	1	1,7	15	6,2
Distanca të largëta për në QSH	4	6,7	3	1,2
Mungesë ambientesh/hapësirash fizike	1	1,7	1	0,4

Një ndër pyetjet që i'u bë punonjësve të kujdesit shëndetësor për të vlerësuar qëndrimet/sjelljet e tyre ishte: "Në çfarë rasteshe rekomandoni fillimin e ushqyerjes artificiale?" Përqindja më e madhe e mjekëve (67%), thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë atëherë kur foshnja nuk shton në

peshë, 28% thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë atëherë kur qumështi i gjirit është i hollë, 15% kur nëna ka pak gjii, dhe 10% thonë se ushqyerjes artificiale duhet të fillojë atëherë kur nëna është e sëmurë. Alternativat e tjera të përgjigjeve hasen në më pak se 10%.

<i>Në çfarë rastesh e rekomandoni fillimin e ushqyerjes artificiale? (Pyejta 31)</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Foshnja nuk shton në peshë	40	66,7	168	69,1
Nëna fillon punë	5	8,3	35	14,4
Qumështi i gjirit është i hollë	17	28,3	66	27,2
Fëmija qan	30	5,0	61	25,1
Ka dëmtime të thithit të gjirit	0	0,0	1	0,4
Analiza e qumështit të gjirit tregon cilësi jo të mirë dhe/ose infeksion te tij	3	5	15	6,2
Nëna ka pak gji	9	15,0	39	16,0
Sëmundje të fëmijës	0	0,0	2	0,8
Sëmundje të nënës	6	10,3	11	4,5

Personeli infermieror i pyetur për këtë pyetje ("Në çfarë rastesh e rekomandoni fillimin e ushqyerjes artificiale?") jep këto përgjigje: përqindja më e madhe e infermiereve (69%) thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë atëherë kur foshnja nuk shton në peshë, 27% thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë

atëherë kur qumështi i gjirit është i hollë, 25% kur fëmija qan, 16% kur nëna ka pak gji, dhe 14% thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë atëherë kur nëna shkon në punë. Gjashtë përqind e personelit infermieror thonë se ushqyerja artificiale duhet të fillojë atëherë kur analiza e qumështit të gjirit tregon cilësi jo të mirë dhe/ose infeksion te tij.

<i>Në çfarë rastesh e rekomandoni fillimin e ushqyerjes artificiale?</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
1-3 alternativa	50	83,3	207	85,2
4-5 alternativa	1	1,7	4	1,6

Duke grupuar alternativat e përgjigjeve për pyetjen më lart shohim se 83% e mjekëve përmendin 1-3 alternative dhe më pak se 2% përmendin 4-5 alternativa. Përqindje të përafërta jep edhe personeli infermieror.

Për nënat që nuk i ushqejnë dot me qumësht gjiri foshnjat 0-6 muajsh, si alternative ushqimi, nga shumica e personelit shëndetësor, rekomandohet qumësht formule/artificial (përkatesisht 73% e

mjekëve dhe 60% e infermierëve), pasuar nga qumështi i bagëtive të imta (përkatësisht 47% e mjekëve dhe 61% e infermierëve), 7% e mjekëve rekomandojnë qumësht lope të holluar dhe

7% e infermierëve rekomandojnë qumësht të pasterizuar.

Ndërkohë, dihet se qumështi i bagëtisë nuk rekomandohet para moshës 12 muaj.

<i>Për nënat që nuk i ushqejne dot me qumësht gjiri foshnjat 0-6 muajsh, çfarë ushqimi ju rekomandoni si alternativë?</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Qumësht formule/artificial	44	73,3	146	60,0
Qumësht lope i pa pasterizuar	4	6,6	10	4,1
Qumësht bagëtie	28	46,6	148	60,9
Qumësht i pasterizuar	2	3,3	17	6,9
Çaj kamomil	1	1,7	1	0,41
Qumësht pluhur	1	1,7	0	0,0
Kos	0	0	4	1,8
Lëng frutash	2	0	13	2,2
Lëng orizi, miell i skuqur	0	0	12	5,3
Muhalebi	0	0	6	2,7
Supë	0	0	2	0,9
Mish	0	0	1	0,4

Ndër alternativat e tjera të përmendura janë lëngu i orizit, mielli i skuqur, muhalebia, qumështi dhe/ose kosi me biskota. Vlen të përmendet fakti që nënave u rekomandohet të përdorin qumësht me sasi të pakta yndyre si qumësht dhie apo qumësht lope i holluar.

Çaji i kamomilit, që zakonisht rekomandohet t'u jepet fëmijëve, rekomandohet nga personat e intervistuar në përqindje shumë të vogla.

Për një fëmijë normal të ushqyer me gj, ushqimet e forta apo gjysmë të forta duhen dhënë 2-3 herë në ditë në moshën 6-8 muaj

dhe 3-4 herë në ditë në moshën 9-24 muaj, me një vakt të lehtë që jepet 1-2 herë në ditë, sipas dëshirës. Megjithatë, shpeshësia e tepruar e ushqyerjes mund të çojë në zëvendësimin e qumështit të gjirit dhe fëmijët që marrin sasi të vogla qumështi gjiri mund të kenë nevojë të ushqehen më shpesh. Fëmijët që nuk ushqehen me gj në moshën 6-23 muaj duhen ushqyer me qumësht apo produkte qumështi çdo ditë. Gjithashtu, duhen ushqyer me të paktën katër grupe ushqimesh për katër ose më shumë herë në ditë.

<i>Cilën nga këshillat më poshtë do t'i jepnit nënave për futjen e ushqimeve shtesë në fëmijët mbi 6 muajsh?</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Dhënia vetëm e gjirit mjafton në këtë moshë	2	3,33	11	4,5
Të ndërpresin dhënien e gjirit	2	3,3	3	1,2
Të shtojnë ushqime solide sipas moshës	37	61,7	162	66,7
Të ndryshojnë shpeshësinë e ushqyerjes plotësuese sipas moshës	22	36,7	106	43,6
Bashkë me ushqimin shtesë të vazhdojnë njëherësh dhënien e gjirit	53	88,3	205	84,4
Çdo vakt nje variacion i ri	4	6,7	5	2,1
Nuk jap këshilla	1	1,7	0	0,0
Të marrë sa më shumë vitamina	1	1,7	0	0,0

Për futjen e ushqimeve shtesë në fëmijët mbi 6 muajsh nënat këshillohen nga shumica e personelit shëndetësor që bashkë me ushqimin shtesë të vazhdojnë njëherësh dhënien e gjirit (përkatesisht 88% e personelit mjekësor dhe 84% e infermierëve) si dhe të shtojnë ushqime solide sipas moshës (përkatesisht 62% e personelit mjekësor dhe 67% e infermierëve), apo që nënat duhet të ndryshojnë shpeshësinë e ushqyerjes plotësuese sipas moshës (përkatesisht 37% e personelit mjekësor dhe 44% e infermierëve).

Si ushqim i parë shtesë tek fëmijët mbi 6 muaj, nënave u rekomandohet në përqindjen më të lartë të fillohet me lëng frutash (65% e mjekëve dhe 48% e infermierëve), të fillohet me pure perimesh (58% e mjekëve

dhe 47% e infermierëve); të fillohet me kos frutash (45% e mjekëve dhe 40% e infermierëve). Vetëm 35% e mjekëve dhe 31% e infermierëve i këshillojnë nënat të fillojnë si ushqim të parë te fëmijët mbi 6 muaj drithërat. Pesëmbëdhjetë përqind e mjekëve dhe 27% e infermierëve rekomandojnë të fillohet me qumësht bagëtie apo kos nga qumeshti i bagëtisë, gjithashtu 12% e mjekëve dhe 7% e infermierëve rekomandojnë si ushqim të parë tek fëmijët mbi 6 muaj qumështin e farmacisë. Muhalebinë e rekomandojnë 15% e infermierëve. Pesë përqind e personelit shëndetësor apo më pak, rekomandojnë si ushqim të parë supën me perime, të verdhën e vezës apo supën me lëng mishi.

<i>Cfarë i këshilloni zakonisht nënave të përdorin si ushqim i parë shtesë tek fëmijët mbi 6 muajsh?</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Të fillohet me drithra	21	35,0	76	31,3
Të fillohet me qumësht farmacie	7	11,7	16	6,6
Të fillohet me pure perimesh	35	58,3	114	46,9
Të fillohet me kos frutash	27	45,0	96	39,5
Të fillohet me qumësht/kos bagëtie	9	15,0	66	27,2
Të fillohet me lëng frutash	39	65,0	116	47,7
Të fillohet me të verdhë veze	2	3,3	10	4,1
Të fillohet me supë me perime	3	5,0	12	4,9
Të fillohet me supë me lëng mishi	1	1,7	5	2,1
Të fillohet me muhalebi	2	3,3	36	14,8

Mënyrat e këshillimi që personeli shëndetësor përdor me nënën për t'i mësuar llojin dhe mënyrën e përgatitjes së ushqimeve shtesë janë disa. Ndër më të përmendurat janë biseda e drejtpërdrejtë me nënën (përkatësisht 80% e mjekëve dhe 79% e infermierëve); shpërndarja e fletëpalosjeve informuese (përkatësisht 32% e mjekëve dhe 30% e infermierëve) dhe vizitat në shtëpi, ku i tregohet nënës në praktikë mënyra e

përgatitjes së ushqimit (përkatësisht 28% e mjekëve dhe 47% e infermierëve). Vetëm 7% e mjekëve dhe 4% e infermierëve i udhëzojnë nënat të veprojnë sipas traditës familjare. Më pak se 1% e personeli infermior i udhëzojnë nënat që ushqimi duhet të jetë i freskët, pra të përgatitet vetëm para ushqyerjes së fëmijës ose i'a përshkruajnë mënyrën e përgatitjes së ushqimit në formë të shkruar.

<i>Cfarë mënyre këshillimi përdorni me nënën për llojin dhe mënyrën e përgatitjes së ushqimeve shtesë?</i>	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
I jepni një fletëpalosje informuese	19	31,7	73	30,0
Bisedoni shkurt me to	48	80,0	192	79,0
E vizitoni në shtëpi ku i tregoni në praktikë mënyrën e përgatitjes	17	28,3	113	46,5
I thoni të veprojnë sipas traditës familjare	4	6,7	10	4,1
Ushqimi të përgatitet vetëm para ushqimit	0	0,0	1	0,4
	0	0,0	2	0,8

Në analizimin e tabelës më lart, ne i grupuam përgjigjet e sakta që duhet të jepte personeli shëndetësor lidhur me mënyrën e këshillimit që ata përdornin me nënën për llojin dhe mënyrën e përgatitjes së ushqimeve shtesë (Si i jepni një fletëpalosje informuese, Bisedoni shkurt me to, E vizitoni në shtëpi ku i tregoni në praktikë mënyrën e përgatitjes, Ushqimi të përgatitet vetëm para

ushqimit, T'a pershkruajnë përgatitjen në recetë) dhe u pa se 90% e personelit mjekësor jep deri në dy përgjigje korrekte lidhur me rekomandimet që i japin nënave për përgatitjen e ushqimeve shtesë. Tri përgjigje korrekte kanë dhënë 3% e mjekëve dhe 8% e infermierëve, ndërkohë 7% e mjekëve dhe 2% e infermierëve nuk kanë dhënë asnjë përgjigje korrekte (shih tabelën më poshtë).

Cfarë mënyre këshillimi përdorni me nënën për llojin dhe mënyrën e përgatitjes së ushqimeve shtesë?	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Asnjë përgjigje korrekte	4	6,7	4	1,6
1-2 përgjigje korrekte	54	90,0	220	90,5
Tri përgjigje korrekte	2	3,3	19	7,8

Mënyra e ushqyerjes së fëmijës mbi gjashtë muaj ka rëndësi në kultivimin e shijes, sjelljes dhe qëndrimit të fëmijës ndaj ushqimit. Fëmija duhet të ushqehet me lugë, i ulur në karrigen e tij ku ushqyerja duhet të jetë një moment i gëzueshëm për të.

Cfarë do t'i këshillonit nënave për mënyrën e të ushqyerit të fëmijës mbi 6 muajsh?	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
T'a ushqejë fëmijën me biberon	3	5,0	31	12,8
Fëmija duhet të ushqehet në këmbë	1	1,7	4	1,6
T'a ushqejë fëmijën me lugë	47	78,3	206	84,8
Ushqyerja të jetë një moment i gëzueshëm ku të komunikohet me dashuri	31	51,7	65	26,7
Fëmija duhet të qëndrojë ulur në karrigen e vet	35	58,3	119	49,0
Përdor filxhan ose gotë	2	3,3	16	6,6
Të jetë në pozicion gjysëm ndenjor	2	3,3	5	2,1
Luga e mban larg fëmijën nga gjiri	1	1,7	0	0,0
Të ushqehet duke qëndruar në prehër të nënës	0	0,0	5	2,1
Nuk ka rëndësi nëse është ulur apo në këmbë	0	0,0	2	0,8

Personeli mjekësor (78%) i këshillon nënat se fëmija duhet ushqyer me lugë, 58% i këshillojnë nënat që gjatë ushqyerjes fëmija duhet të qëndrojë ulur në karriken e vet dhe 52% i këshillojnë nënat që ushqyerja të jetë një moment i gëzueshëm për fëmijën gjatë të cilit duhet të komunikohet me dashuri. Pesë për qind e personelit mjekësor e këshillojnë nënën të përdorë biberonin për të ushqyer fëmijën mbi 6 muaj. Tre për qind e mjekëve e këshillojnë nënën t'a ushqejë fëmijën me filxhanin apo gotë apo t'a mbajë fëmijën në pozicion gjysmë ndenjtur. Më pak se 2% e personelit mjekësor i këshillojnë nënat që fëmija duhet të ushqehet në këmbë, apo i rekomandojnë nënave të mos i ushqejnë fëmijët me lugë, pasi përdorimi i lugës e largon fëmijën nga gjiri.

Një panoramë pak a shumë të ngjashme paraqet dhe personeli infermieror. I pyetur se çfarë i këshillon nënave për mënyrën e të ushqyerit të fëmijës mbi 6 muajsh, rezultoi se 85% e personelit infermieror i këshillon nënat se fëmija duhet ushqyer me lugë, 49% i këshillojnë nënat që gjatë ushqyerjes fëmija duhet të qëndrojë ulur në karriken e vet dhe 27% i këshillojnë nënat që ushqyerja të jetë një moment i gëzueshëm për fëmijën gjatë të cilit duhet të komunikohet me dashuri dhe 13% i këshillojnë nënat të përdorin biberonin për të ushqyer fëmijën. Shtatë për qind e personelit mjekësor e këshillon nënën t'a ushqejë fëmijën me filxhanin apo gotë. Rreth 2% e personelit infermieror i këshillon nënat

që fëmija duhet të ushqehet në këmbë, në prehër të nënës apo në pozicion gjysmë ndenjtur. Më pak se 1% e personelit infermieror mendon se nuk ka rëndësi për ushqyerjen pozicioni i ushqyerjs, pra nëse fëmija është në këmbë apo ulur.

Kur fëmija është i sëmurë me diarre, temperaturë apo ARI rekomandohet që për të shmangur dehidrimin të shtohet sasia e lëngjeve. Të pyetur në lidhje me këtë problem "Përshteruarit rekomandimet që i jepni nënave për ushqyerjen kur fëmija është sëmurë (diarre, temperaturë, ARI)" 77% e mjekëve pohuan se i këshillojnë nënat të mos e ndërpresin ushqyerjen me gjë, 73% rekomandojnë shtimin e ushqimeve të lëngshme, 22% rekomandojnë të shtohet numri i vakteve, 20% rekomandojnë të mos e ndërpresin ushqyerjen e zakonshme, dhe vetëm 3% e tyre rekomandojnë të shtohen lëngje te tilla si çajra, tresol, apo lëngje të tjera; të shtohen ushqimet me kalori; apo të pakësohet sasia e ushqimeve të dhëna.

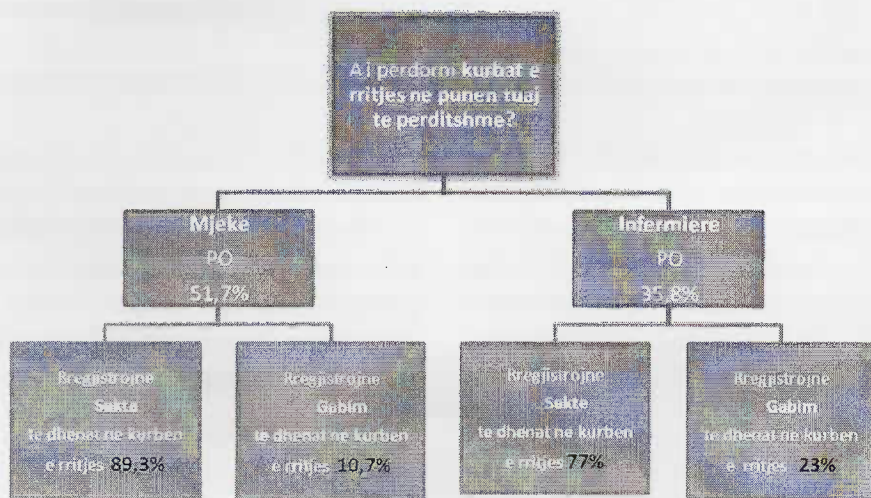
Për këtë pyetje personeli infermieror në 66% të rasteve rekomandon të mos ndërpritet ushqyerja me gjë, 65% rekomandojnë shtimin e ushqimeve të lëngshme, 31% rekomandojnë të shtohet numri i vakteve, 21% rekomandojnë të mos e ndërpresin ushqyerjen e zakonshme, 10% rekomandojnë të pakësohet sasia e ushqimeve të dhëna. Vetëm 5% e personelit shëndetësor rekomandojnë dhënien e çajrave, lëngjeve apo tresolit.

Përshkruani rekomandimet që i jepni nënave për ushqyerjen kur femija është sëmurë (diarrea, temperature, ARI)	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Mos e ndërpri ushqyerjen me gji	46	76,7	161	66,3
Mos e ndërpri ushqyerjen e zakonshme	12	20,0	52	21,4
Shto marrjen e ushqimeve të lengshme	44	73,3	158	65,0
Të pakësohet sasia e ushqimit të dhënë	2	3,3	23	9,5
Shto numrin e vakteve	13	21,7	74	30,5
Të ndërpritet dhënia e qumështit të gjirit	0	0,0	3	1,2
Çajra, lëngje, tresol	2	3,3	13	5,3
T'i japim ushqim sa herë të dojë femija	0	0,0	3	1,2
Të shtohen ushqimet me kalori	2	3,3	0	0,0
Të ushqehen shpesh dhe nga pak	0	0,0	1	0,4
Të jepen ushqime që asimilohen shpejt	0	0,0	3	1,2

6.4. Praktikrat dhe Njohuritë e PKSHP në Përdorimin e Kurbave të Rritjes

Për të vlerësuar nivelin e njohurive të personelit shëndetësor në përdorimin e kurbave të rritjes, u aplikuan një sërë pyetjesh

dhe u pa se vetëm 52% e mjekëve dhe 36% e infermierëve i përdorin kurbat e rritjes në punën e tyre të përditshme. Nga këta 89% e mjekëve dhe 77% e infermierëve e regjistrojnë saktë informacionin në kurbat e rritjes. Kjo paraqitet në skemën më poshtë:

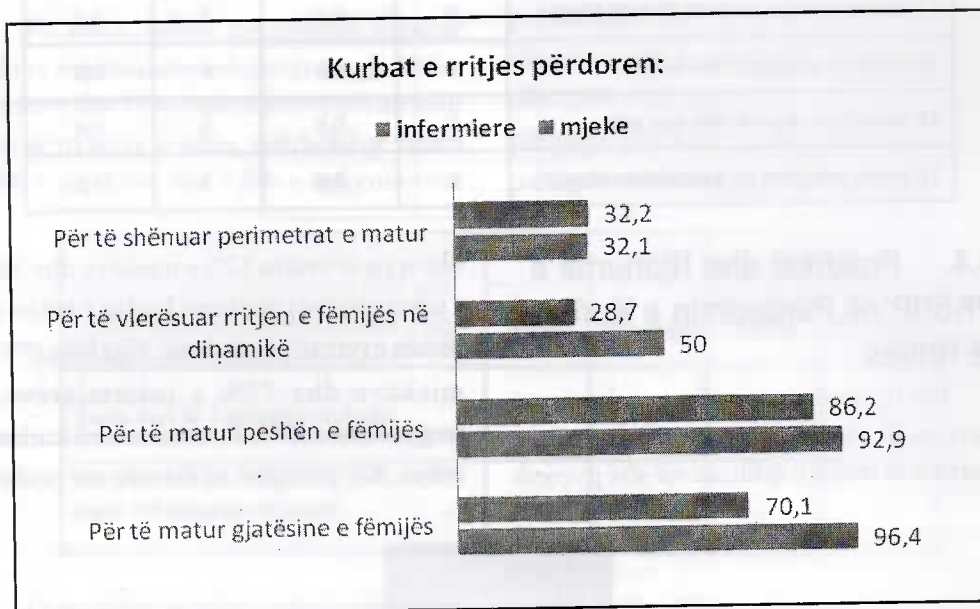


Mbi këtë kontigjent të personelit shëndetësor, që deklaroi se përdor kurbat e rritjes në punën e përditshme u aplikuan edhe dy pyetje të tjera lidhur me kurbat e rritjes: 1) Përse i përdorni kurbat e rritjes, dhe; 2) Në cilat raste do të shqetësoheshit për ecurinë e fëmijës nga paraqitja grafike e kurbave të rritjes.

Të pyetur se përse përdoren kurbat e rritjes personeli mjekësor që deklaroi se përdor kurbat e rritjes në punën e përditshme në 96% të rasteve mendon se ato përdoren për të matur gjatësinë e fëmijës, 93% mendon se ato përdoren për të matur peshën

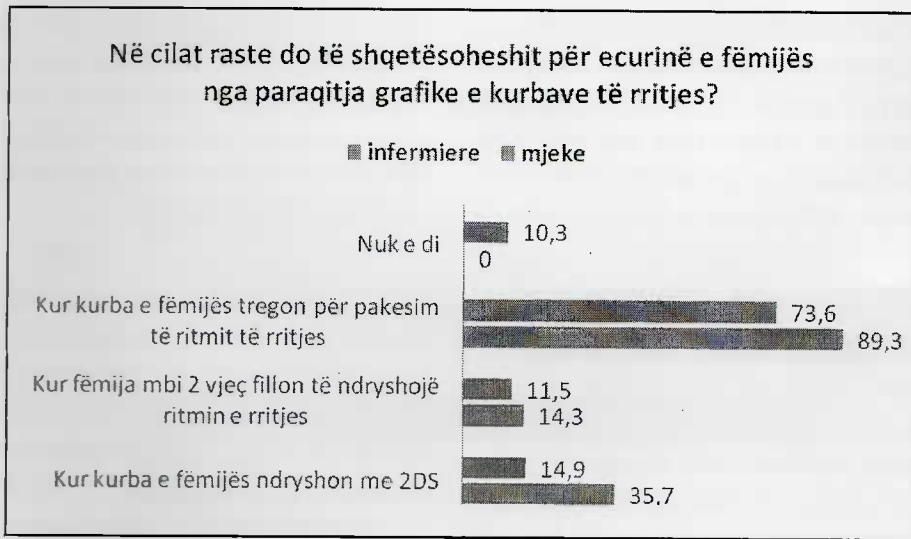
e fëmijës, 50% mendon se përdoren për të vlerësuar rritjen e fëmijës në dinamikë, dhe 32% për të shënuar perimetrat e matur.

Personeli infermieror, i pyetur përse përdoren kurbat e rritjes, dhe këto alternativa përgjigjeje: 86% e personelit infermieror mendon se kurbat e rritjes përdoren për të matur peshën e fëmijës, 70% mendon se ato përdoren për të matur gjatësinë e fëmijës, 32% i përdor kurbat e rritjes për të shënuar perimetrat e matur, dhe 29% i përdor për të vlerësuar rritjen e fëmijës në dinamikë (shih grafikun më poshtë).



Në përqindjen më të madhe të rasteve personeli shëndetësor do të shqetësohej kur kurba e fëmijës tregon për pakësim të ritmit të rritjes (përkatësisht 89% e mjekëve dhe 74% e infermierëve që i përdorin kurbat e rritjes), kur kurba e fëmijës ndryshon me 2 deviacione standarde (DS) (përkatësisht 36%

e mjekëve dhe 15% e infermierëve që i përdorin kurbat e rritjes), ose atëherë kur fëmija mbi 2 vjeç fillon të ndryshojë ritmin e rritjes (përkatësisht 14% e mjekëve dhe 12% e infermierëve që i përdorin kurbat e rritjes). Vetëm 4% e infermierëve që regjistrojnë të dhënat në kurbat e rritjes nuk e dinë se përse i përdorin ato.



6.5. Pjesëmarrja e PKSHP në Aktivitete Trajnuese Lidhur me Ushqyerjen

Pyetje me interes në këtë anketë ishin dhe ato të lidhura me pjesëmarrjen në aktivitete edukuese si trajnime apo seminare të lidhra me ushqyerjen nga ku rezultoi se vetëm 47% e mjekëve dhe 33% e infermierëve të intervistuar kishin marrë pjesë në trajnime/seminare që lidhen me ushqyerjen gjatë dy viteve të fundit.

Pyetjes se cilat nga temat mbi ushqyerjen paraqesin më shumë interes në punën tuaj, 62% e mjekëve përmendin ushqyerjen me gji, 58% përmendin ushqyerjen shitesë për fëmijët 6-24 muaj, 55% thonë se kanë më shumë interes për ushqyerjen e gruas gjatë dhe pas shtatzanisë, 48% shprehin interes për ndjekjen e rritjes sipas kurbave të OBSH dhe 22% paraqesin interes për ushqyerjen në adoleshencë dhe ushqyerjen në moshë adulte.

	Infermiere			
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Ushqyerja me gji	37	61,7	181	74,5
Ushqyerja shitesë për fëmijët 6-24 muaj	35	58,3	134	55,1
Ndjekja e rritjes sipas kurbave te OBSH	29	48,3	65	26,7
Ushqyerja në adoleshencë	13	21,7	49	20,2
Ushqyerja e gruas gjatë dhe pas shtatzanisë	33	55,0	120	49,4
Ushqyerja në moshë adulte	13	21,7	28	11,5
Planifikimi familjar	0	0,0	3	1,2
Vaksinimi	0	0,0	2	0,8

Personeli infermieror pyetjes se cilat nga temat mbi ushqyerjen paraqesin më shumë interes në punën e tyre, në masën 75% përmendin ushqyerjen me gji, 55% përmendin ushqyerjen shtesë për fëmijët 6-24 muaj, 49% thonë se kanë më shumë

interes për ushqyerjen e gruas gjatë dhe pas shtatzanisë, 27% shprehin interes për ndjekjen e rritjes sipas kurbave të OBSH 20% interesohen për ushqyerjen në adoleshencë dhe 12% paraqesin interes për ushqyerjen në moshë adulte

6.6. Njohuritë, Qëndrimet dhe Praktikën e PKSHP mbi Aneminë

Mungesat në hekur janë një prej mangësive kryesore të ushqyerjes në botë dhe llogaritet të ndikojnë mbi dy miliardë njerëz. Ata që preken më rëndë janë fëmijët e vegjël dhe femrat shtatzëna apo pas lindjes, për shkak të kërkesës së lartë për hekur që ka rritja e foshnjës dhe shtatzënia. Anemia është gjendja e niveleve më të ulëta të hemoglobinës në gjak. Për rrjedhojë sasia e oksigjenit që transportohet në trup është e ulët. Hekuri është një përbërës kryesor i hemoglobinës dhe mungesa e tij vlerësohet si shkaktarë e gjysmës së gjithë anemive në nivel global. Shkaqe të tjera të anemisë përfshijnë *Ancylostoma Duodenale* dhe parazitë të tjerë, mungesa e tjera ushqyese, infeksione kronike, kushte gjenetike që variojnë sipas rajonit (të tilla si drepanocitoza dhe talasemia), HIV/AIDS, dhe lindshmërinë e lartë. Anemia është një shqetësim serioz për fëmijët sepse mund të pengojë zhvillimin konjitiv, mund të sjellë rritjen e vonuar dhe shkallë më të lartë sëmundshmërie nga sëmundjet ngjitëse. Organizata Botërore e Shëndetësisë ka zhvilluar një sistem të prevalencës së anemisë për të kategorizuar rëndësinë e anemisë për shëndetin publik: < 5 përqind nënkupton kurrfarë problemi për shëndetin publik; 5.0–

19.9 përqind nënkupton një problem të mesëm për shëndetin publik; 20.0–39.9 përqind nënkupton një problem të madh për shëndetin publik; dhe 40.0 përqind ose më shumë shihet si një problem shumë i madh për shëndetin publik (WHO, 2009).

Një ndër pyetjet që i'u drejtua personelit shëndetësor ishte se si e përkufizojnë ata aneminë dhe siç shihet qartë nga tabela më poshtë vetëm dy nga alterantiavt e përgjigjeve janë të drejta. Lidhur me këto alternative, 95% e mjekëve dhe 85,5% e infermierëve japin përgjigjen se *"Anemia është gjendja ku sasia e qelizave të kuqe të gjakut apo e hemoglobinës në gjak është nën normë"*, dhe 53% mjekëve dhe 45,9% e infermierëve japin përgjigjen se *"Anemia është gjendja ku aftësia e gjakut për të mbartur oksigjen pakësohet"*. Vetëm 52% e mjekëve dhe 40% e infermierëve i japin të dy përkufizimet e sakta, të lartpërmendura, mbi aneminë.

Alternativat e tjera të përgjigjeve si *"Anemia shkaktohet vetëm nga mungesa e hekurit në dietë"* jepet respektivisht nga 32% e mjekëve dhe 51% e personelit infermieror. Përkufizimin se *"Anemia është një gjendje që prek vetëm vegetarianët"* jepet perkatësisht nga 3% e mjekëve dhe 5% e personeli infermieror. Më pak se dy përqind e mjekëve pohojnë se asnjëri nga alternativat e dhëna mbi aneminë, nuk është i vërtetë.

	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Anemia shkaktohet vetëm nga mungesa e hekurit në dietë	19	31,7	124	51,2
Anemia është gjendja ku sasia e qelizave të kuqe të gjakut apo e hemoglobinës në gjak është nën normë	57	95,0	207	85,5
Anemia është gjendja ku aftësia e gjakut për të mbartur oksigjen pakësohet	32	53,3	111	45,9
Anemia është një gjendje që prek vetëm vegjetarianët	2	3,3	13	5,4
Asnjëri nga përkufizimet e dhëna mbi aneminë nuk është i saktë	1	1,7	0	0

Si grupet që rrezikojnë të preken më shumë nga anemia, që përmenden në përqindjen më të lartë nga i gjithë personeli shëndetësor, janë fëmijët 0-5 vjeç (përkatësisht 77% e mjekëve dhe 84% e infermierëve).

Mjekët përmendin si grupe të rrezikuara për të pasur anemi gratë shtatzanë (75%), dhe të rinjtë në adoleshencë (58%). Grupet

e tjera si gratë jo-shtatzanë nga 15-49 vjeç dhe të moshuarit përmenden në përqindje më të vogla (respektivisht 17%, 12% dhe 10%).

Personeli infermieror përmend si grupe të rrezikuara për të bërë anemi gratë shtatzanë dhe në laktacion (75%), të rinjtë në adoleshencë (36%), dhe të moshuarit (11% dhe 7%).

Cilat grup-mosha preken më shumë nga anemia?	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Fëmijët 0-5 vjeç	46	76,7	203	83,5
Të rinj në adoleshencë	35	58,4	88	36,3
Gra shtatzanë dhe në laktacion	45	75	181	74,5
Gra jo-shtatzanë nga 15-49 vjeç	10	16,7	39	16
Të moshuarit	6	10	27	11,1

Të pyetur se cilat janë ekzaminimet që mund të përdoren për të nxjerrë në pah aneminë ose shkaqet që çojnë tek ajo, 95% e mjekëve përmendin se duhet matur përqëndrimi i hemoglobinës, 43% thonë se duhet matur ferritina në serum dhe 24%

thonë se duhen bërë testet për parazite. Tërhejtë e një përqind përmendin vetëm faktin që pacienti duhet të bëjë një analizë gjaku, pa e përcaktuar se cilin element të gjakut kërkojnë për të nxjerrë në pah aneminë.

<i>Cilat ekzaminime mund të përdoren për të nxjerrë në pah aneminë ose shkaqet që çuan tek ajo?</i>	Mjekë	
	Numri	Përqindja
Përqëndrimi i hemoglobinës	57	95
Ferritina në serum	26	43,3
Testet e feçes për parazite	14	23,3
Testi për matjen e jodit në urinë	3	5
Analiza gjaku	18	31.0

Informacioni mbi prevalencën e anemisë në nën-grupet e popullsisë është i dobishëm për zhvillimin e programeve shëndetësore për të parandaluar aneminë, të tilla si promovimi i konsumit të ushqimeve të pasura në hekur, shtesave të hekurit, përforcimin e ushqimeve dhe programe kundër krimbave/parazitëve sipas nevojës. Dhe që këto lloj ushqimesh të promovohen, në rradhë të parë duhet të njihen. Si ushqime më të pasura me hekur, personeli i kujdesit shëndetësor parësor përmend zarzavatet e

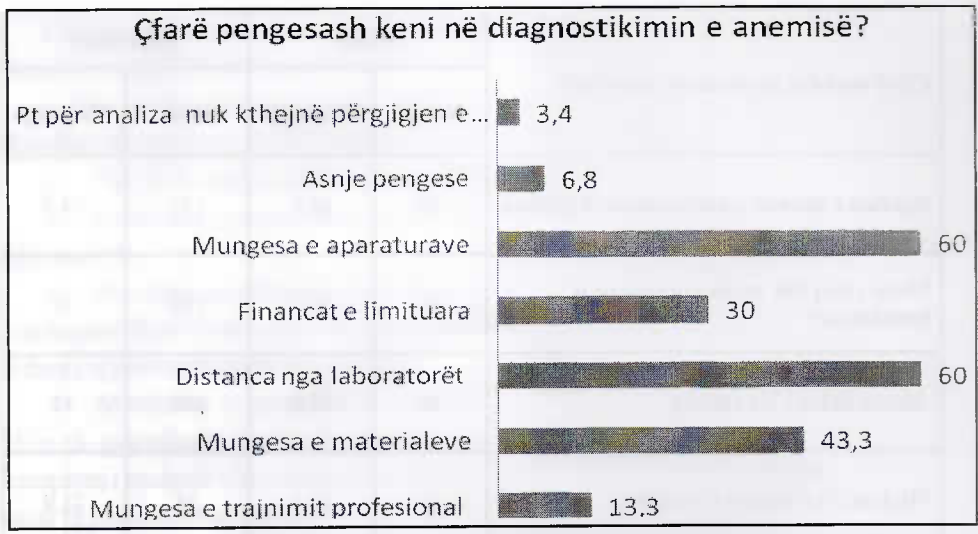
gjelbra dhe me gjethe (p.sh. spinaqi, lakra, brokoli, rrepa), përkatësisht 91% e mjekëve dhe 92% e infermierëve; mishi i organeve të brendshme (përkatësisht 50% e mjekëve dhe 28% e infermierëve); mishi i lopës, qingjit, gicit, derrat, pulës (përkatësisht 45% e mjekëve dhe 42% e infermierëve); veza (përkatësisht 22% e mjekëve dhe 24% e infermierëve); thjerrëzat (përkatësisht 16% e mjekëve dhe 9% e infermierëve). Nivelet e përgjigjes për arrat apo lajthitë dhe frutat e thata variojnë nga 3-7%.

Çfarë mund të parandalojë aneminë?	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Ngrënia e shumtë e zarzavateve të gjelbra	40	66,6	182	74,9
Mishi i kuq dhe mishi i organeve të brendshme*	34	56,7	124	51
Shtesa hekuri me tableta	40	66,6	102	42
Mjekimi i krimbave të zorrëve	20	33,3	34	13,9
Vetëm ushqim me gji për 6 muaj	4	6,7	15	6,2
Nuk e di	1	1,7	4	1,6
Vitamina/fruta	0	0	16	6,5
Acidi folik	2	3,4	2	0,8
Përdorimi i verës	0	0	7	2,8
Përdorimi i qumështit	0	0	11	4,5
Mish/lëng mishi	2	3,4	5	2

Të pyetur se çfarë mund të parandalojë aneminë, 67% e mjekëve dhe 75% e infermierëve përmendin konsumin e zarzavateve të gjelbra dhe më pak se 2% e gjithë personelit shëndetësor thonë se nuk e dinë se si mund të parandalohet anemia.

Personeli shëndetësor u pyet se çfarë pengesash kanë ata në diagnostikimin e anemisë. Gjashtëdhjetë përqind e personelit mjekësor përmendin mungesën e aparaturave në Qendrën Shëndetësore, apo vështirësitë

për të aksesuar laboratorët (distanca të largëta pasi nuk ka laboratorë), 43% përmendin mungesën e materialeve, 30% përmendin pamundësinë e pacientëve për të paguar për ekzaminimet e kërkuara, dhe 13% "akuzojnë" si pengesë në diagnostikimin e anemisë, mungesën e trajnimeve profesionale të personelit shëndetësor. Tre përqind e personelit shëndetësor thonë se pacientët referohen për analiza dhe nuk kthejnë përgjigjen e analizës, pra humbin gjatë rrugës.



Nuk janë të rralla rastet kur personeli shëndetësor përballet me faktin kur pacienti e ka ndërprerë terapinë me hekur. Arsyet mund të jenë nga më të ndryshme⁴; ndër to personeli shëndetësor rendit simptoma të padëshiruara (përkatësisht 75% e mjekëve dhe 47% e infermierëve), reaksion alergjik (përkatësisht 60% e mjekëve dhe 48% e

infermierëve), pacienti ndjen se shenjat e anemisë janë zhdukur (përkatësisht 32% e mjekëve dhe 27% e infermierëve), mungesë parash për të blerë shtesat e hekurit (përkatësisht 20% e mjekëve dhe 17% e infermierëve), apo jashtëqitje me ngjyrë të errët (përkatësisht 17% e mjekëve dhe 15% e infermierëve).

	Mjekë		Infermiere	
	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Reaksion alergjik	36	60,0	117	48,1
Simptoma të padëshiruara	45	75,0	114	46,9
Mungesë parash për të blerë shtesat	12	20,0	40	16,5
Mbarimi i recetës	1	1,7	12	4,9
Asnjë farmaci ose qendër shëndetësore afër banesës	1	1,7	15	6,2
Pacienti ndjen se shtesat nuk po japin rezultat	3	5,0	19	7,8
Pacienti ndjen se shenjat e anemisë janë zhdukur	19	31,7	65	26,7
Jashtëqitje me ngjyrë të errët	10	16,7	35	14,4
Kohëzgjatja e mjekimit	1	1,7	0	0,0
Merr hekurin nëpërmjet ushqimeve të mjaftueshme	1	1,7	0	0,0
Paralelisht ka sëmundje tjetër	1	1,7	0	0,0
Nuk e di	1	1,7	12	4,9

Po ashtu, një pjesë e personelit shëndetësor përmend se ka pengesa në trajtimin e anemisë. Shumica e mjekëve (60%) përmendin mungesën e aparaturave për të monitoruar nivelet e anemisë, 43% përmendin mungesën e materialeve, 18% përmendin faktin se nuk kanë suplementë në qendrën shëndetësore (që ofrohen gratis),

12% përmendin pamundësinë ekonomike të popullatës për t'iu nënshtruar ekzaminimeve diagnostikuese dhe 10% përmendin mungesën e trajnimeve profesionale. Në 8% të rasteve pacientët nuk pranojnë të marrin shtesat në hekur dhe në 3% të rasteve ata raportojnë se shtesat mungojnë në farmaci dhe po në të njëjtën përqindje përmendet neglizhenca e pacientit për të marrë trajtimin mbi aneminë.

vazhdon në numrin tjetër

RAPORT MBI PERFORMANCËN E QENDRAVE TË KËSHILLIMIT DHE TESTIMIT VULLNETAR (VCT-VE) NË SHQIPËRI.

Punoi: Redona Dudushi MA/MSc, Marjeta Dervishi MPH,
Dr. Shpetim Qyra
Programi Kombëtar i HIV/AIDS

Shqipëria konsiderohet një vend me prevalencë të ulët përsa i përket HIV/AIDS. Hulumtimet në vendet me prevalencë të ulët të infeksionit HIV, kanë treguar se strategjitë më efektive ndërhyrëse kanë të bëjnë me ndergjegjesimin për rrezikun e përhapjes së infeksionit HIV dhe komunikimin për ndryshimin e sjelljeve për popullatën e përgjithshme dhe programe me specifike ofrohen për grupet vulnerabel si: përdoruesit e drogave injektuese (IDU), punëtorët seksit (SW), meshkujt që kryejnë seks me meshkuj (MSM), të burgosurit, popullatën në lëvizje, komunitetin rom dhe fëmijët e rrugës. Kjo ishte një ndër shkaqet themelore të lindjes së nevojës për hapjen e qendrave të VCT.

Numri i testimeve vullnetare për HIV në vendin tonë deri në 2007 ka qenë i ulët për arsye të mos-ndergjegjesimit ndaj problemeve të HIV/AIDS, stigmes sociale, vendodhjes së largët të qendrave të testimit. Qendra e VCT pranë ISHP-së ishte e vetmja qender që ofronte keshillim para testimit për personat që do të kryenin testin për HIV. Numri mesatar i testimeve vullnetare që kryente kjo qender në vit ishte rreth 300 testime, shifer kjo mjaft e ulët.

Nderkohe testimi për HIV në vendin tonë kryhej në 26 rrethe pranë bankave të transfuzionit të gjakut ose në Drejtoritë e Shëndetit Publik të këtyre rrethëve. Në 23 rrethe kryhej testi i shpejtë ndërsa në dy rrethe Shkoder dhe Vlorë kryhet Elisa. Metoda Elisa aplikohet në Tiranë, në të tre laboratorët që bënin testimin për HIV, përkatesisht në: ISHP, Lab e Mikrobiologjise pranë QSUT dhe në QKTGJ.

Në 2005 me mbështetjen e UNICEF filloi përpjekja e parë për trajnimin e një stafi mjekësh, psikologesh, punonjësish sociale si dhe laborante për problemin e keshillimit të personave që do të testoheshin për HIV.

Në 2007 me mbështetjen e GF u ngritën qendrat e keshillimit dhe testimit vullnetar pranë DSHP-ve, u trajnuan mjekë (mikrobiologë dhe epidemiologë), psikologë, laborante nga 10 prefekturat përkatëse (Tiranë, Durrës, Elbasan, Lezhë, Shkoder, Gjirokaster, Korçë, Fier Vlorë dhe Berat) që do të punonin pranë qendrave të VCT, Nuk ofrohet ky shërbim në prefekturën e Kukësit dhe në atë të Dibres.

Qendrat e VCT ofrojnë keshillim/testim duke respektuar gjithë standartet e

percaktuara ne protokollet e VCT. Hapja e VCT-ve solli nje rritje te ndjeshme te numrit te testimave /keshillime per HIV/AIDS , brenda nje viti u testuan vulletarisht 2328 persona per HIV/AIDS dhe po ne kete shifer edhe per Hepatit.

Rritja e numrit të këshillim/testimeve per HIV erdhi si rrjedhoje e rritjes se ndergjegjesimit per problemet e HIV/AIDS, ruajtjes se konfidencialitetit, stafit te kualifikuar qe sjell nje shkalle te larte besueshmerie ne popullate, vendodhjes se tyre me prane nevojave te njerezve dhe lehtesirave financiare qe ofronin.

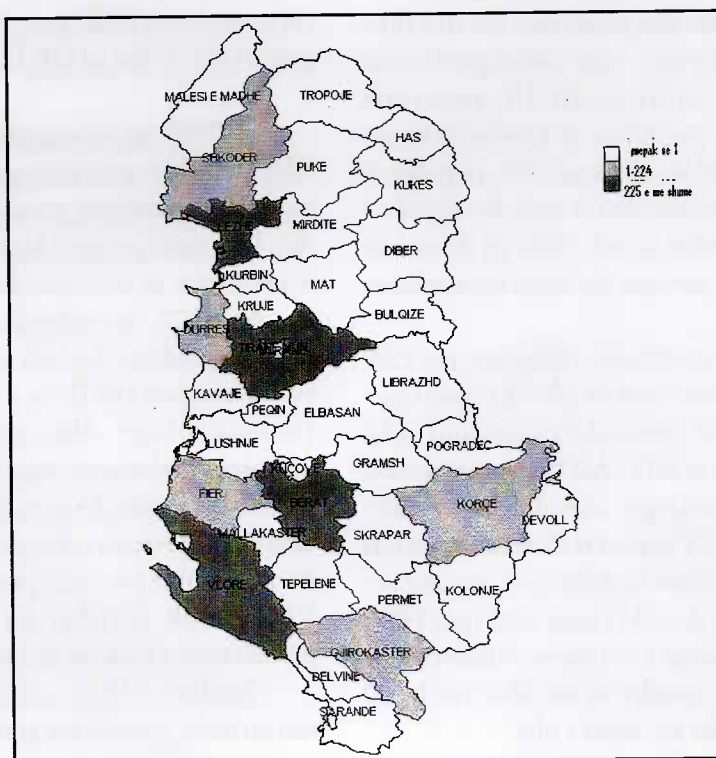
Per te pare ecurine e punes se ketyre qendrave dhe problemet qe ato kane hasur gjate kesaj periudhe u vendos kryerja e nje vleresimi qe do te perfshinte (aksesin e ketyre qendrave, burimet njerezore, infrastrukturen dhe bazen materiale). Vleresimi u krye duke u bazuar mbi nje pyetesor, i cili permban

pyetje te strukturuara dhe gjysem te strukturuara per çeshtjet e përmendura me lart.

Vendodhja e VCT-ve

Ne 10 prefekturat ku eshte ngritur ky sherbim, qendra e VCT eshte bashkangjitur prane DSHP-se perkatese, kjo edhe per lehtesimin qe sillte infrastruktura ekzistuese si p.sh labororet e ngritura prane ketyre DSHP-ve. Duke qene prane DSHP-se edhe orari i funksionimit te tyre ka qene i njejte me ate te administrates publike, pra nga e hena ne te premte ora 8.00-16.00, pra duke qene hapur 8 ore ne dite . Nga fillimi deri ne Mars 2009 stafi i VCT ka qene nje nje staf i perbere nga psikologe, mjeke (epidemiologe, mjek bakterologe), drejtori i DSHP-se respektive dhe laboranti.

Harta e shperndarjes se VCT-ve sipas prefekturave dhe sipas numrit te testimave.



Perberja e stafit te VCT-ve

Psikologu dhe laboranti kane qene staf me kohe te plote prane VCT, pjesa tjeter ka punuar me kohe te pjesshme. Pas Marsit 2009 stafi i VCT perbehet vetem nga psikologu dhe laboranti.

30% e VCT-ve kane patur ndryshime ne stafin qe ka punuar me kohe te plote, (ndryshime te psikologut). Ky fakt ka qene *nje problem* qe ka ndikuar ne funksionimin e VCT-se, gje qe pasqyrohet edhe nga numri i testimave te kryera. (shiko me poshte grafikun e testimave).

Nga Marsi 2009, 50% e VCT-ve (Lezhe, Durres, Shkoder, Korce, Berat) kanë pasur ndryshime varësie pasi kanë kaluar nga varësia e Fondit Global në varësi te Ministrise se Shendetesise.

Infrastruktura e VCT-ve.

70% e VCT (Korce, Lezhe, Berat, Tirane, Shkoder, Elbasan dhe Fier) kane 2 ambiente ne perdorim, nje dhome keshillimi dhe nje dhome per marrjen e mostres se gjakut ndersa 30% e tyre (Durres, Gjirokaster, Vlore) kane vetem nje ambient te perbashket per keshillim dhe marrjen e mostres se gjakut.

40% e VCT nuk kane nje table orientimi ose shenja per vendin dhe drejtimin e VCT-se.

Ne 100% te VCT-ve dhoma e keshillimit eshte e pajisur sipas standarteve te vendosura per keshillim.

U verifikuan mangesira ne pajisjen e laboratoreve te VCT-ve.

Labororet e VCT ne te gjitha rrethet, sikurse u tha dhe me lart, kane shfrytëzuar infrastrukturen e laboratoreve te DSHP-ve perkatese per kryerjen e testimit, per shkak te mospajisjes me elementet baze te nje laboratorit.

Ne te gjitha VCT mungon nje dhome pritjeje, tualet per klientet, sic përshkruhet ne protokollet dhe standartet e funksionimit te VCT-ve.

40% e VCT ju ofrojne klienteve materiale informuese dhe kondome per infeksionet seksualisht te transmetueshme (IST).

Siguria ne vendin e testimit.

VCT zbatojne masat e parandalimit universal ne lidhje me larjen e duarve, ndarjen e ageve dhe shiringave me vete si dhe hedhjen e mbeturinave ne nje vend te posacem.

Dokumentacioni

Te gjitha VCT kane nje regjister ne te cilin hedhin te dhenat e klienteve qe testohen per HIV, Hepatit, Sifiliz etj.

Ajo qe verehet ne lidhje me dokumentacionin eshte se 90% e VCT-ve plotesojne skedat individuale te keshillim/ testimit. *Ne nje rast te vetem dhe konkretisht ne VCT e Shkodres u identifikuan probleme ne ruajtjen e skedave.*

Ne 80% te VCT-ve perdoret nje sistem kodues per ruajtjen e konfidencialitetit te personit qe testohet.

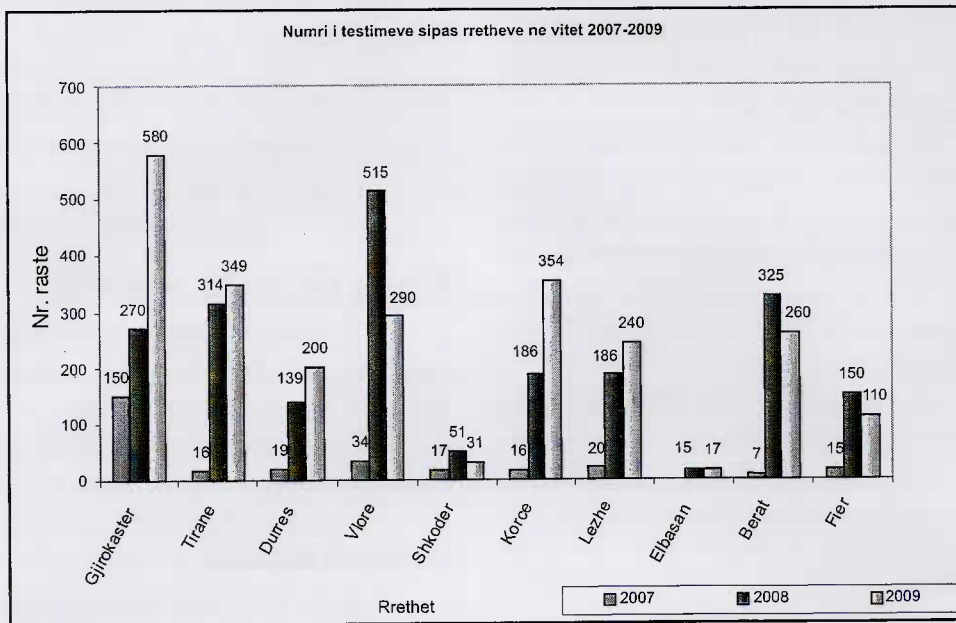
Ne 1/2 e VCT-ve te dhenat e skedave individuale hidhen ne kompjuter.

Psikologu eshte personi pergjegjes per hedhjen e te dhenave në kompjuter.

Te dhenat jane raportuar ne fund te cdo muaji prane ISHP-se dhe paralelisht prane Sherbimit Epidemiologjik te rrethit. Perjashtim ka bere rrethi i Shkodres ku ka patur probleme ne raportimin e te dhenave.

Raportimi eshte bere sipas pasqyres mujore dhe asaj tre-mujore te raportimit. VCT e rretheve Tirane, Shkoder, Vlore,

Lezhe dhe Berat kane patur raste te dyshuara per HIV dhe ne keto raste eshte proceduar ne perputhje me protokollet dhe standartet. VCT e rrethit Durrës sugjeroi qe raportimi te behej on line.



Ne kete grafik eshte paraqitur ecuria e numrit te testimeve sipas cdo rrethi per periudhen 2007-2009 dhe. Krahasimet duhen bere ndermjet viteve 2008 dhe 2009 pasi viti 2007 i referohet nje periudhe te shkurter, periudhes Tetor-Dhjetor.

Disa prej rretheve shfaqin nje rritje te numrit te testimeve si Gjirokastrë, Korçë dhe nje rritje me te vogel Tirana.

Duke analizuar kete situatë doli se rrethet qe kane patur nje rritje te numrit te testimeve kane punuar me shume ne drejtim te fushatave sensibilizuese, kane pasur nje fluks më të madh emigrantësh per t'u testuar, prezenca e universiteteve ne keto rrethë si dhe qendrushmeri ne stafin e VCT-ve perkatese.

Ne te kundert, rrethet me ulje te numrit te testimeve e shpjegojne kete me mungesen e pajisjeve dhe kiteve laboratorike, mungese ose ndryshime te stafit, probleme

te stigmes dhe diskriminimit lidhur me problemet e HIV-it.

Kush e ka frekuentuar VCT?

Pjesen me te madhe te klienteve qe vizitojne VCT e perbejne vullnetaret por nuk mungojne dhe ata me rekomandim nga mjeku. Klientet qe frekuentojne VCT ju ofrohet nje sherbim i plote keshillimi dhe testimi. Persa i perket gjinise, VCT frekuentohet me shume nga meshkujt. Kjo lidhet me problematiken e barazise gjinore (stigme dhe diskriminim me i larte per femrat, arsyt social-ekonomike etj). Meshkujt e grupmoshes > se 24 vjec jane ata qe frekuentojne me shume VCT. Nga grupet e vecanta te popullates permendim emigrantet si dhe perdorues te droges intravenoze.

Kualifikimi i stafit te VCT

Me ngritjen e VCT ne 10 prefekturat, stafi i tyre eshte trajnuar prane ISHP, nga eksperte te qendres referente mbi perdorimin e protokolleve dhe standarteve, manualin trajnuar dhe menyren e raportimit.

Ne te gjitha qendrat e keshillimit dhe testimit vullnetar jane ne perdorim protokollit dhe stantardet. Por nga te intersistuarit u theksua *nevoja e rishtimit te ketyre te fundit* ne perputhje me problematikat dhe nevojat e hasura gjate funksionimit te VCT-ve. Gjithashtu u shpreh nje nevojë imediate per nje ri-trajnim periodik te stafit qe punon prane VCT-ve.

Zbatimi i teknikave te keshillimit.

Prane cdo qendre VCT-je keshilluesit pohuan se zbatojne pothuajse gjithmone te gjitha principet baze te nje procesi keshillimi. Koha e harxhuar per procesin e keshillimit para testimit eshte ne nje mesatare prej 20 minutash, ndersa ajo qe harxhohet per keshillimin pas testimit eshte me e shkurter 5-10 minuta ne rastin kur rezultati i testimit eshte HIV negativ. *Keshillimi pas testimit nuk kryhet gjithmone*, shpesh klientet preferojne te marrin vetem rezultatin pa keshillimin pas testimit. Nga te gjitha psikologjet e qendrave u pranua se aplikohen ne praktike pothuajse gjithmone komponentet e keshillimit para dhe pas testimit.

Asnje prej qendrave te VCT-ve (pervec qendres referente prane ISHP-se) *nuk ofron keshillime nepermjet linjes telefonike* pasi nuk disponojne linje telefonike.

Te gjitha qendrat ofrojne **kondomë dhe materiale informuese** per klientet e qendres. VCT ne bashkëpunim me shoqata te ndryshme jo-qeveritare kane kryer trajnime me grupe te ndryshme: te rinj, grate, emigrante etj. Promovimi i VCT ka qene

nje nga detyrat qe te gjitha VCT e kane kryer ne bashkëpunim edhe me specialistë te promocionit shendetesor dhe shoqata te ndryshme qe operojne ne fushën e HIV/AIDS-it. Nje vend te veçante ka zene dhe **promovimi i VCT ne mediat lokale**. Disa prej VCT-ve si ne Elbasan, Korçe, Vlore, Berat kane dizenuar dhe shperndare flete-palosje per promovimin e testimit vullnetar.

Specifika e Testimit

Testimet prane cdo VCT kryhen me kite te shpejta. Ne Durres laboratorin prane VCT ka disponuar aparatit e testimit Elisa, por per shkak te mungeses te kualifikimit te stafit nuk eshte vene ne perdorim ky aparat fakt ky qe ngrihet si problem nga VCT e Durresit.

VCT kane ofruar testime per HIV, HBs Ag, HVC, Syphilis dhe Chlamydia.

Raportimet per testimet e kryera jane bere neper pasqyres 1-mujore dhe 3-mujore. Per te gjitha rastet pozitive ose te dyshuara jane ndjekur protokollit e referimit dhe te konfirmimit te rastit prane ISHP.

Serumet pozitive jane shoqeruar me skeden individuale perkatese. *Raportimi per rastet pozitive eshte bere si prane ISHP-se ashtu edhe prane Sherbimit epidemiologjik te rrethit.*

Kitet e perdorura prane VCT jane te firmave te ndryshme si psh. : BIO-TEC, ORGENICS, Double-Check, AmeritekUSA dhe nuk ka nje standartizim te tyre, kjo edhe si pasoje e mungeses se kiteve dhe perdorimit ne disa raste te kiteve te blera nga DSHP-te perkatese.

Rekomandimet e dhena per ruajtjen e serotekes per nje vit, nuk jane zbatuar per disa prej rretheve Tirane, Berat dhe Lezhe.

Ne te gjitha qendrat eshte raportuar mangesi ne bazen materiale si dhe pajisjet laboratorike.

Problem është edhe mungesa e **nje flete-pergjigje standarte** per te gjitha VCT.

Konkluzione:

Duke ju referuar numrit te testimave te kryera prane VCT ne periudhen 2007-2009, futjes se komponentit te keshillimit ne cdo testim vullnetar, shtimi i aktiviteteve sensibilizuese ne rrethe per HIV dhe IST te tjera, aksesit per sherbime VCT ne rrethe te tjera te vendit pervec Tiranes mund te themi

qe VCT kane ndikuar ne sensibilizimin e popullates ndaj HIV/IST, zbutjen e stigmes dhe diskriminimit ndaj HIV dhe IST-ve te tjera e si rrjedhoje parandalimin e tyre. **Por perseri numri i testimave vullnetare mbetet akoma ne nivele te uleta dhe stafi i VCT duhet te punoje me shume ne kete drejtim.**

VCT duhet te jene me aktive dhe te punojne me shume me komunitetin per te arritur qe te afrojne prane ketij sherbimi grupet me vulnerabel ndaj HIV/AIDS.

Rekomandime

1. Hartimi dhe instalimi i nje *date-base elektronik* per hedhjen e skedave te klienteve. Aksesit per internet prane cdo VCT do te ndihmoje ne krijimin e nje **network-u operativ** me stafin e VCT-referente si dhe mes tyre.

2. Nxjerrja e nje **urdheri nga Ministria e Shendetesise** per kryerjen e raportimeve (pasqyres 1-mujore) te detyrueshme dhe ne kohe te caktuar prane qendres referente te ISHp-se.

3. Hartimi i nje flete-pergjigje standarte per te gjitha VCT.

4. Rritja e numrit te fushatave sensibilizuese per problemet e HIV/AIDS dhe berja e tyre sa me gjith-perfshirese duke synuar qe te kene impakt ne problemet e

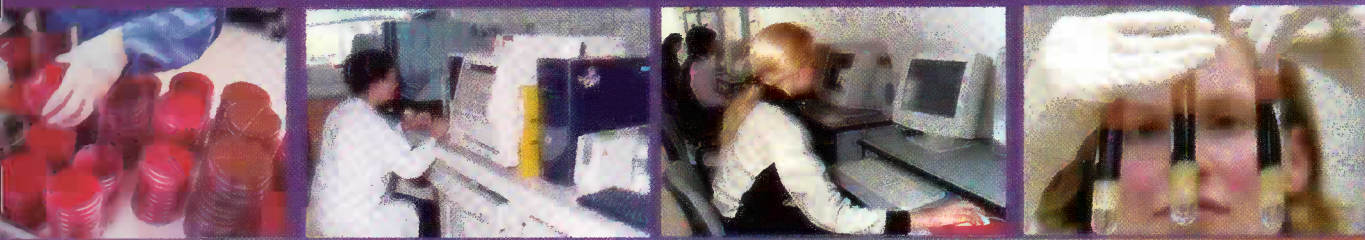
barazise gjinore. (Rritja e numrit te grave qe kerkojne testim dhe keshillim).

5. Kryerja e trajnime periodike per stafin e VCT.

6. Pajisja e laboratoreve me baze materiale dhe pajisjet e nevojshme per mbarevajtjen e punes.

7. Rishikimi i protokolleve dhe standarteve duke synuar thjeshtesimin e tyre dhe pershtatjen me nevojat dhe problematikat e punes se hasura ne terren. Ngritja e dy VCT-ve ne prefekturat e Kukesit dhe Dibres ku mungojne keto sherbime.

8. Organizimi i nje Konference Kombetare mbi Testimin dhe Keshillimin Vullnetar per HIV/IST.



Institute of public health bulletin